



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



49^e CONSEIL DIRECTEUR
61^e SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL

Washington, D.C., ÉU, du 28 septembre au 2 octobre 2009

CD49/FR (Fr.)
2 octobre 2009
ORIGINAL : ANGLAIS

RAPPORT FINAL

TABLE DES MATIÈRES

	<i>Page</i>
Ouverture de la session	6
Questions relatives au Règlement	
Constitution de la Commission de vérification des pouvoirs	6
Election du Président, de deux Vice-présidents et du Rapporteur	6
Création d'un groupe de travail chargé d'étudier l'application de l'article 6.B de la Constitution de l'OPS.....	7
Adoption de l'ordre du jour	7
Constitution de la Commission générale	7
Questions relatives à la Constitution	
Rapport annuel du Président du Comité exécutif	7
Rapport annuel du Directeur du Bureau sanitaire panaméricain	8
Election de trois États Membres auprès du Comité exécutif à l'expiration des mandats des Etats-Unis, de Trinité-et-Tobago, et d'Uruguay	10
Questions relatives à la politique de programmes	
Projet de Budget et Programme de l'OPS 2010-2011	10
Plan stratégique de l'OPS 2008-2012 amendé (projet).....	14
Nouveau barème des contributions.....	15
Plan d'action pour la santé des personnes âgées, y compris le vieillissement sain et actif.....	16
Elimination des maladies négligées et autres infections liées à la pauvreté	18
Politique sur la recherche pour la santé	21
Stratégie et plan d'action sur la santé mentale.....	22
Plan d'action sur la santé des adolescents et des jeunes	24
Plan d'action pour la mise en application de la politique en matière d'égalité entre les sexes	26
Cadre de politique pour le don et la transplantation d'organes humains.....	29
Santé et tourisme.....	30
Réseaux intégrés de services de santé fondés sur les soins de santé primaires	32
Réforme institutionnelle du Centre d'information sur les sciences de la santé pour l'Amérique latine et les Caraïbes (BIREME).....	35
Révision institutionnelle et réorganisation interne de l'Institut de nutrition de l'Amérique centrale et du Panama (INCAP)	36
Plan d'action pour la prévention de la cécité évitable et des déficiences visuelles	37
Santé familiale et communautaire.....	39

TABLE DES MATIÈRES *(suite)*

	<i>Page</i>
Questions relatives à la politique de programmes <i>(suite)</i>	
Le Fonds renouvelable pour l'achat de vaccins de l'Organisation panaméricaine de la Santé.....	41
Table ronde sur la sécurité des hôpitaux.....	44
Débat en panel sur l'Alliance panaméricaine pour la nutrition et le développement en vue d'atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement	46
Questions administratives et financières	
Rapport sur le recouvrement des contributions	48
Rapport financier intérimaire de la Directrice pour 2008.....	48
Amendements au Règlement financier et aux Règles de gestion financière	50
Projet de création d'un comité d'audit.....	51
Traitement du Directeur du Bureau sanitaire panaméricain et amendements au Règlement du personnel.....	52
Election des États Membres auprès des conseils et comités	
Sélection d'un État Membre de la Région des Amériques habilité à désigner une personne au Conseil conjoint de coordination du Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales (TDR) de l'UNICEF/PNUD/Banque mondiale/OMS à l'expiration du mandat du Brésil.....	52
Sélection de deux États Membres de la Région des Amériques appelés à désigner un représentant pour siéger auprès du Comité de politique et de coordination du Programme spécial PNUD/Banque mondiale/OMS de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine à l'expiration des mandats de l'Argentine et du Mexique.....	52
Election de cinq membres non permanents auprès du Comité consultatif du Centre d'information sur les sciences de la santé pour l'Amérique latine et les Caraïbes (BIREME)	53
Prix	
Prix OPS de l'administration 2009	53
Prix Abraham Horwitz Award pour le leadership en santé interaméricaine 2009	53
Reconnaissance du champion de la santé OPS	54
Création du Prix Sérgio Arouca d'excellence en santé publique.....	54

TABLE DES MATIÈRES (suite)

	<i>Page</i>
Questions d'information	
Code de pratique pour le recrutement international des personnels de santé : Document de référence de l'OMS	55
Rapport d'avancement sur les questions techniques : Règlement sanitaire international (<i>y compris un rapport sur la grippe pandémique [H1N1]</i>).....	57
Résolutions et autres actions d'organisations intergouvernementales revêtant un intérêt pour l'OPS	62
Rapports d'avancement des questions administratives et financières	64
Etat de la mise en œuvre des Normes comptables internationales du secteur public (IPSAS).....	64
Fonds directeur d'investissement.....	64
Clôture de la session	65
Résolutions et décisions	65
Résolutions	
CD49.R1 Amendements au Règlement financier	65
CD49.R2 Création du Comité d'audit de l'OPS	77
CD49.R3 Le Plan stratégique de l'OPS 2008-2012 amendé	82
CD49.R4 Élection de trois États Membres au Comité exécutif au terme des mandats des États-Unis d'Amérique, de Trinité-et-Tobago et de l'Uruguay	83
CD49.R5 Création d'un nouveau cadre institutionnel pour le Centre d'information sur les sciences de la santé pour l'Amérique latine et les Caraïbes (BIREME)	83
CD49.R6 Élection de cinq membres non permanents pour le Comité consultatif du Centre d'information sur les sciences de la santé pour l'Amérique latine et les Caraïbes (BIREME).....	94
CD49.R7 Nouveau barème de contributions pour la période budgétaire 2010-2011	95
CD49.R8 Budget et programme de l'OPS 2010-2011	97
CD49.R9 Contributions fixées des États Membres, des États participants et des Membres associés de l'Organisation panaméricaine de la Santé pour 2010-2011	100
CD49.R10 Politique sur la recherche pour la santé	104
CD49.R11 Plan d'action pour la prévention de la cécité évitable et des déficiences visuelles.....	108

TABLE DES MATIÈRES *(suite)*

	<i>Page</i>
<i>Résolutions</i> <i>(suite)</i>	
CD49.R12	Plan d'action pour la mise en œuvre de la politique sur l'égalité des sexes.....110
CD49.R13	Santé familiale et communautaire.....112
CD49.R14	Plan d'action sur la santé des adolescents et des jeunes114
CD49.R15	Plan d'action pour la santé des personnes âgées y compris le vieillissement sain et actif.....118
CD49.R16	Révision institutionnelle et réorganisation interne de l'Institut de nutrition de l'Amérique centrale et du Panama (INCAP).....121
CD49.R17	Stratégie et plan d'action sur la santé mentale.....144
CD49.R18	Cadre politique pour le don et la transplantation d'organes humains...146
CD49.R19	Élimination des maladies négligées et autres infections liées à la pauvreté.....149
CD49.R20	Santé et tourisme.....161
CD49.R21	Traitement du Directeur du Bureau sanitaire panaméricain et amendements au Règlement du personnel.....163
CD49.R22	Réseaux intégrés de services de santé fondés sur les soins de santé primaires164
<i>Décisions</i>	
CD49(D1)	Constitution de la Commission de vérification des pouvoirs167
CD49(D2)	Election du Bureau.....167
CD49(D3)	Adoption de l'ordre du jour167
CD49(D4)	Constitution de la Commission générale167
CD49(D5)	Sélection d'un État Membre de la Région des Amériques habilité à désigner une personne au Conseil conjoint de coordination du Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales (TDR) de l'UNICEF/PNUD/Banque mondiale/OMS à l'expiration du mandat du Brésil168
CD49(D6)	Sélection de deux États Membres de la Région des Amériques appelés à désigner un représentant pour siéger au Comité de politique et de coordination du Programme spécial PNUD/Banque mondiale/OMS de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine à l'expiration des mandats de l'Argentine et du Mexique.....168
Annexes	
Annexe A. Ordre du jour	
Annexe B. Liste des documents	
Annexe C. Liste des participants	

RAPPORT FINAL

Ouverture de la session

1. Le 49^e Conseil directeur, 61^e session du Comité régional de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) pour les Amériques, s'est tenu au Siège de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) à Washington, D.C., du 28 septembre au 2 octobre 2009. L'ordre du jour et la liste des participants sont joints en Annexe A et C, respectivement.

2. Le Dr José Gomes Temporão (Brésil, Président sortant) a ouvert la session et a souhaité la bienvenue aux participants. Les allocutions d'ouverture ont été faites par le Dr Mirta Roses (Directrice, Bureau sanitaire panaméricain), M. Héctor Salazar Sánchez (Banque interaméricaine de développement), M. Albert Ramdin (Secrétaire général adjoint de l'Organisation des États américains), le Dr Margaret Chan (Directeur général, Organisation mondiale de la Santé) et l'Honorable Kathleen Sebelius (Secrétaire du Département de la santé et services humains, États-Unis d'Amérique, pays hôte). Le texte de leurs allocutions (documents CD49/DIV/1-6) peut être consulté sur le site web du 49^e Conseil directeur :

http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=1640&Itemid=1425&lang=fr.

Questions relatives au Règlement

Constitution de la Commission de vérification des pouvoirs

3. Conformément à l'article 31 du Règlement intérieur du Conseil directeur, le Conseil a nommé Belize, le Brésil et Costa Rica en tant que membres de la Commission de vérification des pouvoirs (décision CD49[D1]).

Election du Président, de deux Vice-Présidents et du Rapporteur

4. Conformément à l'article 16 du Règlement intérieur, le Conseil a élu le Bureau suivant (décision CD49[D2]) :

<i>Présidente :</i>	Paraguay	(Dr Esperanza Martínez)
<i>Vice-Président :</i>	Dominique	(Hon. John Fabien)
<i>Vice-président :</i>	Nicaragua	(Dr Guillermo González)
<i>Rapporteur :</i>	République dominicaine	(Dr Bautista Rojas Gómez)

5. La Directrice a rempli, de droit, les fonctions de Secrétaire de la réunion et le Dr Juan Manuel Sotelo (Gérant, Relations externes, Mobilisation des ressources et Partenariats, Bureau sanitaire panaméricain) assumait les fonctions de Secrétaire technique.

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

6. La Présidente a annoncé qu'il ne serait pas nécessaire de mettre sur pied un groupe de travail se penchant sur l'application de l'article 6.B de la Constitution de l'OPS, aucun État Membre ne faisant l'objet actuellement d'éventuelles restrictions du droit de vote, tel que le stipule ledit article.

Adoption de l'ordre du jour (document CD49/1, Rév. 1)

7. Le Conseil a adopté l'ordre du jour provisoire figurant dans le document CD49/1, Rév. 1 sans qu'aucun changement y soit porté (décision CD49[D3]). Le Conseil a également adopté un programme des séances (document CD49/WP/1, Rév.1).

Constitution de la Commission générale

8. Conformément à l'article 32 du Règlement intérieur, le Conseil a nommé le Canada, Cuba, et les États-Unis d'Amérique comme membres de la Commission générale (décision CD49[D4]).

Questions relatives à la Constitution

Rapport annuel du Président du Comité exécutif (document CD49/2)

9. Le Dr María Julia Muñoz (Uruguay, Présidente du Comité exécutif) a fait le compte rendu des activités exécutées par le Comité exécutif et son Sous-Comité de programme, budget et administration entre septembre 2008 et septembre 2009, mettant en exergue les points de l'ordre du jour qui ont été discutés par le Comité mais qui n'ont pas été présentés au 49^e Conseil directeur, aux fins de son examen, et notant qu'elle ferait le compte rendu des autres points de l'ordre du jour qui avaient été traités par le Conseil. Les points de l'ordre du jour qui n'ont pas été présentés sont notamment les organisations non gouvernementales en relations officielles avec l'OPS, le rapport annuel du Bureau d'éthique, un compte rendu des projets utilisant les revenus budgétaires dépassant le budget ordinaire autorisé, les amendements au Règlement du personnel du Bureau sanitaire panaméricain, une déclaration par un représentant de l'Association du personnel du BSP et le Budget Programme proposé de l'OMS 2010-2011 ainsi que le plan stratégique amendé à moyen terme de l'OMS. Les détails de la discussion et les actions

prises sur ces points de l'ordre du jour figurent dans le rapport final de la 144^e session (document CE144/FR).

10. Le Conseil a remercié les Membres du Comité pour leur travail et a pris note du rapport.

Rapport annuel du Directeur du Bureau sanitaire panaméricain (document CD49/3, Rév. 1)

11. Suivant la projection d'une vidéo présentant une vue d'ensemble des initiatives de santé réalisées dans divers pays de la Région lors de l'année précédente, la Directrice a présenté son Rapport annuel dont le thème est « Vers la santé pour tous : le point des soins de santé primaires dans les Amériques. » Elle a mis en exergue certains types de soutien qu'apporte l'OPS aux efforts déployés par les États Membres pour renforcer leurs systèmes de santé, améliorer l'état de santé et diminuer les inégalités en santé, en empruntant les approches de soins de santé primaires (SSP). Elle a rappelé qu'en 2003, à l'occasion du 25^e anniversaire de la Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires, les États Membres avaient demandé que soit renouvelé l'engagement à la stratégie des soins de santé primaires. L'OPS n'avait cessé depuis d'encourager les soins de santé primaires comme le meilleur moyen d'arriver au but de la santé pour tous.

12. Le rapport présente de nombreux exemples de pays de la Région montrant que les systèmes de soins de santé basés sur les SSP étaient de fait efficaces et réussissaient à améliorer la couverture, la qualité et l'efficacité des services de santé. Il est également riche en exemples démontrant la collaboration entre l'OPS et les États Membres qui permettait de mettre en place de tels systèmes par le biais de la collaboration technique dans quatre grands domaines : élargissement de l'accès aux soins de santé, prestation de services axés sur les besoins des patients, adoption d'une politique publique pour la santé et renforcement du leadership en santé. L'Organisation encourage et fournit une coopération technique en vue d'inclure les approches de soins de santé primaires aux agendas de santé de divers groupes sous-régionaux (dont la Communauté des Caraïbes, MERCOSUR, et autres) ainsi qu'aux activités du Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme et à d'autres activités mondiales de renforcement des systèmes de santé.

13. Le dernier chapitre du rapport met en exergue les défis qui restent à relever pour donner accès aux soins de santé aux 125 millions de personnes dans la Région qui sont privées d'un tel accès pour le moment et pour arriver à la santé pour tous – autant de défis devenant encore plus lourds à relever du fait de la crise financière actuelle et de l'augmentation des prix des aliments et du carburant. Face à de tels défis, l'OPS continuera à défendre les soins de santé primaires et à recommander l'investissement

régulier dans la santé comme mesure contre cyclique aidant à mitiger les répercussions de la crise et à sauvegarder les progrès antérieurs sur le plan de la santé.

14. Le Conseil directeur a fait l'éloge du rapport et a félicité la Directrice des accomplissements de l'année précédente. Afin que l'OPS puisse continuer à assumer son rôle de chef de file comme première institution de santé dans la Région, l'Organisation devait persévérer dans ses efforts en vue d'améliorer l'efficacité de ses activités, cherchant toujours à garantir la responsabilité et visant une gestion basée sur les résultats. Un certain nombre de délégués ont mis en avant le leadership et le soutien technique apporté par l'OPS dans la réponse régionale à la pandémie de la grippe A (H1N1). Les délégués ont également exprimé leur solide soutien pour la stratégie des soins de santé primaires et ont souligné l'importance d'un accès universel et équitable aux soins de santé. Nul doute que des progrès avaient été réalisés à cet égard bien qu'une grande inégalité subsiste encore au niveau de l'accès aux services de santé et de l'état de santé. Les délégués ont insisté sur l'importance d'utiliser de la manière la plus efficace possible les ressources disponibles, surtout dans le climat économique actuel et ont souligné que la crise financière, conjuguée à la pandémie du H1N1, avait exacerbé la situation des populations pauvres et vulnérables de la Région et augmenté la demande pour les services publics de santé.

15. Les délégués ont fait ressortir l'importance des réseaux intégrés de services de santé, félicitant l'OPS pour son travail en ce domaine ainsi que pour ses efforts de formation du personnel de santé dans les États Membres. Plusieurs délégués ont décrit les initiatives de leur pays en vue d'arriver à la couverture universelle et d'assurer les soins de santé pour les groupes vulnérables comme les mères, les enfants et les groupes autochtones.

16. Les délégués ont également mis en avant l'importance de l'action intersectorielle, recoupant les secteurs public et privé ainsi que l'engagement communautaire afin de traiter les facteurs sociaux et environnementaux qui sont des déterminants de la santé. Seul un changement profond du paradigme des soins de santé fera des patients des participants actifs de la promotion de la santé soucieux d'adopter des styles de vie sains. Les délégués ont également préconisé une collaboration sous-régionale et régionale pour surmonter les défis communs et atteindre les buts partagés. Le Fonds renouvelable pour l'achat de vaccins a été cité comme un exemple d'un mécanisme régional efficace garantissant l'accès aux vaccins nécessaires pour endiguer l'avancée de la pandémie de grippe actuelle.

17. L'enseignement retiré de l'expérience et le partage de ces mêmes expériences détient une grande richesse. A cet égard, le Délégué de Cuba a annoncé que son gouvernement sera l'hôte d'un séminaire sur les soins de santé primaires, du 23 au 25 novembre, et il invite donc les représentants de tous les États Membres à venir y assister.

18. La Directrice a fait savoir que les accomplissements mentionnés dans son rapport étaient le fruit du travail de centaines de milliers d'agents de santé, représentants du ministère de la santé, de volontaires ainsi que du personnel de l'OPS et de l'OMS, et c'est à chacun d'entre eux qu'elle tient à exprimer sa profonde reconnaissance.

19. Le Conseil a remercié la Directrice et a pris note du rapport.

Election de trois États Membres auprès du Comité exécutif à l'expiration des mandats des Etats-Unis, de Trinité-et-Tobago, et d'Uruguay (document CD49/4)

20. Le Conseil a élu la Colombie, Saint Vincent et les Grenadines et le Venezuela à siéger auprès du Comité exécutif, remplaçant Trinité-et-Tobago, les Etats-Unis d'Amérique et l'Uruguay dont les mandats auprès du Comité avaient expiré.

21. Le Conseil a adopté la résolution CD49.R4, déclarant la Colombie, Saint Vincent et les Grenadines ainsi que le Venezuela membres du Comité exécutif pour une période de trois ans et remerciant Trinité-et-Tobago, les Etats-Unis d'Amérique et l'Uruguay pour leurs services.

22. Les Délégués de la Colombie, de Saint Vincent et des Grenadines et du Venezuela ont remercié le Conseil pour avoir élu leur pays à siéger auprès du Comité exécutif et ont affirmé que leurs gouvernements étaient pleinement engagés à déployer les efforts nécessaires pour relever les défis que rencontre la Région sur le plan de la santé.

Questions relatives à la politique de programmes

Projet de Budget et Programme de l'OPS 2010-2011 (*Document officiel 333, Add. I et document CD49/5, Rév.1*)

23. Le Dr María Julia Muñoz (Représentant du Comité exécutif) a indiqué que le Comité exécutif s'était penché sur une version précédente du *Document officiel 333*, qui portait plusieurs changements et adjonctions demandées par le Sous-Comité de programme, budget et administration (voir document SPBA3/FR pour de plus amples détails). Trois scénarios de budget avaient été proposés dont un seul, le Scénario A, suppose un accroissement dans la portion hors postes. La proposition budgétaire discutée par le Comité se fonde sur le Scénario B stipulant une augmentation de 4,3% dans le recouvrement des contributions. L'accroissement dans le budget proposé total, y compris le budget ordinaire et la portion financée à partir d'autres sources, serait de l'ordre de 2,9%.

24. Le Comité a discuté du projet de budget à plusieurs reprises pendant quatre jours et les délégués ont répété leurs préoccupations face à l'accroissement proposé dans les

contributions proposées, indiquant que leurs gouvernements étaient en prises aux difficultés économiques aggravées dans certains cas par la pandémie (H1N1) 2009. Aussi, le Comité avait-il demandé au Bureau de préparer un quatrième scénario qui traiterait de ces préoccupations. Le Comité avait envisagé par la suite un Scénario D prévoyant une augmentation de 3,5% dans le recouvrement des contributions et une augmentation de 2,9% dans le budget total, y compris la part de l’OMS et les recettes diverses. Après d’amples discussions et consultations par les délégués avec leur gouvernement de leurs pays respectifs, le Comité exécutif avait décidé d’accepter le Scénario D comme base du projet de programme et de budget et de présenter au 49^e Conseil directeur aux fins de son examen l’échelle proposée de contributions.

25. Dans le cadre du Scénario D, la portion postes du budget augmenterait de 6,3% et la portion hors postes de 3,8%. Réparti par niveau organisationnel, le Scénario D suppose une diminution de 21,86% dans le budget ordinaire hors poste pour le niveau régional, une augmentation de 11,69% pour le niveau sous-régional et une augmentation de 3,38% pour le niveau des pays.

26. Le Dr Isaías Daniel Gutiérrez (Manager, planification, budget et coordination des ressources, BSP) a remercié les États Membres pour avoir commenté le projet de budget lors de la 144^e session du Comité exécutif et par la suite, notant que, pour la première fois, le projet de budget-programme était divisé en trois segments : programmes de base de l’OPS/OMS, réponse en cas d’épidémie et de crise et projets internes financés par les gouvernements. Il a également noté que le projet comprenait deux résolutions proposées, l’une concernant le budget programme lui-même et l’autre fixant le recouvrement des contributions des États Membres sur la base de la nouvelle échelle adoptée par l’Organisation des États américains pour l’exercice biennal 2010-2011.

27. Dans la discussion qui s’en est suivie, les États Membres ont reconnu les efforts ardues déployés pour préparer le projet de budget et ils ont su gré au Bureau d’avoir si bien répondu aux préoccupations soulevées par les délégués lors de la session de juin du Comité exécutif. Les délégués ont reconnu les détails et la transparence du projet de budget et ont recommandé que les futurs documents budgétaires contiennent encore plus de détails avec de plus amples données comparatives pour dégager clairement les tendances et changements dans les programmes et les priorités, d’un exercice biennal à un autre. Les délégués étaient heureux de noter la prudence abordée et les efforts faits en vue de restreindre les dépenses, notant par ailleurs que l’OPS, à l’instar des États Membres, devait continuer à exercer une bonne discipline et austérité budgétaires, à augmenter son efficacité et à donner un rang prioritaire à ses programmes et activités.

28. Le Délégué du Mexique, notant les répercussions économiques de la pandémie de la grippe A (H1N1) dans son pays, s’était montré préoccupé par la hausse proposée dans les contributions des États Membres et avait demandé une croissance nominale zéro dans

le budget. Les Déléguées du Canada et des États-Unis d'Amérique ont indiqué que leurs gouvernements continuaient à préconiser une croissance zéro dans les budgets des organisations internationales. La Déléguée du Canada avait ajouté toutefois que son Gouvernement était satisfait par la justification de l'accroissement proposé, tel que donné dans l'addendum au *Document officiel 333* et soutiendrait le consensus du Conseil sur le budget. Certains délégués avaient indiqué que la position de leurs gouvernements sur l'accroissement budgétaire proposé dépendrait de la décision du Conseil concernant la nouvelle échelle des contributions (voir paragraphes 43 à 50 ci-après).

29. Plusieurs délégués se sont montrés préoccupés par la prolifération des initiatives de santé et des mécanismes de financement et par la fragmentation dans la coopération que cela entraînait, risquant par ailleurs d'affaiblir les institutions multilatérales comme l'OPS. A leurs yeux, il faut insister sur l'action intégrée parmi toutes les organisations cherchant à améliorer la santé publique dans la Région. Ils soutiennent vivement les efforts faits par l'OPS pour augmenter le niveau des contributions volontaires. Ils aimeraient recevoir une information sur les mesures spécifiques prises pour encourager les bailleurs de fonds à faire des contributions d'utilisation plus souple.

30. Le Dr Gutiérrez a observé que la portion postes dans le budget de l'Organisation avait continué à augmenter malgré la gestion prudente et les réductions continues dans le nombre de postes fixes ces 20 dernières années. Par conséquent, la portion hors postes, qui finance les activités de coopération technique de l'OPS, avait diminué. Tel que l'explique l'addendum au *Document officiel 333*, dans l'exercice biennal à venir le niveau régional serait le plus touché par la réduction dans le budget hors postes. Dans le cadre du Scénario C (croissance zéro dans le recouvrement des contributions), la part régionale diminuerait de 34%, ce qui influencerait à l'évidence la capacité du Bureau à apporter une coopération technique. Le Bureau était au courant de la difficile situation dans laquelle se trouvait un grand nombre des États Membres suite à la crise financière mondiale et à la grippe pandémique mais en appelait pourtant au Conseil pour qu'il envisager d'approuver la majoration budgétaire tel que recommandé par le Comité exécutif.

31. La Directrice a affirmé que l'Organisation continuerait à faire tous les efforts possibles pour travailler avec une efficacité toujours plus grande. Elle avait également noté qu'aucun des scénarios budgétaires proposés n'arriverait à couvrir entièrement les majorations de coûts prévus pendant l'exercice biennal 2008-2009. De fait, l'OPS absorbait les augmentations de coûts depuis plusieurs exercices biennaux. Si l'on y ajoute la baisse du dollar américain ces dernières années, facile de deviner l'impact que cela entraîne sur le budget et les opérations de l'Organisation ces dernières années.

32. Au sein de l'OMS et dans d'autres forums, on s'est également préoccupé de la prolifération des initiatives de santé et mécanismes de financement dans le monde et du

risque de fragmentation que cela entraîne. Actuellement, il existe 90 initiatives de ce genre et s'il s'agit certes d'une source importante de financement pour les activités de coopération sanitaire internationale, elles n'en sont pas moins une lourde charge pour les pays en développement auxquels elles devraient bénéficier suite à leurs différentes procédures et règles de compte rendu. On s'est également montré préoccupé par le manque de représentation et participant des pays en développement dans les organes de gouvernance des divers mécanismes de financement. Parallèlement, les pays développés qui ont contribué à de tels mécanismes se demandaient parfois si la meilleure utilisation était bien faite de telles ressources.

33. La Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide et le groupe « H4 » récemment formé avec quatre organisations intergouvernementales intervenant dans le domaine de la santé maternelle et néonatale (OMS, Fonds des Nations Unies pour la population, Fonds des Nations Unies pour l'enfance et Banque mondiale) préconise en réponse à ces préoccupations un meilleur alignement et une meilleure coordination des ressources et des activités. Au niveau régional, l'OPS cherchait à renforcer la coordination au sein de l'Alliance GAVI (voir paragraphes 143 à 153 ci-après) et d'autres mécanismes de financement et continuera à faire tous les efforts possibles pour informer et soutenir les États Membres en vue de s'assurer que la coopération au développement qu'ils reçoivent de toutes les sources réponde bien à leurs besoins et priorités et soit aussi efficace que possible.

34. S'agissant des contributions volontaires, l'OPS encourage depuis un certain temps les pays et les organismes donateurs à octroyer un financement à des domaines programmatiques plus généraux, plutôt que pour des projets ou activités spécifiques. L'OPS avait notamment recherché un tel financement pour les domaines programmatiques figurant dans le Plan stratégique 2008-2012, surtout ceux concernant le renforcement des services de santé et la mise en avant du leadership des autorités sanitaires nationales. De fait, on avait noté une proportion accrue des contributions volontaires pour un tel soutien programmatique. L'adoption de la gestion axée sur les résultats, permettant aux bailleurs de fonds de voir comment ces ressources sont utilisées, avait effectivement aidé à attirer de telles contributions.

35. Après être arrivé à un compromis sur l'application du nouveau barème des contributions (voir paragraphe 47 ci-après), le Conseil a adopté le projet de programme et budget basé sur le scénario D, tel que recommandé par la 144^e session du Comité exécutif, affectant \$339 852 341¹ pour la période financière 2010-2011 et approuvant une augmentation dans les contributions des États Membres de 3,5% pour l'exercice biennal 2008-2009.

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

36. Le Conseil a adopté les résolutions CD49.R8 et CD49.R9.

Plan stratégique de l'OPS 2008-2012 amendé (projet), (document officiel 328 et Document CD49/6)

37. Le Dr María Julia Muñoz (Représentante du Comité exécutif) a indiqué que le Comité exécutif avait été informé des amendements portés au Plan stratégique de l'OPS 2008-2012 afin de maintenir la conformité avec le Plan stratégique à moyen terme de l'OMS 2008-2013 et de mettre à jour le document en clarifiant certains des résultats escomptés et simplifier la mesure des indicateurs. Le Comité a fait bon accueil aux révisions du Plan stratégique, notant avec satisfaction la simplification des indicateurs et l'inclusion de nouveaux indicateurs se rapportant aux Objectifs du Millénaire pour le Développement, la priorité accordée au soutien à la recherche dans les pays et l'inclusion d'information sur les stratégies de coopération nationales qui s'avèrent fondamentales pour s'assurer que la coopération technique de l'OPS était bien alignée sur les besoins et les priorités des États Membres.

38. Le Comité avait fait plusieurs suggestions en vue d'affiner davantage le Plan stratégique et plusieurs délégations avait présenté des commentaires détaillés et proposé des amendements par écrit. On avait demandé que soit mis au clair le critère pour déterminer les cibles et les indicateurs et on a proposé d'ajouter une annexe technique au Plan stratégique, donnant des explications de la méthodologie utilisée pour fixer les valeurs d'indicateurs et les raisons des différences dans les dénominateurs. On a remarqué que si on disposait d'informations spécifiques sur les pays qui constituent un univers statistique pour un indicateur donné, cela faciliterait la planification de la coopération technique entre les pays. Le Comité a adopté la résolution CE144.R10 recommandant qu'une fois intégrés les changements proposés par les États Membres que le 49^e Conseil directeur approuve le Plan stratégique amendé 2008-2012.

39. Le Conseil a avalisé les amendements portés au Plan stratégique 2008-2012 afin de l'aligner sur le Plan stratégique à moyen terme de l'OMS 2008-2013 et pour mettre à jour les résultats escomptés et simplifier leur mesure. On a souligné l'importance de la planification stratégique basée sur le consensus.

40. Le Dr Isaías Daniel Gutiérrez (Gérant, Planification, Budget et Coordination de ressources, BSP) a indiqué que le Plan stratégique était un "document vivant" qui continuerait à être ajusté si nécessaire pour vérifier que l'OPS était entièrement alignée sur l'OMS et que le Plan réponde aux réalités du contexte de santé dans les Amériques.

41. La Directrice a noté qu'en consultant les États Membres sur les amendements au Plan stratégique, on avait utilisé amplement la technologie moderne de l'information et

de la communication, ce qui avait permis de réaliser de très nettes économies sur les coûts de déplacement et de réunion.

42. Le Conseil avait adopté la résolution CD49.R3, approuvant le Plan stratégique amendé 2008-2012.

Nouveau barème des contributions (document CD49/7)

43. Le Dr María Julia Muñoz (Représentante du Comité exécutif) a indiqué que le Comité avait examiné le nouveau barème des contributions lors de sa 144^e session et que certains membres avaient exprimé leurs préoccupations devant la perspective d'un accroissement dans les contributions de l'OPS dans le climat économique actuel et ont proposé de remettre à plus tard l'application du nouveau barème. D'autres pensaient qu'il n'était pas indiqué de remettre à plus part l'application d'un barème qui avait déjà été adopté par l'Organisation des États américains (OEA). On a également remarqué que la 140^e session du Comité exécutif avait décidé en 2007 que l'OPS commence à appliquer le barème lors de l'exercice biennal 2010-2011. Tenant compte de cela, le Comité avait décidé en dernière analyse de recommander que le 49^e Conseil directeur approuve le nouveau barème des contributions qui sera appliqué au programme et budget pour la période budgétaire 2010-2011.

44. Dans les discussions qui ont suivi, les délégués ont à nouveau réitéré les préoccupations de leur gouvernement face à l'accroissement prévu des contributions de l'OPS qui proviendrait du nouveau barème des contributions. Ils ont noté que leurs économies ployaient déjà sous le fardeau de la récession mondiale et, dans certains cas, avaient été affectées par la pandémie (H1N1) 2009. De plus, certaines délégations ont suggéré qu'une partie de la procédure de l'OEA pour calculer les contributions, à savoir que la contribution d'un pays ne pouvait pas changer de plus de 25% d'une période à la suivante, n'était pas observée.

45. La Directrice a signalé que l'adoption du barème de l'OEA était stipulée par le Code sanitaire panaméricain et avait été longuement discutée lors de réunions précédentes des Organes directeurs. Par ailleurs, au vu des préoccupations soulevées par le Comité exécutif, le Bureau avait rencontré diverses délégations depuis juin et cherchait à trouver une solution pour répondre à ces problèmes.

46. M. Román Sotela (Conseiller principal, Gestion du programme et du budget, BSP) a expliqué que la distorsion apparente entre la procédure de l'OEA pour le calcul des contributions tenait à la décision prise par les Organes directeurs de l'OPS de ne pas adopter le barème transitoire que l'OEA avait adopté pour les années 2007 et 2008, et d'attendre plutôt que le barème final de l'OEA soit calculé pour les années 2009-2011.

C'est ce barème qui a été proposé aux fins d'adoption par l'OPS pour l'exercice biennal 2010-2011.

47. Après de plus amples discussions, M. Sotela a avancé une proposition de compromis, préparée récemment par le Secrétariat en consultation avec certaines délégations, sous la direction du Mexique, prévoyant d'appliquer le barème transitoire de l'OEA (2008) aux contributions de l'OPS de 2010, et le barème définitif de l'OEA (2009-2011) dès 2011 et par la suite.

48. De nombreuses délégations se sont montrées en faveur de cette solution. Le Délégué de Cuba a remarqué, qu'étant membre de l'OPS et non pas de l'OEA, sa contribution à l'OPS était plus élevée qu'elle ne le serait en fonction de son classement économique dans la Région. Toutefois, son Gouvernement était prêt à s'acquitter de sa contribution dans un esprit de solidarité avec l'Organisation. Le Délégué du Chili a indiqué que son pays lui aussi soutenait la proposition dans le même esprit de solidarité alors même que la contribution de son pays augmentait de 99%.

49. La Directrice a fait savoir qu'il n'était dans les habitudes de l'Organisation d'avoir des barèmes différents pendant les deux années d'une période biennale et que ce compromis ne devait pas être vu comme un précédent. Il ne s'agissait que d'une solution pragmatique au problème. La Déléguée des Etats-Unis était d'accord en cela avec la Directrice.

50. Le Conseil a adopté la résolution CD49.R7, acceptant la proposition de compromise.

Plan d'action pour la santé des personnes âgées, y compris le vieillissement sain et actif (document CD49/8)

51. Le Dr María Julia Muñoz (Représentante du Comité exécutif) a indiqué que le Comité exécutif s'était montré favorable au Plan d'action proposé pour la santé des personnes âgées, y compris le vieillissement sain et actif. Plusieurs délégués avaient noté qu'il était conforme à leurs politiques et priorités nationales se rapportant à la santé des personnes âgées. Le Comité avait observé les liens entre la santé des personnes âgées et d'autres domaines dont les maladies chroniques et la santé familiale et communautaire. On a également indiqué que le Plan d'action devrait tenir compte des aspects liés au genre au niveau de la santé des personnes âgées en voyant comme le vieillissement affectait différemment les hommes et les femmes. Les délégués ont retenu l'importance de la recherche et de la diffusion des connaissances sur la santé des personnes âgées. Il a également été suggéré que la résolution proposée sur ce point de l'ordre du jour fasse mention de la résolution récente de la trente-neuvième Assemblée générale de l'Organisation des États américains sur les droits humains des personnes âgées ainsi que

de la décision du cinquième Sommet des Amériques d'envisager une éventuelle convention interaméricaine sur les droits des personnes âgées. Le Comité avait adopté la résolution CE144.R13, recommandant que le Conseil directeur approuve le Plan d'action.

52. Le Conseil a également souscrit au Plan d'action proposé et plusieurs délégués ont mentionné qu'il était conforme et complémentaire aux politiques de leurs gouvernements en ce domaine. Les délégués sont d'accord pour dire que les domaines stratégiques, les objectifs et les buts du Plan sont bien conçus, bien qu'il faille probablement les adapter aux situations particulières de chaque pays. Dans l'ensemble, le Plan d'action est une bonne base de départ que les États Membres peuvent utiliser pour y puiser des idées pour traiter les problèmes du vieillissement.

53. La plupart des délégués qui ont pris la parole ont décrit les initiatives prises dans leur pays pour promouvoir la santé des personnes âgées : distribution de médicaments ou prestation de services gratuits ou à faible coût, amélioration des soins dans les maisons de retraite, sensibilisation et formation du personnel soignant des personnes âgées, campagnes de vaccination contre la grippe et autres initiatives. Un certain nombre de délégués, surtout ceux des Caraïbes, ont observé qu'il devenait plus urgent de se donner des politiques et des actions pour les personnes âgées car la taille de ce segment de la population continue de croître. Certains étaient en faveur de l'adoption d'une convention internationale sur les droits des personnes âgées, que ce soit dans le contexte interaméricain ou dans le système des Nations Unies. D'après les délégués, il est important d'apporter au personnel de santé une formation portant sur des aspects donnés des soins gériatriques dont la santé mentale des personnes âgées et d'éduquer les personnes âgées elles-mêmes sur leurs besoins spéciaux et l'emploi responsable des médicaments. A cet effet, on a proposé d'organiser des programmes de formation aux niveaux régional et sous-régional. Soutenir une telle formation et renforcer les soins de santé primaires des personnes âgées entraînent dans les fonctions essentielles de l'OPS au même titre que l'organisation de réunions techniques sur des thèmes concernant le vieillissement sain et actif, la mise au point de normes et standards et la préparation de messages éducatifs à l'intention des établissements de santé et des médias.

54. On a noté que le personnel soignant dans le contexte familial ou communautaire était essentiellement composé de femmes et que la féminisation croissante du groupe des personnes âgées risquait donc de se traduire par des pénuries de soins à l'avenir. Par ailleurs, les structures sociales sont en train de changer et un grand nombre de personnes âgées sont laissées pour compte alors qu'avant la famille ou la communauté les aurait prises en charge. On a également souligné le coût élevé de certains médicaments et dispositifs médicaux utilisés fréquemment par les personnes âgées, coût qui reste souvent hors de leur portée dans de nombreux pays bien qu'on cherche sans cesse à faire diminuer les coûts des soins de santé pour les personnes âgées.

55. Un représentant d'*Alzheimer's Disease International* a souligné la nécessité de sensibiliser davantage le public à la maladie d'Alzheimer et autres démences et a fait des suggestions sur des stratégies nationales de prévention et de traitement de la démence.

56. Le Dr José Luis Di Fabio (Gérant, Technologie, Soins de santé et Recherche sanitaire, BSP) a remercié les délégations pour leurs descriptions des activités nationales et leur soutien au Plan d'action. Il a indiqué que l'OPS savait combien le cadre politique, juridique et normatif était important pour la mise en œuvre du Plan d'action et les défis n'étaient pas des moindres pour adapter les systèmes de santé et apporter une formation pertinente au personnel soignant des personnes âgées. L'OPS cherchait par tous les moyens à aider les pays à relever de tels défis.

57. Mme Daisy Mafubelu (Sous-Directrice, Santé familiale et communautaire, OMS) pense qu'il convient tout à fait que le Conseil directeur envisage ce thème le 1er octobre, journée internationale des personnes âgées. Elle a encouragé un plus grand nombre de villes à se joindre au Réseau mondial de l'OMS sur les villes amies des personnes âgées, qui compte dans ses rangs Mexico, New York et Rio de Janeiro.

58. Le Conseil a adopté la résolution CD49.R15, soutenant le Plan d'action.

Elimination des maladies négligées et autres infections liées à la pauvreté (document CD49/9)

59. Le Dr María Julia Muñoz (Représentante du Comité exécutif) a indiqué que le Comité exécutif avait été heureux de noter les efforts déployés par l'OPS en vue d'éliminer les maladies négligées et les maladies qui touchent essentiellement les populations les plus pauvres et celles qui ont le moins accès aux services de santé. L'approche proposée dans le document a été approuvée en général bien que certains délégués aient demandé de plus amples données initiales pour mesurer la prévalence des maladies et pour les indicateurs de performance, pour renforcer l'engagement local dans les programmes de contrôle ainsi que pour la recherche et le développement afin de dépister de nouvelles méthodes ou de nouveaux médicaments ou de meilleurs médicaments ou méthodes pour le diagnostic, le traitement et le contrôle des maladies négligées. Un délégué a remis en question la stratégie de la chimiothérapie préventive de masse que son Gouvernement juge inadéquate et insoutenable. Il a proposé une meilleure approche qui consisterait à renforcer les systèmes de soins de santé primaires pour en faire le point de diagnostic et de traitement des maladies négligées, combinant le dépistage passif et la recherche active de cas.

60. Le Conseil directeur a également appuyé l'approche proposée et a jugé utiles les références faites dans le document aux diverses stratégies et outils standardisés de l'OMS pour lutter contre les maladies tropicales négligées. L'OPS devrait d'ailleurs coordonner

son travail en ce domaine avec celui de l'OMS. Une déléguée a également noté les éventuelles synergies possibles avec les activités de lutte contre d'autres maladies, vu que les médicaments utilisés pour traiter certaines maladies négligées étaient efficaces contre toute une série d'infections. Elle a également insisté sur la nécessité d'améliorer les mécanismes de distribution des médicaments. Un autre délégué a mis en avant l'importance de la surveillance entomologique, le renforcement des capacités de diagnostic et la standardisation des tests de diagnostic. Plusieurs délégués ont avancé l'engagement communautaire et la participation intersectorielle dans les activités de lutte contre ces maladies.

61. Une fois de plus, on a souligné le besoin de disposer de données initiales pour mesurer la prévalence des maladies et pour formuler des indicateurs de la performance. Ces indicateurs sont particulièrement importants pour le suivi et l'évaluation des interventions de chimiothérapie préventive. Tout aussi importante s'avère la recherche sur les maladies négligées, surtout les travaux de recherche visant à mesurer l'ampleur de la charge de morbidité et à déterminer la distribution géographique des maladies en question. Par ailleurs, on a noté l'effet du changement climatique sur l'apparition et la réapparition de certaines maladies.

62. Un certain nombre de délégués ont décrit les actions prises dans leur pays pour combattre les maladies négligées et les maladies liées à la pauvreté et s'attaquer à la pauvreté elle-même. Certains ont signalé que leur pays avait réussi à éliminer certaines maladies mais que d'autres comme le paludisme, la dengue, la maladie de Chagas et la leptospirose continuaient à poser des risques. Plusieurs délégués ont indiqué que leur pays auront besoin d'un soutien technique et financier continu, surtout du Fonds fiduciaire de l'Amérique latine et des Caraïbes pour la prévention, le contrôle et l'élimination des maladies négligées et autres maladies infectieuses pour atteindre les buts de réduction et d'élimination proposés dans le document.

63. Les délégués se sont montrés préoccupés par certaines maladies particulières et les approches proposées pour les combattre. Le Délégué du Brésil a remarqué que le but d'élimination proposé pour la lèpre ne correspondait à la stratégie mondiale d'élimination de la lèpre adoptée par l'OMS pour 2011-2015 et qui avait été retenue lors de la réunion des responsables des programmes mondiaux de lutte contre la lèpre, qui s'est tenue à New Delhi en avril 2009. Cette dernière stratégie stipule une réduction de 35% au moins dans le taux de nouveaux cas avec invalidité de niveau 2, pour 100 000 habitants d'ici la fin de 2015, comparé aux données initiales de 2011. En ce qui concerne la filariose lymphatique, il a indiqué que les stratégies de traitement de masse devaient être adaptées aux régions où la transmission a lieu, selon les études de prévalence. À l'avis de son Gouvernement, la stratégie proposée de chimiothérapie préventive de masse pour la schistosomiase, représenterait un pas en arrière pour la Région. Les études faites au Brésil ont montré que la chimiothérapie de masse n'a qu'un effet transitoire sur les

indicateurs de la schistosomiase. Les pays devraient davantage se concentrer sur le renforcement des capacités de diagnostic et de traitement des porteurs de *Schistosoma mansoni* au niveau des soins de santé primaires et sur l'amélioration de l'assainissement et de l'hygiène. Dernièrement, on n'a noté aucune prévalence des helminthiases transmises par le sol dans la Région et des études supplémentaires devront être faites avant de déployer un programme de traitement de masse.

64. Le Délégué du Mexique a indiqué que le document devrait inclure une discussion plus approfondie de la leishmaniose, surtout de la forme viscérale de la maladie. La leishmaniose devrait être incluse aux maladies du Groupe 2 qui figurent dans le document, Le Délégué de l'Argentine, notant qu'un grand nombre des maladies n'étaient pas endémiques dans son pays, souligne l'importance de prêter attention à d'autres pathologies émergente et ré-émergentes, tel que le syndrome hémolytique et urémique, le syndrome de mort soudaine du nourrisson, la malnutrition, la tuberculose, l'anémie et le VIH/SIDA. Il a indiqué qu'il existait une bonne possibilité d'éliminer la maladie de Chagas transmise verticalement et a suggéré de l'inclure dans le Groupe 1. Il a également suggéré de revoir le but de réduction de la séropositivité chez les femmes enceintes qui est de moins de 1% car de nombreuses femmes en âge de procréer étaient déjà infectées par le parasite *Trypanosoma cruzi*, et il serait donc impossible d'atteindre le but en général. Il a également noté que les stratégies pour combattre la rage humaine transmise par les chiens devraient inclure le contrôle des chiens errants.

65. Le Dr Jarbas Barbosa da Silva (Gérant, Surveillance de la santé et Prévention et Contrôle des maladies, BSP) a remercié les délégués pour leurs commentaires constructifs qui aideront le Bureau à améliorer son approche face aux maladies négligées et autres maladies liées à la pauvreté. Il pense que l'approche mise en avant dans le document et le projet de proposition permettront effectivement au secteur de la santé de remplir son double rôle consistant à traiter les déterminants sociaux de la santé et à éliminer ou diminuer nettement la charge des maladies négligées pour lesquelles existent des interventions d'un bon rapport coût/efficacité. Quant aux buts et indicateurs proposés dans le document, il a souligné que le Bureau n'en avait inclus aucun qui n'avait pas déjà été fixé dans une résolution précédente de l'OPS ou de l'OMS. Par exemple, le but pour la lèpre était le même que celui fixé dans le Plan stratégique à moyen terme de l'OMS 2008-2013 et le plan stratégique de l'OPS 2008-2012. Il s'agissait d'éliminer la lèpre en tant que problème de santé publique au niveau sous-national ainsi qu'au niveau national sachant que dans certains pays de la Région, la prévalence de la maladie restait élevée au niveau sous-national alors même que le but d'élimination avait été atteint au niveau national. Si certains des indicateurs proposés par le Brésil pouvaient effectivement être ajoutés à la proposition, il n'en restait pas moins essentiel de s'assurer que la résolution adoptée par le Conseil directeur était étayée par des mandats existants et que les indicateurs restaient suffisamment simples pour éviter d'obérer les systèmes d'information des ministères de la santé.

66. La Directrice a indiqué que l'approche mise en avant était une formule intégrée qui tenait compte des déterminants sociaux, des facteurs environnementaux et d'autres variables qui avaient contribué à la persistance de l'ensemble de maladies retenues dans le document. Notant que la journée mondiale de la rage avait été observée le 28 septembre, elle a fait savoir que la Région était sur le point d'éliminer la rage transmise par les chiens mais que la rage transmise par des animaux sauvages, surtout les chauves-souris, restait un grave problème, auquel s'attaquait l'OPS de concert avec les États Membres.

67. Le Conseil a adopté la résolution CD49.R19, intégrant plusieurs amendements proposés par les États Membres, y compris pour le Brésil, les objectifs de la surveillance épidémiologique contenus dans le document de l'OMS "Stratégie mondiale améliorée pour diminuer la charge de morbidité imputable à la lèpre – 2011-2015" (document SEA-GLP-2009.4).

Politique sur la recherche pour la santé (document CD49/10)

68. Le Dr María Julia Muñoz (Représentante du Comité exécutif) a indiqué que le Comité exécutif avait bien accueilli en général la politique proposée, louant l'engagement renouvelé de l'OPS face à la recherche mais a mis en garde contre l'expansion de la recherche réalisée par l'OPS elle-même car on risquait de faire double emploi et d'entraîner une dilution des ressources. On a insisté sur le fait que l'OPS devrait se concentrer sur la traduction des résultats de la recherche en directives pour les États Membres plutôt que d'entreprendre elle-même la recherche. Les délégués ont grandement apprécié l'approche exhaustive et multisectorielle à la recherche, proposée dans la politique et ont proposé d'ajouter des mécanismes participatifs à son évaluation. Ils se sont montrés préoccupés par les objectifs de financement fixés dans la politique et proposent d'encourager les États Membres à réserver des fonds consacrés à la recherche en santé plutôt que de leur demander de s'engager face à des objectifs spécifiques. Ils souscrivent à la recommandation faite dans le document selon laquelle 5% du budget central et volontaire combiné soit utilisé pour soutenir la recherche.

69. Le Conseil directeur a également accueilli favorablement la politique et a convenu de son approche progressive et, à l'instar du Comité exécutif, a mis en garde contre le double emploi des efforts et la dilution des ressources. On a insisté sur l'application des résultats de la recherche à la résolution des problèmes de santé prioritaires de la Région, dont ceux mis en exergue dans d'autres points de l'ordre du jour du Conseil, comme la santé mentale, la santé des personnes plus âgées, la santé des adolescents et des jeunes et les maladies négligées. Les aspects de la politique relevant de la collaboration et de la solidarité sont vus comme profitant à la recherche directe aidant à résoudre de tels problèmes et renforçant les structures et les ressources humaines de la recherche dans des pays où la capacité de recherche est relativement faible. On a noté que la restructuration

du Centre d'information sur les sciences de la santé pour l'Amérique latine et les Caraïbes (BIREME) aiderait également à renforcer la production scientifique et le partage d'information (voir également paragraphes 119 et 124 ci-après). A nouveau, ont été mentionnés les problèmes concernant les objectifs de financement et mis en exergue l'importance de la recherche participative à base communautaire, surtout la recherche qui encourage la participation des groupes autochtones et l'utilisation de la connaissance traditionnelle.

70. Plusieurs délégués ont décrit l'organisation de la recherche sanitaire dans leur pays, offrant de partager les résultats et les meilleures pratiques avec d'autres États Membres. Plusieurs ont également indiqué que leur pays participait au Réseau OMS de politiques informées par des données probantes (EVIPNet). Les gouvernements sont des alliés importants dans la recherche pour la santé mais il serait bon également, tel qu'il a été suggéré, que l'OPS et les États Membres cherchent également à forger des partenariats avec le secteur privé pour encourager la recherche et l'innovation en santé. Un rôle important de l'OPS serait celui d'aider États Membres dans l'évaluation d'un bon rapport coût/efficacité de la technologie et les interventions dans le domaine de la recherche sanitaire.

71. Le Dr José Luis Di Fabio (Manager, Technologie, Soins de santé et Recherche, BSP), a remercié les délégations pour leurs commentaires positives et a indiqué qu'il était nullement dans l'intention de l'OPS de réaliser par elle-même la recherche. Le rôle de l'Organisation était davantage d'aider les États Membres à retenir les priorités de la recherche et de traduire les résultats en information étayant la prise de décisions.

72. Le Conseil a adopté la résolution CD49.R10, avalisant la Politique sur la recherche en santé.

Stratégie et plan d'action sur la santé mentale (document CD49/11)

73. Le Dr María Julia Muñoz (Représentante du Comité exécutif) a indiqué que le Comité approuvait la Stratégie et le plan d'action sur la santé mentale, que les délégués jugeaient utile pour atteindre les buts internationaux et régionaux sur le plan de la santé mentale de promotion d'une bonne santé mentale, de prévention des troubles de santé mentale et renforcement de l'accès aux services de santé mentale. Les délégués ont également appuyé la proposition de l'Annexe F du document en vue de forger des partenariats avec d'autres organisations internationales et mobiliser ainsi le financement nécessaire ainsi que la proposition sous l'activité 4.1.2 en vue de créer un groupe de travail régional venant soutenir la conception de la formation en santé mentale. La référence dans le Domaine stratégique 2 aux contextes sains (écoles et communautés) avait été accueillie favorablement et on a souligné l'importance du lieu de travail comme point focal permettant de dépister et de traiter les troubles de santé mentale. On a trouvé

fort utile le fait que le document reconnaisse le problème de la co-morbidité chez les patients de la santé mentale. On a pleinement appuyé les modèles de santé mentale à base communautaire et les approches adaptées culturellement surtout pour les peuples autochtones.

74. Le Comité a soulevé plusieurs questions concernant des aspects spécifiques du Plan, notamment au niveau des indicateurs. On a recommandé que chaque pays choisisse les indicateurs les plus représentatifs dans ses circonstances particulières. La Stratégie et le Plan d'action étant basés sur une vue générale de la Région, chaque pays devrait évaluer son propre système de santé mentale, en utilisant l'instrument de l'OMS pour l'évaluation des systèmes de santé mentale (WHO-AIMS), afin d'éviter une extrapolation automatique des concepts, modèles de soins et structures institutionnelles.

75. Le Conseil directeur a lui aussi vivement soutenu la Stratégie et le Plan d'action. Les délégués ont souligné l'importance d'intégrer les services de santé mentale aux services de santé en général, y compris au niveau des soins primaires, approche qui aiderait à réduire les coûts. Les délégués ont souligné l'importance de la décentralisation des services de santé mentale, les soins à base communautaire, les équipes multidisciplinaires de santé mentale et la participation des parties concernées au renforcement, au suivi et à l'évaluation des services. On a souligné que l'institutionnalisation devait être la stratégie de traitement de dernier recours pour les personnes souffrant de troubles mentaux.

76. On a également souligné l'importance de faire des évaluations des capacités et besoins en santé mentale, notamment le cadre juridique et la disponibilité du financement public pour les services de santé mentale. Plusieurs délégués ont noté que leur pays utilisait WHO-AIMS à cette fin, ce qui leur permettait d'identifier les faiblesses et les forces dans leurs services de santé mentale et de suivre les progrès faits pour combler les lacunes. Une déléguée a suggéré que l'OPS prépare un rapport supplémentaire sur les services de santé mentale au niveau des soins de santé primaires afin d'identifier les meilleures pratiques et stratégies pour surmonter les barrières entravant l'efficacité des soins. Peut-être serait-il utile de faire l'inventaire des ressources disponibles dans les États Membres, par exemple les programmes de formation pour les professionnels des soins de santé mentale, dans l'idée de forger plus tard des partenariats. La même déléguée a également souligné qu'il fallait se donner des stratégies de financement, notant que la Région comptait des programmes de santé mentale – dont certains très bons d'un point de vue technique- qui n'avaient pas vraiment permis d'améliorer la santé mentale car aucune disposition n'avait été prise pour les financer.

77. Les délégués ont attiré l'attention sur les services de santé mentale répondant aux besoins spéciaux de groupes donnés de la population dont les enfants et les adolescents, les personnes âgées et les groupes autochtones. On a proposé de faire référence aux

groupes autochtones dans la résolution proposée sur ce point de l'ordre du jour. Une déléguée a noté l'impact de la crise économique actuelle sur la santé mentale. Une autre déléguée a attiré l'attention sur le grave problème du suicide parmi les jeunes dans son pays et sur les problèmes dus à la stigmatisation des personnes souffrant de troubles mentaux. À l'avis de plusieurs délégués, la réduction de la stigmatisation et discrimination à l'égard des personnes souffrant de troubles mentaux devait relever d'une priorité. Une troisième déléguée a également attiré l'attention sur la santé mentale sur les lieux du travail et sur les besoins des personnes responsables du bien-être des autres, comme les enseignants et les agents de santé.

78. Le Dr José Luis Di Fabio (Gérant, Technologie, Soins de santé et Recherche, BSP) a remercié les membres de leurs commentaires utiles qui permettraient au Bureau de rehausser la qualité de sa coopération technique dans le domaine de la santé mentale. Il a convenu de la valeur de l'établissement des meilleures pratiques et du partage des expériences et a indiqué que l'OPS était en train de préparer plusieurs rapports à cette fin dont le rapport consolidé sur les résultats des évaluations faites dans les pays de l'Amérique centrale à l'aide de la méthodologie WHO-AIMS. L'adoption de la Stratégie et du Plan d'action proposés sur la santé mentale revêtait une signification toute spéciale en ce moment au vu de l'observation de la Journée mondiale de la santé mentale le 10 octobre et 20^e anniversaire de la Déclaration de Caracas en 2010 qui avait marqué le début des efforts de restructuration des services de santé mentale dans la Région. Les célébrations planifiées pour ces deux événements seraient l'occasion de diffuser l'information et de plaider en faveur des soins de santé mentale.

79. Le Conseil a adopté la résolution CD49.R17 sur ce point de l'ordre du jour, avalisant la Stratégie et le Plan d'action.

Plan d'action sur la santé des adolescents et des jeunes (document CD49/12)

80. Le Dr María Julia Muñoz (Représentante du Comité exécutif) a indiqué que le Comité avait appuyé le Plan d'action sur la santé des adolescents et des jeunes et en avait particulièrement apprécié son approche intégré et interprogrammatique. Plusieurs délégués ont noté les recoupements évidents entre ce Plan d'action et d'autres stratégies, initiatives et plans régionaux et avaient vivement recommandé au Bureau et aux bureaux de pays de l'OPS de veiller à une bonne coordination et communication fluide entre tous les programmes et collaboration avec d'autres organismes du système des Nations Unies dans le cadre de la mise en œuvre du Plan. Un certain nombre de suggestions ont été avancées concernant les cibles et les indicateurs du Plan d'Action et plusieurs amendements ont été portés à la résolution sur ce point de l'ordre du jour. Il s'agissait notamment de se mettre d'accord sur l'utilisation constante des termes « adolescents », « jeunes » et « jeunes gens » et d'identifier clairement les groupes ciblés par les activités proposées. A cet égard, un délégué a proposé de définir plus clairement dans une annexe

les termes et sigles mentionnés dans le Plan d'action. Le Comité a adopté la résolution CE144.R6, recommandant que le Conseil directeur avalise le Plan d'action.

81. Le Conseil directeur s'est montré en faveur du Plan d'action proposé que les délégués jugent pertinent et utile pour mettre davantage en lumière la situation et les besoins des adolescents et des jeunes de la Région. Les délégués ont fait l'éloge de l'approche de santé publique dans le Plan, approche basée sur des données probantes et en reconnaissent le caractère complet, notant qu'il a su intégrer les multiples facteurs qui influencent la santé des adolescents et des jeunes et reconnaît le besoin connexe d'une action intersectorielle et inter organisations en vue de traiter ces facteurs. A l'instar du Comité exécutif, le Conseil a mis en exergue les liens entre ce Plan d'action et les plans et stratégies dans d'autres domaines, comme la santé familiale et communautaire et les réseaux intégrés de prestations sanitaires basés sur les soins de santé primaires, soulignant par ailleurs la coordination interprogrammatique qui s'avère nécessaire. Les délégués se sont montrés satisfaits des révisions portées au Plan en réponse aux commentaires du Comité exécutif, tout particulièrement la priorité accordée aux groupes vulnérables, surtout les adolescents et jeunes autochtones et défavorisés et l'importance plus grande donnée à la responsabilisation des jeunes et leur engagement et participation dans la formulation et la mise en œuvre des politiques et plans visant à améliorer leur santé. Par ailleurs, on a noté que des crédits budgétaires suffisants devront être affectés aux divers pays pour traduire dans les faits les actions envisagées dans le Plan.

82. Pour ce qui est de suivre les progrès faits dans le cadre du Plan, plusieurs délégués étaient d'avis qu'il fallait des indicateurs spécifiques pour les pays pris individuellement afin de tenir compte des réalités nationales et de mesurer avec une plus grande précision les changements au niveau du pays. Certains délégués ont noté que les programmes de leur pays pour les adolescents et les jeunes gens utilisent des fourchettes d'âge différentes que celles proposées dans le Plan d'action (10 à 24 ans), ce qui complique les comptes rendus des progrès réalisés mais ils n'en ont pas moins soutenu le Plan et sont prêts à coordonner leurs actions avec celles de l'OPS. De nombreux délégués ont mis en exergue la valeur du partage des données et des meilleures pratiques. A cet égard, le Délégué du Brésil a annoncé que son Gouvernement serait l'hôte d'une conférence internationale pour les jeunes en 2010 et a proposé de réaliser un séminaire sur la santé des adolescents et des jeunes conjointement à cette conférence, donnant ainsi l'occasion d'un échange d'expériences.

83. Plusieurs délégués ont insisté sur la protection des droits des jeunes sur le plan de la santé, notamment leur accès aux services de santé reproductive et autres services médicaux sans qu'il faille le consentement parental. Parallèlement, on a insisté sur les droits et responsabilités et parents et autres personnes légalement responsables pour les adolescents. A été mis en avant également le rôle des organisations de la société civile et des écoles pour promouvoir la santé des adolescents et des jeunes. Il s'agit de donner un

rang prioritaire à la réduction des taux élevés de grossesses de l'adolescente dans la Région et de traiter les questions de santé mentale et problèmes liés à l'abus de drogues, au VIH/SIDA et aux autres infections sexuellement transmissibles, à la violence et aux traumatismes et décès imputables aux accidents de la route parmi les jeunes. On a souligné qu'il fallait des programmes spéciaux pour les jeunes et adolescents déscolarisés et pour ceux détenus dans les centres d'incarcération. Il est très important de fournir des services amis des jeunes dans les centres de soins de santé primaires et de former le personnel de santé pour qu'il sache travailler avec les jeunes et les adolescents et il est tout particulièrement important de former les agents de santé pour qu'ils puissent répondre adéquatement aux besoins de santé sexuelle et reproductive des jeunes.

84. Des représentantes du Fonds des Nations Unies pour la population et de la Fédération internationale des Associations des étudiants en médecine se sont montrées en faveur du Plan d'action et ont encouragé le Bureau et les États Membres à affecter des crédits suffisants pour sa mise en œuvre intégrale. La représentante de la Fédération internationale des Associations des étudiants en médecine a remarqué que l'investissement dans la santé des adolescents et des jeunes aidera à créer une culture de santé et favorisera de futures générations d'adultes en bonne santé.

85. Le Dr Gina Tambini (Manager, santé familiale et communautaire), notant les graves répercussions de la crise financière mondiale sur les adolescents et les jeunes, est d'avis que l'investissement dans la santé et le développement des jeunes gens encouragera également une plus grande productivité et croissance économique dans les pays de la Région. Elle a remercié les États Membres d'avoir appuyé le Plan et les a félicités sur les progrès faits en ce qui concerne les services pour les adolescents et les jeunes.

86. Mme Daisy Mafubelu (Sous-directrice, Santé familiale et communautaire, OMS) a indiqué que l'OMS se réjouissait à l'idée de travailler avec l'OPS pour mettre en œuvre le Plan d'action sur la santé des adolescents et des jeunes. Elle pense fermement que le Plan allait contribuer à la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement et aiderait à sauver la vie de milliers d'adolescentes qui continuent à mourir chaque année de causes imputables à la grossesse et à l'accouchement.

87. Le Conseil a adopté la résolution CD49.R14, avalisant le Plan d'action.

Plan d'action pour la mise en application de la politique en matière d'égalité entre les sexes (document CD49/13)

88. Le Dr María Julia Muñoz (Représentante du Comité exécutif) a indiqué que le Comité exécutif s'était montré très en faveur du Plan d'action proposé pour la mise en œuvre de la politique d'égalité entre les sexes, adoptée en 2005 (résolution CD46.R16). A

l'avis du Comité, le Plan d'action servirait de solide base pour continuer à progresser vers l'égalité entre les sexes, tant pour le Bureau que pour les États Membres. Les domaines stratégiques du Plan sont jugés clairs et réalistes et on reconnaît sa contribution possible à la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement et autres buts liés à l'égalité entre les sexes. Le Comité avait vivement recommandé que l'OPS et les États Membres octroient des crédits suffisants et garantissent l'infrastructure et les capacités nécessaires à la mise en œuvre du Plan.

89. On a proposé plusieurs améliorations dans les indicateurs du Plan d'action. On pensait notamment qu'il fallait affiner davantage l'indicateurs sur les contributions des soins de santé non rémunérés dans les comptes nationaux de la santé pour spécifier la nature précise de ces contributions et déterminer la part qu'ils détiennent dans les comptes. D'autres indicateurs devraient être plus ciblés. Dans l'optique de l'approche « UNE ONU » à l'intégration du genre dans les politiques publiques, on a proposé d'ajouter un nouveau paragraphe applicable à la résolution proposée sur ce point de l'ordre du jour, demandant aux États Membres et à la Directrice de promouvoir et de renforcer les partenariats avec d'autres organismes des Nations Unies et d'autres organisations pour soutenir la mise en œuvre du Plan d'action. Le Comité avait recommandé que le Conseil directeur adopte une résolution exhortant les États Membres à adopter et promouvoir, entre autres, le Plan d'action.

90. Dans la discussion qui a suivi le compte rendu du Dr Muñoz, les délégués ont soutenu pleinement le Plan d'action et ont fait part de l'engagement de leur gouvernement face à l'égalité des droits et des chances pour les femmes et les hommes. Les délégués ont décrit les initiatives en cours dans leur pays en vue de promouvoir l'égalité des chances entre les deux sexes et de traiter des inégalités sur le plan santé entre les hommes et les femmes. Plusieurs délégués ont observé qu'il ne fallait pas penser que les initiatives d'égalité entre les sexes se destinaient uniquement aux femmes, sachant combien il était également important de prêter une plus grande attention aux besoins de santé particuliers des hommes. En effet, les hommes meurent généralement plus tôt que les femmes et souffrent davantage des maladies cardiovasculaires et autres maladies non transmissibles que leurs compagnes de l'autre sexe. Qui plus est, ils sont moins susceptibles de consulter les services de santé pour diverses raisons sociales et culturelles et attendent souvent le dernier moment pour le faire. Plusieurs délégués ont attiré l'attention sur le grave problème persistant de la violence à l'égard des femmes dans la Région, et ont décrit les stratégies, politiques et programmes de leur pays en vue de lutter contre cette violence. Ils ont noté qu'il était essentiel à ce propos d'inclure les hommes.

91. On a noté l'importance des statistiques désagrégées par sexe et de l'analyse du genre pour mettre à jour les disparités sur le plan santé. Une telle analyse devait tenir compte aussi bien des facteurs biologiques liés au sexe que des facteurs sociaux liés au genre qui représentent l'effet différentiel des divers déterminants de la santé entre les

hommes et les femmes. Plusieurs délégués ont noté l'impact des facteurs ethniques et culturels sur la santé et ont souligné l'importance de désagréger les données par race et ethnité. On a souligné aussi le besoin de suivre les progrès faits au niveau de l'application du Plan d'action ainsi que la valeur du partage des meilleures pratiques et leçons retenues. Les délégués étaient particulièrement contents de noter dans le Plan d'action la proposition visant à établir une plateforme facilitant le partage d'expériences.

92. Une représentante de la Fédération internationale de planification familiale (IPPF) a fait l'éloge de la politique et du Plan d'action de l'OPS sur l'égalité entre les genres et a fait part de l'engagement de son organisation en vue de soutenir la mise en oeuvre par les États Membres.

93. Le Dr Marijke Velzeboer-Salcedo (Conseillère Senior, Genre, Ethnité et Santé, BSP) a indiqué que le Plan d'action était le produit d'une vaste consultation auprès de diverses parties concernées aux niveaux national, sous-régional et régional ainsi que de partenaires de la société civile et d'agences apparentées à l'OPS dans le système des Nations Unies et les systèmes interaméricains. Elle était reconnaissante à tous ceux qui avaient participé à ces consultations. Il ressortait clairement des commentaires du Conseil que les États Membres s'étaient fermement engagés à mettre en oeuvre la Politique et le Plan d'action pour l'égalité entre les sexes au niveau national. L'aspect le plus épineux se situera probablement au niveau du suivi et de la responsabilisation concernant l'application du Plan et elle serait heureuse de recevoir les suggestions continues des États Membres sur la manière de relever ce défi.

94. Elle a assuré le Conseil que l'OPS connaissait bien l'importance des facteurs ethniques et culturels. De fait le nom de son service en témoigne bien : Genre, ethnicité et santé. L'Organisation sait également qu'il faut chercher davantage à répondre aux besoins des hommes sur le plan santé et améliorer l'espérance de vie. L'OPS travaille en étroite collaboration en ce domaine avec les États Membres, d'autres organisations intergouvernementales et les organisations de la société civile.

95. Le Dr Socorro Gross (Sous-Directrice, BSP) a indiqué que le Plan d'action représentait l'engagement des États Membres face à une question d'importance vitale pour la santé et le bien-être, pour le respect des droits de chacun et le développement des pays de la Région. Elle a écouté attentivement les vues et recommandations des États Membres et assuré au Conseil qu'elles seraient prises en compte intégralement dans l'application du Plan d'action.

96. Le Conseil a adopté la résolution CD49.R12, avalisant le Plan d'action et exhortant les États Membres à promouvoir sa mise en oeuvre en tant que cadre de référence pour arriver à l'égalité entre les genres sur le plan santé.

Cadre de politique pour le don et la transplantation d'organes humains (document CD49/14)

97. Le Dr Marthelise Eersel (Représentante du Comité exécutif) a indiqué que le Comité avait noté avec satisfaction les efforts de l'OPS en vue de formuler un cadre de politique pour le don et la transplantation d'organes humains, soulignant le besoin de disposer d'un solide système de réglementations basées sur les principes éthiques afin de vérifier la sécurité et l'innocuité du prélèvement et de la transplantation d'organes et l'accès équitable aux dons de cellules, tissus et organes. Le Comité a également souligné l'importance de décourager la commercialisation des organes et d'encourager les dons altruistes ainsi que l'importance d'arriver à l'autosuffisance au niveau des dons d'organes. Les délégués ont indiqué qu'il fallait encourager les dons des personnes décédées tout en garantissant également la protection et le suivi et son des donneurs vivants, après la transplantation. Ils ont encouragé le Bureau à utiliser comme fondement du cadre les Principes directeurs revus de l'OMS sur la transplantation de cellules, tissus et organes humains. Le Comité a appuyé ces Principes directeurs bien que certains pensent qu'il est prématuré pour les Organes directeurs de l'OPS d'adopter une résolution sur cette question vu que la soixante-deuxième Assemblée mondiale de la Santé avait décidé de remettre à plus tard l'examen de ces principes.

98. Le Dr José Luis Di Fabio (Gérant, Technologie, Soins de santé et Recherche, BSP) a expliqué que les Principes directeurs revus avaient été discutés par le Conseil exécutif de l'OMS mais au de l'impact de la pandémie (H1N1) 2009, l'Assemblée mondiale de la Santé avait décidé d'envisager en 2010 la question des Principes directeurs. Par ailleurs, les principes directeurs existaient déjà puisqu'ils ont été adoptés en 1991. L'Assemblée mondiale de la Santé devait simplement les mettre à jour. C'est la raison pour laquelle, il ne pensait pas qu'il était prématuré pour le Conseil directeur d'adopter une résolution à ce sujet.

99. Dans la discussion qui a suivi le compte rendu du Comité exécutif, les délégués ont soutenu le cadre de politique et la résolution proposée. La plupart des délégués qui ont pris la parole ont décrit l'organisation et la réglementation des dons et transplantations d'organes dans leur pays. On a relevé l'importance de mettre en place des organes nationaux pour encourager et réglementer les dons d'organes et on a proposé que l'OPS et l'OMS soient les chefs de file de ces efforts. On a également insisté sur les soins et le suivi des donneurs après les transplantations.

100. Les délégués pensaient que les acquisitions d'organes devaient se faire dans la sphère publique de la santé car la prolifération des banques privées d'organes était devenue un véritable problème dans plusieurs pays de la Région. Plusieurs délégués ont insisté sur la nécessité de combattre le trafic d'organes et de décourager le tourisme pour l'acquisition d'organes humains, risquant de priver les personnes de la chance de recevoir

une transplantation. Ils ont insisté sur l'importance de la transparence à chaque étape du processus et la nécessité de promouvoir un accès équitable aux organes et tissus, surtout pour les secteurs vulnérables de la population. Une déléguée a indiqué que les partenariats publics privés pouvaient s'avérer utiles pour mettre en avant des pratiques éthiques des dons et transplantations d'organes.

101. Les délégués ont souligné l'importance d'encourager l'utilisation accrue des dons des personnes décédées bien qu'on ait également fait savoir que dans certaines cultures, la pratique n'était pas bien reçue. Plusieurs délégués ont fait savoir qu'ils valorisaient le travail du Réseau/Conseil ibéroaméricain sur les dons et transplantations (RCIDT) et souhaiteraient que son assistance s'étende au-delà des pays hispanisants, notamment aux Caraïbes. Le Délégué de l'Espagne note avec plaisir la réussite du RCDIT et fait savoir que son Gouvernement est prêt à continuer d'apporter une assistance pour renforcer l'organisation des dons et transplantation d'organes dans la Région. Les délégués des Caraïbes ont indiqué que leur pays bénéficieraient grandement de l'assistance de l'OPS dans le cadre de leurs programmes de transplantation des reins et santé des reins tel que prévu au paragraphe 2(f) de la résolution proposée. Les délégués ont également attiré l'attention sur le travail de la Commission intergouvernementale des dons et transplantations du MERCOSUR (CIDT).

102. Le Dr José Luis Di Fabio (Manager, Technologie, Soins de santé et recherche) a remercié les délégués de leurs commentaires et a félicité les pays de la Région des progrès qu'ils ont faits au niveau du renforcement de leurs capacités de transplantations et améliorations notées dans leurs taux de dons d'organes. Il a également remercié l'Espagne pour son soutien financier et technique au RCIDT. Il a ajouté que l'OPS cherchait à aider les pays des Caraïbes dans leurs efforts d'amélioration de leurs programmes de transplants, rappelant qu'une réunion avait été organisée à Trinité-et-Tobago quelques années auparavant pour permettre l'échange d'expériences en ce domaine.

103. Le Conseil a adopté la résolution CD49.R18, avalisant le cadre de politique pour le don et la transplantation d'organes humains.

Santé et tourisme (document CD49/15)

104. Le Dr Marthelise Eersel (Représentante du Comité exécutif) a indiqué que le Comité exécutif avait souligné l'importance du tourisme pour le développement durable des pays de la Région, surtout au vu de la présente crise économique internationale, de la pandémie de grippe H1N1 et de l'apparition ou réapparition d'autres maladies transmissibles comme la dengue. Le tourisme de santé, surtout le tourisme pour les transplantations, a été retenu comme un problème soulevant de graves préoccupations sur le plan de l'équité et de l'accès aux soins de santé. Certains délégués pensaient que le

document sur ce point de l'ordre du jour n'était pas assez clair et devait être mieux articulé. Ils ont proposé de le rendre plus explicite. On a suggéré de donner des définitions de termes comme « santé touriste » et « tourisme de la santé » et d'expliquer plus clairement les questions qui devraient être traitées par le forum régional proposé sur le tourisme de la santé. On a également noté que la résolution proposée demandait à la Directrice de formuler un plan d'action régional alors que le document ne présente aucun objectif, indicateur ou activité pour un tel plan. Plusieurs délégués pensaient que les implications financières de la résolution proposée avaient été nettement sous-estimées, surtout au vu de la grippe pandémique et de l'impact financier sur les régions touristiques. On avait demandé au Secrétariat de revoir les chiffres budgétaires.

105. Suivant le rapport du Comité exécutif, plusieurs délégués ont décrit les mesures prises par leur pays pour gérer le tourisme, insistant sur son importance pour leurs économies nationales. Plusieurs délégués ont noté que la santé et le tourisme convergeaient dans trois domaines : le premier étant la présence d'un environnement salubre que les touristes souhaitent effectivement visiter. Ici, les délégués ont mentionné des programmes se rapportant à l'eau potable, à l'évacuation des déchets et à la prévention de la violence à l'égard des touristes. Le second concernait les soins disponibles pour les touristes qui tombent malades dont l'aspect financier est particulièrement important : Dans quelles conditions les touristes devaient-ils recevoir des soins ? Le troisième domaine concernait les soins de santé pour la population locale qui risquait de tomber malade suite à des maladies importées par les visiteurs. On a insisté sur l'importance des systèmes de surveillance épidémiologique dans les ports d'entrée et les systèmes efficaces d'information sanitaire sur les hôtels.

106. Un délégué pensait que le document devait décrire plus clairement la relation symbiotique entre la santé et le tourisme et la contribution que les deux apportent au développement social et économique d'un pays. Il a également souligné que le tourisme de santé contribue à la santé mondiale et que les investissements faits dans ce type de tourisme devaient être vus comme des investissements rentables pour l'économie du pays. La plupart des États Membres se sont montrés en faveur de la création d'un forum régional sur la santé et le tourisme mais deux d'entre eux pensaient que cela répéterait des mécanismes existants et n'entraient plus dans le champ d'action de l'OPS. La Déléguée des États-Unis d'Amérique a proposé que l'OPS et l'OMS cherchent à intégrer les questions de santé aux forums existants sur le développement du tourisme plutôt que créer un nouveau forum. Il a également signalé que les questions environnementales, notamment le changement climatique, entraînent dans la portée d'autres organisations.

107. Le Conseil a également discuté du tourisme médical, surtout le tourisme pour la transplantation d'organes. Le Délégué de l'Argentine a noté que son Gouvernement avait proposé, dans le cadre de MERCOSUR, un accord visant à interdire le trafic de cellules, tissus et organes humains et de décourager le tourisme entrepris aux seules fins d'obtenir

des transplants. D'autres délégués ont insisté sur l'homologation des structures qui fournissent des services médicaux aux touristes.

108. Le Dr Luiz Galvão (Manager, Développement durable et santé environnementale, BSP) a remercié les délégués pour leurs commentaires utiles qui permettront d'améliorer le document. Répondant aux préoccupations sur le Forum régional sur la santé et le tourisme, il a expliqué que le forum était un mécanisme par le biais duquel l'OPS allait coordonner son travail avec d'autres secteurs. Le nouveau forum n'était pas un double emploi des mécanismes existants et n'inciterait pas à créer une organisation séparée pour les questions liées au tourisme. Répondant à l'observation selon laquelle le Forum n'entrait pas dans la portée de la mission de l'OPS, il a expliqué que le Programme de l'environnement des Nations Unies et l'Organisation internationale du travail seraient invités, ainsi que les secrétariats de l'environnement des États Membres seraient invités à participer au Forum.

109. La Directrice a confirmé que les aspects du tourisme comme les questions de main-d'oeuvre ou l'environnement continueraient à entrer dans la responsabilité des entités internationales pertinentes et qu'un grand nombre des concepts et définitions se rapportant au tourisme venaient directement de l'Organisation internationale du tourisme avec laquelle l'OPS entretenait une étroite relation de travail. Par contre, pour les aspects du tourisme se rapportant à la santé, ces mêmes entités se tournaient vers l'OPS et dans le contexte plus général vers l'OMS, lorsqu'elles avaient besoin de directives.

110. Le Conseil a adopté la résolution CD49.R20, avalisant les concepts du document CD49/15 et appuyant la création du Forum régional sur la santé et le tourisme.

Réseaux intégrés de services de santé fondés sur les soins de santé primaires (document CD49/16)

111. Le Dr María Julia Muñoz (Représentante du Comité exécutif) a indiqué que le Comité exécutif soutenait pleinement le renforcement des réseaux intégrés de services de santé fondés sur les soins de santé primaires qui sont vus comme un moyen d'améliorer l'état de santé, de réduire les inégalités sur le plan de la santé, d'étendre la couverture, de renforcer la qualité des soins et d'endiguer les coûts des soins de santé. Le Comité a également noté la contribution que de tels réseaux peuvent faire à la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement. Important par ailleurs que ces soins soient disponibles aussi proches que possible du domicile des personnes. Il ne faudrait pas sous-estimer la valeur des partenariats publics privés car cette formule aide à réduire les coûts et à étendre la couverture. Le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme a été cité comme un exemple de partenariat public privé réussi. L'OPS a été vivement encouragée à coordonner son travail en ce domaine avec celui de l'OMS et d'utiliser les stratégies et cadres existants. Le Comité a également

insisté sur l'importance de se donner des objectifs et indicateurs clairs pour mesurer les progrès faits au niveau du renforcement des systèmes de santé grâce à la mise en place de réseaux intégrés de services de santé.

112. En ce qui concerne le document et la résolution proposée sur ce point de l'ordre du jour, certains membres du Comité exécutif pensaient que certaines définitions, notamment les « réseaux intégrés de services de santé », devaient être plus détaillées avec des exemples plus clairs. Au vu de la discussion du Comité sur la santé familiale et communautaire, on a également proposé que la résolution sur ce point de l'ordre du jour encourage les États Membres à préparer un plan d'action national pour encourager la création des réseaux intégrés de services de santé dans l'optique de la santé familiale et communautaire comme modalité préférée de prestation. Le Comité avait adopté la résolution CE144.R7, intégrant l'amendement sur la santé familiale et communautaire.

113. A l'instar du Comité exécutif, le Conseil a appuyé l'approche proposée pour l'intégration des services de santé par le biais de réseaux et la mise en place de systèmes de soins de santé basés sur les soins de santé primaires. Les délégués pensaient que l'approche aiderait à réduire la fragmentation et la segmentation des systèmes de santé et améliorerait l'accès aux services de santé pour les groupes pauvres et défavorisés. Par ailleurs, on a souligné que les soins de santé primaires ne devaient pas être vus uniquement comme la stratégie permettant de soigner le pauvre mais aussi comme un excellent moyen d'étendre la couverture dans l'optique équité des systèmes de soins de santé. On a noté que les systèmes de soins de santé dans lesquels domine l'hôpital, qu'on rencontre dans tant de pays, et qui dépendent fortement de technologies complexes et onéreuses, avaient fait grimper les coûts et limité l'accès sans obtenir de meilleurs résultats sur le plan de la santé. Il faut également traiter la question de la couverture du risque maladie et de la protection sociale pour tous ceux qui n'en bénéficient pas, surtout dans les pays en développement.

114. Les délégués ont réaffirmé leur soutien aux principes des soins de santé primaires figurant dans la Déclaration d'Alma-Ata, mettant en exergue leur importance pour la promotion de la santé, la participation communautaire et la responsabilité gouvernementale. On a également souligné l'importance de l'action intersectorielle pour traiter les déterminants sociaux et environnementaux de la santé ainsi que le besoin de former suffisamment de ressources humaines pour intervenir au niveau des soins de santé primaires. Le renforcement des capacités de réponse et la qualité des soins ainsi que la satisfaction de l'utilisateur des services de soins de santé primaires sont des aspects essentiels déterminant la réussite des réseaux intégrés de soins de santé. Une déléguée, a observé que des utilisateurs peu satisfaits des services fournis au niveau primaire seraient plus susceptibles de se rendre au niveau de soins secondaires ou tertiaires. Aussi, était-il essentiel que les systèmes de gestion de la qualité tiennent compte des opinions des utilisateurs et des prestataires de soins de santé. Une autre déléguée a attiré l'attention sur

l'influence de l'Internet et d'autres sources d'information sur les idées et attentes des consommateurs de soins de santé.

115. Les délégués ont décrit diverses stratégies et initiatives déployées dans leur pays pour renforcer les réseaux de prestation sur la base des soins de santé primaires, notamment un système axé sur les polycliniques, un programme de soins de santé mobiles pour atteindre les groupes isolés et marginalisés, l'utilisation des technologies de télé santé pour renforcer les capacités au niveau local ainsi que la création de « macro-réseaux » de centres de soins spécialisés pour répondre aux besoins qui ne peuvent pas être pris en charge par les réseaux locaux. Plusieurs délégués ont fait ressortir la valeur des partenariats publics privés dans l'expansion des services de santé bien que les entités sanitaires publiques et privées transmettent parfois des messages divergents sur la prestation et la consommation de services de santé.

116. On a souligné que toute stratégie pour améliorer les systèmes de soins de santé devait reposer sur les meilleures données disponibles, notamment sur la pléthore de travaux réalisés par l'OMS sur ce thème. On a encouragé l'OPS à travailler en synergie avec l'OMS afin d'éviter tout double emploi. On a également insisté sur le caractère souple dans la conception et dans le fonctionnement des réseaux de soins de santé afin de tenir compte des besoins hétérogènes des différentes populations et des différentes caractéristiques socio-économiques des pays de la Région. Par ailleurs, on a noté que les pays de la Région partagent certaines caractéristiques communes ainsi que des problèmes de santé communs et avaient donc tout à gagner du partage de leurs expériences mutuelles. De nombreux délégués ont souligné l'importance du suivi et de l'évaluation de la performance des réseaux intégrés de services de santé. On a jugé utile que le document intègre plusieurs indicateurs généraux des progrès et on a proposé de se donner un calendrier pour évaluer l'impact des stratégies en question.

117. Le Dr Hernán Montenegro (Conseiller Senior, Systèmes de santé et Protection sanitaire, BSP) a remercié les États Membres qui avaient participé aux consultations nationales, sous-régionales et régionales et qui apporté leurs commentaires sur la politique régionale formulant les réseaux intégrés des services de santé. A son avis, le document et la résolution proposée sur ce point de l'ordre du jour tiennent compte des opinions et points de vue exprimés par les délégués. Ils présentent une approche visant à renouveler et à opérationnaliser la stratégie des soins de santé primaires en reconnaissant l'importance de la souplesse, de la satisfaction de l'utilisateur, de l'action intersectorielle, des partenariats publics-privés ainsi que du suivi et de l'évaluation des progrès. A cet égard, l'OPS continuera à développer des indicateurs et des méthodologies pour mesurer la performance des réseaux de prestations et systèmes de santé en général, vérifiant que ses efforts sont déployés en synergie avec ceux de l'OMS. L'Organisation continuera à compiler une information sur les expériences des États Membres au niveau de la mise sur

ped des réseaux intégrés sur la base des soins de santé primaires. Une telle information constituera une riche source de données probantes et de meilleures pratiques.

118. Le Conseil a adopté la résolution CD49.R22 sur ce point de l'ordre du jour, exhortant les États Membres à préparer un plan d'action sur la création des réseaux intégrés de services de santé dans l'optique de la santé familiale et communautaire comme modalité préférée de prestations sanitaires dans le pays.

Réforme institutionnelle du Centre d'information sur les sciences de la santé pour l'Amérique latine et les Caraïbes (BIREME) (document CD49/17)

119. Le Dr María Julia Muñoz (Représentante du Comité exécutif) a indiqué que le Comité exécutif avait pris connaissance en juin d'une mise à jour sur le statut de développement d'un nouveau cadre institutionnel pour BIREME. Le nouveau cadre comprend trois cadres juridiques : statut, accord du Siège et accord des installations physiques. Le Comité avait examiné un avant-projet du statut et avait proposé plusieurs amendements à l'Article IV, concernant les membres de BIREME ; à l'article VI, concernant le Comité consultatif proposé ; à l'Article VII, traitant du Comité scientifique proposé et l'Article VIII concernant le Secrétariat de BIREME. Ces changements ont été intégrés à une version révisée du document et sont indiqués dans le Document CD49/17. Le Comité avait adopté la résolution CE144.R24, recommandant que le 49^e Conseil directeur approuve le nouveau cadre institutionnel pour BIREME, y compris le statut proposé.

120. Dans la discussion qui a suivi le compte rendu du Dr Muñoz, les délégués ont exprimé leur reconnaissance pour le travail de BIREME et ont appuyé le nouveau cadre institutionnel proposé qui permettra, à leur avis, de renforcer les capacités de gestion et de diffusion de l'information du Centre.

121. Le Délégué du Brésil a fait savoir que son pays était fier d'être l'hôte de BIREME, centre qui a fait une énorme contribution à la production et à la diffusion de l'information scientifique dans la Région et qui était un pionnier dans l'utilisation des technologies d'information comme le CD-ROM. Le Brésil se félicitait du rôle que le Centre avait joué dans l'élargissement de l'accès à l'information sanitaire en portugais par l'intermédiaire du réseau OMS ePORTUGUÊSe, utilisant le modèle de la bibliothèque sanitaire virtuelle mis au point par BIREME. Son gouvernement soutenait pleinement le nouveau cadre institutionnel.

122. La Directrice a indiqué que le développement d'un nouveau cadre institutionnel faisait partie de l'examen continu de la situation de tous les centres panaméricains dans le but de les adapter aux besoins changeants de la Région et aux priorités fixées par les États Membres dans le Plan stratégique 2008-2012 et autres documents de politiques et de

planification. Bien des choses avaient changé lors des 20 dernières années dans le domaine de la gestion des connaissances qui devenaient essentielles pour le développement de nombreuses activités de santé. La collaboration entre le Gouvernement du Brésil, l'OPS et BIREME avait été très fructueuse. Le Centre était devenu une ressource précieuse non seulement pour les États Membres de l'OPS mais aussi pour les États Membres dans d'autres régions de l'OMS et pour l'OMS elle-même. Non seulement était-il le dépositaire de l'information mais il assumait aussi un rôle pivot dans la création de réseaux de bibliothèques sanitaires nationales, facilitant ainsi l'échange d'information scientifique partout dans les Amériques et dans le reste du monde. L'existence de tels réseaux collaborateurs avait permis de nombreux progrès dans bien des domaines de la santé publique.

123. La Directrice a remercié le Gouvernement du Brésil pour l'appui qu'il a apporté au fil des ans au Centre ainsi que le Directeur de BIREME et le Conseil juridique de l'Organisation pour tout leur travail concernant le nouveau cadre institutionnel.

124. Le Conseil a adopté la résolution CD49.R5, approuvant le Statut de BIREME.

Révision institutionnelle et réorganisation interne de l'Institut de nutrition de l'Amérique centrale et du Panama (INCAP) (document CD49/18)

125. Le Dr María Julia Muñoz (Représentante du Comité exécutif) a indiqué que le Comité avait été informé lors de sa 144^e session que le Conseil directeur de l'INCAP avait décidé d'assumer l'entière responsabilité de l'administration de l'Institut, dès septembre 2009 et d'amender en conséquence son Accord de base. Le Comité avait également informé que la Directrice avait mis sur pied plusieurs groupes de travail pour traiter des divers aspects techniques, administratifs et juridiques du transfert de la responsabilité administrative en vue d'assurer une transition facile et de préserver les fonctions et leadership de l'Institut dans les domaines de la nutrition et de la sécurité alimentaire. La plupart des documents essentiels pour le transfert de la responsabilité administrative au Conseil directeur de l'INCAP avaient été approuvés bien que les termes de référence et la procédure de sélection du prochain directeur de l'INCAP n'aient pas encore été finalisés pour le moment. Le Comité exécutif avait adopté la résolution CE144.R20, recommandant au Conseil directeur de l'OPS d'approuver le transfert de l'administration de l'INCAP à son Conseil directeur.

126. La Déléguée du Guatemala a observé que le Ministère de la Santé du Guatemala partageaient des bureaux avec l'INCAP et que le soutien reçu de l'Institut et l'échange d'expériences avaient eu un effet positif. Son pays soutenait entièrement la proposition contenue dans le document pour restructurer l'INCAP et l'établissement de son Conseil directeur.

127. Le Dr Socorro Gross (Sous-Directrice, BSP) a noté que la procédure pour la sélection du prochain directeur de l'INCAP avait été approuvée par la majorité requise et qu'une liste des éventuels candidats avait été préparée en collaboration avec le Président du Conseil directeur de l'INCAP. On espérait qu'un choix serait fait d'ici la prochaine session du Conseil qui se tiendra en décembre. Le reste des documents devait être achevé sous peu et l'OPS serait ensuite en mesure de transférer la gestion de l'INCAP à son Conseil directeur dès que l'audit serait terminé fin décembre ou début janvier. L'OPS continuera à faire partie de l'INCAP puisque l'Organisation siège toujours auprès de son Conseil directeur et elle continuera également à soutenir les initiatives nutritionnelles de pair avec ce Conseil.

128. La Directrice a observé que le transfert de l'administration avait pris plusieurs années pendant lesquelles l'INCAP avait été progressivement renforcée en préparation de sa séparation administrative avec l'Organisation. La nouvelle structure facilitera la mobilisation des ressources pour l'INCAP et renforcera l'Institut, lui permettant de jouer un rôle plus actif pour traiter les problèmes de la sous-alimentation et de la malnutrition, dont il avait été question lors de la discussion récente du panel (voir paragraphes 163 à 167 ci-après).

129. Le Conseil a adopté la résolution CD49.R16, demandant à la Directrice de prendre les mesures nécessaires pour un transfert dans les règles de l'administration de l'INCAP à son Conseil directeur.

Plan d'action pour la prévention de la cécité évitable et des déficiences visuelles (document CD49/19)

130. Le Dr María Julia Muñoz (Représentante du Comité exécutif) a indiqué que le Comité exécutif avait donné son plein appui au Plan d'action proposé sur la prévention de la cécité évitable et des déficiences visuelles et avait recommandé que le Conseil directeur l'approuve. Plusieurs membres avaient noté que le Plan s'alignait parfaitement sur leurs stratégies et plans nationaux pour la prévention de la cécité évitable et des déficiences visuelles et plusieurs avaient décrits des programmes en cours dans leur pays. En réponse à une question posée par un délégué, on a expliqué que la rétinopathie du prématuré causait plus de la moitié des cécités infantiles en Amérique latine et aux Caraïbes, raison pour laquelle elle a été retenue comme priorité dans le Plan d'action. Il a été proposé que l'objectif 1.2.2 dans le Plan, identifiant les hispaniques et les personnes de descendance africain comme des groupes à haut risque pour la rétinopathie diabétique, soit formulé de manière plus générique en l'amendant ainsi « groupes à haut risque de certaines origines ethniques, dépendant du pays. » La suggestion a été intégrée à la version revue du Plan présenté au Conseil.

131. Le Conseil directeur a noté avec satisfaction les efforts déployés par l'OPS en ce qui concerne la prévention de la cécité et des déficiences visuelles et a appuyé le plan d'action, vu comme un bon moyen de renforcer les services de soins oculaires et d'atteindre les objectifs de l'initiative mondiale Vision 2020. On a mis en avant l'importance de renforcer les soins oculaires au niveau des soins de santé primaires et de renforcer également l'infrastructure et les ressources humaines pour les soins oculaires. Les délégués ont souligné l'impact qu'aura sur la santé oculaire le vieillissement de la population et la prévalence croissante du diabète et d'autres maladies non transmissibles. Les délégués ont également souligné l'importance d'un dépistage précoce pour dépister la rétinopathie chez les enfants. Sont également très importants les partenariats et la coopération technique parmi les pays sur le plan des soins oculaires et la prévention de la cécité. Un certain nombre de délégués ont mentionné que des ressortissants de leur pays avaient bénéficié d'une aide du programme cubain-vénézuélien de chirurgie oculaire *Misión Milagro* (Mission Miracle) et a exprimé sa reconnaissance aux Gouvernements de Cuba et du Venezuela. Un délégué a suggéré que l'OPS fournisse les ressources pour soutenir et renforcer le programme afin qu'il puisse venir en aide à un plus grand nombre de pays.

132. Le Délégué de Cuba a indiqué que *Misión Milagro* avait été mis sur pied en juillet 2004 en collaboration avec le Venezuela. Le programme avait démarré au Venezuela et a été étendu en suite à 33 pays dans les Amériques et en Afrique. Plus de 1,6 million de patients avaient reçu une chirurgie des yeux, surtout pour corriger la cataracte et environ 268 000 de ces patients s'étaient rendus à Cuba pour les services de chirurgie et tous les frais de transport, hébergement et alimentation ainsi que les soins médicaux avaient fournis gratuitement. Le reste avait été opéré par des médecins cubains dans leur pays. La réussite du programme montre bien qu'il est possible d'éliminer en grande partie le problème de la cécité évitable.

133. Le Dr José Luis Di Fabio (Manager, Technologie, Soins de santé et Recherche sanitaire) a indiqué que la cécité évitable faisait du programme inachevé de problèmes de santé qui peuvent être évités ou guéris avec la technologie disponible actuellement et que le Plan d'action, conjugué aux activités de l'Organisation pour lutter contre les maladies négligées tels le trachome et l'onchocercose, permettrait d'avancer rapidement vers l'élimination de ces maladies. Nul doute qu'il est très important de travailler conjointement avec des initiatives internationales comme Vision 2020 et d'encourager le partage d'expériences et de coopération entre les pays par l'intermédiaire de programmes comme *Misión Milagro* qui avait eu un impact notable sur la prévalence de la cécité évitable dans la Région. Il a remercié les délégués d'avoir décrit les initiatives en cours dans leur pays et a indiqué que l'OPS se ferait un plaisir de mettre une telle information sur son site web afin qu'elle puisse profiter à d'autres pays.

134. Le Conseil a adopté la résolution CD49.R11, approuvant le plan d'action.

Santé familiale et communautaire (documents CD49/20)

135. Le Dr María Julia Muñoz (Représentante du Comité exécutif) a indiqué que le Comité exécutif avait vu avec plaisir l'adjonction de la santé familiale et communautaire à l'ordre du jour des Organes directeurs de 2009. Le Comité avait mis en exergue la nature transversale de ce point de l'ordre du jour. Les délégués ont insisté sur le renforcement des services de santé pour qu'ils répondent aux besoins spécifiques des individus à différentes étapes de leur vie et dans le contexte de leur famille et communauté et ils ont également souligné l'importance de renforcer les services de santé mobiles par le biais des équipes multidisciplinaires d'agents de santé. L'approche de santé familiale et communautaire détient une grande importance pour la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles chroniques et on a suggéré d'inclure l'Objectif stratégique 3 du Plan stratégique de l'OPS 2008-2012 aux objectifs qui seront renforcés et soutenus par les activités réalisées en ce domaine. On a également suggéré que le document et la résolution proposée sur ce point de l'ordre du jour reconnaissent l'importance des approches interculturelles et du genre dans les services de santé familiale et communautaire.

136. Le Conseil s'est montré d'accord avec le document conceptuel (document CD49/20). L'approche de santé familiale et communautaire est jugée un aspect fondamental de la stratégie des soins de santé primaires, du renforcement des réseaux de services intégrés de santé et de la réalisation de la couverture universelle en soins de santé. Plusieurs délégués ont noté que l'approche de santé familiale et communautaire ne pourra réussir que si on change fondamentalement le modèle des soins de santé et la philosophie de la prestation sanitaire et que cela demandera également que soit renforcée l'infrastructure de santé et la capacité de réponse au niveau des soins de santé primaires. Des incitations devront donc être données pour encourager les professionnels de la santé à choisir des carrières dans la médecine familiale et communautaire et pour que de tels professionnels soient mieux reconnus socialement et récompensés du point de vue économique. On a suggéré que le document conceptuel discute de compétences dont devra être doté le médecin intervenant dans la santé communautaire et familiale afin que ces mêmes compétences soient portées au programme des facultés de médecine. Une représentante de la Fédération internationale des Associations d'étudiants en médecine a affirmé que les carrières dans les soins de santé primaires, surtout dans les zones rurales et peu desservies, n'étaient pas jugées très attirantes à cause de la faible rémunération et du manque de possibilités d'avancement. Elle pense qu'en faisant participer les étudiants en médecine aux projets de santé communautaire dès les premières étapes de leur éducation, on arriverait non seulement à répondre aux besoins locaux en soins de santé mais aussi à renforcer les capacités nécessaires. Une telle expérience impartirait des compétences qui ne sont pas facilement enseignées dans un hôpital universitaire.

137. Certains délégués pensaient que le document et la résolution proposée sur ce point de l'ordre du jour devaient insister davantage sur des actions spécifiques traitant des déterminants sociaux et économiques de la santé dont l'isolement, l'exclusion et la pauvreté et se concentrer davantage sur des domaines programmatiques dans le domaine de la famille et de la communauté qui s'avèrent essentiels pour atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement. Un délégué a suggéré que le paragraphe 12(e) du document se concentre sur la santé en général du point de vue psychosocial plutôt que sur les aspects purement biomédicaux de la santé physique et mentale. Une autre déléguée pensait qu'il fallait voir la santé comme un continuum de la prime enfance jusqu'à l'âge avancé. Plusieurs délégués ont indiqué que la santé et l'accès aux soins de santé devraient être considérés comme des droits et certains ont noté que le droit à la santé était consacré dans leurs constitutions nationales.

138. Les délégués ont décrit les actions prises par leur pays pour mettre en oeuvre l'approche de santé familiale et communautaire et ont mis en relief des caractéristiques spécifiques de l'approche jugées particulièrement importantes dans leur contexte national. De nombreux délégués pensaient qu'il était essentiel d'identifier et de traiter par voie d'action intersectorielle les déterminants sociaux, environnementaux et comportementaux de la santé. La collaboration entre les secteurs de la santé et de l'éducation pour promouvoir des habitudes et styles de vie sains revêt un caractère essentiel. Il est tout aussi important de dépister les risques et les changements dans les facteurs risques qui peuvent se présenter tout au long de la vie d'une personne.

139. Un grand nombre de délégués ont également insisté sur la nécessité de garantir un accès universel et une couverture universelle des soins de santé. On a observé que les programmes de santé communautaire devraient appliquer une approche interculturelle qui tienne compte des besoins différents des divers groupes ethniques et des diverses cultures, en respectant dûment les groupes autochtones et leur médecine traditionnelle. L'importance de l'optique genre a également été mentionnée. Plusieurs délégués ont décrit les approches équipées aux soins de santé qui semblent bien réussir dans leur pays. Certains délégués ont indiqué qu'il fallait prêter davantage attention aux besoins spéciaux des personnes âgées, des hommes et des enfants entre 9 et 12 ans. Il est tout aussi important de traiter les problèmes de santé que connaissent les enfants de la rue ainsi que les effets de la migration, de la violence, de l'abus de drogue et d'alcool ainsi que du trafic illégal de drogues sur la santé de l'individu, de la famille et de la communauté. Plusieurs délégués souhaitent qu'une attention toute spéciale soit accordée aux centres de soins de santé primaires, aux programmes d'expansion communautaire et aux services de soins à domicile. Pour d'autres encore, ce sont les maladies chroniques et non transmissibles qui doivent recevoir plus d'attention au niveau des soins de santé primaires. On a souligné l'importance de la prévention des maladies et de la promotion de la santé ainsi que de la participation communautaire à ces activités.

140. Le Dr Gina Tambini (Manager, Santé familiale et communautaire, OPS) a fait savoir que cela l'encourageait énormément d'entendre comment les pays relevaient les défis rencontrés dans leurs efforts en vue d'améliorer les services de santé familiale et communautaire. L'approche santé familiale et communautaire repose sur le concept de la santé comme un droit. Elle reconnaît le besoin de dispenser des services de santé axés sur les gens et de traiter les déterminants sociaux, économiques et environnementaux de la santé. Elle reconnaît également le besoin de se donner des approches interculturelles, une action intersectorielle et d'autres caractéristiques mises en avant par les délégués. De fait l'action intersectorielle marque le propre travail du Bureau sur ce thème, faisant intervenir le personnel dans de multiples domaines programmatiques. Le Bureau était fermement engagé à soutenir les États Membres pour relever les défis liés à la transformation des systèmes de santé et l'adoption de modèles de soins plus intégrés et plus complets.

141. Mme Daisy Mafubelu (Directrice-générale adjointe, Santé familiale et communautaire, OMS) a indiqué que, à son avis, l'approche santé familiale et communautaire était essentielle pour atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement, surtout les Objectifs 4, 5, et 6, et elle encouragerait donc tous les pays à adopter des modèles de soins de santé basés sur la santé familiale et communautaire.

142. Le Conseil a adopté la résolution CD49.R13 sur ce point de l'ordre du jour.

Le Fonds renouvelable pour l'achat de vaccins de l'Organisation panaméricaine de la Santé (document CD49/21)

143. Le Dr María Julia Muñoz (Représentante du Comité exécutif) a indiqué que ce point de l'ordre du jour avait été discuté tant par le Sous-Comité de programme, budget et administration que par le Comité exécutif, à la demande d'un représentant d'un État Membre, qui cherchait à savoir dans quelle mesure le Fonds renouvelable de l'OPS était adapté à la nouvelle architecture mondiale de la santé et quelle était sa relation avec l'Alliance GAVI. Il était très important de vérifier que le Fonds renouvelable et GAVI ne travaillent dans des directions opposées. Certains membres du Sous-Comité se demandaient s'il valait la peine de tenir une discussion du Fonds renouvelable par les Organes directeurs de l'OPS puisque le Fonds était et restait satisfaisant. On a pourtant noté que certaines nuances de la question n'étaient pas claires pour tous les États Membres et qu'une telle discussion permettrait donc une plus grande transparence, éclairant toutes les facettes. Aussi, a-t-on convenu de placer cette question à l'ordre du jour du Comité exécutif et d'organiser une discussion informelle en dehors de la session formelle avec la participation d'autres partenaires y compris des représentants de GAVI. Ensuite ce point de l'ordre du jour serait discuté par le Comité exécutif dans le cadre d'une session formelle (document CD49/2).

144. La discussion au sein du Comité exécutif s'est penchée sur les divers types du vaccin conjugué antipneumococcique et sur certains problèmes qui se sont présentés concernant l'accès au vaccin par des pays éligibles pour GAVI dans les Amériques. Le Comité a été informé que la Directrice de l'OPS avait déclaré un moratoire sur l'achat du vaccin conjugué 10 valent, à savoir le vaccin choisi pour lancer le mécanisme d'engagement à l'avance (pré-achat). La Directrice avait également mis sur pied un Groupe de travail OPS/GAVI pour trouver les moyens d'assurer l'accès au vaccin antipneumococcique pour tous les pays de la Région.

145. Les membres du Comité exécutif ont affirmé leur soutien pour le Fonds renouvelable et ont souligné l'important de garantir un accès équitable aux médicaments et aux vaccins pour tous les programmes publics de vaccination dans les États Membres. On a mis en relief l'importance du Fonds renouvelable en tant que mécanisme de coopération qui facilite l'introduction de nouveaux vaccins de haute qualité.

146. Dans la discussion sur ce point de l'ordre du jour au sein du Conseil directeur, les délégués ont soutenu franchement et clairement le Fonds renouvelable et se sont montrés opposés à toute mesure risquant de l'affaiblir ou de miner les principes de solidarité et de panaméricanisme sur lesquels il repose. Les délégués se sont fermement opposés à toute action qui pourrait interférer avec la capacité du Fonds à acheter les vaccins au plus bas prix. Ils ont noté que le Fonds permettait aux petits états de profiter des économies d'échelle qui proviennent des achats en gros. En plus, le Fonds non seulement assure un accès rapide et en temps aux vaccins et à des prix abordables mais il assure également que les vaccins achetés sont de haute qualité. Le rôle du Fonds, facilitant l'introduction de nouveaux vaccins, a été mis en évidence. Plusieurs délégués ont noté que les programmes publics de vaccination dans leur pays dépendaient entièrement du Fonds renouvelable pour l'achat de vaccins.

147. La Déléguée de la Jamaïque a indiqué que dans la sous-région des Caraïbes une proportion importante des vaccins administrés par le secteur privé est obtenue auprès des gouvernements, qui achètent les vaccins par l'intermédiaire du Fonds renouvelable. Elle souligne que les appels d'offres et la consolidation des commandes de vaccins, par l'entremise du Fonds, ont gardé les prix des vaccins abordables pour les pays des Caraïbes. En effet, n'étant pas de grands acheteurs, ces pays ne seraient pas en position de négocier par eux-mêmes avec les fabricants de vaccins. Un autre avantage du Fonds, tel que l'indique, c'est qu'il aide à acheminer rapidement les vaccins en cas d'urgence car il dispose de mécanismes d'approvisionnement déjà établis avec les fournisseurs. De plus, il a facilité des prêts d'urgence inter-pays car les pays savaient que les stocks de vaccins prêtés seraient rapidement réapprovisionnés par l'intermédiaire du Fonds. Le Délégué de l'Argentine a noté que le Fonds non seulement facilitait l'accès équitable à des vaccins de qualité à des prix abordables mais qu'il aidait également à renforcer les systèmes de surveillance épidémiologique, les réseaux de laboratoire et la surveillance

des effets indésirables dus aux vaccins. Il a noté que les ministres de la santé de l'Union des Nations de l'Amérique du Sud (UNASUR), lors d'une réunion qui s'est tenue en Equateur en août 2009, avaient recommandé le renforcement du Fonds renouvelable comme principale stratégie de négociation et d'approvisionnement en vaccins pour la Région, notamment pour le vaccin contre la grippe A (H1N1).

148. De nombreux délégués ont noté que le Fonds renouvelable jouait un rôle de premier plan, cherchant à assurer la disponibilité et un coût abordable pour le vaccin H1N1. La Déléguée du Salvador, soutenue par un certain nombre d'autres délégués, a insisté sur le fait que la pandémie de grippe doit être vue comme un problème de toute l'humanité et que la solidarité et non pas la capacité de payer, doit être le principe guidant les actions prises en réponse, dont celles au niveau touchant à la disponibilité et au prix du vaccin. Elle a également proposé que l'OPS organise une réunion de haut niveau pour analyser les caractéristiques de la production de vaccins et trouver divers moyens de mitiger le coût élevé des vaccins pour les budgets des pays de la Région.

149. Les Déléguées du Canada et des États-Unis, notant toutes les deux que leurs pays étaient des membres de l'Alliance GAVI, étaient heureux de noter la collaboration entre l'OPS et GAVI par l'entremise du Groupe de travail OPS-GAVI et ont encouragé les deux parties à trouver un arrangement qui permettrait de protéger d'une part le Fonds et, d'autre part, de déployer dans les délais indiqués l'engagement de pré-achat. Les délégués ont également demandé à l'OPS de soutenir le transfert de technologies et autres mesures susceptibles de lancer la capacité de production de vaccins dans les pays de la Région.

150. Le Dr Socorro Gross (Sous-Directrice, BSP) a remercié les délégués pour le soutien qu'ils ont exprimé à l'égard du Fonds renouvelable et a indiqué que l'Organisation était engagée à maintenir et à renforcer le Fonds et ses principes directeurs de solidarité de panaméricanisme, de qualité et de prix abordables. Elle a assuré le Conseil que l'OPS et GAVI travailleraient ensemble dans un esprit de respect mutuel et de collaboration, tendant vers le même but de garantir l'accès aux vaccins pour tous les enfants et adultes qui en ont besoin.

151. Mme Daisy Mafubelu (Directrice générale adjointe, Santé familiale et communautaire, OMS) a félicité les États Membres de la Région pour leur leadership sur le plan de la vaccination tel qu'en témoigne par exemple l'élimination de la rougeole, réussite que d'autres régions de l'OMS cherchait à imiter. L'OMS était un membre du Groupe de travail de l'OPS-GAVI et continuera à trouver des arrangements à l'amiable pour résoudre les questions avancées ici tout en s'assurant que les accomplissements et progrès de la Région dans la lutte contre les maladies vaccinables étaient préservés.

152. La Directrice a indiqué que le 30e anniversaire du Fonds renouvelable serait la parfaite occasion de réfléchir à l'avenir du Fonds et au rôle qu'il pouvait jouer face au problème posé par de nouveaux vaccins onéreux qui peuvent aisément doubler ou tripler les budgets de vaccination des pays. Elle avait l'intention d'ailleurs de proposer cette question aux fins de discussion par les Organes directeurs en 2010. L'OPS intervenait activement au niveau du transfert de technologie et renforcement des capacités de production des vaccins et soutenait depuis les partenariats publics-privés à cet égard. L'Organisation contribue également, par l'entremise du Système régional de vaccins (SIREVA) à la mise au point de nouveaux vaccins, soutient les essais cliniques et participe à la surveillance post-marketing des vaccins. Elle a affirmé que l'OPS continuera à travailler avec l'Alliance GAVI vers le but partagé de la vaccination universelle.

153. Le Conseil a pris note du rapport sur le Fonds renouvelable pour l'achat de vaccins de l'OPS.

Table ronde sur la sécurité des hôpitaux (documents CD49/22 et CD49/22, Add. I)

154. Une discussion en table ronde a été organisée pour que les pays puissent partager leurs points de vue sur le thème de la sécurité des hôpitaux. Le Dr Jean-Luc Poncelet (Manger, Préparatifs en cas d'urgence et assistance en cas de catastrophe, BSP) a ouvert la discussion, notant que jusqu'en 1985, quand un hôpital de la ville de Mexico a été détruit par un tremblement de terre, on n'avait guère pensé à la question de la sécurité des hôpitaux pour les garder à l'écart des catastrophes. Bien des choses avaient changé depuis alors que les pays réalisent que de telles calamités peuvent être évitées. Certains pays avaient d'ailleurs déjà montré qu'il était possible de sauvegarder les hôpitaux. Et pourtant, il existait encore bien des cas où les services des hôpitaux ne fonctionnaient plus à cause d'une catastrophe naturelle. La sécurité des hôpitaux était devenue le thème de la Journée mondiale de la Santé 2009 et le thème pour la table ronde a été choisi en voie de conséquence.

155. Le Dr Claude de Ville de Goyet (Consultant des préparatifs en cas d'urgence en santé publique) a ensuite donné un discours liminaire insistant sur le fait que la sécurité des hôpitaux relevait non seulement du domaine médical mais était aussi une question économique, sociale et politique. Un grand nombre d'hôpitaux dans des régions très vulnérables avaient cessé littéralement de fonctionner suite à des catastrophes naturelles, en plus des pénuries de personnel et d'une planification déficiente. La tragédie de l'hôpital de Mexico en 1985 représente un nouveau point de départ pour l'approche à la sécurité des hôpitaux au sein de la communauté de santé internationale. Il devenait évident que les préparatifs en cas d'urgence ne se limitent pas simplement à la formation du personnel et la prise en charge d'un grand nombre de blessés : il faut également prévoir la sécurité de

la structure physique des hôpitaux. Les catastrophes suivantes, qu'il s'agisse d'ouragans, de tremblements de terre ou d'inondations, ont elles aussi étaient riches en enseignement.

156. Définissant la sécurité d'un hôpital comme un hôpital qui pouvait continuer à fonctionner ou même élargir sa capacité suivant une catastrophe, le Dr de Ville de Goyet a présenté les principaux aspects qu'il fallait envisager dans le cadre des activités en vue de vérifier que les hôpitaux répondent à ces normes, dont l'une consiste à faire une analyse de vulnérabilité à l'aide de l'indice de sécurité mis au point par l'OPS. Il a également discuté des facteurs qu'il fallait envisager en construisant de nouvelles structures et en décidant s'il fallait ou non rénover de vieux hôpitaux. Le coût de la conception de nouvelles structures résistant aux catastrophes était modéré si les travaux étaient planifiés dès le début. Rénover des structures existantes n'était pas toujours chose rentable car les coûts pouvaient s'élever jusqu'à 40% de la valeur de remplacement. Qui plus est, le rendement politique ou sous l'angle santé publique de l'ouverture d'un nouvel hôpital pourrait bien dépasser celui de la rénovation de deux ou trois établissements existants. Il a conclu sa présentation en décrivant les progrès faits dans les Amériques et les leçons retenues, en particulier le fait qu'une approche fragmentée au coup pour coup ne marche pas, que la sécurité des hôpitaux n'était pas simplement une question de prise en charge en cas d'urgence mais aussi une question de développement durable et que les ministères de la santé devaient diriger la démarche de la réduction du risque.

157. Les délégués ont ensuite participé à l'un des trois panels de discussion. Le panel 1 a discuté de la question "Comment obtenir le financement pour améliorer la sécurité des hôpitaux ? Le panel 2 s'est penché sur les leçons retenues en matière de sécurité des hôpitaux et le panel 3 a traité de la question suivante : qui est effectivement responsable de protéger les hôpitaux en cas de catastrophe.

158. Le Dr Poncelet a présenté le rapport final des groupes de discussion. En guise de préface, il a cité des nouvelles sur l'effondrement récent d'un hôpital à Padang en Indonésie causé par un tremblement de terre. L'incident venait à point nommé pour rappeler l'importance des questions discutées lors de la table ronde.

159. Récapitulant les conclusions des panels de discussion, il a indiqué que trois points saillants s'étaient dégagés : a) il existe bel et bien un consensus sur les grands principes de la sécurité des hôpitaux ; b) des progrès avaient bien été faits dans la Région mais vu ces progrès ne deviendraient évidents qu'en cas de catastrophe, il fallait dès maintenant les porter à la connaissance du public ; et c) il était indispensable de traduire la théorie en pratique en mettant en œuvre des projets qui montreraient effectivement que c'était chose faisable. Les participants ont insisté sur l'importance de mesurer l'impact des catastrophes non seulement en termes économiques mais aussi en termes sociaux, surtout le coût social d'une interruption prolongée des services. Ils ont indiqué que les améliorations après coup doivent être faites de manière très sélective bien que ce soit

souvent chose nécessaire. Il existait un financement public pour cela, essentiellement à partir du budget public. Il est toutefois très important de se donner des priorités pour que ces fonds soient utilisés sagement.

160. Les trois panels ont insisté sur l'engagement politique dans les hautes sphères qui est indispensable pour que l'initiative de la sécurité des hôpitaux progresse et ont indiqué que les ministères de la santé devaient prendre les rênes en main et diriger bien que d'autres ministères doivent eux aussi participer. Au sein des ministères de la santé, tous les services sont concernés, pas simplement ceux en charge des préparatifs en cas d'urgence. L'indice de la sécurité des hôpitaux a été reconnu comme un outil très utile et les pays devraient l'appliquer systématiquement dans toutes les structures sanitaires à tous les niveaux. On a souligné que la performance des hôpitaux en cas de catastrophe devait être documentée pour retenir les réussites et savoir ce qui a été perdu parce que l'hôpital n'était pas sûr. Enfin, les participants de la table ronde ont recommandé que le Conseil fasse appel à l'OPS pour redoubler d'efforts et plaider auprès des gouvernements afin de les encourager à adopter les pratiques assurant la sécurité des hôpitaux et d'exhorter les États Membres avec le soutien de l'OPS de formuler des plans d'action nationaux pour atteindre le but de la sécurité des hôpitaux et enfin de demander au Bureau de préparer un rapport d'activités au niveau régional qui sera présenté au Conseil directeur en 2010.

161. Le rapport intégral des discussions de la table ronde ainsi que les conclusions figurent dans le document CD49/22, Add. I

162. Le Conseil a pris note du rapport sur la table ronde.

Débat en panel sur l'Alliance panaméricaine pour la nutrition et le développement en vue d'atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement (documents CD49/23, Rév. 1 et CD49/23, Add. I)

163. La discussion en panel a été modérée par Mme Sara Ferrer Olivella (Programme des Nations Unies pour le Développement- Espagne, pour la réalisation des OMD). Parmi les membres du panel : Le Dr Oscar Ugarte Ubilluz (Ministre de la Santé, Pérou), M. Pedro Medrano (Directeur régional pour l'Amérique latine et les Caraïbes, Programme alimentaire mondial), M. Ricardo Uauy (Président, Union internationale des Sciences nutritionnelles) et le Dr Mirta Roses Periago (Directrice, BSP). Le Dr Ugarte Ubilluz a fait une présentation sur l'approche adoptée au Pérou pour combattre un taux de malnutrition très élevé. La Directrice a décrit les fondements conceptuels de l'Alliance et M. Medrano a parlé de l'importance de l'approche interorganisations aux problèmes de la malnutrition. M. Uauy a discuté des déterminants sociaux, biologiques et économiques de la nutrition maternelle et infantile.

164. Dans ses commentaires sur les préventions des panels, Mme Joy Phumaphi (Vice Présidente du Développement humain, Banque mondiale) a insisté sur le fait que la prévention et le contrôle des carences nutritionnelles avaient été trop lents jusqu'à présent. Mme Carmen María Gallardo Hernandez (Vice Présidente, Conseil économique et social des Nations Unies) a souligné la nécessité d'intégrer la santé, l'éducation, l'habitat et d'autres secteurs dans le dialogue intergouvernemental pour traiter la nutrition et M. David Oot (Vice Président associé, Programme international, Save the Children) a insisté sur le fait qu'un grand nombre de déterminants de la santé restent en dehors de la portée des interventions du secteur de la santé – d'où l'importance de l'Alliance pour intégrer de nombreux secteurs différents.

165. Dans la discussion plénière qui a suivi, les membres du Conseil directeur ont fait bon accueil à la création de l'Alliance panaméricaine pour la nutrition et le développement. Plusieurs délégués ont décrit les efforts déployés par leur pays pour traiter les problèmes nutritionnels et la plupart ont indiqué qu'ils avaient adopté une approche multisectorielle dans la lutte contre la malnutrition. On a signalé que même dans les pays où les indicateurs de la situation nutritionnelle étaient satisfaisants, des mesures étaient prises pour garantir la nutrition de groupes vulnérables comme les enfants, les personnes âgées et les femmes enceintes. Plusieurs délégués ont tout particulièrement insisté sur l'allaitement des nourrissons, y compris la promotion de l'allaitement maternel exclusif, les dispositions à prendre pour que les mères qui allaitent puissent emmener leur bébé sur les lieux du travail ainsi que le contrôle du marketing des produits de remplacement du lait maternel.

166. Certains délégués ont noté que la situation nutritionnelle des pays s'était aggravée suite à la crise économique et aux effets du changement de climat. Un délégué a ajouté que les problèmes nutritionnels de la Région étaient dus partiellement à l'échec de l'agriculture locale qui n'avait plus été stimulée dans le contexte d'importations alimentaires bon marché provenant de pays dont les gouvernements subventionnent leur industrie agricole. Plusieurs délégués ont mentionné les problèmes d'obésité au sein de leur population, surtout parmi les adolescents et ont proposé que l'Alliance joue un rôle important dans la promotion de modes alimentaires sains.

167. Un compte rendu des discussions a été donné par la suite par le Dr Gina Tambini (Manager, Santé familiale et communautaire, BSP), qui a récapitulé les contributions des membres du panel et des délégations. Son rapport est donné dans le Document CD49/23, Add. I.

Questions administratives et financières

Rapport sur le recouvrement des contributions (documents CD49/24 et CD49/24, Add. I)

168. Le Dr María Julia Muñoz (Représentante du Comité exécutif) a indiqué que le Comité avait été informé que le recouvrement combiné des arriérés et des contributions de l'année actuelle, en date du 15 juin 2009, s'élevait à \$38 millions, niveau au troisième rang des plus faibles de ces 10 dernières années. Dix neuf des États Membres s'étaient acquittés de leurs contributions passées et présentes, 12 avait versé intégralement leurs contributions de 2009. Tous les États Membres avec des plans de paiement différé se sont conformés à ces plans et seul un États est susceptible d'être soumis aux restrictions de vote aux termes de l'Article .B de la Constitution de l'OPS.

169. Mme Sharon Frahler (Gérant, Gestion des ressources financières, BSP) a remercié les États Membres pour leurs contributions qui ont évité toute interruption dans les programmes de coopération technique de l'OPS. Elle a expliqué que le Document CD49/24 montrait la situation sur le plan des contributions en date du 31 juillet 2009 et que le Document CD49/24, Add.I mettait à jour l'information au 21 septembre 2009. Depuis la préparation de ce dernier document, \$199 874 avaient été reçus de Porto Rico et \$1 482 123 du Brésil.

170. Le montant total des contributions pour 2009 versées jusqu'à présent s'élève à \$43,6 millions, 46% de la contribution totale de l'année de \$95,7 million. Les arriérés acquittés à ce jour sont de \$25,1 millions, diminuant l'encours des arriérés à \$6 millions. Aussi, le paiement combine des arriérés et des contributions de l'année en cours s'élève à \$69 millions, par rapport à \$53 millions en 2008 et \$79 millions en 2007.

171. Un total de 19 États Membres a versé intégralement leurs contributions pour 2009, 8 États Membres ont fait des paiements partiels et 12 États Membres n'ont effectué aucun paiement. Le Secrétariat de l'OPS est resté en étroite contact avec les États Membres concernant leurs arriérés. A l'ouverture du 49^e Conseil directeur, aucun État Membre n'était sujet à l'application de l'Article 6.B de la Constitution de l'OPS.

172. Le Conseil a pris note de l'information donnée sur le recouvrement des contributions.

Rapport financier intérimaire de la Directrice pour 2008 (*document officiel 335*)

173. Le Dr María Julia Muñoz (Représentante du Comité exécutif) a indiqué que le Comité exécutif avait été informé par Mme Sharon Frahler (Manager, Gestion des ressources financiers, BSP) qu'en 2008, l'Organisation avait reçu un total de

\$100,1 millions en contributions de l'année courante et des années précédentes ainsi que \$16,1 millions en recettes diverses et \$3 millions prêtés auparavant au Fonds renouvelable pour l'achat de vaccins. Après déduction de \$94 millions pour les dépenses du budget programme et \$5,6 millions pour le Fonds de péréquation, les revenus dépassent les dépenses en 2008 de l'ordre de \$19,6 millions. Par ailleurs, ce chiffre ne reflète pas les \$11 millions en obligations que l'Organisation avait contractées en 2008 mais qui ne seraient exécutées qu'en 2009. Un total de 24 États Membres s'étaient acquittés entièrement de leurs contributions de 2008, huit avaient effectué des paiements partiels et sept n'avaient pas fait de paiement pour 2008. En date du 31 décembre 2008, il restait un encours de \$31 millions au titre des obligations dues.

174. Mme Frahler a également noté que les activités d'approvisionnement de l'Organisation pour le compte des États Membres s'étaient nettement accrues ces dernières années. En 2008, l'OPS avait reçu \$48 millions pour les fournitures stratégiques en santé publique qui devaient être achetées par le biais du Fonds stratégique et du Fonds des achats remboursables. Cela représentait une augmentation de 56% par rapport au chiffre correspondant pour 2006. L'Organisation avait également reçu \$322 millions pour l'achat de vaccins et de seringues par le biais du Fonds renouvelable, soit une augmentation de 58%. Les recettes du Fonds fiduciaire s'élevaient à un total de \$165 millions et les recettes pour les autres fonds de l'OPS s'élevaient à \$30 millions. Les crédits biennaux de l'OMS à la Région des Amériques s'élevaient à un total de \$81,5 millions, dont l'OPS avait exécuté \$37 millions à la fin de 2008. L'Organisation avait également exécuté \$27 millions des fonds volontaires et autres fonds de l'OMS. Les dépenses générales de l'OPS en 2008 s'élevaient à \$679 millions. Les achats de vaccins et de seringues par le biais du Fonds renouvelable représentaient environ la moitié de cette somme. Les dépenses du budget ordinaire étaient de l'ordre de \$94 millions.

175. Mme Frahler a également fait le compte rendu de la position financière du Centre d'épidémiologie des Caraïbes (CAREC), de l'Institut de nutrition de l'Amérique centrale et de Panama (INCAP) et de l'Institut des Caraïbes pour l'alimentation et la nutrition (CFNI). Elle a indiqué que CAREC et INCAP avaient une solide situation financière avec des recettes dépassant les dépenses en 2008 pour les deux centres. Le CFNI avait également des recettes dépassant les dépenses mais avait accumulé un déficit dans son Fonds d'investissement que l'OPS finançait. Grâce aux bons résultats de 2008, ce déficit avait diminué à \$268 000.

176. Suivant le rapport de la représentante du Comité exécutif, Mme Frahler a remercié les États Membres de l'OPS pour le paiement de leurs contributions. Elle a également remercié le Dr Chan et l'OMS pour les crédits affectés l'année précédente à la Région des Amériques, niveau le plus élevé de financement qu'a reçu à ce jour l'OPS de l'OMS.

177. Le Conseil a pris note du rapport financier intérimaire.

Amendements au Règlement financier et aux Règles de gestion financière (document CD49/25)

178. Le Dr María Julia Muñoz (Représentante du Comité exécutif) a indiqué que le Comité exécutif avait été informé de plusieurs changements proposés dans le Règlement financier et les Règles de gestion financière par Mme Sharon Frahler (Manager, Gestion des ressources financières, BSP) qui avait expliqué que les changements s'avéraient nécessaires au vu de l'introduction des Normes comptables internationales du secteur public (normes IPSAS) et du passage d'une comptabilité de caisse à une comptabilité d'exercice. Lors de la discussion de ce point de l'ordre du jour au sein du Comité, une déléguée a observé que le changement proposé dans l'Article 4.6, conférant à la Directrice l'autorité de décider de reporter un excédent de recettes aux périodes suivantes, n'exigeait pas l'engagement des Organes directives. Aussi, proposait-elle d'ajouter à la fin de la première phrase « sous condition d'approbation par le Comité exécutif ».

179. Mme Frahler a expliqué que "l'excédent de recettes" était un nouveau concept qui se rapportait par exemple aux rendements plus élevés qu'escompté des investissements de l'Organisation et que le but du changement proposé à l'Article 4.6 était d'utiliser les recettes supplémentaires pour financer des parties non financées du Plan stratégique. Afin de pouvoir rapidement à l'action, on a proposé que la Directrice dispose du pouvoir de décider de l'affectation d'un tel excédent de recettes et ainsi les fonds pourront être utilisés dès janvier. Elle a ajouté que s'il fallait soumettre la question au Comité exécutif, qui se réunit généralement au mois de juin, il faudrait attendre six mois avant de passer à l'action.

180. La Directrice a proposé une autre option que celle consistant à obtenir l'autorisation auprès du Comité exécutif. En effet, on pourrait demander au Sous-Comité de programme, budget et administration d'approuver l'utilisation des recettes excédentaires et ainsi la mise en application pourrait se faire dès mars.

181. Le Comité exécutif avait convenu d'intégrer cette proposition et le changement correspondant à la version de l'Article 4.6 présentée dans le document CD49/25. Le Comité a adopté la résolution CE144.R17, recommandant que le 49^e Conseil directeur approuve les amendements proposés au Règlement financier et aux Règles de gestion financière.

182. Mme Frahler, rappelant qu'un grand nombre des changements étaient nécessaires du fait de l'adoption des Normes comptables internationales du secteur public, a indiqué que les nouvelles normes seraient adoptées et appliquées d'ici le 1^{er} janvier 2010.

183. Le Conseil a adopté la résolution CD49.R1, approuvant les amendements proposés au Règlement financier et aux Règles de gestion financière.

184. Les amendements proposés au Règlement financier et aux Règles de gestion financière ont été adoptés par le Comité exécutif (résolution CE145.R1), qui s'est réuni de suite après la clôture du 49^e Conseil directeur.

Projet de création d'un comité d'audit (document CD49/26)

185. Le Dr María Julia Muñoz (Représentante du Comité exécutif) a indiqué que le Comité exécutif avait discuté en juin 2009 des termes de référence proposés du comité d'audit. Une première version des termes de référence avait été examinée en mars par le Sous-Comité de programme, budget et administration et revue au vu des commentaires des États Membres. La création d'un comité d'audit avait pour objet d'appliquer les recommandations des auditeurs externes de l'Organisation en mettant en place un cadre de gouvernance recueillant les meilleures pratiques internationales. Le but spécifique du comité d'audit proposé est de servir de comité consultatif expert prêtant assistance à la Directrice et aux États Membres, par le truchement du Comité exécutif, en donnant des conseils et en faisant une évaluation indépendante du bon fonctionnement des structures de contrôle et compte rendu financiers, de ses processus de gestion de risque et de l'adéquation de ses systèmes de contrôle interne et externe.

186. Le Comité exécutif avait approuvé les termes de référence revus du Comité exécutif et avait adopté, avec deux petits amendements, la résolution CE144.R1, recommandant que le 49^e Conseil directeur mette sur pied le comité d'audit et approuve ses termes de référence.

187. La Directrice a rappelé que la création d'un comité d'audit était l'une des recommandations du Groupe de travail sur l'OPS au 21^e siècle et elle était certaine qu'un tel comité renforcerait la gestion axée sur les résultats et la transparence des opérations et aiderait par ailleurs à aligner l'OPS sur la pratique d'autres organisations internationales dont l'OMS. Elle a également annoncé qu'après de longues recherches, l'Organisation avait finalement recruté un auditeur général, M. David O'Regan, apaisant ainsi les préoccupations des Organes directeurs.

188. C'est avec satisfaction qu'on a noté dans la discussion qui a suivi la création du Comité d'audit et la nomination de l'auditeur général. Une déléguée a observé que le Comité d'audit aiderait les États Membres à exercer leurs responsabilités de gouvernance face à l'Organisation.

189. Le Conseil directeur a adopté la résolution CD49.R2, établissant le comité d'audit et approuvant ses termes de référence.

Traitement du Directeur du Bureau sanitaire panaméricain et amendements au Règlement du personnel (document CD49/27)

190. Le Dr María Julia Muñoz (Représentante du Comité exécutif) a indiqué que le Comité exécutif avait approuvé un amendement proposé à l'Article 11.2 du Règlement du personnel, concernant la résolution des litiges contractuels entre le Bureau sanitaire panaméricain et les membres du personnel du BSP et avait fixé le salaire de la Directrice du Bureau sanitaire panaméricain avec entrée en vigueur à partir du 1^{er} janvier 2009. Le Comité a recommandé que le Conseil directeur approuve l'amendement proposé à l'Article 11.2 du Règlement du personnel et fixe le salaire de la Directrice à \$194 820.

191. Le Conseil a adopté la résolution CD49.R21, fixant le salaire de la Directrice du Bureau sanitaire panaméricain avec entrée en vigueur à partir du 1^{er} janvier 2009 et approuvant l'amendement proposé à l'Article 11.2 du Règlement du personnel, concernant la résolution des litiges contractuels entre le Bureau sanitaire panaméricain et le personnel du BSP.

Election des États Membres auprès des conseils et comités

Sélection d'un État Membre de la Région des Amériques habilité à désigner une personne au Conseil conjoint de coordination du Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales (TDR) de l'UNICEF/PNUD/Banque mondiale/OMS à l'expiration du mandat du Brésil (document CD49/28)

192. Le Conseil directeur a choisi l'Equateur comme l'État Membre de la Région des Amériques habilité à nommer une personne à siéger auprès du Conseil conjoint de coordination. (Décision CD49 [D5])

Sélection de deux États Membres de la Région des Amériques appelés à désigner un représentant pour siéger auprès du Comité de politique et de coordination du Programme spécial PNUD/Banque mondiale/OMS de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine à l'expiration des mandats de l'Argentine et du Mexique (document CD49/29)

193. Le Conseil a choisi le Guatemala et le Paraguay comme les États Membres de la Région des Amériques habilités à nommer un représentant auprès du Comité (décision CD49 [D6]).

Election de cinq membres non permanents auprès du Comité consultatif du Centre d'information sur les sciences de la santé pour l'Amérique latine et les Caraïbes (BIREME) (document CD49/30)

194. Le Conseil a élu l'Argentine, le Chili, la République dominicaine, la Jamaïque et le Mexique pour siéger auprès du Comité consultatif de BIREME. Pour arriver à l'échelonnement nécessaire des mandats, le Conseil a décidé sur tirage au sort que l'Argentine, le Chili et la République dominicaine siègeraient pendant trois ans et que la Jamaïque et le Mexique siègeraient pendant deux ans.

195. Le Conseil a adopté la résolution CD49.R6 sur ce point de l'ordre du jour.

Prix

Prix OPS de l'administration 2009 (document CD49/31)

196. Le Dr María Julia Muñoz (Représentante du Comité exécutif) a indiqué que le Comité exécutif avait été informé que le Comité de remise du Prix OPS de l'administration 2008 s'était réuni pendant la 144^e session du Comité et avait décidé de décerner le Prix de l'OPS d'administration 2009 au Dr Merceline Dahl-Regis, des Bahamas, pour sa contribution à la gestion et recherche en soins de santé et à l'éducation médicale dans le domaine des soins de santé primaires ainsi que pour son rôle de leadership veillant à l'institutionnalisation de la surveillance en santé publique dans l'ensemble des Bahamas ainsi qu'à l'évaluation et à la redéfinition des paramètres pour la coopération en santé. Le Comité exécutif a félicité le Dr Dahl-Regis et adopté la résolution CE144.R22, notant la décision du Comité de remise des prix et transmettant son rapport au 49^e Conseil directeur.

197. La Présidente et la Directrice ont conféré le Prix OPS de l'Administration au Dr Merceline Dahl-Regis. Le discours d'acceptation du Dr Dahl-Regis (document CD49/DIV/8) se trouve sur le site web du 49^e Conseil directeur.

198. Un délégué des Bahamas a également pris la parole, remerciant l'OPS pour l'honneur fait au Dr Dahl-Regis et aux Bahamas. Il a fait l'éloge de son dévouement, notant qu'avec le Dr Dahl-Regis comme médecin chef, les gens des Bahamas peuvent dormir tranquilles, leur santé est dans de bonnes mains.

Prix Abraham Horwitz Award pour le leadership en santé interaméricaine 2009

199. Le Dr Benjamin Caballero (Président du Conseil d'administration, Fondation panaméricaine de la santé et de l'éducation) a rappelé que cela fait 41 ans que la Fondation est le partenaire de l'OPS à la quête d'un même but qui est de protéger la vie et

d'améliorer la santé dans les Amériques. Plusieurs prix ont été décernés chaque année pour l'excellence en santé publique interaméricaine. En 2009, le prix Fred Soper pour l'excellence en littérature de la santé a été décerné au Dr Guilherme Luiz Guimarães Borges du Mexique ; le prix Clarence H. Moore pour le service volontaire a été décerné au Réseau transgenre de l'Amérique latine et des Caraïbes (REDLACTRANS) ; et le prix Pedro N. Acha pour la santé publique vétérinaire a été remis au Dr Ilane Hernández Morales du Mexique. Ces prix ont été présentés lors d'un dîner de remise de prix pendant la semaine du Conseil directeur.

200. Le Dr Caballero a annoncé que le prix Abraham Horwitz pour le leadership en santé interaméricaine 2009 a été décerné au Dr Eduardo Pretell Zárate du Pérou, Coordinateur régional du Conseil international des Amériques pour la lutte contre les troubles liés à la carence en iode. Le Dr Pretell Zárate est un éminent expert des troubles liés à la carence en iode dans la Région des Amériques. Il est connu pour ses travaux de pionnier au niveau de l'identification et de la prévention des carences en iode pendant la grossesse pouvant causer des lésions cérébrales irréversibles chez le nouveau-né. Tout au long de sa carrière, le Dr Pretell Zárate a combiné ses remarquables travaux scientifiques au service public. Il a été Ministre de la Santé du Pérou de 2000 à 2001 et Président de l'Académie nationale de médecine de ce pays de 2005 à 2007.

201. Le Dr Caballero, la Présidente et la Directrice ont décerné le Prix Abraham Horwitz pour le leadership en santé interaméricaine 2009 au Dr Eduardo Pretell Zárate. Le discours d'acceptation du Dr Pretell Zárate (document CD49/DIV/9) se trouve sur le site web du 49e Conseil directeur.

Reconnaissance du champion de la santé OPS

202. La Présidente a reconnu *Sesame Workshop* comme champion de la santé en reconnaissance de son effort remarquable de promotion de la santé des enfants par le biais du programme *Sesame Street* et a annoncé que des représentants de Sesame Workshop recevront le prix du Champion de la santé lors d'une cérémonie ultérieure. Une vidéo avec des séquences éducatives de l'émission a été projetée suivi de messages avec des personnages de Sesame Street donnant des conseils de santé, notamment le fait de se laver les mains et de tousser et d'éternuer en se couvrant le visage.

Création du Prix Sérgio Arouca d'excellence en santé publique

203. Le Dr José Gomes Temporão (Ministre de la santé, Brésil) a annoncé la création d'un prix d'excellence en santé publique. Le prix est remis en honneur du médecin brésilien en santé publique, le Docteur Sérgio Arouca.

Questions d'information

Code de pratique pour le recrutement international des personnels de santé : Document de référence de l'OMS (document CD49/INF/1)

204. Le Dr Marthelise Eersel (Représentante du Comité exécutif) a indiqué que le Comité exécutif avait apprécié l'occasion de dresser un code mondial de pratique et a mentionné un certain nombre de caractéristiques qu'un tel code devrait avoir. On a souligné que le code devait être volontaire, équilibrant les intérêts des pays de la source et ceux de destination et qu'il devait également tenir compte des facteurs qui poussent le personnel de santé à chercher un travail hors de son pays. On a également insisté sur le fait que le code ne devait pas contenir de dispositions qui limitent le droit des gens à émigrer légalement en quête d'une meilleure vie pour eux-mêmes et leur famille. Parallèlement, on a insisté sur le besoin de contrôler les pratiques des organismes de recrutement. Il a été jugé important que les pays de destination créent des incitations pour assurer la suffisance et la durabilité de leur personnel de santé national et on a souligné que les efforts faits par les pays pour combler les lacunes du personnel ne devaient pas creuser davantage le clivage entre les pays ou entraver la capacité d'un pays à offrir un accès suffisant aux soins de santé pour ses ressortissants. On a avancé l'idée de fixer des limites sur le recrutement international de personnel de santé venant de pays connaissant de graves pénuries de personnel et on proposé des seuils de migration à ne pas dépasser pour certaines catégories de professionnels.

205. Le Comité exécutif s'est montré préoccupé par le calendrier proposé pour les consultations nationales et régionales sur le projet de code, craignant qu'il ne serait guère possible de discuter adéquatement de tous les aspects et d'arriver à un consensus avant la prochaine Assemblée mondiale de la Santé en mai 2010.

206. Le Dr Manuel Millar Dayrit (Directeur, Département des Ressources humaines pour la Santé, OMS) a fait un survol du travail effectué depuis 2004, lorsque la résolution WHA57.19 de l'Assemblée mondiale de la Santé avait demandé que soit préparé un code de pratique. Une première version d'un tel code avait été présentée à la 124^e session du Conseil exécutif en janvier 2009 mais les États Membres avaient jugé que de plus amples consultations étaient nécessaires pour élaborer ce code. Les Comités régionaux de toutes les régions de l'OMS avaient envisagé la question en 2009 et soutenaient en général l'idée d'un tel code et sa nature volontaire. Par ailleurs les discussions régionales avaient montré que le code n'était qu'une des nombreuses stratégies et approches pour traiter les questions du personnel de santé. Toutefois, un leadership mondial sur la question d'un code mondial de pratique a été jugé nécessaire.

207. Le Conseil a fait bon accueil en général au contenu du projet de code de pratique, Les délégués pensaient que le document pouvait aller plus loin bien qu'il n'en était

pas moins un bon point de départ. Il équilibre bien les intérêts des pays de la source et de ceux de la destination. On a souligné à nouveau la nécessité d'examiner les facteurs qui poussent le personnel de santé à partir et ceux qui l'attirent vers un autre pays. Aucune disposition ne devrait être prise qui empêcherait la migration légale du personnel de santé. On a également proposé que le code de pratique traite plus explicitement des conditions de travail afin de vérifier que les agents recrutés à échelle internationale jouissent des mêmes conditions de travail que les ressortissants du pays de destination. Un délégué a noté qu'un code volontaire de conduite pour le recrutement du personnel infirmier formé à l'étranger avait été mis au point par le secteur privé dans son pays et pensait que de telles initiatives pouvaient servir de modèle à certains aspects du code de pratique de l'OMS.

208. On a suggéré que le projet de code contienne des dispositions afférentes à un meilleur suivi des activités de bureaux de placement et des employeurs du personnel de santé recruté internationalement. Elles devraient chercher à limiter le recrutement des agents venant de pays qui connaissent déjà des pénuries de personnel et de préciser comment de telles pénuries peuvent être mesurées. Les délégués ont proposé de fixer des limites à l'émigration de membres de professions particulières, tenant compte de celles qui sont des priorités pour le pays source ou encore de formuler des recommandations sur le nombre d'années que devraient travailler certains professionnels dans leur propre pays avant de pouvoir émigrer. On a insisté sur le fait qu'une fois le code appliqué, quand il aura été finalisé, il faudra le suivre et l'évaluer.

209. On a également signalé que si les conditions de travail pour les agents de santé de certains pays étaient meilleures et plus sûres, ils seront moins enclins à quitter leur pays d'origine. Aussi, pensait-on que les pays devraient chercher à examiner les causes profondes faisant qu'ils perdent leur personnel de santé et devraient travailler ensemble pour éliminer ces déficiences. Il fallait trouver les diverses manières donnant envie aux agents de santé des pays en développement de rester dans leur pays tout en respectant le cas échéant leur droit à émigrer en quête de meilleures opportunités. On a proposé que les pays développés et en développement fassent des estimations sur les futurs besoins en personnel pour déterminer le nombre qu'il faudra former ou recruter ailleurs. Les délégués ont souligné que tous les pays devaient former un personnel de santé suffisant et ils ont indiqué que le renforcement et la planification des ressources était un domaine essentiel du soutien technique de l'OPS. L'idée a été avancée que les pays de destination développés et les pays de source sous-développés collaborent dans le cadre de diverses initiatives de formation des ressources humaines.

210. Les délégués ont exprimé le souhait que les pays de destination contribuent davantage aux ressources dépensées par les pays de source pour former le personnel médical. En effet, il n'était pas juste que les contribuables des pays en développement subventionnent la formation des agents de santé qui ensuite partiraient pour un meilleur

avenir dans le monde développé. Peut-être pourrait-on mettre en place un système de dons qui compenseraient les pays qui avaient perdu leur investissement dans la formation d'un personnel parti ensuite travailler à l'étranger. Une autre proposition serait que le personnel de santé doive travailler un certain nombre d'années dans son propre pays comme condition pour recevoir une bourse pour continuer les études à l'étranger.

211. Plusieurs délégations ont réitéré leurs préoccupations concernant le calendrier des consultations régionales avant la session du Conseil exécutif en janvier 2010.

212. En réponse aux commentaires faits, le Dr Dayrit a souligné qu'il existait de multiples stratégies, pas simplement le code, pour traiter les facteurs affectant la migration des agents de santé. Il convient qu'il ne reste que peu de temps pour terminer les consultations mais la mise au point du code était une initiative des États Membres et il était important d'aller de l'avant. L'intention du Secrétariat de l'OMS était de préparer un rapport intégrant les résultats de toutes les consultations régionales de pair avec une version revue du projet de code de conduite qui serait ensuite présentée au Conseil exécutif en janvier 2010. Le Conseil déciderait ensuite si la question serait présentée à l'Assemblée mondiale de la santé en mai 2010 ou à un autre mécanisme de négociation. Par ailleurs, le processus est de nature ouverte et les consultations devraient continuer à ce sujet.

213. Le Conseil a pris note de l'information reçue sur le projet du code de pratique.

Rapport d'avancement sur les questions techniques : Règlement sanitaire international (y compris un rapport sur la grippe pandémique [H1N1]) (document CD49/INF/2, Rév. 1)

214. Le Dr María Julia Muñoz (Représentante du Comité exécutif) a indiqué que le Comité exécutif avait pris connaissance en juin d'un rapport d'avancement sur la mise en place du Règlement sanitaire international (2005) dans la Région et sur la situation concernant la grippe pandémique A (H1N1). Le Dr Jarbas Barbosa da Silva (Manager, Surveillance de la santé et prévention et contrôle des maladies, BSP) a signalé qu'en date du 22 juin, plus de 52 160 cas et 231 décès étaient survenus dans 99 pays ou territoires. Les Amériques avaient notifié plus de 43 000 cas dans 28 pays. Dès le début, on s'était rendu compte que les préparatifs en cas de pandémie et les efforts faits par la Région pour mettre en œuvre le Règlement sanitaire international (2005) n'avaient pas été en vain. Ils ont eu l'effet désiré. La réponse aux premières flambées de cas de grippe H1N1 avait été rapide, transparente et de nature très collaborative.

215. On a remarqué que la pandémie du H1N1 avait été le premier véritable test du Règlement sanitaire international (2005) et en avait démontré son efficacité. Par ailleurs, en confrontant la pandémie, plusieurs lacunes sont apparues dans les capacités de

réponse, faisant ressortir le besoin de continuer à renforcer les capacités de base, surtout en ce qui concerne les aéroports, les ports et les croisements pour permettre aux États Membres de répondre aux stipulations du Règlement sanitaire international d'ici la date ciblée de 2012.

216. Le Comité exécutif avait insisté sur l'importance d'une communication du risque, exacte et équilibrée. On a signalé qu'une des déficiences du système de classification à l'alerte à la pandémie de l'OMS est qu'il ne communiquait aucune information sur la gravité de la maladie causée par le virus pandémique. Le public et les médias des actualités ont tendance à interpréter les niveaux d'alerte plus élevés comme signifiant que le virus était devenu plus virulent, ce qui a causé des paniques non justifiées pour la pandémie actuelle de grippe. L'OPS et l'OMS avaient demandé que soit corrigée cette déficience afin d'adapter la classification et la rendre plus compréhensible pour le grand public.

217. Suivant le rapport du Dr Muñoz, le Dr Barbosa da Silva a fait le point de l'application du Règlement sanitaire international (2005) et a présenté une mise à jour au Conseil directeur sur la situation concernant la pandémie de la grippe A (H1N1) dans la Région et la réponse de l'Organisation en vue de l'endiguer. Il a noté que la majorité des pays de la Région avait terminé les évaluations de leurs capacités de surveillance et de réponse mais que seuls 18 avait fait des évaluations des capacités aux points d'entrée et le même nombre avaient formulé des plans d'action pour se donner les capacités nécessaires. Tel que noté dans le rapport du Comité exécutif, la pandémie actuelle avait révélé des faiblesses dans la capacité de réponse, montrant où les mesures de correction devaient être appliquées.

218. Se tournant vers le statut de la pandémie, il a rappelé qu'une flambée de cas ressemblant à la grippe avait été signalée au Mexique en avril 2009. L'agent infectieux avait été identifié par la suite comme la grippe A (H1N1). Le virus s'est propagé rapidement, d'abord aux États-Unis et au Canada et ensuite à d'autres pays des Amériques et d'autres régions. L'OMS a élevé le niveau d'alerte pandémique le portant de la phase 5 à la phase 6 le 11 juin 2009, déclarant ainsi la première pandémie de grippe du 21^e siècle. Si le nouveau virus de la grippe reste inconnu sous bien des aspects, il est devenu évident pourtant qu'il est capable de se propager rapidement. Le début de l'hiver dans l'hémisphère austral a encore accéléré rapidement sa propagation. La majorité des cas se présentent chez les adolescents et les jeunes gens et la plupart des décès frappent les adultes d'âge moyen. Les taux d'attaque et de mortalité ne sont pas encore connus bien qu'on pense que le taux de mortalité reste relativement faible. Fin septembre 2009, la transmission du virus semble stagner ou reculer dans la plupart des pays de la Région, bien qu'on note une légère résurgence de cas ces dernières semaines au Canada, au Mexique et aux États-Unis d'Amérique.

219. Dès le début de l'épidémie, l'Organisation avait activé le Centre des opérations d'urgence au Siège de l'OPS qui a fonctionné 24 heures sur 24 lors de la période critique suivant les premières flambées de cas. Elle a également mobilisé 132 experts, avec l'aide de divers pays des Amériques et de l'Europe, qui ont été envoyés partout dans la Région pour apporter une assistance technique dans les domaines de la virologie, épidémiologie et renforcement des services de laboratoire et de santé. Avec l'assistance de divers donateurs, l'OPS a distribué 766 820 traitements d'oseltamivir, 1,5 million de doses de vaccins contre la grippe saisonnière, 12 650 kilogrammes de matériel de protection personnelle pour les agents de soins de santé et 12 machines de réaction de la chaîne de polymérase en temps réel pour les capacités de diagnostic en laboratoire dans les États Membres. L'Organisation apporte actuellement aux États Membres un soutien technique pour identifier les groupes prioritaires ciblés pour la vaccination contre la grippe H1N1. Une fois le vaccin disponible, il sera offert par l'entremise du Fonds renouvelable pour l'achat de vaccins. Le prix par dose s'élèvera probablement aux alentours de 7\$.

220. Récapitulant les leçons retenues de la réponse à la pandémie jusqu'à présent, il a dit que les diverses réunions des experts avaient fait ressortir la nécessité non seulement de se donner des plans de préparatifs mais aussi de mettre en œuvre certaines mesures, par exemple l'achat d'équipement de protection personnelle avant que ne survienne une pandémie. Ces réunions ont également souligné l'importance d'une bonne surveillance épidémiologique. Il est très utile à ce propos de disposer d'un petit ensemble d'indicateurs très informatifs qui permettront aux ministères de la santé de suivre la situation au fur et à mesure qu'elle évolue. On a également retenu l'importance d'une information publique exacte, donnée par des sources fiables comme l'OPS et les ministères de la santé.

221. Dans la discussion qui a suivi, les délégués ont décrit l'évolution et la situation actuelle de la pandémie dans leurs pays respectifs, les groupes les plus touchés et les mesures prises par leurs gouvernements, notamment les plans pour répondre aux nouvelles flambées de cas prévues pendant les mois d'hiver dans l'hémisphère Nord ainsi que les groupes prioritaires pour le vaccin H1N1. La plupart des délégués ont indiqué que leur pays avait l'intention d'administrer une seule dose de vaccins et prévoyaient de cibler les femmes enceintes, les nourrissons et les jeunes enfants ainsi que les personnes souffrant de maladies chroniques comme le diabète, l'asthme ou les maladies cardiaques ou encore de déficiences du système immunitaire (VIH/SIDA). Les agents de soins de santé, les enseignants et gardes d'enfants, le personnel militaire et la police et le personnel de réponse en cas d'urgence seraient les groupes de première priorité pour la vaccination.

222. On a souligné qu'un taux élevé de couverture de vaccination contre le H1N1 dépendrait de la communication efficace du fait que les risques associés au vaccin sont faibles. Les délégués ont indiqué qu'il fallait assurer l'approvisionnement à temps du

vaccin pendant la saison de la grippe, dans les hémisphères Sud et Nord, et ont insisté sur le fait que le vaccin devait être d'un prix abordable. Une déléguée s'est montrée préoccupée par la possibilité de la fabrication d'un seul vaccin contenant des souches du H1N1 et de la grippe saisonnière, faisant remarquer que ce vaccin devra être administré à un groupe cible plus étendu, ce qui augmenterait nettement les coûts des vaccins pour les pays. Elle souligne l'importance de suivre les recommandations de l'OMS en ce qui concerne les groupes cibles pour le vaccin H1N1.

223. Les mesures prises pour enrayer la propagation du virus sont les suivantes : distance sociale et annulation d'événements publics ; isolement de cas soupçonnés ou confirmés dans les hôpitaux et autres établissements de soins de santé ; surveillance et dépistage dans les aéroports et autres points d'entrée ; campagnes d'éducation sanitaire et de prévention des maladies visant le grand public et des groupes à haut risque ; éducation des professionnels médicaux sur la nature du virus et formation des agents de soins de santé ainsi que traitement antiviral rapide des patients avec des signes et symptômes de la grippe, surtout ceux avec des co-morbidités ou autres facteurs-risques. Une déléguée des Caraïbes a noté que la Communauté des Caraïbes, en collaboration avec l'OPS, avait préparé un protocole pour traiter les cas de grippe H1N1 détectés sur les bateaux de croisière.

224. Plusieurs délégués ont indiqué que leurs pays avaient suivi l'exemple du Mexique et adopté la même réponse et ils ont remercié le Gouvernement du Mexique pour avoir partagé son expérience et expertise avec d'autres pays. Plusieurs délégués pensaient qu'il fallait sopeser le pour et contre des stratégies d'endiguement ou stratégies de mitigation et que les décisions devaient être prises sur la base de la meilleure information disponible. Le délégué du Mexique a indiqué que, si les mesures de distance sociale avaient été très efficaces pour endiguer la propagation du virus, elles avaient par ailleurs quasi paralysé le pays avec les graves répercussions économiques que cela suppose. Par conséquent, son Gouvernement avait adopté à présent une approche plus ciblée, recommandant de fermer les écoles et autres mesures uniquement si cela est justifié par le nombre de cas dans une communauté ou région particulière. La Déléguée du Chili a indiqué que son Gouvernement avait adopté une approche analogue précisément pour limiter autant que possible l'impact économique et social de la pandémie. Il avait également adopté une politique de traitement agressif des cas confirmés et soupçonnés, ce qui avait réduit l'effusion du virus et maintenu à un faible niveau la mortalité. La Déléguée des Etats-Unis d'Amérique a affirmé la valeur du traitement précoce tout en mettant en garde contre l'utilisation excessive de médicaments antiviraux qui pouvait mené a une résistance aux médicaments.

225. Tous les délégués qui ont pris la parole ont souligné l'importance de la coopération internationale pour contrôler tant la présente pandémie de grippe que les pandémies à venir et autres urgences de santé publique présentant un danger

international. Les délégués ont loué le rôle que jouent l'OPS et l'OMS pour faciliter la communication et la coordination internationales à propos de la pandémie du H1N1 et ont affirmé l'engagement de leurs pays à la collaboration continue avec les deux organisations et avec d'autres pays pour enrayer l'avancée de la pandémie. Plusieurs délégués ont indiqué que la pandémie avait été l'occasion de renforcer les systèmes sanitaires et épidémiologiques et de consolider la collaboration entre le secteur de la santé et d'autres secteurs et celle entre les secteurs public et privé. Ils ont noté toutefois que le secteur de la santé devait rester le chef de file dans les réponses à de telles urgences de santé publique.

226. Le Dr Margaret Chan (Directeur général, OMS) a fait l'éloge des ministères de la santé de la Région pour leur leadership dans cette situation difficile et stressante créée par l'apparition du nouveau virus de la grippe. Une des leçons retenues de cette pandémie, c'est que les ministères de la santé doivent disposer de certains pouvoirs pour pouvoir répondre rapidement et fermement dans de telles situations. Elle a encouragé les États Membres à examiner leur cadre juridique pour s'assurer que leurs ministères de la santé disposaient effectivement de tels pouvoirs. Quant à la question de savoir si la souche du H1N1 serait ajoutée au vaccin saisonnier de l'hémisphère sud, elle a indiqué que le Groupe consultatif stratégiques des Experts de l'OMS (SAGE) communiquerait sous peu une recommandation à cet effet.

227. Les données provenant de toutes les six régions de l'OMS ont indiqué que le traitement précoce à base d'oseltamivir avait été utile pour diminuer la gravité de la maladie et l'OMS mobilisait actuellement les ressources nécessaires pour que tous les États Membres disposent de fournitures suffisantes de médicaments antiviraux et de vaccins, une fois qu'ils seront disponibles. Il était important que les pays prennent immédiatement les mesures pour vérifier qu'ils disposent de l'infrastructure et de la capacité nécessaires pour déployer les campagnes de vaccination et atteindre les groupes cibles recommandés. Il ne faut pas non plus dépendre entièrement des interventions pharmaceutiques. Les mesures préventives, comme la distance sociale, sont également importantes bien qu'il faille mesurer le pour et contre.

228. Le Dr Barbosa da Silva a indiqué que l'OPS était en train de planifier toute une série d'ateliers visant à préparer le personnel de vaccination des États Membres pour qu'ils organisent et réalisent des campagnes de vaccination efficaces contre le H1N1.

229. La Directrice a indiqué que le Fonds renouvelable pour l'achat de vaccins avait lancé des appels d'offres auprès d'éventuels fournisseurs du vaccin H1N1. Le coût par dose des six fournisseurs qui avaient présenté des offres allait de \$4 à \$9. L'Organisation partait de l'hypothèse qu'une dose de vaccin serait suffisante et que la vaccination universelle n'était ni nécessaire ni souhaitable car une utilisation massive du vaccin augmenterait les risques d'effets indésirables. L'OPS réalisera une surveillance post-

marketing du vaccin et affinera ses recommandations en fonction des données probantes disponibles.

230. Le Conseil a pris note du rapport.

Résolutions et autres actions d'organisations intergouvernementales revêtant un intérêt pour l'OPS (documents CD49/INF/3-A, B et C)

231. Dr. María Julia Muñoz (Représentante du Comité exécutif) a indiqué que le Comité avait pris connaissance d'un rapport, lors de sa session en juin, des résolutions et autres actions de la soixante-deuxième Assemblée mondiale de la Santé et de la 125^e session du Conseil exécutif de l'OMS, de la trente-neuvième session régulière de l'Assemblée générale de l'Organisation des États américains et du cinquième Sommet des Amériques revêtant un intérêt particulier pour les Organes directeurs de l'OPS. On a noté que la soixante-deuxième Assemblée mondiale de la Santé s'était déroulée dans un climat très préoccupant suite à la crise économique mondiale et à la pandémie de la grippe A (H1N1). Dix huit points figuraient à l'ordre du jour dont la plupart traitaient de questions de politiques sanitaires. L'Assemblée a adopté 16 résolutions. Celles intéressant les Amériques sont indiquées dans le Document CE144/INF/5-A. La 125^e session du Conseil exécutif avait eu lieu immédiatement après l'Assemblée de la Santé. Les membres du Conseil exécutif provenant des Amériques étaient les Bahamas, le Brésil, le Canada, le Chili, le Paraguay et le Pérou. Le Conseil s'était notamment penché sur les questions suivantes : élimination de la rougeole, innocuité et qualité des produits sanguins et malformations congénitales.

232. L'Assemblée générale de l'OEA s'est tenue au Honduras en juin 2009. Elle a adopté la Déclaration de San Pedro Sula : Vers une culture de non violence. Le Document CD49/INF/3-B a mis en exergue les résolutions revêtant un intérêt particulier pour les Organes directeurs de l'OPS.

233. Le cinquième sommet des Amériques, tenu à Trinité-et-Tobago en avril 2009 a adopté l'engagement de Port-of-Spain : Assurer l'avenir de nos citoyens à travers la promotion de la prospérité humaine, la sécurité énergétique et la durabilité environnementale. Le Document CD49/INF/3-C a mis en évidence que 11 des 97 paragraphes de la Déclaration traitent de questions liées à la santé, notamment l'accès universel aux soins de santé surtout pour les groupes les plus vulnérables, le renforcement des systèmes de santé basés sur les soins de santé primaires ainsi que la prévention et le contrôle des maladies chroniques non transmissibles. Les engagements des Chefs d'Etat et du Gouvernement dans le domaine de la santé témoignent bien du soutien politique pour les stratégies et les plans d'action adoptés par les Organes directeurs de l'OMS et de l'OPS. En tant que Membre du Groupe de travail conjoint sur les sommets, l'OPS aidera

à préparer le rapport sur le suivi des engagements et rendra compte aux Organes directeurs de l'OPS.

234. M. David Morris (Directeur, Secrétariat du Sommet des Amériques, OEA) a indiqué qu'il était reconnaissant à l'OPS pour sa collaboration lors des préparations pour le cinquième Sommet des Amériques. Le Secrétariat du Sommet est d'avis que la santé est non seulement une question spécifique qui doit être traitée dans un certain nombre d'engagements du Sommet mais aussi une question plus générale se rapportant à d'autres questions discutées lors du cinquième Sommet des Amériques, telles que la prospérité humaines, la sécurité énergétique, la durabilité environnementale, la sécurité publique et le renforcement de la gouvernance démocratique. Il a noté avec satisfaction que le Conseil directeur avait souligné à maintes reprises l'importance du suivi et de l'évaluation des résultats : c'est bien l'orientation qui avait poussé le cinquième Sommet à adopter une Déclaration d'engagement plutôt qu'une simple déclaration et plan d'action. Il se réjouissait à l'idée d'une bonne collaboration continue avec l'OPS pour les préparations du prochain Sommet, qui se tiendra à Cartagena en Colombie en 2012.

235. La Déléguée de Trinité-et-Tobago, pays hôte pour le cinquième Sommet, a indiqué que son Gouvernement était reconnaissant aux États et organisations qui avaient contribué à la réussite de l'événement. Les membres de la Communauté des Caraïbes ont prêté leur concours dans les domaines de la sécurité, de la logistique, du personnel et de l'utilisation des structures physiques et des aéroports. L'OPS et l'OMS ont apporté soutien technique et personnel et le Canada et les États-Unis d'Amérique ont fourni un soutien critique dans les domaines des services de santé et de la formation dans le cadre de la réponse en cas d'urgence et de catastrophe. Le Sommet était une occasion unique pour le système de santé de son pays à se préparer à son maximum. Elle était heureuse de signaler que tous les services de santé avaient fonctionné efficacement pendant le Sommet. Son gouvernement appliquerait les leçons retenues de l'expérience du Sommet alors qu'il se prépare à accueillir les chefs de gouvernement pour la réunion du Commonwealth en novembre 2009.

236. Le Dr Juan Manuel Sotelo (Gérant, relations externes, mobilisation des ressources et partenariats, BSP) a réaffirmé l'engagement de l'OPS pour s'assurer que ses activités de coopération technique étaient conformes aux décisions pertinentes de la soixante-deuxième Assemblée mondiale de la Santé, à la trente-neuvième session régulière de l'Assemblée générale de l'Organisation des États américains et du cinquième Sommet des Amériques. L'Organisation travaillait en étroite collaboration avec le Groupe de travail conjoint des sommets et des représentants des États Membres qui font partie du Groupe d'examen de la réalisation des sommets (SIRG) et elle était engagée activement dans le suivi et l'application des missions contenues dans la Déclaration de l'engagement.

237. Le Conseil a pris note des rapports sur ce point de l'ordre du jour.

Rapports d'avancement des questions administratives et financières (document CD49/INF/4)

Etat de la mise en œuvre des Normes comptables internationales du secteur public (IPSAS) (document CD49/INF/4-A)

238. Le Dr María Julia Muñoz (Représentante du Comité exécutif) a indiqué que le Comité exécutif avait été informé en juin 2009 que l'application des Normes comptables internationales du secteur public (IPSAS) était en bonne voie et progressait selon les délais et que les étapes restantes pour 2009 concernent la présentation aux Organes directeurs des changements proposés dans le Règlement financier et les Règles de gestion financières, la mise au point de manuels comptables, la formation portant sur les normes IPSAS, la détermination sur la reconnaissance des contributions en nature des États Membres dans les états financiers, l'identification des stocks à la vente, la détermination des entités qui seraient consolidées dans les états financiers de l'OPS avec estimations possibles des immeubles et terrains de l'OPS et coordination de l'interprétation des normes IPSAS de l'Organisation avec celles de l'Auditeur externe. Le Comité avait également été informé que certaines tâches devront être effectuées sur les systèmes informatiques de l'Organisation pour répondre aux conditions fondamentales de l'IPSAS.

239. De plus, le Comité a été informé que l'OPS travaillait en étroite collaboration avec le Programme alimentaire mondial, qui avait déjà appliqué les normes IPSAS afin de s'inspirer de son expérience. Suivant l'exemple du Programme alimentaire mondial, l'OPS avait décidé, en tant que stratégie à court terme, de se lancer en improvisant sur son système informatique plutôt que de mettre à jour le système avant d'adopter les normes IPSAS. L'Organisation devra pourtant dans le long terme se donner un nouveau système financier soutenant la comptabilité d'exercice et la capitalisation des biens fixes. Le Comité a également été informé qu'un groupe de travail était en train de concevoir un tel système et avait finalisé récemment les principes directeurs financiers.

240. Mme Sharon Frahler (Manager, Gestion des ressources financières, BSP) a signalé que l'application des normes IPSAS était un projet exigeant mais qui progressait selon les délais aux fins d'achèvement en janvier 2010.

241. Le Conseil a pris note de l'information fournie.

Fonds directeur d'investissement (document CD49/INF/4-B)

242. Le Dr María Julia Muñoz (Représentante du Comité exécutif) a indiqué que le Comité exécutif avait été informé en juin 2009 de l'état d'avancement de plusieurs projets financés par le Fonds directeur d'investissement. L'information sur ces projets est donnée dans le Document CD49/INF/4-A. M. Michael Boorstein (Directeur de

l'Administration, BSP) a attiré l'attention sur trois de ces projets en particulier. L'un concerne les rénovations du bureau au Brésil. M. Boorstein avait noté que ces rénovations avaient été payées par le Gouvernement du Brésil et que, par conséquent, le montant prévu pour ces dépenses était encore disponible dans le Fonds. Il a également noté que la rénovation des ascenseurs au Siège à Washington DC avait été remise jusqu'en 2010, en partie pour disposer des ascenseurs pour transporter les matériaux servant à un autre projet, celui du remplacement de toutes les fenêtres de l'immeuble. Enfin, il a attiré l'attention sur une dépense de \$42 000 au Chili où le bureau du pays avait été cambriolé et avait perdu pratiquement tout son matériel informatique.

243. Suivant le rapport du Dr Muñoz, la Directrice a indiqué que l'Organisation était reconnaissante au Gouvernement de l'Uruguay qui avait fourni des locaux permanents au bureau de pays de l'OPS et au Centre de l'Amérique latine pour la périnatalogie et le développement humain (CLAP) à Montevideo.

244. Le Conseil a pris note de l'information fournie.

Clôture de la session

245. Suivant l'échange habituel des politesses, la Présidente a déclaré la clôture du 49^e Conseil directeur.

Résolutions et décisions

246. Les résolutions et décisions suivantes ont été adoptées par le 49^e Conseil directeur :

Résolutions

CD49.R1 : Amendements au Règlement financier*

LE 49^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant envisagé la recommandation du Comité exécutif lors de sa 144^e session et les amendements proposés au Règlement financier, tel qu'ils sont indiqués en annexe du document CD49/25 ;

Tenant compte du fait que les amendements au Règlement financier reflètent les meilleures pratiques modernes de la gestion financière et sont alignés sur l'adoption

* Ci-joint la version finale du Règlement financier en anglais tel qu'il a été adopté par le 49^e Conseil directeur.

intégrale des Normes comptables internationales du secteur public (IPSAS), approuvée par la 27^e Conférence sanitaire panaméricaine (résolution CSP27.R18),

DÉCIDE :

D'approuver les amendements au Règlement financier de l'Organisation panaméricaine de la Santé, tel qu'ils sont indiqués dans l'annexe du document CD49/25 avec entrée en vigueur en date du 1^{er} janvier 2010.

(Deuxième réunion plénière, le 28 septembre 2009)

Annexe

CD49.R1, Annexe

**FINANCIAL REGULATIONS
OF THE PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION**

Regulation I - Applicability and Delegation of Authority

- 1.1 These Regulations shall govern the financial administration of the Pan American Health Organization.
- 1.2 The Director of the Pan American Sanitary Bureau is responsible for ensuring effective financial administration of the Organization in accordance with these Regulations.
- 1.3 Without prejudice to Regulation 1.2, the Director may delegate in writing to other officers of the Organization such authority and related accountability as he or she considers necessary for the effective implementation of these Regulations.
- 1.4 The Director shall establish Financial Rules, including relevant guidelines and limits for the implementation of these Regulations, in order to ensure effective financial administration, the exercise of economy, and safeguard of the assets of the Organization.

Regulation II - The Budgetary and Financial Reporting Periods

- 2.1 The budgetary period shall be a biennium consisting of two consecutive calendar years beginning with an even-numbered year.
- 2.2 The financial reporting period shall be a calendar year.

Regulation III - The Program and Budget

- 3.1 The program and budget proposals for the budgetary period, as referred to in Article 14.C of the Constitution shall be prepared by the Director of the Pan American Sanitary Bureau. The program and budget proposals shall be presented in United States dollars.
- 3.2 The program and budget proposals shall be divided into parts and shall include such information annexes and explanatory statements as may be requested on behalf of the Pan American Sanitary Conference (hereinafter referred to as "Conference"), the Directing Council, or the Executive Committee, and such further annexes or statements as the Director may deem necessary and useful.
- 3.3 The Director shall submit the program and budget proposals to the Executive Committee for examination and recommendation.
- 3.4 The Executive Committee shall submit the program and budget proposals, and any recommendations it may have thereon, to the Conference or the Directing Council within the timeframe stipulated in the corresponding Rules of Procedure.
- 3.5 The program and budget proposals for the following budgetary period shall be approved by the Conference or the Directing Council in the year preceding the biennium to which the program and budget proposals relate.
- 3.6 Supplemental proposals may be submitted by the Director when deemed necessary.
- 3.7 The Director shall prepare supplemental proposals in a form consistent with the program and budget proposals for the budgetary period and shall submit such proposals to the Executive Committee for examination and recommendation. The Executive Committee shall submit the supplemental proposals, and any recommendations it may have thereon, to the Conference or Directing Council within the timeframe stipulated in the corresponding Rules of Procedure.

Regulation IV - Regular Budget Appropriations

- 4.1 The Regular Budget appropriations approved by the Conference or the Directing Council shall constitute an authorization to the Director to enter into commitments and make payments for the purposes for which the Regular Budget appropriations were approved and up to the amounts so approved.
- 4.2 Regular Budget appropriations shall be available for making commitments in the budgetary period to which they relate for delivery of programmed goods and services in that same budgetary period or, exceptionally, in the first year of the subsequent budgetary period for delayed delivery of such programmed goods and services due to unforeseen circumstances.

- 4.3 Transfers within the total amount appropriated may be made to the extent permitted by the terms of the budget resolution adopted by the Conference or the Directing Council.
- 4.4 Any balance of the Regular Budget appropriation not committed by the end of the current budgetary period, shall be used to replenish the Working Capital Fund to its authorized level, after which any balance will be available for subsequent use in accordance with the resolutions adopted by the Conference or Directing Council.
- 4.5 Any deficit of revenue over expenses of the Regular Budget appropriation at the end of the current budgetary period shall be funded first by the Working Capital Fund to the extent possible, and then by borrowing or by other authorized means.
- 4.6 Any excess of revenue over the Regular Budget appropriation at the end of a budgetary period shall be considered a revenue surplus and shall be available for use in subsequent periods to cover the unfunded portion of the Strategic Plan, as determined by the Director and with the concurrence of the Subcommittee on Program, Budget, and Administration.
- 4.7 An accrual shall be established for undisbursed commitments that have been charged against Regular Budget appropriations during the current financial reporting period and that cover the cost of goods or services which were delivered during the financial reporting period.
- 4.8 Any commitments for goods and services due to be delivered in subsequent budgetary periods that exist against the Organization at the end of the current budgetary period shall be established as commitments against future Regular Budget appropriations unless otherwise stated in these Regulations.

Regulation V - Provision of Regular Program Budget Funds

- 5.1 The Regular Budget appropriations shall be financed by assessed contributions from Member States, Participating States, and Associate Members (hereinafter referred to as "Members") and the budgetary estimate of Miscellaneous Income. Assessments shall be determined in accordance with Article 60 of the Pan American Sanitary Code.
- 5.2 Adjustments shall be made to the amount of the assessed contributions of the following budgetary period in respect of:
 - (a) Supplemental Regular Budget appropriations approved in the current budgetary period for which Members have not been assessed; and
 - (b) Assessed contributions of new Members under the provisions of Regulation 6.10.

Regulation VI – Revenue - Assessed Contributions

- 6.1 The Conference or the Directing Council shall adopt the total Program and Budget, and the amount of the assessments, determined in accordance with Regulation 5.1, for the budgetary period. The assessed contributions of Members shall be divided into two equal

- annual installments. In the first year of the budgetary period, the Conference or Directing Council may decide to amend the amount of assessments to be applied to the second year of the budgetary period.
- 6.2 After the Conference or the Directing Council has adopted the Program and Budget, the Director shall inform Members of their commitments in respect of contributions for the budgetary period and request them to pay the first and second installments of their contributions.
 - 6.3 If the Conference or the Directing Council decides to amend the amounts of the assessments, or to adjust the amount of the Regular Budget appropriations to be financed by assessed contributions from Members for the second year of a biennium, the Director shall inform Members of their revised commitments and shall request them to pay the revised second installment of their assessed contributions.
 - 6.4 Installments of assessed contributions shall be due and payable as of 1 January of the year to which they relate.
 - 6.5 As of 1 January of the following year, the unpaid balance of such assessed contributions shall be considered to be one year in arrears.
 - 6.6 Assessed contributions shall be denominated in U.S. dollars and shall be paid in either U.S. dollars or other currencies as determined by the Director.
 - 6.7 Payments in currencies other than U.S. dollars shall be credited to Members' accounts at the United Nations rate of exchange in effect on the date of receipt or at the market rate of exchange should conversion of excess currency be deemed prudent.
 - 6.8 Payments made by a Member shall be applied against its oldest outstanding assessed contribution.
 - 6.9 The Director shall submit to the regular session of the Conference or the Directing Council a report on the collection of assessed contributions.
 - 6.10 New Members shall be required to make an assessed contribution for the budgetary period in which they become Members. If membership begins at any time during the first year of a budgetary period, new Members will be assessed for the full two-year period. If membership begins at any time during the second year of a budgetary period, new Members will be assessed for the second year only.

Regulation VII - Working Capital Fund and Internal Borrowing

- 7.1 A Working Capital Fund shall be established, along with its authorized level, and financing, in accordance with Resolutions adopted by the Conference or Directing Council.

- 7.2 Title to financial resources constituting the Working Capital Fund shall remain with the Pan American Health Organization.
- 7.3 The Working Capital Fund shall be made available to meet any temporary financial resource requirements of the Regular Budget. The Fund shall be reimbursed in accordance with Regulations 4.4 and 7.1.
- 7.4 The Working Capital Fund shall be made available to finance unforeseeable and extraordinary expenses, replenish existing funds to authorized levels, or other authorized purposes. The Fund shall be reimbursed in accordance with Regulations 4.4 and 7.1.
- 7.5 The Director, with the prior and written concurrence of a majority of the members of the Executive Committee, shall have the authority to borrow funds.

Regulation VIII - Revenue - Other Sources

- 8.1 Other sources of revenue not otherwise identified in these Regulations shall be reported as Miscellaneous Income.
- 8.2 Voluntary contributions, donations, and bequests, either in cash or in kind, may be accepted by the Director, provided that these contributions can be used by the Organization, and that any conditions which may be attached to them are consistent with the objectives and policies of the Organization.
- 8.3 Donations and bequests received without a specific purpose shall be reported as Miscellaneous Income unless otherwise specified by the Director in accordance with Regulation IX.
- 8.4 The Director is authorized to levy a charge (hereinafter referred to as "Program Support Costs") on voluntary contributions in accordance with applicable resolutions of the Conference or Directing Council. These Program Support Costs will be used to reimburse all, or part of, the indirect costs incurred by the Organization in respect of the administration of corresponding activities.
- 8.5 Revenue generated from sales and services will be used to reimburse all or part of the direct and indirect costs incurred by the Organization in respect of the administration of its activities.
- 8.6 Revenue from Services Charges on procurement funds will be used to capitalize the respective fund or to reimburse all or part of the costs incurred by the Organization in respect of the administration of its activities.

Regulation IX - Funds

- 9.1 Funds shall be established to enable the Organization to effectively record and report on all sources of revenue.
- 9.2 Individual subsidiary ledger accounts shall be established to effectively record and report on voluntary contributions.
- 9.3 Special Funds or Accounts shall be established by the Director as necessary to meet the requirements of the Organization.
- 9.4 The purpose of any Fund or Account established under Regulation 9.3 shall be specified and subject to the Financial Regulations and Financial Rules.
- 9.5 In establishing any Special Fund or Account under Regulation 9.3, the Director may stipulate that the use of the cash balance of the Fund or Account is restricted for pooling or internal borrowing purposes consistent with the terms and conditions of the funding sources.

Regulation X - Custody of Financial Resources

- 10.1 The Director shall designate the financial institutions in which the financial resources in the custody of the Organization shall be kept.
- 10.2 The Director may designate external investment managers and/or custodians.

Regulation XI - Investments

- 11.1 Investment policies and guidelines shall be established in accordance with best industry practice, having due regard for the preservation of principal, assurance of adequate liquidity, and maximization of total yield.
- 11.2 Financial Resources in excess of immediate cash requirements may be pooled and invested.
- 11.3 Investment income, regardless of the source of funds, shall be credited as Miscellaneous Income to the Regular Budget unless otherwise stipulated in these Regulations, in resolutions adopted by the Conference or Directing Council, or as decided by the Director.

Regulation XII - Internal Control

- 12.1 The Director shall establish and maintain an effective internal control structure with operating policies and procedures based on best industry practice, in order to:
 - (a) ensure efficient and effective financial administration,

- (b) safeguard assets,
- (c) accomplish the strategic objectives and goals in line with the mission of the Organization, and
- (d) maintain an internal oversight function reporting to the Director.

Regulation XIII - Accounts and Financial Statements

- 13.1 The Director shall establish and maintain a chart of accounts in accordance with the accounting standards adopted by the Conference or Directing Council.
- 13.2 Financial statements shall be prepared for each financial reporting period in conformity with the Standards referred to in Regulation 13.1.
- 13.3 The financial statements shall be presented in United States dollars. The accounting records may, however, be kept in such currencies as the Director may deem necessary.
- 13.4 The financial statements shall be submitted to the External Auditor by a date mutually agreed upon with the Director.
- 13.5 The Director may make such *ex gratia* payments as deemed to be necessary in the interest of the Organization. *Ex gratia* payments will be disclosed in the financial statements.
- 13.6 The Director may authorize, after full investigation, the write-off of any asset other than assessed contributions. Write-offs will be disclosed in the financial statements.
- 13.7 The Conference or Directing Council may stipulate a reserve for doubtful accounts, representing all or a portion of the outstanding assessed contributions due from a Member State subject to the restrictions of Article 6.B of the Constitution.

Regulation XIV - External Audit

- 14.1 The Conference or the Directing Council shall appoint an External Auditor of international repute to audit the accounts of the Organization. The Auditor appointed may be removed only by the Conference or the Directing Council.
- 14.2 Subject to any special direction of the Conference or the Directing Council, each audit which the External Auditor performs shall be conducted in conformity with generally accepted common auditing standards and in accordance with the Additional Terms of Reference set forth in the Appendix to these Regulations.
- 14.3 The External Auditor, in addition to rendering an opinion on the financial statements, may make such observations as deemed necessary with respect to the efficiency of the financial procedures, the accounting system, the internal financial controls, and in general, the administration and management of the Organization.

- 14.4 The External Auditor shall be completely independent and solely responsible for the conduct of the audit.
- 14.5 The Conference or the Directing Council may request the External Auditor to perform certain specific examinations and issue separate reports on the results.
- 14.6 The Director shall provide the External Auditor with the facilities required for the performance of the audit.
- 14.7 For the purpose of making a local or special examination or for effecting economies of audit cost, the External Auditor may engage the services of any national Auditor-General (or equivalent title) or commercial public auditors of known repute or any other person or firm that, in the opinion of the External Auditor is technically qualified.
- 14.8 The External Auditor shall issue a report including its opinion, on the audit of the financial statements prepared by the Director pursuant to Regulation XIII. The report shall include such information as deemed necessary in regard to Regulation 14.3 and the Additional Terms of Reference.
- 14.9 The report(s) of the External Auditor shall be completed and provided to the Director together with the audited financial statements no later than 15 April following the end of the financial reporting period to which they relate. The Director will provide the report to the Executive Committee which shall examine the financial statements and the audit report(s) and shall forward them to the Conference or the Directing Council with such comments as deemed necessary.

Regulation XV - Resolutions involving Expenses

- 15.1 The Conference, the Directing Council, and the Executive Committee shall not make decisions involving expenses unless it has before it a report from the Director on the administrative and financial implications of the proposal.
- 15.2 Where, in the opinion of the Director, the proposed expense cannot be made from the existing appropriations, it shall not be incurred until the Conference or the Directing Council has made the necessary appropriations, unless such expense can be made under the conditions of the resolution of the Directing Council relating to the Emergency Procurement Revolving Fund.

Regulation XVI - General Provisions

- 16.1 These Regulations may be amended only by the Conference or the Directing Council.
- 16.2 In case of doubt as to the interpretation and application of any of the foregoing Regulations, the Director is authorized to rule thereon.

- 16.3 The Financial Rules established or amended by the Director as referred to in Regulation 1.4 shall be confirmed by the Executive Committee and reported to the Conference or the Directing Council for its information.

**ADDITIONAL TERMS OF REFERENCE GOVERNING THE EXTERNAL
AUDIT OF THE PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION**

1. The External Auditor shall perform such audit of the accounts of the Pan American Health Organization, including all Trust Funds, Special Funds, and Special Accounts, as deemed necessary to support the opinion:
 - (a) that the financial statements are in accord with the books and records of the Organization;
 - (b) that the financial transactions reflected in the statements have been in accordance with the rules and regulations, the budgetary provisions, and other applicable directives of the Organization;
 - (c) that the financial resources have been verified by the certificates received direct from the Organization's depositaries or by actual count;
 - (d) that the internal controls, including the internal audit, are adequate in view of the extent of reliance placed thereon;
 - (e) that the procedures applied to the recording of all assets, liabilities, surpluses and deficits conform with industry best practices.
2. The External Auditor shall be the sole judge as to the acceptance in whole or in part of certifications and representations by members of the staff of the Organization and may proceed to such detailed examination and verification as needed.
3. The External Auditor shall have free access at all convenient times to all books, records and other documentation which are, in the opinion of the External Auditor necessary for the performance of the audit. Information classified as privileged and which the Director agrees is required by the External Auditor for the purposes of the audit, and information classified as confidential, shall be made available upon request. The External Auditor shall respect the privileged and confidential nature of any information so classified which has been made available and shall not make use of it except in direct connection with the performance of the audit. The External Auditor may bring to the attention of the Conference or the Directing Council any denial of information classified as privileged which, in their opinion, was required for the purpose of the audit.
4. The External Auditor shall have no power to disallow items in the accounts but shall bring to the attention of the Director for appropriate action any transaction that creates doubt as to legality or propriety. Audit objections, to these or any other transactions, arising during the examination of the accounts shall be immediately communicated to the Director.

5. The External Auditor shall express an opinion on the financial statements of the Organization. The opinion shall include the following basic elements:
 - (a) identification of the financial statements audited;
 - (b) a reference to the responsibility of the entity's management and responsibility of the External Auditor;
 - (c) a reference to the audit standards followed;
 - (d) a description of the work performed;
 - (e) an expression of opinion on the financial statements as to whether:
 - (i) the financial statements present fairly the financial position as at the end of the financial reporting period and the results of the operations for such period;
 - (ii) the financial statements were prepared in accordance with the stated accounting policies;
 - (iii) the accounting policies were applied on a basis consistent with that of the preceding financial reporting period unless disclosed in the financial statements.
 - (f) an expression of opinion on the compliance of transactions with the Financial Regulations and legislative authority;
 - (g) the date of the opinion and the signature of the External Auditor;
 - (h) the External Auditor's name and position;
 - (i) the place where the report has been signed;
 - (j) a reference to the report of the External Auditor on the financial statements, should one be provided.

6. The report of the External Auditor to the Conference or Directing Council on the financial operations of the financial reporting period should mention:
 - (a) the type and scope of examination;
 - (b) matters affecting the completeness or accuracy of the accounts, including, where appropriate:
 - (i) information necessary to the correct interpretation of the accounts;
 - (ii) any amounts that ought to have been received but which have not been brought to account;
 - (iii) any amounts for which a legal or contingent liability exists and which have not been recorded or reflected in the financial statements;
 - (iv) expenses not properly substantiated;
 - (v) whether proper books of accounts have been kept; where in the presentation of statements there are deviations of a material nature from a consistent application of generally accepted accounting principles, these should be disclosed.

- (c) other matters that should be brought to the notice of the Conference or the Directing Council such as:
 - (i) cases of fraud or presumptive fraud;
 - (ii) wasteful or improper expense of the Organization's money or other assets (notwithstanding that the accounting for the transaction may be correct);
 - (iii) expense likely to commit the Organization to further outlay on a large scale;
 - (iv) any defect in the general system or detailed regulations governing the control of receipts and disbursements, or of supplies and equipment;
 - (v) expense not in accordance with the intention of the Conference or the Directing Council, after making allowance for duly authorized transfers within the Program Budget;
 - (vi) expense in excess of Regular Budget appropriations as amended by duly authorized transfers within the Program Budget;
 - (vii) expense not in conformity with the authority that governs it.
 - (d) the accuracy of the inventory and fixed assets as determined by a physical count and examination of the records.
 - (e) transactions accounted for in a previous financial reporting period, about which further information has been obtained, or transactions in a later financial reporting period about which the Conference or the Directing Council should have early knowledge.
7. The External Auditor may make such observations with respect to findings resulting from the audit and such comments on the financial report as deemed appropriate to the Conference or the Directing Council, or to the Director.
 8. Whenever the External Auditor's scope of audit is restricted, or insufficient evidence is available, the External Auditor's opinion shall refer to this matter, making clear in the report the reasons for the comments and the effect on the financial position and the financial transactions as recorded.
 9. In no case shall the External Auditor include criticism in any report without first affording the Director an adequate opportunity of explanation on the matter under observation.
 10. The External Auditor is not required to discuss or report any matter which is considered immaterial.

CD49.R2 : Création du Comité d'audit de l'OPS

LE 49^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant revu le document intitulé *Création d'un comité d'audit* (document CD49/26) ;

Reconnaissant les efforts continus de l'Organisation en vue de mettre en place un cadre de gouvernance reflétant les meilleures pratiques internationales ;

Notant la proposition de mettre en place une entité consultative experte de nature indépendante, pour conseiller le Directeur et les États Membres de l'OPS sur le fonctionnement des structures de contrôle et de compte rendu financiers de l'Organisation, ses mécanismes de gestion des risques et autres contrôles liés à l'audit,

DÉCIDE :

1. De créer le Comité d'audit pour l'Organisation panaméricaine de la Santé.
2. D'approuver les attributions suivantes pour le Comité d'audit de l'OPS (voir le document ci-joint).

Annexe

(Deuxième séance plénière, le 28 septembre 2009)

CD49.R2, Annexe

ATTRIBUTIONS DU COMITÉ D'AUDIT DE L'OPS

Principe directeur

1. Un comité d'audit sera mis en place par le Conseil directeur de l'Organisation panaméricaine de la Santé (« OPS ») en vue d'exercer une fonction consultative indépendante, donnant au Directeur du Bureau sanitaire panaméricain (« le Directeur ») et aux États membres de l'OPS, par le biais du Comité exécutif, des avis sur le fonctionnement des structures de contrôle et de compte rendu financiers de l'Organisation, de ses mécanismes de gestion des risques et des autres contrôles liés à l'audit. Le Comité exécutera ses fonctions en procédant à des examens indépendants des activités réalisées par le système de contrôles internes et externes de l'OPS, notamment le Bureau des services d'évaluation et de surveillance internes de l'OPS (« IES »), l'Auditeur externe et l'administration et la gestion de l'Organisation. Le travail du

Comité d'audit sera réalisé conformément aux normes acceptées internationalement et aux meilleures pratiques existantes et en observant les politiques, réglementations et règlements de l'OPS. Le Comité d'audit ne se substitue pas à la fonction du Comité exécutif de l'OPS ou de son Sous-comité de programme, budget et administration (« SPBA »).

Rôle du Comité

2. Le Comité d'audit de l'OPS sera chargé des fonctions suivantes :
 - a) examiner et contrôler l'adéquation, l'efficacité et l'efficacités des mécanismes d'évaluation et de gestion des risques de l'Organisation, de son système de contrôles internes et externes (notamment la fonction de surveillance interne et de l'Auditeur externe de l'OPS) ainsi que l'application ponctuelle et efficace des recommandations de l'audit par la direction ;
 - b) émettre des avis sur les questions se rapportant au système des contrôles internes et externes, leurs stratégies, plans de travail et performance ;
 - c) rendre compte de toute question liée aux politiques et procédures de l'OPS nécessitant la prise de mesures correctives et faire état des améliorations recommandées dans le domaine des contrôles, notamment l'évaluation, l'audit et la gestion du risque ;
 - d) émettre des observations sur les plans de travail et le budget proposé des fonctions d'audit interne et externe ;
 - e) donner des conseils sur les implications opérationnelles des questions et tendances se dégageant des états financiers de l'Organisation et les principales questions de politique de compte rendu financier ;
 - f) donner des conseils sur l'adéquation et l'efficacité des politiques comptables et des règles de divulgation des informations et évaluer les changements et les risques de ces politiques ; et
 - g) conseiller le Directeur concernant le choix du commissaire aux comptes de l'OPS et le Comité exécutif concernant le choix de l'auditeur externe.

Membres du Comité

3. Le Comité d'audit sera composé de trois membres témoignant du niveau le plus élevé d'intégrité et étant entièrement indépendants de l'OPS. Le Comité d'audit sera

nommé par le Comité exécutif de l'OPS. Les membres serviront en leur capacité personnelle. Chaque membre sera président du Comité à tour de rôle pendant une année.

Critères de qualité de membre

4. Tous les membres du Comité doivent avoir une expérience récente et pertinente en matière de contrôle financier et/ou audit. Cette expérience devra, dans la mesure du possible, refléter :

- a) une expérience concernant la préparation, l'audit, l'analyse ou l'évaluation des états financiers qui soit d'une diversité et d'une complexité en matière de comptabilité généralement comparable à la diversité et à la complexité des questions de comptabilité auxquelles l'OPS doit faire face, notamment une bonne connaissance des principes comptables appropriés et couramment acceptés ;
- b) une connaissance et, si possible, une expérience appropriée concernant les processus d'inspection, de suivi et d'évaluation ;
- c) une connaissance de contrôle interne, de gestion des risques, d'enquête et des procédures de compte rendu financier ; et
- d) une connaissance générale de l'organisation, de la structure et du fonctionnement des organisations internationales du système des Nations Unies.

Durée du mandat

5. Les Membres du Comité d'audit seront nommés pour un maximum de deux mandats complets de trois années chacun. Le cycle d'élection sera fixé au moment de la création du Comité. Les membres pourront être réélus pour un second et dernier mandat de trois ans, à l'exception des trois premiers membres du Comité qui seront nommés, par tirage au sort, à un mandat initial de deux, trois ou quatre ans. Les anciens membres du Comité d'audit peuvent être nommés à nouveau par le Comité dans la mesure où ils n'ont pas assumé deux mandats complets.

Appels de propositions

6. Le Directeur recommandera une liste de candidats qualifiés. La liste sera communiquée au SPBA avant la session du Comité exécutif et comprendra un curriculum vitae détaillé de chaque candidat.

7. La liste des candidats sera soumise à une évaluation qui pourra comprendre des demandes d'informations supplémentaires et des modifications ultérieures. Le nom des

candidats les mieux placés, selon les critères pour être membre du Comité, sera proposé par le SPBA au Comité exécutif pour qu'il prenne une décision.

Responsabilité des membres

8. Dans l'exécution de leurs fonctions, les membres du Comité d'audit ne demanderont ni ne recevront aucune instruction de la part de l'autorité d'un gouvernement national. Ils assumeront leurs fonctions dans une capacité consultative non exécutive et seront entièrement indépendants de tout gouvernement ou de toute entité ou structure de l'OPS. Les membres seront guidés uniquement par leur expertise et jugement professionnel, en tiendront compte des décisions collectives des Organes directeurs de l'OPS.

9. Les membres du Comité d'audit devront signer une déclaration de confidentialité en début de mandat ainsi qu'un formulaire de déclaration d'intérêt de l'OPS. Si un conflit d'intérêt se pose, qu'il soit effectif ou potentiel, le Membre devra divulguer un tel intérêt au Comité et ne pourra pas participer à la discussion du Comité sur la question correspondante.

Réunions et règlement interne

10. Le Comité d'audit de l'OPS tiendra normalement des sessions régulières deux fois par an. Des réunions supplémentaires pourront être prévues si besoin est. Le Président du Comité déterminera le calendrier des réunions ainsi que la nécessité d'organiser des réunions supplémentaires pendant l'année. Il ou elle déterminera également l'ordre du jour des réunions, en tenant compte des demandes pertinentes du Directeur et/ou du Comité exécutif de l'OPS. Les réunions seront convoquées par le Secrétariat du Comité au nom du Président. Les membres du Comité d'audit seront avertis des réunions au moins quatre semaines à l'avance.

11. Le Directeur, le commissaire aux comptes, l'auditeur général de l'OPS, le Directeur de l'administration de l'OPS et le Responsable des ressources financières de l'OPS assisteront aux réunions du Comité d'audit, à l'invitation du Président du Comité.

12. Le Comité d'audit peut décider de tenir une réunion à huis clos de temps à autre, selon son jugement.

13. Le Comité d'audit cherchera dans la mesure du possible à travailler par voie de consensus.

14. Les Membres serviront en leur capacité personnelle et ne seront pas représentés par un suppléant.

15. La fonction de soutien administratif et de secrétariat du Comité d'audit, y compris la préparation et la mise à jour du procès-verbal des réunions, sera confiée à un personnel indépendant, recruté selon les besoins à cette même fin, qui rendra compte directement au Président concernant les questions en rapport avec le travail du Comité d'audit.

Divulgence d'informations

16. Le secrétariat, les observateurs et toute tierce partie invités par le Comité d'audit à assister aux sessions ne pourront rendre public aucun document ou information sans l'autorisation préalable du Comité.

17. Tout membre du Comité d'audit faisant le compte rendu du travail du Comité devra s'assurer que tout document confidentiel est gardé en sécurité et informera les autres membres en conséquence.

Accès

18. Le Comité d'audit aura accès à tous les rapports et documents de l'Organisation, notamment aux rapports d'audit et aux documents de travail de l'IES et aux rapports émis par les auditeurs externes.

19. Le Comité d'audit pourra convoquer tout membre ou employé de l'OPS, y compris la direction de l'Organisation, et demander une réunion avec n'importe quelle tierce partie, s'il le juge nécessaire pour obtenir des informations indispensables à son travail.

20. Les auditeurs externes et le commissaire aux comptes de l'OPS auront également un accès non limité et confidentiel au Président du Comité.

21. Le Comité d'audit pourra obtenir des conseils professionnels indépendants, juridiques et autres, s'il le juge nécessaire.

Compte rendu

22. Le Président du Comité d'audit rendra compte régulièrement au Directeur sur les résultats des délibérations du Comité et toute autre question pertinente à son travail.

23. Le Comité d'audit préparera un rapport annuel de son travail pour le Comité exécutif de l'OPS. Le Comité d'audit pourra également préparer des rapports ad hoc, à la demande du Comité exécutif. Le Directeur disposera d'un droit de commentaire sur tous les rapports avant leur présentation au Comité exécutif.

Ressources

24. Le Comité d'audit recevra les ressources nécessaires pour mener à bien sa tâche. Des fonds seront affectés au budget biennal de l'Organisation aux fins d'un soutien administratif et pour assumer les coûts de déplacement et d'hébergement encourus dans le cadre du travail des membres du Comité. De tels déplacements seront traités conformément au Règlement de l'OPS. Les membres serviront sans rémunération de l'OPS.

Revue des attributions

25. Le Comité exécutif reverra périodiquement les résultats du Comité d'audit, évaluera son efficacité et fera les recommandations appropriées, en consultation avec le Directeur, concernant les membres et les attributions du Comité. Les attributions du Comité d'audit pourront être modifiées le cas échéant par le Conseil directeur.

CD49.R3 : Plan stratégique de l'OPS 2008-2012 amendé

LE 49^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant considéré le projet de Plan stratégique de l'OPS 2008-2012 amendé, présenté par la Directrice (*Document officiel 328*) et le document CD49/6 ;

Prenant en compte que le Plan stratégique a été modifié pour l'aligner au Plan stratégique à moyen terme de l'OMS 2008-2013, qui a été également modifié et approuvé lors de la récente Soixante-deuxième Assemblée mondiale de la Santé ;

Notant que d'autres changements adressent la nécessité de mettre à jour le document afin de clarifier les résultats attendus ainsi que simplifier leur mesure,

DÉCIDE :

D'approuver le *Plan Stratégique de l'OPS 2008-2012 amendé (Document officiel 328)*, y compris ses indicateurs et cibles modifiés.

(Troisième réunion plénière, le 29 septembre 2009)

CD49.R4 : Élection de trois États Membres au Comité exécutif au terme des mandats des États-Unis d'Amérique, de Trinité-et-Tobago et de l'Uruguay

LE 49^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant à l'esprit les dispositions des articles 9.B et 15.A de la Constitution de l'Organisation panaméricaine de la Santé ;

Considérant que la Colombie, Saint-Vincent-et-les Grenadines et le Venezuela ont été élus pour faire partie du Comité exécutif au terme des mandats les États-Unis d'Amérique, la Trinité-et-Tobago et l'Uruguay,

DÉCIDE :

1. De déclarer que la Colombie, Saint-Vincent-et-les Grenadines et le Venezuela ont été élus pour faire partie du Comité exécutif pour une période de trois ans.
2. De remercier les États-Unis d'Amérique, la Trinité-et-Tobago et l'Uruguay pour les services rendus à l'Organisation au cours des trois dernières années par leurs représentants au sein du Comité exécutif.

(Cinquième réunion plénière, le 30 septembre 2009)

CD49.R5 : Création d'un nouveau cadre institutionnel pour le Centre d'information sur les sciences de la santé pour l'Amérique latine et les Caraïbes (BIREME)

LE 49^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant revu la proposition présentée par la Directrice du Bureau sanitaire panaméricain pour la création d'un nouveau cadre institutionnel régissant la gouvernance, la gestion et le financement du Centre d'Information sur les Sciences de la Santé pour l'Amérique latine et la Caraïbe (BIREME), tel que décrit dans le document intitulé *Réforme Institutionnelle du Centre d'information sur les Sciences de la Santé pour l'Amérique Latine et les Caraïbes (BIREME)* (document CD49/17) ;

Reconnaissant que la coopération technique fournie par BIREME aux États membres, États participants et Membres associés de l'OPS ces 42 dernières années dans le domaine de l'information et de la communication scientifique pour la santé a évolué avec la Bibliothèque de santé virtuelle et autres réseaux connexes, se transformant en un

« bien public » régional de connaissances scientifiques vitales et indispensables, axé sur la recherche, l'éducation et les soins de santé ;

Considérant que BIREME a joué un rôle important dans la coopération Sud à Sud avec d'autres régions en développement dans le monde, grâce au partage d'expériences et de connaissances en matière de méthodologies, technologie, produits, services et réseautage pour l'information scientifique en santé ;

Reconnaissant que le cadre institutionnel actuel de BIREME n'a pas été modifié de manière significative durant ces 42 ans d'existence et ne répond plus adéquatement aux besoins actuels et futurs de gouvernance, gestion et financement de BIREME ;

Reconnaissant l'importance historique de la contribution du Gouvernement du Brésil à la création et au maintien continu de BIREME dans ce pays, notamment les contributions spéciales du Ministère de la Santé, du Ministère de l'Éducation, du Secrétariat à la santé de l'état du São Paulo et de l'Université fédérale du São Paulo ;

Conscient de l'importance de renforcer BIREME pour que le Centre puisse mieux assumer ses fonctions stratégiques grâce à un cadre institutionnel contemporain venant soutenir sa gouvernance, sa gestion et son financement ;

Envisageant le besoin de renforcer la viabilité financière de BIREME grâce à la mise en place d'une structure de financement adéquate équilibrant les sources ordinaires et hors budget,

DÉCIDE :

1. D'approuver le Statut de BIREME, ci-joint comme partie intégrante de la présente résolution (annexe), qui entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2010.
2. De réaffirmer l'importance de la coopération entre le Gouvernement du Brésil et l'OPS pour le maintien de BIREME et de prier le Gouvernement du Brésil de continuer son appui pour BIREME et de renforcer cette coopération.
3. De demander à la Directrice :
 - a) de mener des négociations avec le Gouvernement du Brésil pour conclure un nouvel accord concernant le siège pour BIREME qui définit les responsabilités du gouvernement concernant le maintien de BIREME ainsi que ses privilèges et immunités dans ce pays ;

- b) d'entreprendre des négociations avec le Gouvernement du Brésil, à travers les ministères compétents et l'Université Fédéral de São Paulo, pour conclure un nouvel accord sur les installations pour le fonctionnement continu de BIREME au campus de l'Université, à fin d'inclure des questions concernant les locaux physiques, le personnel, la collection des revues, ainsi que tout autre modalité d'appui pour le Centre ;
- c) de demander au Secrétariat de BIREME de prendre les mesures nécessaires pour commencer les réunions inaugurales des nouveaux organes du BIREME, le Comité consultatif et le Comité scientifique, pendant le premier semestre de 2010.

Annexe : Statuts du Centre d'Information sur les Sciences de la Santé pour l'Amérique latine et la Caraïbe BIREME

CD49.R5, Annexe

STATUT PROPOSÉ DE BIREME

Article I Statut juridique

Le Centre d'Information sur les Sciences de la Santé pour l'Amérique latine et la Caraïbe, également connu par son nom original de Bibliothèque régionale de médecine (« BIREME ») est un centre spécialisé de l'Organisation panaméricaine de la Santé (« OPS »), Bureau régional pour les Amériques de l'Organisation mondiale de la Santé (« OMS »), créé conformément aux résolutions du Conseil directeur de l'OPS et fonctionnant continuellement au Brésil, avec son siège dans la ville de São Paulo, depuis sa création, établi aux termes d'un accord signé entre l'OPS et le Gouvernement de la République fédérale du Brésil.

Article II Objectif

BIREME a pour objectif de contribuer au développement de la santé pour les populations de la Région des Amériques, par le biais de la promotion de la coopération entre les pays, de l'accès égalitaire à l'information scientifique et technique, de la législation et le partage des connaissances et données probantes venant soutenir l'amélioration constante des systèmes de santé, d'éducation et de recherche.

Article III Fonctions

Pour répondre à cet objectif, BIREME assumera les fonctions suivantes de coopération technique qui figurent dans le Plan stratégique régional de l'Organisation panaméricaine de la Santé :

1. Soutenir et renforcer les systèmes d'information sur les sciences de la santé dans les États membres de l'OPS.
2. Aider à formuler et à renforcer les actions et politiques de santé publique ainsi que les capacités et l'infrastructure nationales et régionales pour l'acquisition, l'organisation, l'accès, la publication et l'utilisation de l'information, des connaissances et des preuves scientifiques concernant les processus et la prise de décisions dans le domaine de la santé.
3. Aider à mettre en place et à renforcer les réseaux d'institutions et de producteurs, intermédiaires et utilisateurs individuels de l'information scientifiques, légale, technique et factuelle en santé par le biais d'une gestion et opération coopératives de produits, services et événements d'information dans le forum commun de la Bibliothèque virtuelle en santé, en collaboration avec des réseaux nationaux, régionaux et internationaux complémentaires.
4. Contribuer au développement mondial de l'information et de la communication sur les sciences de la santé par le truchement de partenariats, de programmes, de réseaux et de projets entre des institutions internationales, régionales et nationales, dans le but d'augmenter la visibilité, l'accès, la qualité, l'utilisation et l'impact des résultats scientifiques et techniques des pays et régions en développement.
5. Aider à développer une terminologie technique et scientifique en espagnol, français, anglais et portugais.
6. Aider à mettre en place des systèmes d'éducation à distance dans la Région des Amériques, en renforçant l'infrastructure et les capacités pour l'accès à l'information et la diffusion de cette information, en tant que partie intégrante du Campus virtuel de santé publique de l'OPS.
7. Soutenir et promouvoir la collaboration entre les gouvernements, les professionnels, les agents de santé, les consommateurs, les institutions scientifiques et organisations internationales pertinentes et la société dans son ensemble afin de mettre en place et de renforcer les systèmes nationaux d'information sanitaire qui encouragent et appuient une éducation et recherche

continues par le biais de l'innovation et de l'application des technologies d'information et de communication.

Article IV Membres

Les membres de BIREME sont définis ci-après dans les catégories suivantes : États membres, États participants et Organisations participantes.

1. États membres de BIREME : Tous les États membres de l'OPS.*
2. États participants de BIREME : Tout État membre de l'OMS peut être admis comme « État participant de BIREME », sous les conditions suivantes :
 - a. l'État membre de l'OMS doit communiquer au Directeur** de l'Organisation panaméricaine de la Santé son intention de participer à la coopération scientifique et technique et de contribuer financièrement à BIREME par le biais de contributions annuelles, fixées par le Comité consultatif de BIREME, tel que décrit dans l'Article IX du présent document et en reconnaissant le présent Statut et respectant ses réglementations respectives ; et
 - b. le Comité consultatif doit approuver la demande faite de devenir un État participant de BIREME à une majorité des deux tiers au moins de ses membres.
3. Les organisations participantes de BIREME : Toute organisation publique internationale comptant une expertise spécifique dans le domaine de l'information et de la communication scientifique et technique peut être admise comme « organisation participante de BIREME » dans les conditions suivantes :
 - a. l'organisation internationale doit communiquer au Directeur de l'OPS son intention de prendre part à la coopération scientifique et technique et de contribuer financièrement à BIREME, par le biais de contributions annuelles fixées par le Comité consultatif de BIREME, tel que décrit dans l'Article IX du présent document et en reconnaissant le présent statut et en respectant ses réglementations respectives ; et

* Ceci comprend les États Membres, États participants, et États associés de l'OPS.

** Dans ce document, le Directeur du Bureau sanitaire panaméricain est qualifié de Directeur de l'Organisation panaméricaine de la Santé.

- b. le Comité consultatif doit approuver la demande faite pour devenir une organisation participante de BIREME à la majorité des deux tiers au moins de ses Membres.
4. Un État participant ou une Organisation participante peut se retirer de BIREME en communiquant une telle intention au Directeur de l'OPS et au Comité consultatif. L'adhésion prendra fin six (6) mois après que le Directeur de l'OPS aura reçu la notification.

Article V Structure

BIREME comprendra les organes suivants :

- (1) Comité consultatif
- (2) Comité scientifique
- (3) Secrétariat

Article VI Comité consultatif

Le Comité consultatif est un organe permanent de BIREME qui exécute des fonctions consultatives auprès du Directeur de l'OPS.

1. Le Comité consultatif de BIREME comprendra les Membres désignés dans la composition suivante :
 - a. deux (2) membres permanents : un (1) nommé par le Représentant du Gouvernement du Brésil et un (1) nommé par le Directeur de l'OPS ;
 - b. cinq membres non permanents (5), choisis et nommés par le Conseil directeur de l'OPS parmi les membres de BIREME décrits dans l'Article IV, en tenant compte de la représentation géographique.
2. Les membres non permanents du Comité consultatif de BIREME changeront tous les 3 ans. Par ailleurs, le Conseil directeur de l'OPS pourra indiquer une période de rotation plus courte si c'est jugé nécessaire pour maintenir l'équilibre entre les membres du Comité consultatif.
3. Le nombre des membres non permanents du Comité consultatif pourra être modifié par le Conseil directeur de l'OPS au fur et à mesure que de nouveaux membres de BIREME sont admis.

4. Le Comité consultatif de BIREME sera chargé de :
- a. faire des recommandations au Directeur de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) concernant les fonctions programmatiques de BIREME, en fonction du Plan stratégique régional de l'OPS et du Plan de travail de la coopération technique, ainsi que les recommandations faites par les Membres du Comité scientifique de BIREME ;
 - b. revoir la proposition du Plan de travail biennal de BIREME et faire des recommandations au Directeur de l'OPS visant au renforcement de la capacité et de l'infrastructure nationales et régionales pour l'information scientifique et technique ;
 - c. revoir la Proposition de budget biennal de BIREME et faire des recommandations au Directeur de l'OPS pour renforcer la structure de financement ;
 - d. proposer le barème des contributions annuelles des États participants et des Organisations participantes ;
 - e. évaluer la coopération internationale de BIREME avec d'autres régions et faire des recommandations au Directeur de l'OPS aux fins d'amélioration ;
 - f. recommander au Directeur de l'OPS, si cela est justifié, que le nombre de membres non permanents du Comité consultatif soit modifié pour maintenir l'équilibre géographique ;
 - g. nommer les membres du Comité scientifique de BIREME ;
 - h. recommander le cas échéant au Conseil directeur de l'OPS que des amendements soient portés au présent Statut ;
 - i. recommander au Directeur de l'OPS de créer des comités techniques et des groupes de travail pour aider BIREME à exécuter ses fonctions programmatiques, à réaliser son plan de travail et à prendre en charge les priorités du secteur de la santé ;
 - j. adopter un Règlement intérieur qui sera approuvé par tous les Membres lors d'une séance ordinaire ;

- k. organiser une séance annuelle ordinaire. Les membres du Comité consultatif pourront demander au Directeur de l'OPS de convoquer des sessions spéciales.

Article VII Comité scientifique

Le Comité scientifique est un organe permanent de BIREME qui exécute des fonctions consultatives pour le Directeur de l'OPS et le Comité consultatif.

1. Le Comité scientifique comprendra au moins cinq spécialistes internationaux, nommés pour leur expertise reconnue dans le domaine de la recherche scientifique, de la gestion des connaissances et informations de santé, de la communication scientifique et technique en santé et leur connaissance dans les domaines de la recherche, de l'éthique, du développement, des opérations et du financement. Les membres du Comité scientifique seront nommés comme spécialistes avec une rotation tous les 3 ans.
2. Les membres du Comité scientifique seront nommés par le Comité consultatif de BIREME, en tenant compte de la diversité thématique et de l'expertise nécessaire pour que le Comité scientifique puisse mener à bien ses fonctions. Les États membres de BIREME pourront nommer chacun deux experts au maximum et le Directeur de l'OPS pourra nommer des experts supplémentaires qui seront inclus à la liste des experts internationaux à partir de laquelle ces nominations seront faites, tout en tenant également compte de la diversité thématique et de l'expertise dont a besoin le Comité scientifique pour mener à bien sa mission.
3. Le Comité scientifique sera chargé de :
 - a. faire des recommandations au Comité consultatif sur les fonctions programmatiques de BIREME jugeant d'après le meilleur avancement international dans le domaine de l'information et de la communication scientifiques pour la santé, notamment : politiques et critères de qualité pour la sélection du contenu, gestion de l'information, des connaissances et preuves scientifiques, gestion de la publication, stockage de l'information et infrastructure de consultation et d'accès et mesure de l'information et des sciences ;
 - b. conseiller le Directeur de l'OPS et le Comité consultatif sur les méthodologies et technologies utilisées par BIREME pour la gestion des produits et services de l'information et recommander les solutions et améliorations nécessaires ;

- c. conseiller le Directeur de l'OPS et le Comité consultatif sur l'adoption d'innovations dans le domaine de l'information et de la communication pour la santé ;
- d. conseiller le Directeur de l'OPS et le Comité consultatif sur la préparation et la mise en œuvre du Plan de travail biennal de BIREME, conformément au Plan stratégique et au Plan de travail biennal du BSP ;
- e. conseiller le Directeur de l'OPS et le Comité consultatif sur l'adoption de partenariats internationaux pour le développement de l'information et de la communication des sciences de la santé ;
- f. adopter le Règlement intérieur qui devra être approuvé par tous les Membres lors d'une session ordinaire ;
- g. organiser une session régulière annuelle. Trois (3) membres de ce Comité scientifique peuvent demander au Comité consultatif de BIREME de tenir des sessions spéciales.

Article VIII Secrétariat

Suivant l'autorité générale et les décisions du Directeur de l'OPS, le Secrétariat est un organe permanent de BIREME, responsable de la gestion technique et administrative et de l'exécution du Plan de travail et budget biennaux de BIREME, conformément aux réglementations et normes du BSP.

1. Le Secrétariat comprendra le Directeur de BIREME et le personnel technique et administratif nécessaire, tel que déterminé par le Directeur de l'OPS et en fonction des ressources financières.
2. Le Directeur de BIREME sera nommé par le Directeur de l'OPS, en suivant un processus de concurrence internationale, conformément aux règles et réglementations de l'OPS.
3. Les membres du personnel qui détiennent des positions au sein du BIREME seront nommés conformément aux règles et réglementations du BSP.
4. Le Directeur de BIREME sera responsable auprès du Directeur de l'OPS de la gestion exécutive de BIREME, conformément aux règles et réglementations de l'OPS. Les responsabilités sont les suivantes :

- a. préparer, en fonction du Plan stratégique régional de l'OPS, la proposition pour le Plan de travail biennal et la proposition budgétaire biennale de BIREME et les présenter au Comité consultatif aux fins d'examen et de recommandations du Directeur de l'OPS ;
- b. exécuter le Plan de travail biennal et le budget biennal de BIREME approuvés par le Directeur de l'OPS en tant que partie intégrante du Plan de travail biennal de l'OPS ;
- c. encourager la collaboration avec des entités et des organisations se rapportant aux fonctions programmatiques de BIREME ;
- d. promouvoir et forger des partenariats pour le développement de l'information et de la communication sur les sciences de la santé, conformément aux priorités de l'OPS ;
- e. représenter BIREME lors d'événements et d'initiative se rapportant à ses fonctions programmatiques en tant que centre spécialisé de l'OPS ;
- f. gérer les affaires administratives et financières de BIREME ;
- g. préparer un rapport d'avancement annuel sur BIREME et le présenter au Comité consultatif aux fins de commentaire et de recommandations de la part du Directeur de l'OPS ;
- h. préparer tout autre rapport demandé par le Directeur de l'OPS, le Comité consultatif ou le Comité scientifique de BIREME ;
- i. servir de Secrétariat de droit lors de réunions du Comité consultatif et du Comité scientifique ;
- j. accepter des fonds ou des contributions d'individus ou de sociétés par le biais d'accords et/ou contrats, tel qu'indiqué par les fonctions de BIREME, conformément aux conditions fixées par le Directeur de l'OPS et son autorisation écrite préalable.

Article IX Financement

1. Les ressources pour le financement du Plan de travail biennal de BIREME devront être obtenues auprès des sources suivantes : la contribution annuelle de l'OPS déterminée par le Directeur de l'OPS ; la contribution annuelle du Gouvernement du Brésil, conformément à l'accord signé avec l'OPS, les

- contributions annuelles des États participants et des Organisations participantes de BIREME et les ressources financières des projets, vente de services et contributions volontaires.
2. Toutes les contributions annuelles seront dues le 1er janvier de chaque année et doivent être versées le 30 juin au plus tard de la même année.
 3. Les fonds et les biens de BIREME seront traités comme des fonds fiduciaires de l'OPS et administrés conformément aux réglementations financières de l'OPS.
 4. Un fonds de roulement sera établi au nom de BIREME conformément aux normes et réglementations financières de l'OPS.

Article X Privilèges et immunités

Les privilèges et immunités accordés à BIREME au Brésil en tant que centre spécialisé de l'OPS ainsi que les responsabilités financières du Gouvernement du Brésil concernant le maintien de BIREME dans l'Article IX de ce Statut, devront être précisés dans un accord spécifique entre l'OPS et le Gouvernement du Brésil.

Article XI Installations physiques

Les arrangements concernant les structures physiques et autres services fournis à BIREME, dont le siège se situe depuis sa création dans le campus d'UNIFESP à São Paulo au Brésil seront précisés dans un accord qui sera signé par l'OPS, le Gouvernement du Brésil et l'UNIFESP.

Article XII Amendements

Les amendements au présent Statut, tel que recommandé par le Comité consultatif de BIREME, entreront en vigueur dès qu'ils auront été approuvés par le Conseil directeur de l'OPS.

Article XIII Entrée en vigueur

Les dispositions de ce Statut entreront en vigueur à la date de son approbation par le Conseil directeur de l'OPS.

(Cinquième réunion plénière, le 30 septembre 2009)

CD49.R6 : Élection de cinq membres non permanents pour le Comité consultatif du Centre d'information sur les sciences de la santé pour l'Amérique latine et les Caraïbes (BIREME)

Le 49^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant adopté la résolution CD49.R5 qui établit le nouveau statut du Centre d'information sur les sciences de la santé pour l'Amérique latine et les Caraïbes (BIREME) ;

Notant que la structure de gouvernance décrite dans le nouveau statut du Centre BIREME appelle à la création d'un Comité consultatif ;

Ayant à l'esprit que l'article VI du nouveau statut du Centre BIREME établit que le Comité consultatif du Centre BIREME doit être composé d'un représentant nommé par le Directeur du BSP et d'un autre membre désigné par le gouvernement du Brésil en tant que membres permanents et de cinq membres non permanents désignés et nommés par le Conseil directeur ou par la Conférence sanitaire panaméricaine de l'OPS parmi les différents membres du Centre BIREME (qui comprennent, actuellement, tous les États Membres de l'OPS, les États Participants et les États Associés), en prenant en compte la représentation géographique ;

Rappelant que l'article VI stipule également que les cinq membres non permanents du Comité consultatif du Centre BIREME doivent être renouvelés tous les trois ans et que le Conseil directeur ou la Conférence sanitaire panaméricaine de l'OPS peut décider d'une période de rotation plus courte dans les cas où il serait jugé nécessaire pour maintenir l'équilibre entre les membres du Comité consultatif,

DÉCIDE :

1. D'élire trois États Membres pour faire partie du Comité consultatif du Centre BIREME pour un mandat de trois ans et deux États Membres pour un mandat de deux ans, avec entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2010.
2. Par la suite, d'élire les membres non permanents du Comité consultatif de manière échelonnée pour qu'aucune élection n'ait lieu en 2010, deux membres soient élus en 2011 et trois membres en 2012.
3. De déclarer Argentine, Chili et République dominicaine élus membres non permanents au sein du Comité consultatif du Centre BIREME pour une période de trois ans.

4. De déclarer Jamaïque et Mexique élus membres non permanents au sein du Comité consultatif du Centre BIREME pour une période de deux ans.

(Cinquième réunion plénière, le 30 septembre 2009)

CD49.R7 : Nouveau barème de contributions pour la période budgétaire 2010-2011

LE 49^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant examiné le rapport du Président de la 144^e session du Comité exécutif (document CD49/2), et le *Nouveau barème de contributions* (document CD49/7) ;

Gardant à l'esprit que le Code sanitaire panaméricain stipule que le barème de contributions à appliquer aux États Membres de l'Organisation panaméricaine de la Santé pour l'approbation de son budget programme sera basé sur le barème de contributions adopté par l'Organisation des États Américains (OEA) pour les contributions de ses membres ;

Observant que le Comité exécutif lors de sa 140^e session, après avoir considéré l'application des barèmes transitionnels de l'OEA pour les années 2007 et 2008 avait décidé, par la résolution CE140.R5 (juin 2007) de différer l'application d'un barème définitif de l'OEA et de l'appliquer aux périodes budgétaires biennales postérieures à 2008-2009 ;

Considérant que la Trente-quatrième période extraordinaire de sessions de l'Assemblée Générale de l'Organisation des États Américains en novembre 2007 a approuvé la résolution AG/RES.1 (XXXIV-E/07) qui établit le barème définitif de contributions pour ses membres applicables aux années 2009, 2010 et 2011 ;

Considérant que plusieurs des États Membres ont exprimé leur inquiétude au sujet de l'impact financier qu'aurait pour eux l'application immédiate du barème définitif de l'OEA,

DÉCIDE :

D'approuver l'application de deux barèmes de l'OEA à la période budgétaire 2010-2011 de l'OPS de la façon suivante : le barème transitionnel (2008) à l'année 2010 et le barème définitif de l'OEA (2009-2011) à l'année 2011, afin de déterminer les contributions fixées pour l'OPS tel que détaillées dans le tableau suivant, à appliquer au budget et programme pour la période budgétaire 2010-2011.

État Membre	Contributions fixées	Contributions fixées
	2010	2011
Antigua-et-Barbuda	0,024	0,022
Argentina	4,282	3,211
Bahamas	0,084	0,077
Barbade	0,080	0,060
Belize	0,026	0,022
Bolivia	0,060	0,046
Brésil	7,626	7,953
Canada	13,761	13,761
Chili	1,112	1,073
Colombie	0,807	0,839
Costa Rica	0,150	0,187
Cuba	0,496	0,241
Dominica	0,017	0,022
République dominicaine	0,165	0,206
Equateur	0,165	0,206
El Salvador	0,084	0,105
France *	0,289	0,289
Grenade	0,022	0,022
Guatemala	0,150	0,187
Guyana	0,022	0,022
Haïti	0,060	0,045
Honduras	0,060	0,045
Jamaïque	0,163	0,123
Mexique	6,513	8,141
Pays Bas *	0,090	0,090
Nicaragua	0,060	0,045
Panama	0,130	0,163
Paraguay	0,165	0,124
Pérou	0,443	0,553
Porto Rico **	0,111	0,111
Saint-Kitts-et-Nevis	0,022	0,022
Sainte Lucie	0,024	0,022
Saint-Vincent-et-Grenadines	0,022	0,022
Suriname	0,060	0,045
Trinidad-et-Tobago	0,180	0,152
Royaume-Uni *	0,060	0,060
États-Unis	59,445	59,445
Uruguay	0,223	0,181
Venezuela	2,747	2,060
	<u>100,000</u>	<u>100,000</u>

* Membre participant

** Membre associé

(Cinquième réunion plénière, le 30 septembre 2009)

CD49.R8 : Budget et programme de l'OPS 2010-2011

LE 49^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant examiné le projet de budget et programme de l'OPS pour la période financière 2010-2011 (*Document officiel 333*), son addendum et le document CD49/5, Rév. 1 ;

Ayant examiné le rapport du Comité exécutif (Document CD49/2) ;

Notant des augmentations de coûts obligatoires considérables dans les postes à durée déterminée pour la période biennale 2010-2011, en dépit des efforts constants et prudents du Bureau sanitaire panaméricain (BSP) en vue de réduire le nombre des postes à durée déterminée ;

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

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

DÉCIDE :

1. D'approuver le programme de travail pour le Bureau tel que décrit dans le projet de budget et programme de l'OPS 2010-2011 (*Document officiel 333*).
2. De créditer pour la période financière 2010-2011 le montant de 339 852 341 USD, qui représente une augmentation des contributions des États Membres de l'OPS, des États participants et des Membres associés de 3,5% par rapport à la période biennale 2008-2009, comme suit :

CHAPITRE	TITRE	MONTANT
1	Réduire le fardeau sanitaire, social et économique des maladies transmissibles	23 302 000
2	Lutter contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme	6 324 000
3	Prévenir et réduire la maladie, le handicap et les décès prématurés imputables à des conditions chroniques non transmissibles, aux troubles mentaux, à la violence et aux blessures	11 426 000

CHAPITRE	TITRE	MONTANT
4	Réduire la morbidité et la mortalité et améliorer la santé durant les étapes clés de la vie, y compris la grossesse, l'accouchement, la période néonatale, l'enfance et l'adolescence, et améliorer la santé sexuelle et reproductive ainsi que promouvoir un vieillissement actif et sain pour toutes les personnes	11 694 000
5	Réduire les conséquences sanitaires des situations d'urgence, des catastrophes, des crises et des conflits, et minimiser leur impact social et économique	3 893 000
6	Promouvoir la santé et le développement, et prévenir ou réduire les facteurs de risque pour les conditions de santé associées à l'usage du tabac, de l'alcool, des drogues et autres substances psychoactives, aux régimes alimentaires malsains, à l'inactivité physique et aux relations sexuelles non protégées	7 611 000
7	Traiter les déterminants sociaux et économiques sous-jacents de la santé à l'aide de politiques et de programmes qui renforcent l'équité en santé et qui intègrent des approches pro-pauvres, réactives au genre et fondées sur les droits humains	8 068 000
8	Promouvoir un environnement plus sain, intensifier la prévention primaire et influencer les politiques publiques dans tous les secteurs de façon à atteindre les causes profondes des menaces environnementales pour la santé	13 399 000
9	Améliorer la nutrition, l'innocuité des aliments et la sécurité alimentaire tout au long du cours de la vie et à l'appui de la santé publique et du développement durable	12 009 000
10	Améliorer l'organisation, la gestion et la prestation des services de santé	8 111 000
11	Renforcer le leadership, la gouvernance et les systèmes de santé fondés sur les données probantes	32 026 000
12	Assurer l'amélioration de l'accès, de la qualité et de l'usage des produits et des technologies médicaux	7 565 000
13	Assurer un personnel de santé disponible, compétent, réactif et productif afin d'améliorer les résultats en santé	9 305 000
14	Étendre la protection sociale au moyen d'un financement équitable, adéquat et durable	5 207 000
15	Assurer le leadership, renforcer la gouvernance et encourager les partenariats et la collaboration avec les pays, le système des Nations Unies et d'autres parties prenantes afin de réaliser le mandat de l'OPS/OMS de faire progresser le programme mondial de la santé tel	65 885 000

CHAPITRE	TITRE	MONTANT
	qu'établi dans le onzième Programme général de travail de l'OMS et dans le Programme d'action sanitaire pour les Amériques	
16	Développer et maintenir l'OPS/OMS comme une organisation flexible et érudite, lui permettant de mener à bien son mandat plus efficacement et plus rentablement	61 275 000
	Budget de travail effectif pour 2010-2011 (Chapitres 1-16)	287 100 000
17	Évaluation du personnel (Virement au Fonds de péréquation des impôts)	52 752 341
	Total – Tous les chapitres	339 852 341

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

a) Les contributions :

Des États Membres, des États participants et des Membres associés dont la quote-part aura été calculée en fonction du barème adopté239 152 341

b) Les recettes diverses20 000 000

c) Part d'AMRO approuvée par la Soixante-deuxième Assemblée Mondiale de la Santé.....80 700 000

TOTAL339 852 341

4. De lors de la détermination des contributions des États Membres, des États participants et des Membres associés, le montant des quotes-parts sera réduit en outre de la somme inscrite à leur crédit dans le Fonds de péréquation des impôts, sauf que les crédits des États qui prélèvent des impôts sur les traitements reçus du BSP par leurs nationaux et résidents seront réduits des montants remboursés par le BSP au titre de ces impôts.

5. De veiller à ce que, conformément au Règlement financier de l'OPS, les montants qui n'excèdent pas les crédits indiqués au paragraphe 2 soient utilisés pour le règlement d'obligations encourues pendant la période du 1^{er} janvier 2010 au 31 décembre 2011

inclusivement. Nonobstant les dispositions du présent paragraphe, les obligations encourues pendant l'exercice financier 2010-2011 seront limitées aux crédits disponibles dans le budget effectif de travail, i.e., les chapitres 1-16 du tableau des crédits dans le paragraphe 2.

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

7. D'établir qu'un montant à hauteur de 5% du budget alloué au niveau de pays soit réservé en tant « qu'allocation variable de pays » comme stipulé dans la politique de budget programme régional. Les dépenses au titre de l'allocation variable de pays seront autorisées par la Directrice conformément aux critères approuvés par la 2^e session du Sous-comité des programmes, du budget et de l'administration présentés à la 142^e session du Comité exécutif dans le document CE142/8. Les dépenses effectuées avec l'allocation variable de pays seront indiquées dans les chapitres de crédit 1-16 correspondants au moment de l'établissement des rapports.

8. D'estimer le montant des dépenses dans le budget et programme pour la période 2010-2011 devant être financé par d'autres sources à 355 851 000 USD, comme indiqué dans le *Document officiel 333*.

(Cinquième réunion plénière, le 30 septembre 2009)

CD49.R9 : Contributions fixées des États Membres, des États Participants et des Membres Associés de l'Organisation panaméricaine de la Santé pour 2010-2011

LE 49^e CONSEIL DIRECTEUR,

Considérant que le Conseil directeur par le biais de la résolution CD49.R8, a approuvé le Programme et Budget de l'OPS pour la période financière 2010-2011 (*Document Officiel 333*), son Addenda, et le Document CD49/5, Rév. 1 ;

Gardant à l'esprit que le Code sanitaire panaméricain stipule que le barème de contributions fixées à appliquer aux États membres de l'Organisation panaméricaine de la Santé sera basé sur le barème de contributions adopté par l'Organisation des États

américains pour les contributions de ses membres, et que la résolution CD49.R7, a adopté le nouveau barème des contributions pour les Membres de l'OPS pour la période financière 2010-2011,

DÉCIDE :

D'établir les contributions fixées des États Membres, des États participants et des Membres associés de l'Organisation panaméricaine de la Santé pour la période financière 2010-2011 en accord avec le barème des contributions présenté ci-dessous et selon les montants correspondants, ce qui représente une augmentation de 3,5% par rapport à la période 2008-2009.

CONTRIBUTIONS DES ÉTATS MEMBRES, DES ÉTATS PARTICIPANTS ET DES MEMBRES ASSOCIÉS
DE L'OPS POUR 2010-2011

(1) Membre	(2) Barème ajusté aux membres de l'OPS		(3) Contribution brute		(4) Crédit au titre du fonds de péréquation d'impôts		(5) Ajustement au titre d'impôts imposés par les États Membres aux salaires du personnel du BSPA		(6) Contribution nette	
	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011
	%	%	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$
États Membres:										
Antigua-et-Barbuda	0,024	0,022	28.698	26.307	6.330	5.803			22.368	20.504
Argentina	4,282	3,211	5.120.251	3.839.591	1.129.427	846.939			3.990.824	2.992.652
Bahamas	0,084	0,077	100.444	92.074	22.156	20.310			78.288	71.764
Barbados	0,080	0,060	95.661	71.746	21.101	15.826			74.560	55.920
Belize	0,026	0,022	31.090	26.307	6.858	5.803			24.232	20.504
Bolivie	0,060	0,046	71.746	55.005	15.826	12.133			55.920	42.872
Brésil	7,626	7,953	9.118.879	9.509.893	2.011.447	2.097.697			7.107.432	7.412.196
Canada	13,761	13,761	16.454.876	16.454.876	3.629.624	3.629.624	25.000	25.000	12.850.252	12.850.252
Chili	1,112	1,073	1.329.687	1.283.052	293.303	283.016			1.036.384	1.000.036
Colombie	0,807	0,839	964.980	1.003.244	212.856	221.296			752.124	781.948
Costa Rica	0,150	0,187	179.364	223.607	39.564	49.323			139.800	174.284
Cuba	0,496	0,241	593.098	288.179	130.826	63.567			462.272	224.612
Dominica	0,017	0,022	20.328	26.307	4.484	5.803			15.844	20.504
Rép. Dominicaine	0,165	0,206	197.301	246.327	43.521	54.335			153.780	191.992
Équateur	0,165	0,206	197.301	246.327	43.521	54.335			153.780	191.992
El Salvador	0,084	0,105	100.444	125.555	22.156	27.695			78.288	97.860
Grenada	0,022	0,022	26.307	26.307	5.803	5.803			20.504	20.504
Guatemala	0,150	0,187	179.364	223.607	39.564	49.323			139.800	174.284
Guyana	0,022	0,022	26.307	26.307	5.803	5.803			20.504	20.504
Haiti	0,060	0,045	71.746	53.809	15.826	11.869			55.920	41.940
Honduras	0,060	0,045	71.746	53.809	15.826	11.869			55.920	41.940
Jamaïque	0,163	0,123	194.909	147.079	42.993	32.443			151.916	114.636
Mexique	6,513	8,141	7.787.996	9.734.696	1.717.880	2.147.284			6.070.116	7.587.412
Nicaragua	0,060	0,045	71.746	53.809	15.826	11.869			55.920	41.940
Panama	0,130	0,163	155.449	194.909	34.289	42.993			121.160	151.916

(1) Membre	(2) Barème ajusté aux membres de l'OPS		(3) Contribution brute		(4) Crédit au titre du fonds de péréquation d'impôts		(5) Ajustement au titre d'impôts imposés par les États Membres aux salaires du personnel du BSPA		(6) Contribution nette	
	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011
	%	%	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$
États Membres:										
Paraguay	0,165	0,124	197.301	148.274	43.521	32.706			153.780	115.568
Pérou	0,443	0,553	529.722	661.256	116.846	145.860			412.876	515.396
Saint-Kitts-et-Nevis	0,022	0,022	26.307	26.307	5.803	5.803			20.504	20.504
Sainte Lucie	0,024	0,022	28.698	26.307	6.330	5.803			22.368	20.504
Saint-Vincent-et-les Grenadines	0,022	0,022	26.307	26.307	5.803	5.803			20.504	20.504
Suriname	0,060	0,045	71.746	53.809	15.826	11.869			55.920	41.940
Trinité-et-Tobago	0,180	0,152	215.237	181.756	47.477	40.092			167.760	141.664
États-unis d'Amérique	59,445	59,445	71.082.053	71.082.053	15.679.313	15.679.313	5.100.000	5.100.000	60.502.740	60.502.740
Uruguay	0,223	0,181	266.655	216.433	58.819	47.741			207.836	168.692
Venezuela	2,747	2,060	3.284.757	2.463.269	724.553	543.349	0	0	2.560.204	1.919.920
<u>Subtotal</u>	<u>99,450</u>	<u>99,450</u>	<u>118.918.501</u>	<u>118.918.500</u>	<u>26.231.101</u>	<u>26.231.100</u>	<u>5.125.000</u>	<u>5.125.000</u>	<u>97.812.400</u>	<u>97.812.400</u>
États participants:										
France	0,289	0,289	345.575	345.575	76.227	76.227			269.348	269.348
Pay bas	0,090	0,090	107.619	107.619	23.739	23.739			83.880	83.880
Royaume uni	0,060	0,060	71.746	71.746	15.826	15.826			55.920	55.920
<u>Subtotal</u>	<u>0,439</u>	<u>0,439</u>	<u>524.940</u>	<u>524.940</u>	<u>115.792</u>	<u>115.792</u>			<u>409.148</u>	<u>409.148</u>
Membre associés:										
Porto Rico	0,111	0,111	132.730	132.730	29.278	29.278			103.452	103.452
<u>Subtotal</u>	<u>0,111</u>	<u>0,111</u>	<u>132.730</u>	<u>132.730</u>	<u>29.278</u>	<u>29.278</u>			<u>103.452</u>	<u>103.452</u>
TOTAL	100,000	100,000	119.576.171	119.576.170	26.376.171	26.376.170	5.125.000	5.125.000	98.325.000	98.325.000

(5) Cette colonne comprend les sommes estimées qui seront perçues par les États Membres respectivement en 2010-2011; sommes relatives aux impôts par eux sur les revenus que le personnel reçoit du BSP, ajustées à la différence entre les sommes estimées et celles perçues pour les années antérieures

(Cinquième réunion plénière, le 30 septembre 2009)

CD49.R10 : Politique sur la recherche pour la santé

LE 49.^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant examiné le rapport de la Directrice *Politique sur la recherche pour la santé* (document CD49/10) ;

Rappelant la résolution WHA58.34 sur le Sommet ministériel sur la recherche en santé, la résolution WHA60.15 sur le Rôle et responsabilités de l'OMS dans la recherche pour la santé et la contribution régionale de l'OPS au Forum ministériel mondial sur la recherche pour la santé, y compris le rapport de situation sur la résolution WHA58.34 présentée au 48^e Conseil directeur et le rapport par le Comité consultatif sur la recherche en santé à la 27^e Conférence sanitaire panaméricaine ;

Étant conscients du fait que le monde actuel change rapidement et doit faire face à d'importants défis environnementaux, démographiques, sociaux et économiques, la recherche sera de plus en plus essentielle pour élucider la nature et la portée des problèmes de santé ; identifier des interventions et des stratégies efficaces, sûres et appropriées ; aborder l'équité en santé et les déterminants de la santé, et remplir les objectifs du Millénaire pour le développement et du Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017 ;

Réalisant que l'amélioration des résultats de santé exige une recherche multidisciplinaire et intersectorielle ;

Reconnaissant que la recherche pour la santé est une fonction essentielle de santé publique que les États membres doivent continuer de développer et renforcer ;

Affirmant les rôles et responsabilités essentiels de l'OPS dans la recherche pour la santé, en tant que première organisation régionale de santé publique ;

Reconnaissant le besoin de renforcer la capacité du secteur public en matière de recherche en santé ;

Étant conscients du besoin de mieux communiquer et intégrer les résultats et les activités de recherche de l'OPS dans l'ensemble de l'Organisation et avec ses États membres et ses partenaires ;

Se rendant compte que l'OPS et ses États membres doivent maintenir des mécanismes fonctionnels de gouvernance pour la recherche en santé, et conscients que les systèmes nationaux fonctionnels de recherche pour la santé peuvent tirer un plus

grand avantage de la recherche en promouvant des efficacités, en poursuivant une gestion effective et en coordonnant la recherche pour les activités de santé ;

Prenant compte de la résolution WHA61.21 sur la Stratégie et plan d'action mondiaux pour la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle et la résolution CD48.R15 du 48^e Conseil directeur sur la Santé publique, innovation et propriété intellectuelle : une perspective régionale ;

Notant les références à la recherche en santé dans le rapport de la Commission sur les droits de propriété intellectuelle, l'innovation et la santé publique ainsi que les conclusions et recommandations pertinentes de la Commission de l'OMS des déterminants sociaux de la santé ;

Prenant en considération les résultats du Forum ministériel mondial sur la recherche pour la santé (Bamako, 17-19 novembre 2008), les contributions régionales présentées au Conseil directeur, la conclusion de la première Conférence latino-américaine sur la recherche et l'innovation en santé, et la Stratégie de l'OMS sur la recherche pour la santé,

DÉCIDE :

1. D'approuver la Politique sur la recherche pour la santé de l'OPS (document CD49/10).
2. D'exhorter les États membres à :
 - a) reconnaître l'importance de la recherche pour la santé et de l'équité en santé et à adopter et mettre à exécution les politiques pour la recherche pour la santé qui sont alignées sur les plans nationaux de santé, à inclure tous les secteurs publics et privés concernés, à aligner le soutien extérieur sur les priorités mutuelles et à renforcer les institutions nationales clés ;
 - b) envisager de tirer parti de la Politique sur la recherche pour la santé de l'OPS conformément à leurs circonstances et contextes nationaux, et au titre de leurs politiques globales de santé et de recherche en santé ;
 - c) travailler avec l'OPS pour renforcer et suivre les systèmes nationaux de recherche en santé en améliorant la qualité, le leadership et la gestion de la recherche en santé, en se focalisant sur les besoins nationaux, en établissant des mécanismes institutionnels effectifs de recherche, en utilisant systématiquement les preuves scientifiques pour développer des politiques de santé, en ayant en place les compétences nécessaires par une formation accrue des chercheurs en santé, en

- encourageant la participation à la recherche et en harmonisant et coordonnant le soutien national et extérieur ;
- d) établir, le cas échéant et comme il convient, des mécanismes de gouvernance pour la recherche pour la santé afin de réaliser une coordination effective et des approches stratégiques entre les secteurs concernés, assurer l'application rigoureuse de bonnes normes et de bons critères de recherche, y compris la protection des sujets humains impliqués dans la recherche, et promouvoir un dialogue ouvert entre les décideurs et les chercheurs sur les besoins, les capacités et les contraintes de la santé nationale ;
 - e) continuer à travailler avec l'OPS et ses centres spécialisés pour appuyer le point de vue qui soutient que les preuves scientifiques de la recherche essentielle pour la santé et le développement doivent toujours être accessibles et disponibles, y compris dans le domaine public, le cas échéant ;
 - f) promouvoir la collaboration intersectorielle et une recherche de haute qualité pour produire les preuves scientifiques de la recherche nécessaires pour assurer que les politiques adoptées dans tous les secteurs contribuent à améliorer la santé et l'équité en santé ;
 - g) initier ou renforcer la collaboration inter pays et infrarégionale de façon à obtenir des économies d'échelle dans la recherche par le partage d'expériences, de bonnes pratiques et de ressources, par la mise en commun de la formation et des mécanismes d'acquisition et par l'utilisation de méthodes communes et normalisées d'évaluation de la recherche ;
 - h) continuer à poursuivre le financement de la recherche en santé et son suivi, tel qu'articulé dans la résolution WHA58.34 et en conformité avec la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide ;
 - i) établir des conseils de revue éthique et mettre en œuvre des principes éthiques quant aux essais cliniques concernant des sujets humains, en référence à la Déclaration d'Helsinki et d'autres textes appropriés sur les principes éthiques en matière de recherche médicale concernant les sujets humains.
3. D'inviter les États membres, la communauté de la recherche pour la santé, le système interaméricain, le système des Nations Unies et d'autres organisations internationales, les partisans de la recherche, le secteur privé, les organisations de la société civile et d'autres parties prenantes concernées à :

- a) fournir un appui au Secrétariat de l'OPS pour l'exécution de la Politique sur la recherche pour la santé et suivre et évaluer son effectivité ;
- b) collaborer avec l'OPS, dans le cadre de la Politique, pour identifier les priorités de recherche pour la santé, élaborer des directives concernant la recherche pour la santé, établir des registres et des mécanismes de suivi et partager les informations et les données utiles ;
- c) assister l'OPS et ses partenaires lors de la mobilisation de ressources, et du contrôle de ces dernières, pour les priorités régionales et infrarégionales identifiées pour la recherche pour la santé ;
- d) collaborer avec l'OPS pour mieux aligner et coordonner l'architecture de la recherche mondiale et régionale en santé et sa gouvernance, à travers la rationalisation des partenariats existants, afin d'en améliorer la cohérence et l'impact et d'accroître efficacité et équité ;
- e) accorder une attention particulière aux demandes de coopération en recherche de la part des États membres ayant des besoins urgents, notamment dans des domaines tels que le transfert de technologie, le personnel de recherche, le développement de l'infrastructure et les déterminants de la santé, en particulier lorsque cela contribuera aux réalisations des objectifs du Millénaire pour le développement, à l'équité en santé et à une meilleure santé pour tous ;
- f) appuyer où il convient la coopération technique visant à accroître la recherche pour les standards de santé dans les États membres.

4. De demander à la Directrice :

- a) assurer le leadership en identifiant les priorités régionales pour la recherche en santé par la promotion de systèmes de collaboration pour identifier les besoins et les problèmes concernant la recherche, de concert avec les États membres ;
- b) exécuter et incorporer la politique sur la recherche pour la santé à tous les niveaux de l'Organisation, ainsi qu'avec les partenaires, et l'aligner sur les résolutions pertinentes, telles que la résolution CD48.R15, *Santé publique, innovation et propriété intellectuelle : une perspective régionale* ;
- c) s'assurer que les normes et critères les plus élevés de bonne recherche sont observés au l'OPS (y compris les aspects techniques, éthiques et méthodologiques), disséminer et promouvoir l'accès aux résultats de la recherche tout en plaidant pour que ces résultats soient reflétés dans les politiques et la

- pratique, et réviser et aligner l'architecture et la gouvernance des activités de recherche et des partenariats de l'Organisation ;
- d) continuer à faciliter le développement du personnel de l'OPS au moyen des compétences nécessaires pour utiliser la recherche de manière appropriée et effective dans toutes les activités pertinentes de l'OPS ;
 - e) fournir les ressources essentielles adéquates dans les budgets programmes proposés pour l'exécution de la politique sur la recherche pour la santé ;
 - f) assurer un appui aux États membres, à leur demande et pour autant que les ressources le permettent, pour renforcer les systèmes nationaux de recherche pour la santé et le développement de collaborations intersectorielles efficaces ;
 - g) collaborer de manière constructive avec d'autres organisations internationales, réseaux et parties prenantes, y compris les centres d'excellence et les centres collaborateurs de l'OMS, pour promouvoir des efficacités et accroître l'impact de cette politique ;
 - h) appuyer la promotion et l'exécution effectives de la Stratégie de l'OMS de recherche pour la santé, avec des rapports périodiques devant les États membres, la participation active de tous les membres concernés à l'OPS et le développement de stratégies et de plans d'action pour la politique de l'OPS sur la recherche pour la santé avec la participation des États membres et consultation des parties prenantes, y compris la société civile ;
 - i) favoriser la transparence, en collaboration avec les États membres, et, lorsqu'approprié, la dissémination des informations utiles pour la recherche et le développement et pour les résultats de la recherche.

(Cinquième réunion plénière, le 30 septembre 2009)

CD49.R11 : Plan d'action pour la prévention de la cécité évitable et des déficiences visuelles

LE 49^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant examiné le document CD49/19 intitulé *Plan d'action pour la prévention de la cécité évitable et des déficiences visuelles* ;

Rappelant les résolutions WHA56.26 de l'Assemblée mondiale de la Santé sur l'éradication de la cécité évitable ;

Notant que les déficiences visuelles constituent un problème prévalent dans la Région et sont liés aux conditions de pauvreté et de marginalisation sociale ;

Conscient que la plupart des causes de cécité peuvent être évitées et que les traitements disponibles sont les plus couronnés de succès et les plus rentables de toutes les interventions en matière de santé ;

Reconnaissant que la prévention de la cécité et des déficiences visuelles allège la pauvreté et améliore les débouchés d'éducation et d'emploi ;

Appréciant les efforts déployés par les États membres durant ces dernières années pour prévenir la cécité évitable, mais soucieux du besoin d'adopter d'autres mesures,

DÉCIDE :

1. D'approuver le Plan d'action pour la prévention de la cécité évitable et des déficiences visuelles.
2. D'exhorter les États Membres à :
 - a) mettre sur pied des comités nationaux de coordination qui auront pour tâche d'aider au développement et à la mise en œuvre de plans nationaux de prévention de la cécité ;
 - b) inclure la prévention de la cécité évitable et des déficiences visuelles dans les plans et objectifs nationaux de développement ;
 - c) faire avancer le processus d'intégration de la prévention de la cécité et des déficiences visuelles dans les plans et programmes actuels de soins primaires de santé sur le plan national, tout en veillant à ce qu'ils soient sensibles aux questions de parité hommes-femmes et d'ethnicité ;
 - d) appuyer la mobilisation des ressources en vue de l'éradication de la cécité évitable ;
 - e) encourager des partenariats entre le secteur public, les organisations non gouvernementales, le secteur privé, la société civile et les communautés, en vue de la réalisation de programmes et d'activités qui visent à promouvoir la prévention de la cécité ;
 - f) encourager la coopération entre pays dans les domaines de la prévention de la cécité et des déficiences visuelles et des soins y afférent.

3. De demander à la Directrice de :
 - a) fournir son appui à la mise en œuvre du Plan d'action pour la prévention de la cécité évitable et des déficiences visuelles ;
 - b) maintenir et renforcer la collaboration du Secrétariat de l'OPS avec les États membres en matière de prévention de la cécité ;
 - c) promouvoir la coopération technique entre les pays ainsi que la mise en place de partenariats stratégiques pour la réalisation d'activités visant à protéger la santé oculaire.

(Septième réunion plénière, le 1^{er} octobre 2009)

CD49.R12 : Plan d'action pour la mise en œuvre de la politique sur l'égalité des sexes

LE 49^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant examiné le rapport de la Directrice intitulé *Plan d'action pour la mise en œuvre de la politique en matière d'égalité des sexes* (document CD49/13) ;

Rappelant le Programme d'Action de la Conférence internationale sur la Population et le Développement (le Caire, 1994), la Déclaration et le programme d'action de Beijing (Beijing, 1995), les recommandations et rapports de la Conférence de Beijing +10 (2005), les conclusions approuvées par le Conseil économique et social des Nations Unies (1997/2), la Déclaration du Millénaire des Nations Unies (2000), les conclusions du Sommet mondial de 2005 (résolution A/RES/60/1 de l'Assemblée générale des Nations unies) et la résolution WHA58.30 de l'Assemblée mondiale de la Santé sur l'accélération des progrès en vue d'atteindre les buts de développement liés à la santé, adoptés à l'échelle internationale, notamment les Objectifs du Millénaire pour le Développement, la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDAW), le Protocole de prévention, élimination et sanction de l'exploitation des personnes, surtout des femmes et des enfants et la Convention interaméricaine de la prévention, sanction et éradication de la violence contre les femmes (Convention de Belem do Pará) ;

Notant la résolution de l'Assemblée mondiale de la Santé sur l'intégration des spécificités de chaque sexe (résolution WHA60.25) qui recommande vivement aux États membres de formuler des stratégies pour intégrer le genre dans les systèmes de santé et qui demande au Directeur général d'intégrer l'équité entre homme et femme dans le travail de l'OMS ;

Reconnaissant l'adoption et la mise en œuvre des politiques d'égalité entre les genres dans les États membres, le système des Nations Unies et le système interaméricain ;

Rappelant la résolution CD46.R16 du 46^e Conseil directeur, adoptant la Politique en matière d'égalité des sexes de l'OPS ;

Reconnaissant que les inégalités des sexes persistent dans la Région et reconnaissant les preuves montrant que l'intégration du genre dans les lois, politiques, programmes et projets de santé améliore l'équité, l'efficacité et l'efficience dans la santé publique ;

Reconnaissant que le Plan d'action vise à corriger les inégalités persistantes entre les sexes sur le plan de la santé, par la mise en application de la Politique en matière d'égalité des sexes, dans tous les programmes, lois, politiques, systèmes de suivi et recherche du BSP et des États membres,

DÉCIDE :

1. De recommander vivement aux États membres :
 - a) d'adopter et de promouvoir l'exécution du Plan d'action pour la mise en application de la Politique en matière d'égalité des sexes comme cadre pour atteindre l'égalité entre les sexes sur le plan de la santé ;
 - b) de formuler des plans d'action, politiques et lois en matière de santé pour intégrer l'égalité entre les genres dans les systèmes de santé, de formuler des politiques, programmes et lois spécifiques en santé avec la perspective de l'égalité entre les sexes et de vérifier qu'elles sont mises en œuvre par le biais de la création ou du renforcement d'un bureau du genre au sein du Ministère de la santé ;
 - c) de mettre au point des rapports systématiques sur l'inégalité entre les genres sur le plan de la santé aux fins de planification, plaidoyer et suivi grâce à la production, à l'analyse et à l'utilisation de l'information désagrégée par sexe et autres variables pertinentes ;
 - d) de faciliter la création de groupes intersectoriels nationaux qui comprennent des organisations de la société civile pour soutenir le secteur de la santé au niveau de la mise en œuvre du Plan d'action ;
 - e) de promouvoir et renforcer les partenariats avec d'autres organismes des Nations Unies et avec d'autres organisations pour soutenir le Plan d'action.

2. De demander à la Directrice :
 - a) de vérifier la mise en œuvre du Plan d'Action et de soutenir les États membres au niveau de la mise en application de leur plans d'action intégrant l'égalité des sexes dans les systèmes de santé ;
 - b) de partager les connaissances sur les progrès et les meilleures pratiques pour atteindre l'égalité des sexes en santé ainsi que les problèmes pouvant l'entraver ;
 - c) de faciliter le suivi des progrès de la mise en application du Plan d'action dans le cadre du travail et la collaboration technique du Secrétariat ;
 - d) de soutenir un Groupe de consultation technique et autres mécanismes internes et externes qui incluent la participation de la société civile pour la mise en œuvre et le suivi du Plan d'action ;
 - e) de promouvoir et renforcer la collaboration avec les autres organismes des Nations Unies et autres organisations pour soutenir la mise en œuvre du plan d'action.

(Septième réunion plénière, le 1^{er} octobre 2009)

CD49.R13 : Santé familiale et communautaire

LE 49^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant pris connaissance du document de réflexion intitulé *Santé familiale et communautaire* (document CD49/20) ;

Reconnaissant que le Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017 stipule un élargissement de la protection sociale et de l'accès à des services de santé de qualité, l'amélioration des déterminants de la santé, la réduction des inégalités sur le plan de la santé entre les pays et les inégalités au sein de ces pays, la diminution des risques et de la charge de morbidité et le renforcement de la gestion et de la valorisation du personnel de santé ;

Prenant en compte le Rapport sur la santé dans le monde de 2008 sur les soins de santé primaire et le besoin de formuler et de renforcer les politiques publiques pour accroître la couverture des services de santé de qualité orientés vers la santé familiale et communautaire ;

Ayant présent à l'esprit les missions internationales et régionales en matière de santé familiale et communautaire et reconnaissant que, pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement aux niveaux national, régional et mondial, il faut que ces objectifs soient atteints au niveau local avec la participation et la collaboration des services sanitaires et sociaux, des familles et des collectivités,

DÉCIDE :

1. De prier instamment les États membres de :
 - a) adopter une approche de santé familiale et communautaire globale et interculturelle qui servira de contexte efficace pour la promotion et l'intégration des politiques sociales, des stratégies de développement local, des programmes de santé publique et des services de soins de santé visant à renforcer les capacités de prise en charge et de responsabilisation des familles et des collectivités et à assurer la santé et le bien-être de leurs membres ;
 - b) faire valoir des actions spécifiques pour répondre aux déterminants de la santé et plaider pour des meilleures conditions sociales et économiques, tout particulièrement pour la population jeune ;
 - c) intensifier leurs efforts visant à offrir un accès universel à des services et des programmes de santé individuels et collectifs de qualité en tant que composante primordiale du programme de protection sociale, par le biais de la mise en place de systèmes de santé intégrés fondés sur les soins de santé primaire, se consacrant aux domaines programmatiques clés relatifs aux Objectifs du Millénaire pour le Développement ;
 - d) renforcer la mise en place, la gouvernance, la gestion et la performance de réseaux intégrés de services de santé dans une optique favorisant la population pour répondre aux besoins de santé spécifiques des individus aux différentes étapes de leur vie et dans le contexte de leurs familles et de leurs communautés ;
 - e) investir dans la formation des ressources humaines nécessaires pour garantir la portée et l'expansion des services de soins de santé primaire multidisciplinaires et reposant sur des équipes, ainsi que des programmes et des interventions de santé publique ayant une approche globale et interculturelle de la santé familiale et communautaire.

2. De demander à la Directrice de :
- a) soutenir la mise au point de modèles de soins et de formation des ressources humaines ainsi que l'organisation, la gestion et la prestation de services de santé axés sur la famille et la communauté afin de fournir des soins de santé de qualité, complets, continus et intégrés, dans une perspective interculturelle et de genre ;
 - b) promouvoir l'intégration de l'approche de santé familiale et communautaire dans les programmes de l'OPS ;
 - c) encourager la participation et l'engagement des organisations internationales, des institutions scientifiques et techniques, des organismes de la société civile, du secteur privé et d'autres intervenants afin qu'ils soutiennent les initiatives nationales et locales en matière de santé familiale et communautaire, notamment dans les pays prioritaires et dans les régions ou au sein de populations des Amériques privés de protection sociale ;
 - d) faciliter l'échange entre les pays d'expériences et de bonnes pratiques en matière de santé familiale et communautaire et de renforcer les mécanismes servant à la recherche opérationnelle et à l'évaluation et au suivi uniformisés des activités de santé familiale et communautaire pour permettre des comparaisons internationales et longitudinales de leur efficacité.

(Huitième réunion plénière, le 1^{er} octobre 2009)

CD49.R14 : Plan d'action sur la santé des adolescents et des jeunes

LE 49^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant examiné le rapport de la Directrice intitulé *Plan d'action sur la santé des adolescents et des jeunes* (document CD49/12) fondé sur le Plan stratégique de l'OPS 2008-2012 ;

Prenant note de 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), qui appelle les gouvernements à renforcer et à élargir leurs efforts en vue d'obtenir une couverture totale des services et de favoriser l'accès des adolescents à un large éventail d'informations sur la santé ; du Plan ibéro-américain de coopération et d'intégration des jeunes pour 2009-2015 et de la résolution CD48.R5 du Conseil directeur de l'OPS sur la Stratégie régionale pour améliorer la santé des adolescents et des jeunes pour la période

2010-2018, dans laquelle les gouvernements ont officiellement reconnu les besoins différenciés des jeunes et ont approuvé l'élaboration d'un plan d'action ;

Rappelant le droit des adolescents et des jeunes à posséder le meilleur état de santé qu'il est possible d'atteindre, comme stipulé dans la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, la Convention des Nations Unies sur les droits de l'enfant et d'autres instruments internationaux et régionaux des droits de l'homme ;

Comprenant que le passage réussi par l'adolescence et la jeunesse est essentiel pour des sociétés en bonne santé, engagées et économiquement bien développées ;

Reconnaissant que la santé des adolescents et des jeunes constitue un aspect clé du développement économique et social aux Amériques ; que leurs comportements et leurs problèmes de santé sont un élément important du fardeau global de la maladie ; que le coût lié au traitement des maladies chroniques est élevé ; et qu'une prévention efficace et des mesures d'intervention précoces sont disponibles ;

Considérant que les résultats en matière de santé des adolescents et des jeunes seront plus efficaces si la promotion de la santé, les soins de santé primaires, la protection sociale et les déterminants sociaux sont pris en compte pour traiter des questions de santé prioritaires pour ces populations ;

Reconnaissant la coopération de l'OPS avec les pays de la Région en vue d'établir des bases et une infrastructure conceptuelles et techniques pour l'élaboration des politiques et programmes nationaux de santé des adolescents et des jeunes ;

Préoccupés de ce que les besoins spécifiques des adolescents et des jeunes n'ont pas été abordés de façon adéquate et que la réalisation des objectifs internationaux exigera des efforts supplémentaires dans le domaine de la santé des adolescents et des jeunes ;

Considérant l'importance d'un plan d'action pour opérationnaliser la Stratégie régionale pour l'amélioration de la santé des adolescents et des jeunes, qui guidera la préparation des futures plans nationaux pour la santé des adolescents et des jeunes, en fonction des besoins, ainsi que des plans stratégiques de toutes les organisations désireuses de coopérer pour la santé de cette catégorie d'âge dans les pays des Amériques,

DÉCIDE :

1. D'avaliser le Plan d'action sur la santé des adolescents et des jeunes pour répondre de façon efficace et effective aux besoins actuels et émergents dans le domaine

de la santé des adolescents et des jeunes en tenant spécifiquement compte des inégalités qui existent sur le plan de l'état de santé, et de renforcer la réponse des système de santé pour développer et mettre en œuvre des politiques, des lois, des plans, des programmes et des services pour les adolescents et les jeunes.

2. D'exhorter les États membres à :
 - a) accorder la priorité à l'amélioration de la santé des adolescents et des jeunes et à réduire les facteurs de risque, en établissant des programmes nationaux et/ou en les renforçant et en garantissant des ressources appropriées et une coordination améliorée avec le secteur sanitaire et avec les partenaires dans d'autres secteurs pour garantir la mise en œuvre des actions et des initiatives en matière de santé et de développement des adolescents et des jeunes, tout en minimisant la duplication des efforts et en maximisant l'impact des ressources limitées ;
 - b) élaborer et à mettre en œuvre des plans nationaux et à favoriser l'exécution de politiques publiques guidées par le Plan d'action en se concentrant sur les besoins des populations à faible revenu et vulnérables ;
 - c) coordonner avec d'autres pays de la Région la mise en œuvre des activités contenues dans leurs plans d'action et la diffusion et l'utilisation d'outils qui favorisent la santé des adolescents et des jeunes ;
 - d) mettre en œuvre le Plan d'action, suivant la nécessité, selon une approche intégrée de systèmes de santé fondées sur les soins de santé primaires, en mettant l'accent sur l'action intersectorielle, sur le suivi et l'évaluation de l'efficacité des programmes et sur l'allocations des ressources ;
 - e) promouvoir la collecte, l'échange et l'utilisation des données sur la santé des adolescents et des jeunes ventilées en fonction de l'âge, du sexe et de l'appartenance ethnique et l'utilisation d'une analyse fondée sur le genre, de nouvelles technologies (par exemple, les systèmes d'informations géographiques) et de modèles de projections pour renforcer la planification, l'exécution et la surveillance des plans, des politiques, des programmes, des lois et des interventions au niveau national liés à la santé des adolescents et des jeunes ;
 - f) promouvoir et à mettre en place des environnements propices qui encouragent la santé et le développement des adolescents et des jeunes ;
 - g) élargir la couverture des services de santé de qualité, comme la promotion, la prévention, le traitement efficace et les soins continus, et leur accès pour en accroître la demande et l'utilisation par les adolescents et les jeunes ;

- h) soutenir le renforcement des capacités des décideurs, directeurs de programmes et prestataires de soins de santé en vue de l'élaboration de politiques et de programmes visant à favoriser le développement de la communauté et à fournir des services de santé efficaces et de qualité répondant aux besoins de santé des adolescents et des jeunes et aux déterminants de santé qui s'y rapportent ;
 - i) faire participer les adolescents et les jeunes, leurs familles, les collectivités, les écoles et d'autres institutions et organismes appropriés à l'offre de programmes de promotion et de prévention tenant compte des sensibilités culturelles et de l'âge dans le cadre de l'approche globale pour l'amélioration de la santé et du bien-être des adolescents et des jeunes ;
 - j) mettre en place des partenariats avec les médias pour promouvoir des images positives au sujet des adolescents et des jeunes et favorisant des comportements appropriés et la responsabilité en matière de santé,
 - k) promouvoir la collecte, l'utilisation et le partage des données concernant la santé des adolescents et des jeunes pour renforcer, aux niveaux local et régional, la planification, la mise en oeuvre et le contrôle des plans, des programmes et des interventions de santé publique liés aux adolescents et aux jeunes.
3. De demander à la Directrice de :
- a) nommer pour une durée limitée un groupe consultatif technique qui fournira un appui relatif aux questions concernant la santé et le développement des adolescents et des jeunes ;
 - b) encourager la coordination et l'exécution du Plan d'action par l'intégration des actions des unités programmatiques de l'OPS aux niveaux national, sous-régional, régional et interinstitutionnel ;
 - c) collaborer avec les États membres pour la mise en oeuvre du Plan d'action en fonction de leur situation nationale et de leurs priorités et pour promouvoir la diffusion et l'utilisation des produits qui en découlent aux niveaux national, sous-régional, régional et interinstitutionnel ;
 - d) encourager le développement de projets de recherche collaborative susceptibles d'établir la base d'éléments de preuves requise pour mettre sur pied et faire fonctionner des programmes et des interventions efficaces et appropriés quant au développement et à l'âge en faveur des adolescents et des jeunes ;

- e) mettre en place de nouveaux partenariats ou de renforcer les partenariats existants, au sein de la communauté internationale pour identifier les ressources humaines, la technologie et les besoins financiers afin de garantir la mise en œuvre du Plan d'action ;
- f) encourager la coopération technique entre pays, sous-régions, organisations internationales et régionales, entités gouvernementales, organisations privées, universités, médias, société civile, organisations de la jeunesse, organisations confessionnelles et communautés, dans le cadre d'activités ayant pour but de promouvoir la santé des adolescents et des jeunes ;
- g) encourager la coordination du Plan d'action par l'entremise d'initiatives similaires menées par d'autres agences internationales de coopération technique et de financement en vue d'améliorer et de promouvoir la santé des adolescents et des jeunes dans les pays ;
- h) faire périodiquement rapport aux organes directeurs de l'OPS sur les progrès et les contraintes concernant l'exécution du Plan d'action, et d'envisager l'adaptation de ce Plan pour répondre à l'évolution de la situation et aux nouveaux défis dans la Région.

(Huitième réunion plénière, le 1^{er} octobre 2009)

CD49.R15 : Plan d'action pour la santé des personnes âgées y compris le vieillissement sain et actif

LE 49^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant examiné le rapport de la Directrice intitulé *Plan d'action pour la santé des personnes âgées y compris le vieillissement sain et actif* (document CD49/8) ;

Tenant en compte les principes des Nations Unies en faveur des personnes âgées (1991) ; les mandats internationaux proposés dans le Plan d'action international de Madrid sur le vieillissement (2002) ; la résolution CSP26.R20 (2002) de la Conférence sanitaire panaméricaine ; la Stratégie de mise en œuvre pour la Région approuvée à la Conférence régionale intergouvernementale sur le vieillissement (2003) ; la Déclaration de Brasilia approuvée lors de la deuxième Conférence régionale intergouvernementale sur le vieillissement (2007) ; le Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017 ; et la résolution AG/RES 2455 (XXXIX-O/09) de l'Organisation des États américains « Droits de l'homme et personnes âgées », adoptée par la 39^e session régulière de l'Assemblée générale de l'OEA (à San Pedro Sula, au Honduras, le 4 juin 2009) ;

Reconnaissant le degré élevé de complémentarité entre cette stratégie et d'autres objectifs établis dans le Plan stratégique de l'OPS (*document officiel 328*), tels que ceux relatifs au handicap (prévention et réhabilitation), à la santé mentale, à la santé des populations autochtones, à la nutrition dans la santé et aux développements et aux facteurs sociaux et économiques déterminants de la santé (approches favorables aux pauvres, sensibles aux questions de genre et basées sur les droits de l'homme) ;

Faisant ressortir que le changement exponentiel vers une nouvelle situation démographique et épidémiologique fait en sorte que les pays doivent non seulement s'adapter rapidement mais également prévoir de nouveaux contextes, et que seul un investissement social et en santé approprié pourra donner lieu à une longévité saine et active avec des bénéfices dans tous les domaines pour les personnes, les familles et la société dans son ensemble ;

Considérant l'importance de disposer d'une stratégie et d'un plan d'action qui permettent aux États membres de répondre de façon efficace et efficiente aux nécessités et aux demandes que le vieillissement de la population a déjà introduit dans les systèmes de santé et de sécurité sociale, la société et la famille,

DÉCIDE :

1. D'appuyer le présent *Plan d'action pour la santé des personnes âgées y compris le vieillissement sain et actif* et sa considération lors de l'élaboration de politiques, plans et programmes de développement et lors de la préparation des propositions de budget et des discussions budgétaires au niveau national, pour permettre de répondre de manière adéquate au défi du vieillissement dans les différents pays.
2. D'exhorter les États membres à :
 - a) considérer les principes des Nations Unies en faveur des personnes âgées (indépendance, participation, soins, autoréalisation et dignité) comme les fondements des politiques publiques associées au vieillissement et à la santé et la nécessité d'inclure les personnes âgées dans la formulation et l'application de ces politiques ;
 - b) adopter des politiques, stratégies, plans et programmes nationaux permettant un accès accru des personnes âgées à des programmes et des services de santé adaptés à leurs besoins, en particulier des programmes de promotion et de prévention de soins de santé primaire, et favorisant le développement de stratégies qui intègrent les comportements personnels et les milieux sains afin d'obtenir un vieillissement actif, durant tout le cycle de la vie, avec la participation de la société toute entière, de la famille et de ces personnes ;

- c) favoriser un dialogue interne entre institutions du secteur public, ainsi qu'entre celui-ci et le secteur privé et la société civile, afin d'établir des consensus nationaux sur le thème de la santé des personnes âgées et du vieillissement sain et actif, et de leur rapport avec les processus de développement national ;
 - d) plaider pour la promotion et la protection des droits de l'homme et des libertés fondamentales des personnes âgées par l'adoption de cadres légaux et de mécanismes d'application, principalement dans le contexte des services de soins de longue durée, tout en gardant à l'esprit la résolution CSP26.R20 « La santé et le vieillissement » adoptée par la 26^e Conférence sanitaire panaméricaine (à Washington, D.C., aux Etats-Unis, le 23 septembre 2002) ;
 - e) collaborer avec le Conseil permanent de l'Organisation des États américains pour mener des efforts tels que la tenue d'une réunion spéciale de représentants nationaux et d'experts de la sphère académique et de la société civile, ainsi que des organisations internationales, afin de favoriser le partage d'informations et de meilleures pratiques et d'examiner la faisabilité de préparer une convention inter américaine sur les droits des personnes âgées ;
 - f) soutenir l'établissement de capacités destinées à la formation des ressources humaines requises pour répondre aux besoins de santé des personnes âgées ;
 - g) renforcer la capacité visant à élaborer l'information et mener la recherche pour le développement de stratégies fondées sur des preuves probantes et les nécessités de ce groupe de population et qui permettent le suivi et l'évaluation des résultats de ces stratégies ;
 - h) mettre en route des processus de révision et d'analyse internes sur la pertinence et la viabilité de la présente stratégie dans le contexte national, fondés sur les priorités, nécessités et capacités nationales.
3. De demander à la Directrice de :
- a) appuyer les États membres dans l'exécution de la stratégie et du *Plan d'action pour la santé des personnes âgées y compris le vieillissement sain et actif*, conformément à leurs nécessités et à leur contexte démographique et épidémiologique ;
 - b) promouvoir l'exécution et la coordination de cette stratégie et de ce Plan d'action, garantissant leur transversalité à travers les domaines programmatiques et les différents contextes régionaux et infra-régionaux de l'Organisation, et par la collaboration pour et entre les pays afin de formuler des stratégies et d'échanger

- des capacités et des ressources pour mettre en œuvre les plans nationaux pour la santé et le vieillissement ;
- c) stimuler le développement d'études collaboratives qui permettent de disposer d'une meilleure connaissance de l'impact du vieillissement sur les systèmes de santé et de modéliser des scénarios futurs permettant d'accroître la capacité de prévision nationale sur ce thème, de formuler les stratégies correspondantes et de mettre en œuvre des interventions fondées sur les nécessités spécifiques des contextes de la Région ;
 - d) appuyer le développement et le renforcement de capacités en vue de la préparation et de la distribution adéquate des ressources humaines en santé nécessaires aux pays pour les soins et les besoins de santé des personnes âgées ;
 - e) consolider et renforcer la collaboration technique avec les comités, les organismes et autres des Nations Unies et les organismes interaméricains, de même que de promouvoir des alliances avec d'autres agences internationales et régionales, des institutions scientifiques et techniques, la société civile organisée, le secteur privé et autres, pour l'établissement d'une Coalition des Amériques pour le vieillissement sain qui contribue à l'exécution de cette stratégie et de ce Plan d'action ;
 - f) informer périodiquement les Organes directeurs de l'OPS sur les progrès et limitations dans le développement de la présente stratégie et du Plan d'action, ainsi que sur leur adéquation aux nouveaux contextes et nécessités qui se font jour.

(Huitième réunion plénière, le 1^{er} octobre 2009)

CD49.R16 : Révision institutionnelle et réorganisation interne de l'Institut de nutrition de l'Amérique centrale et du Panama

Transfert de l'administration de l'Institut de nutrition de l'Amérique centrale et du Panama à son Conseil directeur

Le 49^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant examiné le rapport de la Directrice intitulé *Révision institutionnelle et réorganisation interne de l'Institut de Nutrition de l'Amérique Centrale et du Panama* (document CD49/18) ;

Considérant que selon les termes de l'article VII de la Convention de base de l'Institut de nutrition de l'Amérique centrale et du Panama (INCAP), les États membres de l'INCAP ont délégué au Conseil directeur l'autorité de demander tous les cinq ans à l'OPS de se charger de l'administration de l'Institut ;

Reconnaissant que l'article LI de la Convention de base de l'INCAP (Annexe A) stipule que celle-ci doit être évaluée au moins tous les cinq ans afin de proposer d'éventuels ajustements adaptés à la réalité du développement des États membres ;

Soulignant que la Convention de base de l'INCAP est entrée en vigueur le 22 janvier 2003 et que, de ce fait, les délais prévus aux articles VII et LI susmentionnés sont arrivés à échéance ;

Prenant note qu'un processus participatif d'évaluation du fonctionnement de l'Institut a été mené à bien, conformément au mandat de l'article LI de la Convention de base de l'INCAP et aux résolutions du Conseil directeur de l'OPS relatives à l'évaluation et à l'analyse périodique des centres panaméricains ;

Reconnaissant que le processus d'évaluation mentionné a eu pour résultat un nouveau Cadre stratégique institutionnel pour l'Institut, qui stipule que l'INCAP est une institution mûre remplissant une fonction fondamentale à l'appui du secteur de la santé de l'Axe social du Système d'intégration en Amérique centrale (SICA) ;

Considérant que l'exécution du Cadre stratégique institutionnel exige que l'INCAP acquière la pleine autonomie fonctionnelle conformément à son degré de maturité institutionnelle et à sa condition de membre de plein droit et d'institution doyenne du Système d'intégration centraméricain ;

Prenant note que la LIX^e Réunion du Conseil directeur de l'INCAP dans sa Résolution II a décidé d'assumer l'administration de l'INCAP avec la pleine autonomie fonctionnelle, y compris la nomination de son Directeur à partir de septembre 2009, et a approuvé les ajustements nécessaires de la Convention de base de l'Institut pour permettre sa réorganisation interne sous l'autorité de son Conseil directeur ;

Reconnaissant que le Conseil directeur de l'INCAP est compétent pour approuver les ajustements de la Convention de base de l'INCAP qui dérivent de l'exercice de l'autorité qui lui a été déléguée par les membres de l'INCAP à l'article VII de la Convention de base,

DÉCIDE :

1. De prendre note de la décision du Conseil directeur de l'INCAP d'assumer l'administration de l'INCAP avec une pleine autonomie fonctionnelle.
2. De prendre note du fait que l'Organisation panaméricaine de la Santé continuera à faire partie de l'INCAP comme membre de plein droit mais qu'elle cessera d'exercer l'administration de l'Institut aux termes des articles VII, XXXIV, XXXV et XXXVI de la Convention de base de l'INCAP.
3. D'approuver l'ajustement de la Convention de base pour la réorganisation interne de l'INCAP telle qu'adoptée par la Résolution II du LIX^e Conseil directeur de l'INCAP (Annexe B), qui fait désormais partie intégrante de la présente Résolution et qui élimine les articles VII, XXXIV, XXXV et XXXVI et modifie les articles XV, XIX, XX et XXXIX de la Convention de base de l'INCAP.
4. D'inviter la Directrice du BSP à :
 - a) prendre les mesures administratives et juridiques nécessaires pour assurer le transfert de l'administration de l'INCAP au Conseil directeur de l'Institut de manière ordonnée et transparente et conformément à l'ajustement de la Convention de base de l'INCAP approuvé par le Conseil directeur de l'INCAP et par ce Conseil ;
 - b) s'assurer que l'Organisation continue à participer aux travaux de l'INCAP en qualité de membre de plein droit.

Annexes

CD49.R16, Annexe A

**CONVENTION DE BASE DE L'INSTITUT DE NUTRITION DE
L'AMÉRIQUE CENTRALE ET DU PANAMA**

Guatemala, 27 août 1998

Les Représentants des Républiques du Belize, du Costa Rica, d'El Salvador, du Guatemala, du Honduras, du Nicaragua et du Panama, ci-devant les « États Membres » et de l'Organisation panaméricaine de la Santé, Bureau régional pour les Amériques de l'Organisation mondiale de la Santé, ci-devant « OPS/OMS » :

CONSIDÉRANT :

Que l'Institut de Nutrition de l'Amérique centrale et du Panama, ci-devant « INCAP ou Institut », a été créé grâce à la coopération du Bureau sanitaire panaméricain et de la Fondation W. K. Kellogg, en vertu d'une Convention souscrite par les États de l'Amérique centrale et le Bureau sanitaire panaméricain le 20 février 1946.

Que la Convention portant création de l'INCAP a été prorogée et modifiée le 14 décembre 1949, et que le 17 décembre 1953, les parties ont adopté une Convention de base ayant pour but d'organiser l'Institut sur des bases permanentes.

Que dès l'entrée en vigueur de la Convention de base le 1^{er} janvier 1955, l'INCAP a été établi comme entité technique permanente ayant pour objectif de contribuer au développement des sciences de la nutrition, d'encourager leur application pratique et de renforcer la capacité technique des États centraméricains à résoudre les problèmes liés à l'alimentation et la nutrition.

Que l'évolution de l'Amérique centrale vers un nouvel ordre institutionnel axé sur une vision stratégique intégrée exige la révision et la mise à jour du cadre juridique et institutionnel de l'INCAP, en vue d'adapter ses activités à la réalité et aux besoins actuels et futurs de ses États Membres et à l'accomplissement effectif et performant de sa mission.

Que la Quatorzième Réunion de Présidents tenue au Guatemala en octobre 1993 a accueilli avec satisfaction l'initiative régionale pour la sécurité alimentaire nutritionnelle des pays centraméricains, sous l'impulsion des Ministres de la santé, en demandant que son suivi soit assuré avec l'appui technique et scientifique de l'INCAP et de l'OPS/OMS, ainsi que l'appui du Secrétariat général du Système d'intégration centraméricaine.

Que l'INCAP est une institution qui est directement rattachée au Système d'intégration centraméricaine, et qu'elle est chargée de prêter son appui à l'atteinte des objectifs sociaux de celui-ci.

Qu'en vue de satisfaire les priorités d'alimentation et de nutrition des États centraméricains et dans le cadre des processus de réforme du Secteur de la santé, il devient indispensable de réviser et d'ajuster la Convention de base de l'INCAP.

DÉCIDENT :

Forts de l'autorité et des pleins pouvoirs qui ont été conférés aux Représentants des États Membres et de l'OPS/OMS, d'approuver la présente Convention de base de l'Institut de Nutrition de l'Amérique centrale et du Panama, lequel remplacera et rendra

caduque la Convention de base de l'INCAP actuellement en vigueur et adopté le 17 décembre 1953.

VISION

ARTICLE I

Dans le cadre de l'intégration centraméricaine, l'INCAP est une institution d'avant-garde, autonome et permanente qui œuvre dans les domaines de l'alimentation et de la nutrition en Amérique centrale et au-delà de ses frontières.

MISSION

ARTICLE II

L'INCAP, institution spécialisée en alimentation et en nutrition, a pour mission d'épauler les efforts que déploient les États Membres, en leur fournissant une coopération technique pour atteindre et maintenir la sécurité alimentaire et nutritionnelle de leurs populations, au moyen de ses fonctions essentielles de recherche, d'information et de communication, d'assistance technique, de formation et de développement des ressources humaines, ainsi que de mobilisation de ressources financières et non financières en appui à sa mission.

FONCTIONS ET POLITIQUES INSTITUTIONNELLES

ARTICLE III

L'INCAP se fonde, comme cadre de référence pour l'exercice de ses fonctions, sur les politiques institutionnelles suivantes :

1. Fourniture d'une assistance technique directe : Renforcer la capacité opérationnelle des institutions nationales, au moyen de nouvelles approches méthodologiques et d'évaluation en vue de promouvoir l'application et le transfert de technologie, l'éducation alimentaire à l'échelle communautaire et développer en même temps des modèles permettant d'évaluer les produits et les incidences de cette coopération.
2. Formation et développement de ressources humaines : identifier les besoins, élaborer des programmes et appuyer les processus de formation et de perfectionnement des ressources humaines en matière d'alimentation et de nutrition dans les États Membres.

3. Recherche : Mener des recherches à tous les niveaux, en mettant l'accent sur les recherches opérationnelles en quête de solutions aux problèmes prioritaires, en encourageant les relations grâce à la mise en place de réseaux de coopération scientifique et technique, pour établir ou renforcer la capacité de recherche des États Membres au moyen de la réalisation d'activités de formation dans les universités et les centres de recherche.
4. Information et communication : systématiser, organiser, diffuser et transmettre l'information scientifique et technique en santé, alimentation et nutrition aux différents échelons et secteurs des États Membres et de la communauté internationale, dans le but d'épauler la prise de décisions et de renforcer les centres de documentation, ainsi que les processus de planification, de mise en œuvre et d'évaluation des initiatives en alimentation et nutrition aux échelons national et sous-régional.
5. Mobilisation de ressources financières et non financières : promouvoir les initiatives nécessaires destinées au recouvrement et à la gestion de ressources financières, technologiques, humaines et institutionnelles, en vue d'assurer une source de revenus diversifiée et permanente, d'encourager la vente et la commercialisation des services et le transfert de technologies dans le domaine de l'alimentation et la nutrition.

STRATÉGIES

ARTICLE IV

L'INCAP oriente ses activités vers le développement de l'Initiative centraméricaine de sécurité alimentaire et nutritionnelle à titre de stratégie de lutte contre les effets de la pauvreté et ainsi que de promotion du développement humain. Cette Initiative a été adoptée par le Conseil des Ministres de la santé des pays centraméricains et, par la suite, a été approuvée par les Présidents d'Amérique centrale lors de la XIV^e Réunion de présidents.

ARTICLE V

La stratégie de sécurité alimentaire et nutritionnelle se fonde sur des critères d'équité, de durabilité, de productivité, de suffisance et de stabilité, en vue de garantir l'accès, la production, la consommation et l'utilisation biologique adéquate des aliments, en adaptant la production agricole à l'industrie agricole et à des mécanismes de commercialisation rentables, de manière prioritaire à l'intention de petits et moyens producteurs et en incorporant le secteur patronal dans le développement de cette initiative.

COMPOSITION

ARTICLE VI

Sont membres titulaires de l'INCAP les Républiques du Belize, du Costa Rica, d'El Salvador, du Guatemala, du Honduras, du Nicaragua et du Panamá, ainsi que l'Organisation panaméricaine de la Santé. Les membres titulaires participent avec voix délibérative aux discussions qui se déroulent au sein des réunions du Conseil consultatif et du Conseil directeur.

ARTICLE VII

L'OPS/OMS maintient des liens avec l'INCAP à deux niveaux. D'une part, il est membre titulaire de l'INCAP, l'autorité suprême de l'Institut ; d'autre part, il est responsable de l'administration de l'Institut, laquelle sera renouvelée tous les cinq ans et devra être entérinée à chaque fois par le Conseil directeur de l'OPS/OMS. Pour donner suite à cette dernière responsabilité, le Directeur de l'OPS/OMS est habilité à représenter légalement et à diriger l'INCAP, faculté qu'il peut déléguer totalement ou partiellement.

ARTICLE VIII

D'autres États peuvent acquérir la qualité de membre titulaire de l'Institut une fois que le Conseil directeur de l'INCAP a unanimement approuvé leur demande d'admission, que le Secrétariat général du Système d'intégration centraméricain a statué favorablement sur cette demande, que l'État a accepté et qu'il a adhéré à la présente Convention de base.

ARTICLE IX

Sont membres associés les fondations, les organes et institutions dont la mission rejoint la vision et la mission de l'Institut, et dont la demande et l'octroi de la qualité de membre ont été approuvés par le Conseil directeur à l'unanimité. Les membres associés peuvent participer pour leur propre compte, avec le consentement du Conseil directeur de l'INCAP et avec voix consultative aux délibérations des réunions ordinaires du Conseil consultatif et du Conseil directeur de l'INCAP.

ARTICLE X

Les personnes naturelles ou juridiques peuvent participer en qualité d'observateurs aux réunions du Conseil consultatif et du Conseil directeur, avec droit de parole, moyennant l'approbation préalable unanime des membres du Conseil à chaque réunion.

ARTICLE XI

En vue de préserver les droits et les avantages inhérents à cette qualité, tout membre de l'INCAP respectera de bonne foi les obligations contractées conformément à la présente Convention de base. De même, il prêtera toute sorte d'aide à toute initiative que lance l'INCAP en vertu de la présente Convention. Tout membre associé de l'Institut peut s'en séparer moyennant une communication écrite adressée à la Direction. Celle-ci fera part au Conseil directeur des notifications de retrait dont elle est saisie. Six mois à partir de la date à laquelle une demande de retrait a été reçue, la présente Convention de base cesse de produire ses effets à l'égard du Membre associé qui désire se retirer et celui-ci sera écarté de l'INCAP, étant entendu qu'il devra respecter ses engagements financiers et autres obligations émanées de la présente Convention de base jusqu'à la date de son retrait.

ORGANES

ARTICLE XII

Le Conseil directeur, la Direction, le Conseil consultatif et le Comité consultatif extérieur sont des organes de l'INCAP.

LE CONSEIL DIRECTEUR

ARTICLE XIII

L'Organe suprême de l'INCAP est le Conseil directeur, composé des Ministres de la santé des États membres titulaires et du Directeur de l'OPS/OMS. En cas d'empêchement, les Ministres de la santé peuvent se faire représenter au Conseil directeur de l'INCAP par leur Vice-ministre respectif. Au cas où ces fonctionnaires ne peuvent pas assister à la réunion, les Ministres de la santé et le Directeur de l'OPS/OMS peuvent se faire représenter par un autre fonctionnaire de haut niveau dûment autorisé pour prendre des décisions.

ARTICLE XIV

Le Conseil directeur doit veiller au bon fonctionnement de l'INCAP conformément à sa vision, sa mission, aux politiques institutionnelles et en vertu des dispositions de la présente Convention.

ARTICLE XV

Le Conseil directeur de l'INCAP a pour attributions principales :

1. de définir et d'orienter les activités et les politiques générales de l'INCAP.
2. d'approuver les plans, programmes et projets de l'Institut.
3. d'approuver la politique financière et le budget biennal de l'INCAP et de fixer les quotes-parts des États Membres.
4. d'approuver les rapports concernant la tâche institutionnelle.
5. d'approuver le statut, les normes et le règlement de l'INCAP, au moins par les deux tiers des voix.
6. de défendre devant les autorités nationales et régionales, la reconnaissance des travaux de l'INCAP en appui à la solution des problèmes d'alimentation et de nutrition des États Membres.

ARTICLE XVI

Le Conseil directeur de l'INCAP tient une réunion ordinaire une fois chaque année, conformément aux dispositions de son règlement. Dans des circonstances spéciales, toutes les fois que deux ou plus de membres titulaires le jugent nécessaire et soumettent une demande écrite, le Conseil convoque une session extraordinaire.

ARTICLE XVII

Le choix du lieu de la réunion ordinaire annuelle du Conseil directeur de l'INCAP se fait par roulement, conformément à l'ordre suivant : Belize, Guatemala, El Salvador, Honduras, Nicaragua, Costa Rica et Panama, à moins que le Conseil décide de tenir la réunion ailleurs.

ARTICLE XVIII

Chaque membre du Conseil directeur de l'INCAP a droit à une voix. Les décisions sont adoptées à la moitié des voix plus un. Si à la date de l'ouverture des réunions ordinaires du Conseil directeur, un État membre a des arriérés d'un montant qui excède celui des contributions qui correspondent à deux (2) exercices complets, son droit de vote sera suspendu. Cependant, le Conseil directeur pourra rétablir le droit de vote si l'État

Membre en question a mis au point un calendrier spécial de paiement, ou s'il estime que le non-paiement est dû à des circonstances hors de son contrôle.

LA DIRECTION

ARTICLE XIX

La Direction de l'INCAP relève d'un Directeur nommé par le Directeur de l'OPS/OMS. Le Directeur de l'INCAP assumera la responsabilité de la gestion de l'Institut en conformité avec la délégation d'autorité conférée par le Directeur de l'OPS/OMS.

ARTICLE XX

Le Directeur de l'INCAP est responsable du déroulement des activités de l'Institut, en fonction des normes, règlements, orientations programmatiques et administratives de l'OPS/OMS, et selon les prescriptions de la présente Convention de base. Le Directeur de l'INCAP a pour fonctions :

1. de veiller à l'administration de l'Institut conformément à sa mission, ses fonctions, ses politiques, plans, programmes et projets déterminés et approuvés par le Conseil directeur de l'INCAP.
2. de désigner le personnel technique, scientifique et administratif, en vertu des dispositions en vigueur, et d'assurer sa supervision et son développement dans des conditions optimales pour la mise en œuvre du plan de travail de l'INCAP.
3. de convoquer les réunions du Conseil directeur et du Conseil consultatif et de remplir le rôle de Secrétaire ex-officio en ces occasions.
4. de mettre au point la proposition de programme et de budget biennal de l'INCAP aux fins d'examen et de révision par les membres du Conseil directeur, au moins un mois avant la tenue de la réunion ordinaire du Conseil directeur.
5. de soumettre à la réunion ordinaire du Conseil directeur le rapport annuel sur les activités et les états financiers de l'année précédente ainsi que les plans, programmes, projets et budgets à court, moyen et long terme. Le Directeur présentera des rapports additionnels lorsque la demande lui est adressée par l'un des membres titulaires ou lorsqu'il le juge nécessaire.

6. de soumettre au Conseil directeur les statuts, normes et règlements qui s'avèrent nécessaires pour l'organisation et l'administration de l'Institut.
7. de mettre en œuvre et de veiller à la mise en œuvre, dans sa sphère de compétence, de la présente Convention de base et des statuts, normes et règlements.
8. d'exécuter les fonctions qui lui sont confiées par le Conseil directeur et par le Directeur de l'OPS/OMS et en général, d'entreprendre et de mener toutes les initiatives jugées indispensables, conformément aux dispositions de la présente Convention de base.
9. de défendre auprès des autorités nationales, régionales et internationales des solutions pour appuyer l'amélioration de la sécurité alimentaire et nutritionnelle.
10. d'établir, de maintenir et de renforcer des liens de coopération et de compréhension mutuelle avec les institutions centraméricaines et les organisations de coopération internationale.

LE CONSEIL CONSULTATIF

ARTICLE XXI

Le Conseil consultatif de l'INCAP est l'instance technique consultative du Conseil directeur de l'INCAP.

ARTICLE XXII

Le Conseil consultatif de l'INCAP est composé des directeurs généraux désignés par le Ministre de la santé de chacun des États Membres, ou d'un fonctionnaire de haut niveau du Ministère de la santé auquel a été déléguée l'autorité pertinente ; du Directeur de l'Institut qui remplit le rôle de Secrétaire technique et d'un représentant de l'OPS/OMS désigné par le Directeur de l'OPS/OMS.

ARTICLE XXIII

Le Conseil consultatif de l'INCAP a pour attributions :

1. d'épauler l'orientation et la mise en œuvre des résolutions du Conseil directeur de l'INCAP et des fonctions de l'INCAP.

2. d'assurer le suivi et l'évaluation périodique de la coopération technique que fournit l'INCAP aux États Membres à travers une gestion décentralisée.
3. de soumettre des propositions techniques au Conseil directeur de l'INCAP.
4. d'élaborer l'ordre du jour pour la réunion annuelle ordinaire du Conseil directeur de l'INCAP.

ARTICLE XXIV

Le Conseil consultatif tient une réunion ordinaire deux fois par an. Il pourra tenir des réunions extraordinaires à la demande d'au moins deux États Membres, du Directeur de l'INCAP ou du Représentant de l'OPS/OMS désigné par son Directeur. Peuvent participer aux réunions du Conseil consultatif les experts et les conseillers qui sont jugés utiles, ainsi que les observateurs qui représentent d'autres institutions invitées par le Conseil consultatif.

ARTICLE XXV

Le Conseil consultatif élit un Directeur général du pays d'accueil de la réunion à titre de Président et un vice-président du prochain pays d'accueil ; ceux-ci exercent leurs fonctions durant les réunions ordinaires et extraordinaires qui se déroulent pendant l'année civile.

ARTICLE XXVI

Le siège des réunions ordinaires est fixé par roulement entre les États Membres, selon l'ordre établi pour les réunions du Conseil directeur de l'INCAP. Le Directeur de l'INCAP fait parvenir la convocation au moins trente jours avant la tenue de la réunion et il fixe les dates de leur tenue après consultation du Gouvernement du pays d'accueil. Pour les réunions extraordinaires, le Directeur de l'Institut arrêtera le lieu et la date de leur tenue en consultation avec le Président du Conseil.

ARTICLE XXVII

Le pays dans lequel se déroule la réunion met à la disposition du Conseil consultatif un lieu approprié pour tenir les réunions de travail du Conseil.

ARTICLE XXVIII

Le quorum des réunions est constitué par la majorité simple des membres.

ARTICLE XXIX

Le programme de chaque réunion est proposé par le Secrétaire technique en consultation avec le Président du Conseil consultatif et doit être acheminé aux membres du Conseil au moins trente jours avant l'ouverture de la réunion, conjointement avec l'avis de convocation. Le programme sera approuvé par les membres du Conseil consultatif à l'ouverture de la réunion et doit être lié à l'ordre du jour établi dans le règlement du Conseil directeur de l'INCAP.

ARTICLE XXX

Le rapport final de la réunion est établi par le Secrétaire technique et acheminé à chacun des membres durant le mois suivant la clôture de la réunion.

LE COMITÉ CONSULTATIF EXTÉRIEUR

ARTICLE XXXI

L'INCAP aura un Comité consultatif extérieur composé d'un représentant désigné par chacun des Ministres de la santé des États Membres, d'un représentant de l'OPS/OMS et de quatre experts internationaux que nommera le Directeur de l'INCAP, en consultation avec le Conseil directeur de l'INCAP préalablement à leur désignation.

ARTICLE XXXII

Le Comité consultatif extérieur exercera les fonctions ci-après auprès des organes de direction de l'INCAP :

1. Formuler des recommandations relatives à la planification, à l'administration, à la mise en œuvre et à l'évaluation des programmes élaborés par l'INCAP.
2. Suggérer la réalisation de nouveaux programmes et projets en accord avec le cadre de la présente Convention de base.
3. Appuyer l'INCAP dans l'identification de débouchés et la mobilisation de ressources.
4. Statuer sur toute question qui lui est soumise pour sa considération.

ARTICLE XXXIII

La permanence, la périodicité et la réglementation du Comité consultatif extérieur se définissent comme suit :

1. Le Comité consultatif extérieur est de nature permanente et ses membres seront des personnalités dotées d'une capacité technique et administrative en matière de santé, d'alimentation, de nutrition et de disciplines connexes.
2. Le Comité consultatif extérieur se réunit à l'ordinaire en quatre occasions et à l'extraordinaire lorsque les organes de direction de l'INCAP le jugent nécessaire.
3. Le Conseil directeur de l'INCAP approuve un règlement appelé à régir le fonctionnement du Comité consultatif extérieur.

LE LIENS ENTRE L'OPS/OMS ET L'INCAP

ARTICLE XXXIV

Le Directeur de l'OPS/OMS désigne un fonctionnaire administratif de l'INCAP à titre de collaborateur immédiat du Directeur de l'Institut. Il relèvera de son autorité et il sera chargé d'exercer les fonctions d'appui administratif et de supervision de l'application de politiques, de normes et de procédures administratives de l'OPS/OMS, ainsi que ceux qui relèvent spécifiquement de l'INCAP.

ARTICLE XXXV

L'INCAP est lié par ses programmes à l'OPS/OMS ; c'est pourquoi ses activités doivent faire partie du plan de travail de l'Organisation, en sa qualité d'institution centraméricaine, dans les domaines de la formation des ressources humaines, de l'assistance technique directe, de la recherche, de l'information et de la communication, de la mobilisation et du développement des ressources financières. Les activités de l'INCAP en relation avec les programmes nationaux sont coordonnées à travers les représentations de l'OPS/OMS.

ARTICLE XXXVI

Il revient à l'OPS/OMS d'assurer la supervision des activités programmatiques de l'INCAP. Il incombe au Bureau d'administration de l'OPS/OMS et ses unités respectives de superviser les actions administratives de l'Institut.

SIÈGE DE L'INCAP

ARTICLE XXXVII

L'INCAP a son siège dans la République du Guatemala, État dans lequel sera rédigé l'accord de siège. Le siège de l'INCAP peut être transféré à n'importe quel autre pays membre titulaire lorsque son Conseil directeur le juge utile. Le Gouvernement du pays siège de l'INCAP s'engage à accorder à l'Institut l'utilisation des bâtiments où il est logé, pour qu'il puisse l'utiliser de la manière qu'il jugera la plus appropriée pour l'exercice de ses fonctions, sans frais aucun et pour toute la durée de son existence. Il en sera de même pour les terrains sur lesquels est construit le bâtiment, étant entendu que l'INCAP sera habilité à effectuer les travaux d'agrandissement et les améliorations jugés nécessaires.

FINANCEMENT DE L'INCAP

ARTICLE XXXVIII

Les États Membres contribuent au budget ordinaire de l'INCAP au moyen de quotes-parts libellées en dollars des États-Unis d'Amérique ; ces quotes-parts sont fixées par le Conseil directeur et soumises à l'approbation des gouvernements respectifs.

ARTICLE XXXIX

L'OPS/OMS maintient et/ou élargit sa contribution au budget ordinaire de l'INCAP en fonction des ressources techniques, administratives et financières qu'approuve le Conseil directeur de cette Organisation.

ARTICLE XL

Les membres associés de l'INCAP contribuent à son financement par le versement de quotes-parts qui sont établies par le Conseil directeur.

ARTICLE XLI

Dans tous les cas, les quotes-parts établies sont versées chaque année en dollars des États-Unis d'Amérique à la direction de l'INCAP dans les trois premiers mois de l'année pertinente.

ARTICLE XLII

L'INCAP peut recevoir des ressources financières provenant de la Fondation pour l'alimentation et la nutrition de l'Amérique centrale et du Panama (FANCAP), du Fonds

en fidéicommiss, de la vente et la commercialisation de services, ainsi que d'autres sources, moyennant une analyse de l'origine de ces ressources.

PERSONNALITÉ JURIDIQUE ET CAPACITÉ JURIDIQUE

ARTICLE XLIII

L'INCAP jouit de sa personnalité juridique propre, assortie de la capacité juridique pour exécuter et souscrire tout type d'acte ou de contrats ; d'acquérir, de posséder, d'administrer ou de disposer de toute sorte de droits et de biens meubles, conformément aux dispositions juridiques en vigueur dans chaque État Membre ; il peut aussi comparaitre devant les autorités judiciaires, administratives ou de tout autre nature et en général, lancer les initiatives et démarches propres à faciliter la réalisation de ses objectifs ou qui s'avèrent nécessaires à la mise en œuvre de ses activités.

ARTICLE XLIV

Il revient au Directeur de l'Institut ou à celui qui exerce ses fonctions d'assurer la représentation légale de l'INCAP, et il pourra déléguer cette faculté exclusivement aux fins de représentations judiciaires.

PRÉROGATIVES ET IMMUNITÉS

ARTICLE XLV

L'INCAP et ses biens de quelque nature qu'ils soient et indépendamment du lieu où ils se trouvent, jouissent sur le territoire de tous les États Membres de l'immunité contre toute poursuite judiciaire ou administrative ; ils ne pourront faire l'objet de perquisition, de saisies, de contraintes, de mesures conservatoires ou exécutoires, à moins que le Conseil directeur de l'INCAP ne renonce expressément à cette immunité. Néanmoins, il est entendu que cette renonciation ne comprend aucune action ou mesure exécutoire ou de recouvrement forcé.

ARTICLE XLVI

Les biens de l'INCAP, quelle qu'en soit la nature, sont exonérés dans tous les États Membres titulaires de tout type d'impôts, de droits et de taxes directs ou indirects, que ce soit aux échelons, national, départemental ou municipal, à l'exception des contributions qui constituent une rémunération au titre de services publics.

ARTICLE XLVII

Les installations, les bureaux administratifs, les services, les archives, la correspondance et tout document appartenant à l'Institut ou qui se trouve en sa possession à un titre quelconque, sont inviolables.

ARTICLE XLVIII

L'Institut jouit sur le territoire de tous les États Membres titulaires d'une franchise postale établie en vertu des conventions postales interaméricaines en vigueur. Aucune forme de censure ou de contrôle ne sera appliquée à une correspondance quelconque ou à d'autres communications officielles de l'Institut.

ARTICLE XLIX

Sans être affecté par des ordonnances fiscales, des règlements ou des moratoires d'une quelconque nature, l'INCAP peut disposer de fonds et de devises courantes de toute sorte et maintenir ses comptes dans n'importe quelle devise. Il pourra librement convertir ses fonds et devises courantes et les transférer d'un État Membre à un autre, ou à l'intérieur de n'importe quel État Membre.

PRIVILÈGES ET IMMUNITÉS DES REPRÉSENTANTS ET FONCTIONNAIRES DE L'INCAP

ARTICLE L

Les représentants et fonctionnaires de l'Institut bénéficient dans tous les États Membres des prérogatives et privilèges ci-après :

1. Ils jouissent d'une immunité contre toute poursuite judiciaire entamée en relation avec des activités qu'ils mènent dans l'exercice de leurs fonctions.
2. Ils sont exonérés d'impôts sur le revenu et salaires payés par l'Institut.
3. Ils sont exonérés de toute restriction migratoire et d'enregistrement d'étrangers, aussi bien que leurs conjoints et enfants mineurs.
4. En ce qui concerne la circulation internationale de fonds, ils bénéficient de franchise au même titre que les fonctionnaires de catégorie similaire des missions diplomatiques accréditées auprès du Gouvernement respectif.

5. Ils peuvent importer, exonérés de tous droits, leurs meubles et leurs effets personnels au moment où ils vont prendre fonction dans leur lieu d'affectation.
6. Durant les époques de crise nationale ou internationale, ils bénéficient d'avantages de rapatriement analogues à ceux dont jouissent les fonctionnaires des missions diplomatiques.
7. L'immunité contre toute poursuite judiciaire indiquée au point 1 et l'exonération de versement d'impôt sur le revenu et les salaires versés par l'Institut sont applicables à tous les représentants et fonctionnaires de l'INCAP ; les dispositions des points 3, 4, 5 et 6 seront applicables uniquement aux personnes qui ne sont pas des nationaux du pays dans lequel la demande d'application de ces droits est faite.
8. Sans préjudice des prérogatives et immunités mentionnées, toutes les personnes qui jouissent de ces avantages ont pour obligation de respecter les lois et règlements de l'État Membre dans lequel elles résident.
9. Les prérogatives et immunités mentionnées ci-dessus sont octroyées aux représentants et fonctionnaires de l'Institut exclusivement dans l'intérêt de celui-ci. Les organes de direction de l'Institut peuvent y renoncer si, à leur avis, elles empêchent l'administration de la justice et ils peuvent y renoncer sans préjudice des intérêts de l'Institut.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

ARTICLE LI

Tous les cinq ans au moins, une évaluation de la mise en œuvre de la présente Convention de base est réalisée pour permettre la proposition de modifications éventuelles qui soient adaptées à la réalité de l'évolution des États Membres.

ARTICLE LII

Au cas où le nombre d'États Membres est réduit à un seulement dû à des séparations, l'Institut procédera à sa dissolution et le produit des biens qui lui appartiennent sera réparti entre les États qui ont été les membres titulaires, proportionnellement au montant de leurs contributions à l'Institut.

ARTICLE LIII

La présente Convention de base entrera en vigueur lorsqu'elle aura été ratifiée par toutes les parties signataires, en conformité avec leurs procédures internes respectives ou

constitutionnelles. Les instruments de ratification seront déposés auprès du Secrétariat général du Système d'intégration centraméricaine et au Secrétariat de l'Organisation des États Américains. Ceux-ci notifieront ce dépôt à tous les autres signataires. Dès l'entrée en vigueur de la présente Convention de base, la Convention de base signée le 17 décembre 1953 cessera de produire ses effets.

ARTICLES TRANSITOIRES

ARTICLE LIV

Le présent règlement interne tant du Conseil directeur que du Conseil consultatif continuera d'être en vigueur, de même que les normes et règlements actuels liés aux questions de personnel et financières, dans toute disposition qui n'aille pas à l'encontre de la présente Convention de base.

ARTICLE LV

Les engagements financiers contractés par les États Membres jusqu'à l'entrée en vigueur de la présente Convention continueront de produire leurs effets jusqu'à ce que toutes les quotes-parts en suspens aient été réglées dans leur intégralité.

Le Conseil de l'INCAP réuni à Belize, République du Belize le 3 septembre 1997, a révisé et approuvé en première lieu la présente Convention de base qui sera acheminée au Secrétariat général du Système d'intégration centraméricaine, pour que les démarches pertinentes puissent être menées auprès des États Membres.

EN FOI DE QUOI, les soussignés, Représentants dûment autorisés des parties, signent la présente Convention de base en onze originaux également identiques, dans la ville de Guatemala de la Asunción, République du Guatemala, le 27 août 1998.

Pour le Gouvernement de la République
du Belize :

Honorable Salvador Hernández
Ministre de la santé et des sports
Représenté par :
Honorable Michael Bejos,
Conseiller,
Ambassade du Belize au Guatemala

Pour le Gouvernement de la République
du Costa Rica :

Docteur Rogelio Par Evans
Ministre de la santé

Pour le Gouvernement de la République
d'El Salvador :

Docteur Eduardo Interiano
Ministre de la santé publique et
de l'assistance sociale

Pour le Gouvernement de la République
du Guatemala :

Monsieur Marco Tulio Sosa Ramirez
Ministre de la santé publique et
de l'assistance sociale

Pour le Gouvernement de la République
du Honduras :

Docteur Marco Antonio Rosa
Secrétaire de la santé

Pour le Gouvernement de la République
du Nicaragua :

Docteur Lombardo Martínez Cabezas
Ministre de la santé

Pour le Gouvernement de la République
du Panama :

Docteur Aida Moreno de Rivera
Ministre de la santé

Représentée par :
Enelka G. de Samudio
Secrétaire générale au
Ministère de la santé

Pour l'Organisation panaméricaine de la
Santé, Bureau régional pour les Amériques
de l'Organisation mondiale de la Santé :

Docteur George A.O. Alleyne
Directeur

Le Secrétaire général du Système d'intégration centraméricaine, participant en qualité d'observateur à la XLIX^e Réunion du Conseil directeur de l'INCAP, signe comme témoin d'honneur la présente Convention de base, en onze originaux également identiques, dans la ville de Guatemala de la Asunción, République du Guatemala, le 27 août 1998.

Monsieur Ernesto Leal
Secrétaire général
Système d'intégration centraméricaine

CD49.R16, Annexe B

RÉSOLUTION II*

AJUSTEMENT DE LA CONVENTION DE BASE POUR LA RÉORGANISATION INTERNE DE L'INCAP**

LE CONSEIL

Considérant que l'Article LI de la Convention de base de l'Institut stipule que celle-ci devra être évaluée tous les cinq ans en vue de proposer d'éventuelles modifications adaptées à la réalité du développement des États membres. Considérant également, que l'Article VII établit que l'OPS/OMS est responsable de l'administration de l'Institut à la demande du dit Conseil, celle-ci étant renouvelée tous les cinq ans et devant à chaque fois être acceptée par le Conseil directeur de l'Organisation panaméricaine de la Santé, Bureau régional pour les Amériques de l'Organisation mondiale de la Santé (OPS/OMS).

* Résolution II du LIX^e Conseil directeur de l'INCAP, 27 janvier 2009, Tegucigalpa, Honduras.

** Le présent document est une traduction de la résolution approuvée.

Considérant que la Convention de base de l'Institut est entrée en vigueur le 22 janvier 2003 et que, de ce fait, le délai prévu aux articles VII et LI susmentionnés est arrivé à échéance. Dans ce contexte un processus participatif d'évaluation du fonctionnement de l'Institut a été mené, avec pour résultat la proposition d'un nouveau Cadre stratégique institutionnel (CSI).

Considérant que ledit Conseil, lors de sa LVIII Réunion, tenue à San Salvador le 10 septembre 2007, a approuvé le CSI dans sa Résolution V et a demandé au Directeur de l'INCAP d'entamer le processus de révision et d'ajustement de la Convention de base de l'Institut afin de l'aligner sur son nouveau Cadre stratégique.

Considérant que le CSI reconnaît que l'INCAP est aujourd'hui une institution mûre, qui joue un rôle fondamental dans la constitution d'une nouvelle Amérique centrale en tant que Région cherchant à développer dans la paix, la justice, la liberté et la démocratie et qui exerce avec une grande responsabilité les fonctions qui sont de sa compétence, à l'appui du secteur de la santé du sous-système social du Système d'intégration centraméricain (SICA).

Considérant que la mise en œuvre du Cadre stratégique exige que l'INCAP acquière la pleine autonomie, conformément à son degré de maturité institutionnelle et à sa condition de membre de plein droit et d'institution doyenne du Système d'intégration centraméricain (SICA).

Considérant que ledit Conseil, lors d'une réunion extraordinaire qui s'est tenue au Panama le 21 février 2008, a demandé que soit préparée une proposition d'ajustement de la Convention de base afin de refléter la réorganisation interne de l'Institut et les mécanismes lui permettant d'assumer une plus grande autonomie sur le plan programmatique, financier et administratif, conformément au CSI.

Considérant que ledit Conseil, lors d'une réunion extraordinaire qui s'est tenue à San Salvador le 23 juin 2008, a indiqué que l'INCAP est une institution mûre, qui joue un rôle fondamental en tant qu'institution spécialisée dans la nutrition dans la région de l'Amérique centrale et qui peut, dans un avenir proche, se détacher de l'administration de l'OPS/OMS et se gérer en autonomie fonctionnelle guidée par son Conseil directeur, étant entendu qu'il serait plus pratique que, pour ce faire, une transition ordonnée et transparente de son administration soit opérée.

En raison de ce qui précède et sur la base des articles 12 et 17 du Traité d'intégration sociale et VII de la Convention de base de l'INCAP,

DÉCIDE :

- I. De faire savoir que le Conseil directeur assumera l'administration de l'INCAP en pleine autonomie fonctionnelle, y compris la nomination de son Directeur, à partir de septembre 2009.
- II. De reconnaître que l'Organisation panaméricaine de la Santé, Bureau régional pour les Amériques de l'Organisation mondiale de la Santé (OPS/OMS) continuera à faire partie de l'INCAP en tant que membre de plein droit mais qu'elle cessera d'exercer l'administration de l'Institut aux termes des Articles VII, XXXIV, XXXV et XXXVI de la Convention de base.
- III. D'adapter la Convention de base de l'INCAP pour permettre la réorganisation de l'Institut sous l'administration et l'autorité de dit Conseil. À cet effet et à partir de la date où ledit Conseil assumera l'administration de l'Institut conformément aux dispositions du paragraphe I de la présente Résolution, les Articles suivants de la Convention de base de l'INCAP seront adaptés comme suit :

Article XV : Dans le cadre des attributions principales du Conseil directeur de l'INCAP, ajouter un nouvel alinéa 2 comme suit : Choisir le Directeur de l'INCAP conformément aux procédures approuvées par ledit Conseil. Modifier la numérotation des autres alinéas en conséquence.

Article XIX : La Direction de l'INCAP sera assurée par un Directeur nommé par le Conseil directeur, choisi conformément aux procédures approuvées par ce Conseil. Le Directeur de l'INCAP assumera la responsabilité de la gestion de l'Institut en accord avec la présente Convention de base et les devoirs et les fonctions que lui assignera le Conseil directeur de l'INCAP.

Article XX : Adapter le premier paragraphe comme suit : « Le Directeur de l'INCAP sera responsable du développement des activités de l'Institut, conformément aux normes, règlements, orientations programmatiques et administratives approuvées par son Conseil directeur et conformément aux dispositions de la présente Convention de base ». Adapter l'alinéa 8 de cet Article comme suit : « S'acquitter des fonctions qui lui sont déléguées par le Conseil directeur et, en général, entreprendre et réaliser toutes les actions qu'il considère nécessaires, conformément à la présente Convention de base. »

Article XXXIX : Remplacer par le libellé suivant : « L'OPS/OMS apportera des ressources au budget de l'INCAP afin de financer les activités de l'Institut rentrant dans le cadre de la Stratégie régionale sur la nutrition dans la santé et le développement des Amériques, les plans de travail de l'OPS/OMS et d'autres

activités convenues par les deux institutions. Les apports financiers de l'OPS/OMS à l'INCAP seront formalisés par (i) la signature de documents juridiques périodiques à caractère général et/ou (ii) des documents spécifiques pour des activités ou des projets individuels. »

- IV. Déclarer inapplicables car non conformes les Articles VII, XXXIV, XXXV, XXXVI de la Convention de base.

(Huitième réunion, 1 octobre 2009)

CD49.R17 : Stratégie et plan d'action sur la santé mentale

LE 49^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant examiné le rapport de la Directrice intitulé *Stratégie et plan d'action sur la santé mentale* (document CD49/11) ;

Reconnaissant le fardeau que représentent les troubles mentaux et les troubles dus à l'abus de substances—en termes de morbidité, mortalité et incapacité—dans le monde et dans la région des Amériques en particulier, ainsi que les lacunes actuelles en ce qui concerne le nombre de personnes malades qui ne reçoivent aucun type de traitement ;

Comprenant qu'il n'y a pas de santé physique sans santé mentale et qu'une approche du processus de santé et maladie est nécessaire non seulement dans la perspective des soins dispensés pour corriger les troubles, mais aussi dans une perspective de protection des attributs positifs de la santé et du développement du bien-être de la population ; et de plus, que dans cette perspective de santé publique les facteurs psychosociaux et apparentés au comportement humain exercent une fonction cruciale ;

Considérant le contexte et le fondement pour l'action qu'offrent le Programme d'action sanitaire pour les Amériques, le Plan stratégique de l'OPS 2008-2012 et le Programme d'action Comblir les lacunes en santé mentale (*mhGAP*) : élargir l'accès aux soins pour lutter contre les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'abus de substances psychoactives, qui témoignent de l'importance du thème et qui définissent les objectifs stratégiques pour l'approche de la santé mentale ;

Observant que dans le document *Stratégie et plan d'action sur la santé mentale* sont abordés les principaux domaines de travail des activités et sont définies les lignes de coopération technique pour répondre aux diverses nécessités de santé mentale des pays,

DÉCIDE :

1. D'approuver le contenu du document *Stratégie et plan d'action sur la santé mentale* et son application dans le cadre des conditions particulières de chaque pays pour répondre de manière appropriée aux nécessités actuelles et futures en matière de santé mentale.
2. D'exhorter les États Membres à :
 - a) inclure la santé mentale comme une priorité dans les politiques nationales de santé, au moyen de l'exécution de plans de santé mentale en accord avec les diverses problématiques et priorités des pays, afin de maintenir les réalisations obtenues et de progresser vers de nouveaux objectifs, en particulier ceux concernant la réduction des lacunes des traitements existants ;
 - b) promouvoir l'accès universel et équitable aux soins de santé mentale pour toute la population, au moyen du renforcement des services de santé mentale dans le cadre des systèmes fondés sur les soins de santé primaire et les réseaux intégrés de services et à poursuivre des activités pour éliminer le modèle ancien axé sur les hôpitaux psychiatriques ;
 - c) continuer à travailler au renforcement des cadres légaux des pays dans l'objectif de protéger les droits de l'homme des personnes atteintes de troubles mentaux et de réaliser l'application efficace des lois ;
 - d) stimuler des initiatives intersectorielles pour la promotion de la santé mentale, avec une attention particulière aux enfants et aux adolescents, et pour faire face à la stigmatisation et la discrimination dont souffrent les personnes atteintes de troubles mentaux ;
 - e) soutenir la participation efficace de la communauté et des associations d'utilisateurs et de parents à des activités destinées à promouvoir et à protéger la santé mentale de la population ;
 - f) considérer le renforcement des ressources humaines en matière de santé mentale comme une composante clé de l'amélioration des plans et des services, par la formulation et l'exécution de programmes systématiques de formation ;
 - g) réduire le déficit d'information existant dans le domaine de la santé mentale, par l'amélioration de la production, de l'analyse et de l'usage de l'information, ainsi que la recherche, avec une approche interculturelle et de genre,

- h) renforcer les alliances du secteur public avec d'autres secteurs, ainsi qu'avec des organisations non gouvernementales, institutions académiques et acteurs sociaux clés, mettant l'accent sur leur participation à la formulation des plans de santé mentale.
3. De demander à la Directrice de :
- a) appuyer les États Membres dans l'élaboration et l'exécution de plans nationaux de santé mentale dans le cadre de leurs politiques de santé, en tenant compte de la stratégie et du plan d'action, en s'efforçant de corriger les inégalités et en accordant la priorité aux soins administrés aux groupes de personnes vulnérables et ayant des besoins particuliers, y compris les peuples autochtones ;
 - b) collaborer aux évaluations des services de santé mentale des pays pour obtenir que soient appliquées les mesures correctives appropriées qui sont fondées sur des preuves scientifiques ;
 - c) faciliter la dissémination de l'information et l'échange d'expériences positives et novatrices, ainsi que les ressources disponibles dans la Région et de promouvoir la coopération technique entre les États Membres,
 - d) développer les alliances avec les organisations gouvernementales et non gouvernementales, ainsi qu'avec des organismes internationaux et d'autres acteurs régionaux en appui à la réponse multisectorielle qui est requise dans le processus d'exécution de la stratégie et du plan d'action.

(Neuvième réunion plénière, le 2 octobre 2009)

CD49.R18 : Cadre politique pour le don et la transplantation d'organes humains

LE 49^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant examiné le rapport de la Directrice intitulé *Cadre politique pour le don et la transplantation d'organes humains* (document CD49/14) dans lequel il est proposé que les États membres se dotent d'un cadre politique pour faciliter le renforcement de la capacité nationale d'aborder avec efficacité et efficience le problème du don et de la greffe de cellules, de tissus et d'organes et d'obtenir l'utilisation optimale des ressources destinées à cette fin ;

Reconnaissant les précieuses contributions du Réseau/Conseil ibéro-américain de don et de transplantation (RCIDT) à la promotion et au renforcement des programmes

nationaux de don et de transplantation d'organes dans la Région, de même que le travail important d'autres entités internationales concernant cette question ;

Considérant que quelques pays ont créé des capacités institutionnelles, de cadres normatifs adéquats, ainsi que de systèmes d'information pour le don et la transplantation d'organes dans la Région ;

Conscient de la magnitude et de l'utilité croissantes des transplantations de cellules, de tissus et d'organes humains pour un large éventail d'affections, tant dans les pays qui disposent d'un grand nombre de ressources que dans ceux où ces ressources sont limitées ;

Confirmant son engagement à l'égard des principes de dignité et de solidarité humaines, lesquels condamnent l'acquisition de parties du corps humain pour la transplantation et l'exploitation des populations les plus démunies et les plus vulnérables, ainsi que le trafic d'êtres humains découlant de ces pratiques ;

Convaincu que le don volontaire et non rémunéré d'organes, de cellules et de tissus de donneurs décédés ou vivants permet de garantir la persistance d'une ressource communautaire vitale ;

Conscient de la nécessité de garder le contrôle tant des réactions que des événements indésirables associés au don, au traitement et à la greffe de cellules, de tissus et d'organes humains en tant que tels, et d'assurer l'échange international de ces données afin d'optimiser la sécurité et l'efficacité des transplantations,

DÉCIDE :

1. D'exhorter les États Membres à :
 - a) appliquer les principes directeurs sur la greffe de cellules, de tissus et d'organes humains dans la formulation et l'exécution de leurs politiques, lois et règlements en matière de don et de transplantation de cellules, de tissus et d'organes humains, selon le cas ;
 - b) promouvoir l'accès équitable aux services de transplantation conformément aux capacités nationales qui servent de base pour l'appui public et le don volontaire ;
 - c) lutter contre la recherche de bénéfices financiers ou d'avantages comparables dans les transactions concernant des parties du corps humain, le trafic d'organes et le tourisme de transplantation, et d'encourager les professionnels de la santé à

- notifier les autorités compétentes lorsqu'ils ont connaissance de telles pratiques conformément aux capacités nationales et à la législation nationale ;
- d) renforcer les autorités et les capacités publiques nationales en leur fournissant un appui pour qu'elles assurent la supervision, l'organisation et la coordination des activités de don et de transplantation, en prêtant une attention particulière au recours, dans la plus vaste mesure du possible, aux dons d'organes de personnes décédées ainsi qu'à la protection et au bien-être des donneurs vivants ;
 - e) améliorer la sécurité et l'efficacité des dons et des transplantations au moyen d'une promotion de pratiques internationales optimales ;
 - f) collaborer à l'obtention de données, notamment sur les réactions et les événements indésirables relatifs aux pratiques, à la sécurité, à la qualité, à l'efficacité, à l'épidémiologie et à l'éthique des dons et des transplantations ;
 - g) maintenir une participation active au RCIDT, ainsi que dans d'autres entités sous-régionales de don et de transplantation (Commission intergouvernementale de dons et de transplantation du MERCOSUR, parmi d'autres) ;
 - h) incorporer les guides et recommandations pertinentes dans leurs politiques, lois, règlements et pratiques sur l'obtention, le don et la transplantation de cellules, de tissus et d'organes, telles que celles ayant trait à la création des banques de cellules du cordon ombilical, le diagnostic de la mort encéphalique et aux systèmes de qualité et sécurité pour le don d'organes, de tissus et de cellules.
2. De demander à la Directrice de :
- a) disséminer les principes directeurs actualisés sur la greffe de cellules, de tissus et d'organes humains dans la plus vaste mesure possible et vers toutes les parties intéressées ;
 - b) fournir un appui aux États Membres et aux organisations non gouvernementales sur les questions d'interdiction du trafic de matériel d'origine humaine et du tourisme de la transplantation ;
 - c) continuer à rassembler et à analyser les données régionales sur les pratiques, la sécurité, la qualité, l'efficacité, l'épidémiologie et l'éthique du don et de la transplantation de cellules, de tissus et d'organes humains ;
 - d) fournir une aide technique aux États Membres qui en font la demande pour l'élaboration de lois et de règlements nationaux sur le don et la transplantation de

- cellules, de tissus et d'organes humains, et pour l'établissement de systèmes appropriés à cette fin, notamment en facilitant la coopération internationale, et d'appuyer les activités de coopération bilatérale entamées par les pays en rapport avec cette activité ;
- e) faciliter l'accès des États Membres à une information appropriée sur le don, le traitement et la transplantation de cellules, de tissus et d'organes humains, en particulier l'accès aux données sur les réactions et les événements indésirables graves ;
- f) fournir une aide technique aux pays des Caraïbes pour la promotion et le renforcement de leurs programmes de transplantation rénale, et de proposer un système infra-régional de services de santé rénale et de transplantation qui facilite la durabilité et la viabilité de ce type de programmes.

(Neuvième réunion plénière, le 2 octobre 2009)

CD49.R19 : Élimination des maladies négligées et autres infections liées à la pauvreté

LE 49^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant revu le document intitulé *Élimination des maladies négligées et autres infections liées à la pauvreté* (document CD49/9) et reconnaissant :

- l'existence de résolutions et mandats précédents de l'OPS et de l'OMS pour lutter contre les maladies négligées et autres infections liées à la pauvreté qui peuvent être éliminées ou fortement réduites ;
- la vaste expérience de la Région des Amériques sur le plan de la mise en œuvre de stratégies d'élimination des maladies transmissibles et les progrès encourageants notés dans la réduction du fardeau de ces maladies ;
- la nécessité de terminer le « programme inachevé » au vu de la proportion élevée de personnes affectées dans les groupes les plus pauvres et les plus marginalisés des Amériques ;
- le besoin de traiter les déterminants sociaux de la santé pour réduire le fardeau sanitaire, social et économique des maladies négligées et autres maladies liées à la pauvreté ;
- la possibilité actuelle d'éliminer ou de réduire nettement le fardeau de ces maladies avec les outils disponibles ;
- l'importance d'œuvrer en faveur de l'élimination des maladies infectieuses pour lesquelles il existe des interventions de santé publique appropriées et efficaces par

rapport aux coûts mais qui continuent pourtant à affliger les populations de la Région des Amériques,

DÉCIDE

1. De recommander instamment aux États Membres de :
 - a) prendre l'engagement d'éliminer ou de réduire, d'ici 2015, les maladies négligées et autres infections liées à la pauvreté pour lesquelles existent les outils nécessaires, les ramenant à des niveaux tels qu'elles ne sont plus considérées comme étant des problèmes de santé publique ;
 - b) identifier les maladies négligées prioritaires, les populations vulnérables en retard, les écarts dans l'information épidémiologique et les zones géographiques d'intervention prioritaires (« hot spots »), aux niveaux infranationaux des pays ;
 - c) revoir les plans nationaux existants pour le contrôle ou l'élimination de ces maladies et, le cas échéant, de se doter de nouveaux plans s'appuyant sur une approche globale et prenant en compte les déterminants sociaux de santé, le Règlement sanitaire international (2005), le cas échéant, ainsi que les stratégies inter-programmatiques et les actions intersectorielles ;
 - d) œuvrer pour que des ressources suffisantes soient disponibles afin d'assurer la pérennité des programmes de lutte aux niveaux national et infranational, y compris le personnel, l'approvisionnement en médicaments, les équipements, des matériels de promotion de la santé, ainsi que d'autres besoins ;
 - e) mettre en œuvre des stratégies de prévention, de diagnostic, de traitement, de contrôle des vecteurs et d'élimination d'une manière intégrée, avec une ample participation communautaire, de sorte qu'elles contribuent au renforcement des systèmes de santé nationaux, y compris les systèmes de soins de santé primaire et le système de vigilance sanitaire ;
 - f) considérer, et si approprié, favoriser un éventail de régimes encourageant la recherche et le développement, et considérant, si nécessaire, la séparation des coûts de recherche et de développement du prix des médicaments, par exemple par l'octroi de récompenses, afin de combattre des maladies qui affectent les pays en développement de manière disproportionnée ;
 - g) mobiliser des ressources supplémentaires et d'engager les partenaires potentiels à niveau national ainsi que des organismes de développement bilatéraux et multilatéraux, des organisations non gouvernementales, des fondations et autres parties concernées ;
 - h) fournir un soutien à la promotion de la recherche et du développement scientifique en matière d'outils, de stratégies, de technologies et de méthodes ; qu'ils soient nouveaux ou aient été perfectionnés, pour prévenir et contrôler les

- maladies négligées, comme le développement de tests de diagnostic bon marché, de médicaments plus sûrs et de mécanismes de diagnostic opportun pour permettre la réduction des complications ultérieures dues à ces maladies ;
- i) approuver les objectifs et les indicateurs pour l'élimination et la réduction des maladies négligées et autres infections liées à la pauvreté, considérées comme des priorités par les États Membres et mentionnées aux Annexes A et B du présent document ;
 - j) collaborer pour renforcer les mécanismes de suivi des maladies négligées et améliorer l'accès aux outils disponibles de contrôle des maladies.
2. De demander à la Directrice de :
- a) continuer à veiller à la mobilisation active des ressources et à encourager une étroite collaboration pour forger des partenariats afin de soutenir la mise en œuvre de la présente résolution ;
 - b) apporter une coopération technique aux pays pour la préparation des plans d'action nationaux et pour la soumission de propositions de financement au fonds fiduciaire pour l'élimination des maladies négligées et autres infections liées à la pauvreté, ainsi qu'à d'autres sources de financement ;
 - c) promouvoir l'identification, la mise au point et l'utilisation d'interventions reposant sur des données probantes étayées par une solide base technique et scientifique ;
 - d) encourager l'application des directives actuelles de l'OPS et de l'OMS pour la prévention et le contrôle des maladies incluses ;
 - e) encourager la recherche et le développement scientifique axée sur des outils, des stratégies, des technologies et des méthodes, qu'ils soient nouveaux ou aient été perfectionnés, pour la prévention et le contrôle des maladies négligées et leurs conséquences ;
 - f) soutenir le renforcement des systèmes de surveillance et des soins de santé primaire, ainsi que le suivi et l'évaluation des plans d'action nationaux qui sont mis en œuvre ;
 - g) renforcer la collaboration inter frontalière entre les pays affectés par les mêmes maladies ;
 - h) continuer à soutenir et à renforcer les mécanismes d'achat de médicaments, comme le Fonds stratégique, pour traiter les maladies négligées au meilleur coût afin d'augmenter l'accès.

Annexes

(Neuvième réunion plénière, le 2 octobre 2009)

**Présence de maladies négligées et autres infections liées à la pauvreté, par pays,
et nombre total de pays où survient chaque maladie, Amérique latine et
les Caraïbes, selon les critères indiqués ci-après²**

Pays	Maladie											
	Maladie de Chagas	Syphilis congénitale	Rage humaine transmise par les chiens	Lèpre	Filariose lymphatique	Paludisme	Tétanos néonatal	Onchocercose	Peste	Schistosomiase	Géohelminthiase	Trachome
Anguilla	-	...	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-
Antigua et Barbuda	-	...	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-
Antilles néerlandaises	-	...	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-
Argentine	X	X	X	X	-	X	X	-	-	-	X	-
Aruba	-	...	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-
Bahamas	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-
Barbade	-	...	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-
Belize	X	X	-	-	-	X	-	-	-	-	X	-
Bolivie	X	X	X	X	-	X	X	-	- ^b	-	X	-
Brésil	X	X	X	X ^a	X	X	X	X	X	X	X	X
Chili	X	X	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-
Colombie	X	X	X	X	-	X	X	X	-	-	X	-
Costa Rica	X	X	-	X	-	X	-	-	-	-	X	-
Cuba	-	X	X	X	-	-	-	-	-	-	X	-
Dominique	-	...	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-
El Salvador	X	X	X	X	-	X	X	-	-	-	X	-
Equateur	X	X	-	X	-	X	X	X	X	-	X	-
Grenade	-	...	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-
Guadeloupe	-	...	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-
Guatemala	X	X	X	X	-	X	X	X	-	-	X	X
Guyana	X	X	-	X	X	X	-	-	-	-	X	-
Guyane française	X	...	-	-	-	X	-	-	-	-	X	-
Haiti	-	X	X	X	X	X	X ^a	-	-	-	X	-
Honduras	X	X	-	X	-	X	X	-	-	-	X	-
Iles Cayman	-	...	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-
Iles Turques et Caïques	-	...	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-
Iles vierges (EUA)	-	...	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-
Iles vierges (RU)	-	...	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-
Jamaïque	-	X	-	X	-	-	-	-	-	-	X	-

² OPS/HSD/CD. Epidemiological Profiles of Neglected Diseases and Other Infections Related to Poverty in Latin America and the Caribbean. Présentés lors de la consultation sur un fonds fiduciaire d'Amérique latine et des Caraïbes pour la prévention, le contrôle et l'élimination des maladies infectieuses négligées et autres maladies infectieuses Washington, D.C, 15 et 16 décembre 2008. Disponible à : http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_joomlabook&Itemid=259&task=display&id=37.

Pays	Maladie											
	Maladie de Chagas	Syphilis congénitale	Rage humaine transmise par les chiens	Lèpre	Filariose lymphatique	Paludisme	Tétanos néonatal	Onchocercose	Peste	Schistosomiase	Géohelminthiase	Trachome
Martinique	-	...	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-
Mexique	X	X	-	X	-	X	X	X	-	-	X	X
Montserrat	-	...	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-
Nicaragua	X	X	-	X	-	X	X	-	-	-	X	-
Panama	X	X	-	X	-	X	X	-	-	-	X	-
Paraguay	X	X	-	X	-	X	X	-	-	-	X	-
Pérou	X	X	X	X	-	X	X	-	X	-	X	-
République dominicaine	-	X	X	X	X	X	X	-	-	-	X	-
Saint Kitts et Nevis	-	...	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-
Saint Vincent et les Grenadines	-	...	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-
Sainte Lucie	-	...	-	X	-	-	-	-	-	X	X	-
Suriname	X	...	-	X	-	X	-	-	-	X	X	-
Trinité-et-Tobago	-	X	-	X	-	-	-	-	-	-	X	-
Uruguay	X	X	-	X	-	-	-	-	-	-	X	-
Venezuela	X	X	X	X	-	X	X	X	-	X	X	-
Nombre total de pays d'Amérique latine et des Caraïbes où se présentent les maladies	21	25	11	24	4	21	16	6	3	4	tous	3

^a Dans ces pays, la maladie est uniquement présente en tant que problème de santé publique ^b Région auparavant endémique

- Pas de données... Pas d'information

Critères :

Maladie de Chagas : indication de tout type de transmission ces 10 dernières années (1998-2007)

Schistosomiase : indication de la maladie ces 10 dernières années (1998-2007)

Filariose lymphatique : indication de la maladie ces 3 dernières années (2005-2007)

Géohelminthiase : indication de la maladie ces 10 dernières années (2005-2007)

Lèpre : indication de la maladie ces 3 dernières années (2005-2007)

Onchocercose : indication de la maladie ces 3 dernières années (2005-2007)

Rage humaine transmise par les chiens : indication de la maladie ces 3 dernières années (2006-2008)

Trachome : indication de la maladie ces 10 dernières années (1998-2007)

Tétanos néonatal : indication de la maladie ces 3 dernières années (2005-2007)

Syphilis congénitale : indication de la maladie ces 3 dernières années (2005-2007)

Paludisme : indication de la transmission locale continue ces 5 dernières années

Peste : indication de la maladie ces 3 dernières années (2006-2008)

Situation épidémiologique, objectifs d'élimination et stratégie d'élimination primaire pour certaines maladies négligées et autres infections liées à la pauvreté.³

Dans cette annexe sont détaillés les maladies proposées pour leur élimination, la situation épidémiologique, les buts et les stratégies. Les stratégies devront être adaptées par les pays mêmes selon leurs politiques de santé, la situation épidémiologique et l'organisation des réseaux de services de santé.

GROUPE 1 : Maladies avec de meilleures possibilités d'être éliminées (avec interventions disponibles efficaces par rapport aux coûts)			
Maladie	Situation épidémiologique	Objectifs	Stratégie primaire
Maladie de Chagas	<ul style="list-style-type: none"> – Indications de transmission dans 21 pays des Amériques. – On estime que 8 à 9 millions de personnes sont infectées actuellement. – 40 000 nouveaux cas de transmission par vecteur chaque année. – La transmission par les principaux vecteurs a été interrompue dans plusieurs pays (Uruguay, Chili et Brésil, Guatemala) et dans certaines régions (Argentine et Paraguay). – La plupart des pays d'Amérique latine sont en passe d'atteindre l'objectif de réalisation du dépistage de la maladie de Chagas dans 100% de leurs banques de sang. 	<ul style="list-style-type: none"> – Interrompre la transmission nationale par vecteur de <i>T. cruzi</i> (index d'infestation par les triatomes domestiques de moins de 1% et séroprévalence négative chez les enfants jusqu'à l'âge de cinq ans, à l'exception du minimum représenté par des cas parmi les enfants de mères séropositives). – Interrompre la transmission transfusionnelle de <i>T. cruzi</i> (100% couverture de dépistage du sang).⁴ – Intégrer le diagnostic de la maladie de Chagas dans le système de soins de santé primaire, afin de mettre à la disposition des patients un traitement et des soins médicaux pour les phases sévères et chroniques et pour consolider l'offre de traitements au niveau national, accroissant ainsi leur disponibilité. – Prévenir le développement des cardiomyopathies et des problèmes intestinaux liés à la maladie de Chagas, en offrant des soins de santé appropriés à ceux qui sont affectés par les différentes phases de la maladie. 	<ul style="list-style-type: none"> – Eliminer les vecteurs dans les maisons par le contrôle chimique. – Programmes de gestion environnementale. – Information/Education/Communication (IEC). – Dépistage d'échantillons de sang dans les banques de sang pour éviter la transmission par transfusion sanguine. – Dépistage des femmes enceintes et traitement pour éviter la transmission congénitale. – Bonnes pratiques de préparation alimentaire pour éviter la transmission par voie orale. – Traitement étiologique des enfants. – Offre de soins médicaux aux adultes atteints de la maladie de Chagas.

³ PAHO/HSD/CD. Epidemiological Profiles of Neglected Diseases and Other Infections Related to Poverty in Latin America and the Caribbean. Présenté lors de la consultation sur un fonds fiduciaire d'Amérique latine et de la Caraïbe pour la prévention, le contrôle et l'élimination des maladies infectieuses négligées et autres maladies infectieuses. Washington, D.C., 15 et 16 décembre 2008. Disponible à :

http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_joomlabook&Itemid=259&task=display&id=37.

⁴ Fondé sur : OMS. *Elimination de la transmission de la maladie de Chagas*. WHA51.14. Cinquante et unième Assemblée mondiale de la Santé 1998.

GROUPE 1 : Maladies avec de meilleures possibilités d'être éliminées (avec interventions disponibles efficaces par rapport aux coûts)			
Maladie	Situation épidémiologique	Objectifs	Stratégie primaire
Syphilis congénitale	<ul style="list-style-type: none"> – On estime que 250 000 cas de syphilis congénitale se présentent chaque année dans la Région. – Dans le cadre d'une enquête de 2006, 14 pays ont notifié l'incidence de la syphilis congénitale dans les naissances vivantes, avec une fourchette allant de 0 cas pour 1 000 naissances vivantes à Cuba à 1,56 au Brésil. 	<ul style="list-style-type: none"> – Eliminer la syphilis congénitale en tant que problème de santé publique (moins de 0,5 cas pour 1000 naissances vivantes).⁵ 	<ul style="list-style-type: none"> – Notification obligatoire de la syphilis et de la syphilis congénitale pour les femmes enceintes. – Dépistage sanguin universel pendant la première consultation prénatale (<20 semaines,) lors du troisième trimestre, pendant le travail et suivant la naissance d'un mort-né et un avortement/fausse-couche. – Traitement rapide et adéquat de toutes les femmes enceintes atteintes de syphilis, ainsi que pour les conjoints et les nouveau-nés.
Rage humaine transmise par les chiens	<ul style="list-style-type: none"> – La maladie a été présente dans 11 pays ces 3 dernières années. – Même si le nombre de cas humains est faible (16 en 2008) suite aux efforts des pays, le nombre de personnes qui vivent dans des régions à risque de rage canine reste encore élevé. – La majorité des cas se sont présentés en Haïti et en Bolivie. 	<ul style="list-style-type: none"> – Eliminer la rage humaine transmise par les chiens (zéro cas notifié au Système de surveillance épidémiologique pour la rage (SIRVERA) coordonné par l'OPS.⁶ 	<ul style="list-style-type: none"> – Vaccination de 80% de la population canine dans les régions d'endémicité. – Soins à 100% de la population à risque exposée avec prophylaxie post-exposition si nécessaire. – Surveillance épidémiologique. – Education et communication pour une meilleure sensibilisation au risque de la rage. – Contrôle de la population canine – De mesures pour éviter la réintroduction

⁵ Fondé sur: OPS. *Plan d'action pour l'élimination de la syphilis congénitale*. 116.^a Réunion du Comité exécutif. CE116/14. OPS, 1995.

⁶ Fondé sur : OPS. *15^e réunion interaméricaine, au niveau ministériel, sur la santé et l'agriculture (RIMSA): "Agriculture et santé : une alliance pour l'équité et le développement rural aux Amériques"*. CD48.R13. Quarante-huitième Conseil directeur.

GROUPE 1 : Maladies avec de meilleures possibilités d'être éliminées (avec interventions disponibles efficaces par rapport aux coûts)			
Maladie	Situation épidémiologique	Objectifs	Stratégie primaire
Lèpre	<ul style="list-style-type: none"> - Il existe 24 pays où la maladie était présente ces trois dernières années. - Le Brésil est le seul pays où la prévalence nationale n'a pas atteint "l'élimination en tant que problème de santé publique" de moins d'un cas pour 10 000 personnes. - En 2007, 49 388 cas de lèpre ont été notifiés aux Amériques et 42 000 nouveaux cas ont été dépistés. - La même année, 3 400 nouveaux cas (8% du total) ont été dépistés avec invalidité de degré 2. 	<ul style="list-style-type: none"> - Éliminer la lèpre en tant que problème de santé publique (moins d'un cas pour 10 000 personnes) des premiers niveaux politiques/administratifs infranationaux.^{7,8,9} 	<ul style="list-style-type: none"> - Surveillance intensifiée des contacts. - Traitement avec une association médicamenteuse pour au moins 99% de tous les patients. - Définir l'introduction appropriée de la chimioprophylaxie. - Dépistage des invalidités de degré 2.
Filariose lymphatique	<ul style="list-style-type: none"> - La maladie est présente au Brésil, en République dominicaine, en Guyana, et en Haïti. - D'après les estimations, jusqu'à 11 millions de personnes courent le risque de contracter l'infection. - La population la plus à risque se trouve en Haïti (90%). 	<ul style="list-style-type: none"> - Éliminer la maladie en tant que problème de santé publique (moins de 1% de prévalence de microfilaria chez les adultes dans les sites sentinelles et sites de contrôle ponctuel dans la zone). - Interrompre sa transmission (pas d'enfant âgés de 2 à 4 ans positifs). - Prévenir et contrôler l'invalidité.¹⁰ 	<ul style="list-style-type: none"> - Administration massive de médicaments (AMM) une fois par an pendant au moins 5 ans avec couverture au moins de 75% ou consommation de sel de table fortifié avec du diethylcarbamazine (DEC). - Surveillance de la morbidité de la FL par les systèmes locaux de surveillance sanitaire. - Prise en charge des cas de morbidité. - Intégration/coordination de AMM avec d'autres stratégies. - Stratégies de communication et éducation dans les écoles.

⁷ Fondé sur : OMS. *Élimination de la lèpre*. Quarante-quatrième Assemblée mondiale de la Santé. WHA44.9. Genève: OMS, 1991.

⁸ Fondé sur : OMS. Guide pour l'élimination de la lèpre en tant que problème de santé publique. Genève: OMS, 2000.

⁹ Pour substituer le but de l'élimination, le Brésil adoptera les buts recommandés pour le suivi épidémiologique de la maladie qui figurent dans le document de l'OMS « Enhanced Global Strategy for Further Reducing the disease burden due to leprosy 2011-2015 » (SEA-GLP-2009.4):

- Numéro et taux de cas nouveaux par 100.000 habitants dépistés par an
- Numéro et taux de cas nouveaux avec invalidité de degré 2 par 100.000 habitants par an
- Proportion de personnes qui finissent le traitement opportunément comme indicateur indirect de la guérison.

¹⁰ Fondé sur : WHO. Monitoring and epidemiological assessment of the programme to eliminate lymphatic filariasis at implementation unit level. Geneva:WHO; 2005.

GROUPE 1 : Maladies avec de meilleures possibilités d'être éliminées (avec interventions disponibles efficaces par rapport aux coûts)			
Maladie	Situation épidémiologique	Objectifs	Stratégie primaire
Paludisme	<ul style="list-style-type: none"> - Il existe 21 pays où le paludisme est endémique dans la Région. - Certains pays comme le Paraguay et l'Argentine sont de faible endémicité (moins d'un cas pour 1000 personnes à risque) et ont des foyers bien établis. - Dans la Caraïbe, seuls Haïti et la République dominicaine sont jugés à endémicité, notifiant environ 26 000 cas en 2007 (90% en Haïti). 	<ul style="list-style-type: none"> - Eliminer le paludisme dans les régions où l'interruption de la transmission locale est faisable (Argentine, République dominicaine, Haïti, Mexique, Paraguay et Amérique centrale).¹¹ - Elimination (zéro cas locaux pendant 3 années consécutives) ; pré-élimination (taux de positivité sur lame = < 5 % et <1 case / 1000 personnes à risque).¹² 	<ul style="list-style-type: none"> - Prévention, surveillance, dépistage précoce et endiguement de l'épidémie. - Lutte intégrée contre le vecteur. - Diagnostic rapide et traitement approprié des cas. - Pharmacovigilance de la résistance possible au traitement et utilisation des résultats pour définir la politique de traitement. - Renforcement des soins de santé primaires et intégration des efforts de prévention et de lutte avec d'autres programmes de santé. - Participation communautaire.
Tétanos néonatal	<ul style="list-style-type: none"> - La maladie est présente à des niveaux plus bas dans 16 pays ces 3 dernières années. - Un total de 63 cas ont été signalés en 2007 (38 en Haïti). - Il a été éliminé en tant que problème de santé publique dans tous les pays d'Amérique latine et des Caraïbes, sauf en Haïti. 	<ul style="list-style-type: none"> - Eliminer la maladie en tant que problème de santé publique (moins d'un cas pour 1000 nouveau-nés par année dans une municipalité ou district).¹³ 	<ul style="list-style-type: none"> - Vaccination antitétanique des femmes en âge de procréer. - Identification des zones à haut risque. - Surveillance adéquate. - Pratiques obstétricales propres au moment de l'accouchement/post-partum.

¹¹ Fondé sur : OPS. Paludisme : Rapport de progrès. 142e Session du Comité exécutif. CE142/16. OPS. 2008.

¹² Fondé sur : WHO. *Global control and elimination of malaria : Report of a technical review*. 17-18 January 2008. WHO. 2008. p.9.

¹³ Fondé sur: Pan American Health Organization. *Neonatal Tetanus Elimination: Field Guide*, Second edition. Scientific and Technical Publication No. 602, Washington, D.C., 2005.

GROUPE 1 : Maladies avec de meilleures possibilités d'être éliminées (avec interventions disponibles efficaces par rapport aux coûts)			
Maladie	Situation épidémiologique	Objectifs	Stratégie primaire
Onchocercose	<ul style="list-style-type: none"> - On estime que 500 000 personnes sont à risque dans la Région. - 13 foyers existent au Brésil, en Colombie, en Equateur, au Guatemala, au Mexique et au Venezuela. - Dans 6 foyers, la transmission semble avoir été interrompue suivant une administration massive de médicaments avec une couverture d'au moins 85% de la population éligible. - Ils sont sous surveillance actuellement pendant trois ans avant la certification de l'élimination. 	<ul style="list-style-type: none"> - Eliminer la morbidité oculaire et interrompre la transmission.^{14,15} 	<ul style="list-style-type: none"> - Administration massive de médicaments au moins deux fois par an pour arriver à couvrir au moins 85% de la population éligible dans chaque zone endémique. - Surveillance pour détecter les signes de morbidité oculaire, microfilaria, nodules. - Soins dermatologiques dans le cadre du système de soins de santé primaire dans les régions où l'infection cutanée est un problème.

¹⁴ Fondé sur : OPS. *Vers une élimination de l'onchocercose (cécité des rivières) aux Amériques. (CD48/10)*. XLVIII Conseil directeur de l'Organisation panaméricaine de la Santé. Washington, D.C.: OPS; 2008.

¹⁵ Fondé sur : OMS. Certification de l'élimination de l'onchocercose humaine : Critères et procédures. Document WHO/CDS/CPE/CEE/2001.18b, OMS, Genève 2001.

GROUPE 1 : Maladies avec de meilleures possibilités d'être éliminées (avec interventions disponibles efficaces par rapport aux coûts)			
Maladie	Situation épidémiologique	Objectifs	Stratégie primaire
Peste	<ul style="list-style-type: none"> - La maladie est présente dans des foyers sauvages dans 5 pays avec des cas sporadiques : Bolivie (pas de cas signalé pendant les 10 dernières années), Brésil, Equateur, Pérou et Etats-Unis. - Actuellement, le nombre de cas pour l'ensemble de l'Amérique latine est faible (environ 12 cas par an). - La plupart des cas sont signalés au Pérou. - Très peu de cas sont mortels. - Les cas se présentent généralement dans les petits villages d'une extrême pauvreté. 	<ul style="list-style-type: none"> - Eliminer en tant que problème de santé publique (zéro cas de mortalité et éviter les flambées de cas domiciliaires). 	<ul style="list-style-type: none"> - Dépistage précoce et traitement ponctuel. - Surveillance des foyers sauvages. - Amélioration de l'habitat et de l'assainissement. - Contrôle des rongeurs et des vecteurs. - Programmes intersectoriels pour l'amélioration du stockage des céréales. - Elimination adéquate des déchets agricoles. - Installations à l'extérieur pour l'élevage des "cuyes" (type de cochon d'inde utilisé pour la consommation alimentaire).
Trachome	<ul style="list-style-type: none"> - Indication de la présence de la maladie au Brésil, Guatemala et Mexique. - Des foyers ont été confirmés dans les états à la frontière du Brésil mais aucune donnée n'existe pour les pays voisins. - On estime que 50 millions de personnes vivent dans des régions à risque et environ 7 000 cas ont été identifiés au Brésil. 	<ul style="list-style-type: none"> - Eliminer les nouveaux cas de cécité causée par le trachome (réduction de la prévalence du trichiasis trachomateux à moins d'un cas pour 1000 (population générale) et réduire la prévalence du trachome folliculaire ou inflammatoire (TF ou TI) à moins de 5% chez les enfants âgés de 1 à 9 ans.^{16,17} 	<ul style="list-style-type: none"> - La stratégie "SAFE" est utilisée avec les composantes suivantes : <ul style="list-style-type: none"> • Eviter la cécité avec l'opération de la paupière en corrigeant l'inversion ou entropie de la paupière supérieure ou du trichiasis. • Réduire la transmission dans les zones endémiques en se lavant le visage et en utilisant des antibiotiques.

¹⁶ Fondé sur: OMS. Rapport sur la réunion scientifique globale pour les futures approches à la lutte contre le trachome : OMS; 1996. p. 4-7.

¹⁷ Fondé sur : OMS. Lutte contre le trachome : Un guide pour les responsables de programme. OMS, 2006.

GROUPE 2 : Maladies dont la prévalence peut être réduite drastiquement (avec les interventions disponibles efficaces par rapport aux coûts)			
Maladie	Situation épidémiologique	Objectifs	Stratégie primaire
Schistosomiase	<ul style="list-style-type: none"> – La maladie est présente dans les pays suivants : Brésil, Sainte-Lucie, Suriname et Venezuela. – Des études sont nécessaires pour confirmer l'élimination dans les régions où la maladie était endémique auparavant dans la Caraïbe. – On estime qu'environ 25 millions de personnes à risque vivent aux Amériques. – Environ 1 à 3 millions de personnes sont infectées selon les estimations. 	<ul style="list-style-type: none"> – Réduire la prévalence et le fardeau parasitaire dans les régions à haute transmission à moins de 10% de prévalence tel que mesurée par la numération quantitative des œufs.^{18,19} 	<ul style="list-style-type: none"> – Chimiothérapie préventive pour au moins 75% des enfants d'âge scolaire qui vivent dans des zones à risque, définies par une prévalence de plus de 10% pour les enfants d'âge scolaire. – Améliorations des systèmes d'évacuation des excréments et accès à l'eau potable et à l'éducation.
Géohelminthiase	<ul style="list-style-type: none"> – On estime que la géohelminthiase est présente dans tous les pays de la Région. – D'après les estimations régionales, le nombre d'enfants en âge scolaire exposés au risque de contracter la maladie serait de 26,3 millions en Amérique latine et les Caraïbes. – 13 des 14 pays avec des informations disponibles comptent plusieurs zones avec une prévalence supérieure à 20% de l'HTS. 	<ul style="list-style-type: none"> – Réduire la prévalence parmi les enfants d'âge scolaire dans les régions à haut risque (prévalence >50%) à moins de <20% tel que mesurée par la numération quantitative des œufs.²⁰ 	<ul style="list-style-type: none"> – Administration régulière de chimiothérapie préventive/administration massive de médicaments pour au moins 75% des enfants d'âge scolaire qui encourent le risque, tel que c'est défini par le pays qui prennent en compte la prévalence. Si la prévalence d'une helminthiase chez les enfants d'âge scolaire est $\geq 50\%$ (communauté à haut risque), traiter tous les enfants d'âge scolaire deux fois par an. Si la prévalence d'une helminthiase parmi les enfants d'âge scolaire est $\geq 20\%$ et $< 50\%$ (communauté à faible risque), traiter tous les enfants d'âge scolaire une fois par an. – Promouvoir l'accès à l'eau salubre, à l'assainissement et à l'éducation sanitaire par le biais de la collaboration intersectorielle.

¹⁸ Fondé sur : OMS. *Chimioprévention des helminthiases chez l'homme*. Genève: OMS; 2006.

¹⁹ Fondé sur : OMS. *Schistosomiase et géohelminthiases*. Cinquante-quatrième Assemblée mondiale de la Santé. WHA54.19. Genève: OMS, 2001.

²⁰ Fondé sur : OMS. *Chimioprévention des helminthiases chez l'homme*. Genève: OMS; 2006

CD49.R20 : Santé et tourisme

LE 49^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant examiné le rapport de la Directrice intitulé *Santé et tourisme* (document CD49/15) ;

Reconnaissant l'importance d'accroître la prise de conscience concernant l'importance des liens entre la santé et le tourisme pour la promotion de politiques nationales en matière de tourisme qui soient favorables à la santé et de la participation du secteur privé, des collectivités et des médias ;

Reconnaissant également l'importance de réfléchir aux facteurs relatifs à la santé et à l'environnement qui menacent le développement durable du tourisme dans la Région, en examinant les possibilités et les obstacles majeurs associés à ce développement aux Amériques ;

Considérant la nécessité de créer un cadre de coopération entre organisations internationales, régionales et spécialisées en matière de santé et de tourisme ;

Mettant l'accent sur l'importance de générer des informations fondées sur des preuves scientifiques pour déterminer l'impact du tourisme sur la santé publique et le développement durable des pays de la Région ;

Tenant en compte la nécessité de promouvoir des études épidémiologiques afin de calculer la charge de morbidité liée au tourisme et sa prévalence dans des groupes spécifiques de population et d'adopter les indicateurs fondamentaux pour le suivi et la définition de la qualité du tourisme sain ;

Reconnaissant le bien fondé de définir un cadre de mesures communes avec les organisations susceptibles de promouvoir ces mesures, ainsi que le cadre pour le suivi et l'évaluation d'un plan d'action,

DÉCIDE :

1. D'approuver les concepts contenus dans le document *Santé et tourisme* (CD49/15).
2. De prier instamment les États Membres de :
 - a) inclure dans leurs plans nationaux de santé, le tourisme et la santé, en soulignant les aspects ayant un rapport avec le tourisme, tels que la nutrition appropriée,

- l'activité physique, les conditions d'hygiène, la sécurité et la protection contre les risques sanitaires ;
- b) réaliser des évaluations de la charge de morbidité attribuable au tourisme et d'examiner les perspectives, croyances et les besoins servant de base à la prise de décisions selon les recommandations établies par le Forum régional de santé et tourisme ;
 - c) promouvoir et de considérer les mécanismes de surveillance sanitaire et d'analyse du risque existants à présent, ce qui pourrait inclure les systèmes hôteliers nationaux dans tous les pays de la Région ;
 - d) promouvoir une approche fondée sur le renforcement des ambiances favorables, sur la promotion des comportements favorables à la santé et le contrôle des personnes sur leurs propres déterminants de la santé ;
 - e) renforcer leur capacité d'analyser les événements de santé publique et les foyers liés aux établissements pour les touristes et les voyageurs, conformément au Règlement sanitaire international ;
 - f) renforcer la capacité des systèmes de santé de façon à générer des informations fondées sur des preuves stratégiques reliant la santé, le tourisme et le développement par l'évaluation des investissements actuels, de la couverture, de la qualité et du suivi des programmes nationaux ;
 - g) promouvoir, d'établir et de renforcer les systèmes d'information et les réseaux pour l'échange d'informations et des meilleures pratiques afférentes ;
 - h) promouvoir des dispositifs respectant l'environnement et la santé au travail dans la planification, la conception, la construction et l'exploitation d'hôtels et autres établissements liés au tourisme, afin de systématiser des informations pour la définition de méthodologies de certification sanitaire des établissements, en tant que valeur ajoutée pour l'industrie ;
 - i) promouvoir le développement de communautés favorables à la santé qui apportent de bénéfices tant pour la population que pour l'industrie du tourisme.
3. De demander à la Directrice de :
- a) poursuivre l'engagement de l'Organisation en la matière, d'actualiser sa stratégie de coopération et de formuler un plan d'action régional (2010-2020) couvrant les différents domaines du programme ;

- b) mettre en place le Forum régional de santé et tourisme afin d'examiner le concept du tourisme favorable à la santé, de promouvoir la coopération technique entre les pays, de favoriser un échange de connaissances et d'informations et de faire avancer les partenariats avec des organisations privées et des collectivités afin que les pays adoptent des politiques reliant la santé et le tourisme ;
- c) mobiliser les ressources et agir de manière interprogrammatique en faveur d'une mise en œuvre efficace et durable de la stratégie et du plan d'action régional ;
- d) promouvoir la création et l'application de normes sanitaires et touristiques de qualité pour améliorer la compétitivité du tourisme dans les pays de la Région ;
- e) renforcer la capacité du personnel des secteurs public et privé, y compris les fonctionnaires de santé de l'environnement et les employés du secteur hôtelier, concernant les meilleures pratiques pour la gestion des problèmes liés au tourisme et l'environnement (comme l'élimination des eaux usées et des déchets solides dans les installations touristiques, la manipulation des aliments, etc.) ;
- f) promouvoir l'adoption de normes et de réglementation dans les pays intéressés par le développement du produit touristique « voyages pour raisons de santé » (rétablissement et récupération, chirurgie, produits de bien-être, autres procédures médicales).

(Neuvième réunion, 2 octobre 2009)

CD49.R21 : Traitement du Directeur du Bureau sanitaire panaméricain et amendements au Règlement du personnel

LE 49^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant considéré les amendements au Règlement et au Statut du personnel du Bureau sanitaire panaméricain soumis par la Directrice en Annexe au document CD49/27 ;

Considérant la révision du barème de traitements de base minima pour les catégories professionnelle et de rang supérieur, avec effet au 1^{er} janvier 2009 (résolution CE144.R15) ;

Tenant compte des mesures prises par la Soixante-deuxième Assemblée mondiale de la Santé concernant le traitement des Directeurs régionaux ;

Reconnaissant le besoin d'uniformité dans les conditions d'emploi du personnel du Bureau sanitaire panaméricain et de l'Organisation mondiale de la Santé, et de cohérence dans le Règlement et le Statut du Personnel du Bureau sanitaire panaméricain,

DÉCIDE :

1. D'établir le traitement annuel de la Directrice du Bureau sanitaire panaméricain avec effet au 1^{er} janvier 2009 à 194 820 USD avant déduction des contributions, soit un traitement net modifié de 139 633 USD (avec personnes à charge) ou de 125 663 USD (sans personnes à charge).
2. D'approuver l'amendement à l'alinéa 11.2 du Statut du personnel précisant la compétence du Tribunal Administratif de l'Organisation internationale du Travail pour connaître les requêtes formées par les fonctionnaires du Bureau sanitaire panaméricain.

(Neuvième réunion, 2 octobre 2009)

CD49.R22 : Réseaux intégrés de services de santé fondés sur les soins de santé primaires

LE 49^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant examiné le rapport de la Directrice intitulé *Réseaux intégrés de services de santé fondés sur les soins de santé primaires* (document CD49/16), dans lequel est résumé le problème de la fragmentation des services de santé et est proposée la mise en place de réseaux intégrés de services de santé pour y remédier ;

Préoccupé par les niveaux élevés de fragmentation des services de santé et par leur répercussion négative sur la performance générale des systèmes de santé, qui se traduisent par des difficultés en termes d'accès aux services, une prestation de services de faible qualité technique, une utilisation irrationnelle et inefficace des ressources disponibles, l'accroissement inutile des coûts de production et la faible satisfaction des usagers envers les services reçus ;

Conscient de la nécessité de renforcer les systèmes de santé fondés sur les soins de santé primaires (SSP) comme stratégie fondamentale en vue d'atteindre les buts nationaux et internationaux de santé, notamment ceux qui sont stipulés dans les objectifs du Millénaire pour le développement ;

Reconnaissant que les réseaux intégrés de services de santé constituent l'une des principales expressions opérationnelles de l'approche axée sur les soins de santé

primaires au niveau de la prestation de services de santé, qu'ils contribuent à concrétiser plusieurs de leurs éléments essentiels comme la couverture et l'accès universels ; le premier contact ; les soins intégrés ; les soins de santé appropriés ; l'organisation et la gestion optimales et l'action intersectorielle, entre autres ;

Conscient que les réseaux intégrés de services de santé améliorent l'accès au système, réduisent les soins inadéquats, réduisent la fragmentation des soins de santé, évitent la duplication des infrastructures et des services, abaissent les coûts de production et répondent mieux aux besoins et aux attentes des personnes et des communautés ;

Reconnaissant les engagements pris conformément à l'article III de la Déclaration de Montevideo relative à la refonte des soins de santé primaires, au paragraphe 49 du Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017 et au paragraphe 6 du Consensus d'Iquique du XVII^e Sommet ibéro-américain des Ministres de la Santé, qui soulignent la nécessité de créer des modèles de soins de santé plus intégrés, qui comprennent les réseaux de services de santé,

DÉCIDE :

1. D'exhorter les États membres à :
 - a) prendre conscience du problème de la fragmentation des services de santé dans le système de santé, et le cas échéant, dans les sous-systèmes qui le composent ;
 - b) promouvoir un dialogue avec toutes les parties prenantes, et en particulier avec les prestataires de services de santé et les personnes qui administrent les soins à domicile et dans la communauté en général, sur le problème de la fragmentation des services et les stratégies pour y remédier ;
 - c) élaborer un plan national d'action visant à promouvoir la mise en place de réseaux intégrés de services de santé, intégrant une approche de la santé familiale et communautaire, comme modalité préférentielle de prestation de services de santé au niveau national ;
 - d) promouvoir la formation et la gestion des ressources humaines compatibles avec la création des réseaux intégrés de services de santé ;
 - e) mettre en œuvre et évaluer périodiquement le plan national d'action pour le développement des réseaux intégrés de services de santé.

2. Demander à la Directrice de :
- a) soutenir les pays de la Région dans l'élaboration de leurs plans nationaux d'action pour la création des réseaux intégrés de services de santé ;
 - b) promouvoir la création de réseaux intégrés de services de santé au niveau des frontières communes, ce qui comprend, le cas échéant, des mécanismes de coopération et de compensation pour les services fournis entre différents pays (ou « services partagés » dans le cas de la Caraïbe) ;
 - c) élaborer des cadres conceptuels et analytiques, des outils, des méthodes et des guides qui facilitent la mise en place de réseaux intégrés de services de santé ;
 - d) élaborer un document d'orientation pour la mise en œuvre des réseaux intégrés de services de santé, en assurant la participation des parties prenantes ;
 - e) soutenir la formation et la gestion de ressources humaines de la santé compatibles avec la mise en place de réseaux intégrés de services de santé, y compris des personnes qui ne perçoivent aucune rémunération et fournissent des soins de santé à domicile et dans la communauté ;
 - f) mobiliser des ressources à l'appui de la mise en place de réseaux intégrés de services de santé dans la Région, ce qui recouvre la documentation des bonnes pratiques et l'échange d'expériences couronnées de succès entre les pays ;
 - g) élaborer un cadre d'audit et d'évaluation, qui inclut des indicateurs de la performance et de mécanismes de suivi, afin d'évaluer les plans d'action et l'état d'avancement des réseaux intégrés de services de santé ;
 - h) promouvoir un dialogue avec la communauté des organismes de coopération/bailleurs de fonds internationaux dans le but de favoriser une prise de conscience du problème de la fragmentation des services de santé et de chercher à obtenir leur appui pour la mise en place de réseaux intégrés de services de santé dans la Région.

(Neuvième réunion plénière, le 2 octobre 2009)

Décisions

CD49(D1) : Constitution de la Commission de vérification des pouvoirs

Conformément à l'Article 31 du Règlement intérieur du Conseil directeur, le Conseil a nommé Belize, le Brésil et Costa Rica en tant que membres de la Commission de vérification des pouvoirs.

(Première séance, 28 septembre 2009)

CD49(D2) : Election du Bureau

Conformément à l'Article 16 du Règlement intérieur du Conseil directeur, le Conseil a nommé le Paraguay comme Président, Dominique et le Nicaragua comme Vice-présidents et la République dominicaine comme Rapporteur du 49^e Conseil directeur.

(Première séance, 28 septembre 2009)

CD49(D3) : Adoption de l'ordre du jour

Conformément à l'Article 10 du Règlement intérieur du Conseil directeur, le Conseil a adopté sans modifications l'ordre du jour présenté par la Directrice (document CD49/1, Rév. 1).

(Première séance, 28 septembre 2009)

CD49(D4) : Constitution de la Commission générale

Conformément à l'Article 32 du Règlement intérieur du Conseil directeur, le Conseil a nommé le Canada, Cuba et les États-Unis d'Amérique comme membres de la Commission générale.

(Première séance, 28 septembre 2009)

CD49(D5) : Sélection d'un État Membre de la Région des Amériques habilité à désigner une personne au Conseil conjoint de coordination du Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales (TDR) de l'UNICEF/PNUD/Banque mondiale/OMS à l'expiration du mandat du Brésil

Le Conseil directeur a choisi l'Equateur comme l'État Membre de la Région des Amériques habilité à nommer une personne à siéger auprès du Conseil conjoint de coordination du Programme spécial de recherche et de formation sur les maladies tropicales de l'UNICEF/PNUD/Banque mondiale/OMS, dès le 1^{er} janvier 2010.

(Cinquième séance, 30 septembre 2009)

CD49(D6) : Sélection de deux États Membres de la Région des Amériques appelés à désigner un représentant pour siéger au Comité de politique et de coordination du Programme spécial PNUD/Banque mondiale/OMS de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine à l'expiration des mandats de l'Argentine et du Mexique

Le Conseil directeur a choisi le Guatemala et le Paraguay comme les États Membres de la Région des Amériques habilités à nommer un représentant auprès du Comité de politique et de coordination du Programme spécial de recherche, développement et formation en recherche pour la reproduction humaine du PNUD/Banque mondiale/OMS pour une période de trois ans, dès le 1^{er} janvier 2010.

(Cinquième séance, 30 septembre 2009)

EN FOI DE QUOI, La Présidente du 49^e Conseil directeur, Déléguée du Paraguay et le Secrétaire *ex officio*, Directrice du Bureau sanitaire panaméricain signent le Rapport en langue française.

FAIT à Washington D.C., États-Unis d'Amérique, en ce second jour d'octobre de l'année deux mille neuf. Le Secrétaire déposera les textes originaux dans les archives du Bureau sanitaire panaméricain.

Esperanza Martínez
Présidente du 49^e Conseil directeur
Déléguée du Paraguay

Mirta Roses Periago
Secrétaire *ex officio* du 49^e Conseil directeur
Directrice du Bureau sanitaire panaméricain

ORDRE DU JOUR

1. OUVERTURE DE LA SESSION

2. QUESTIONS RELATIVES AU REGLEMENT

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

3. QUESTIONS RELATIVES A LA CONSTITUTION

- 3.1 Rapport annuel du Président du Comité exécutif
- 3.2 Rapport annuel du Directeur du Bureau sanitaire panaméricain
- 3.3 Élection de trois États Membres au Comité exécutif au terme des mandats des États-Unis d'Amérique, de Trinité-et-Tobago et de l'Uruguay

4. QUESTIONS RELATIVES A LA POLITIQUE DES PROGRAMMES

- 4.1 Projet de Budget et programme de l'OPS 2010-2011
- 4.2 Plan stratégique de l'OPS 2008-2012 amendé (Projet)
- 4.3 Nouveau barème de contributions
- 4.4 Plan d'action pour la santé des personnes âgées y compris le vieillissement sain et actif

4. QUESTIONS RELATIVES A LA POLITIQUE DES PROGRAMMES (*suite*)

- 4.5 Élimination des maladies négligées et autres infections liées à la pauvreté
- 4.6 Politique sur la recherche pour la santé
- 4.7 Stratégie et plan d'action sur la santé mentale
- 4.8 Plan d'action sur la santé des adolescents et des jeunes
- 4.9 Plan d'action pour la mise en application de la politique en matière d'égalité des sexes
- 4.10 Cadre politique pour le don et la transplantation d'organes humains
- 4.11 Santé et tourisme
- 4.12 Réseaux intégrés de services de santé fondés sur les soins de santé primaires
- 4.13 Réforme institutionnelle du Centre d'information sur les sciences de la santé pour l'Amérique latine et les Caraïbes (BIREME)
- 4.14 Révision institutionnelle et réorganisation interne de l'Institut de nutrition de l'Amérique centrale et du Panama (INCAP)
- 4.15 Plan d'action pour la prévention de la cécité et des déficiences visuelles évitables
- 4.16 Santé familiale et communautaire
- 4.17 Fonds renouvelable pour l'achat de vaccins de l'Organisation panaméricaine de la Santé
- 4.18 Table ronde sur la sécurité des hôpitaux
- 4.19 Débat en panel sur l'Alliance panaméricaine pour la nutrition et le développement en vue de l'atteinte des objectifs du Millénaire pour le développement

5. QUESTIONS ADMINISTRATIVES ET FINANCIERES

- 5.1 Rapport sur le recouvrement des contributions
- 5.2 Rapport financier intérimaire de la Directrice pour 2008
- 5.3 Amendements au Règlement financier et aux Règles de gestion financière
- 5.4 Projet de création d'un Comité d'audit
- 5.5 Traitement du Directeur du Bureau sanitaire panaméricain et amendements au Règlement du personnel

6. SELECTION D'ÉTATS MEMBRES POUR FAIRE PARTIE DES CONSEILS OU COMITES

- 6.1 Sélection d'un État Membre de la Région des Amériques habilité à désigner une personne au Conseil conjoint de coordination du Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales (TDR) de l'UNICEF/PNUD/Banque mondiale/OMS à l'expiration du mandat du Brésil
- 6.2 Sélection de deux États Membres de la Région des Amériques appelés à désigner un représentant pour siéger au Comité de politique et de coordination du Programme spécial PNUD/Banque mondiale/OMS de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine à l'expiration des mandats de l'Argentine et du Mexique
- 6.3 Élection de cinq membres non permanents pour faire partie du Comité consultatif du Centre d'information sur les sciences de la santé pour l'Amérique latine et les Caraïbes (BIREME)

7. PRIX

- 7.1 Prix de l'OPS pour l'administration 2009

8. QUESTIONS SOUMISES POUR INFORMATION

- 8.1 Code de pratique pour le recrutement international des personnels de santé : Document de référence de l’OMS
- 8.2 Rapport sur les progrès réalisés en matière technique : Règlement sanitaire international (*y compris le rapport sur la pandémie [H1N1] 2009*)
- 8.3 Résolutions et autres actions d’organisations intergouvernementales revêtant un intérêt pour l’OPS :
 - 8.3.1 Résolutions et autres mesures prises à la 62^e Assemblée mondiale de la Santé
 - 8.3.2 Résolutions et autres actions de la Trente-neuvième session ordinaire de l’Assemblée générale de l’Organisation des États Américains
 - 8.3.3 Rapport du Cinquième Sommet des Amériques
- 8.4 Rapports d’avancement des questions administratives et financières :
 - 8.4.1 État de la mise en œuvre des Normes comptables internationales du secteur public (IPSAS)
 - 8.4.2 Fonds directeur d’investissement

9. AUTRES QUESTIONS

10. CLOTURE DE LA SESSION

LIST DE DOCUMENTS

Documents Officiel

Document Officiel 328	Plan stratégique de l'OPS 2008-2012 amendé (Projet)
Document Officiel 333*	Projet de Budget et programme de l'OPS 2010-2011
Document Officiel 333, Add I	Addendum au Projet de Budget et programme de l'OPS 2010-2011
Document Officiel 335*	Rapport financier intérimaire de la Directrice pour 2008

Documents de travail

CD49/1, Rév. 1	Ordre du Jour
CD49/2	Rapport annuel du Président du Comité exécutif
CD49/3, Rév. 1	Rapport annuel du Directeur du Bureau sanitaire Panaméricain
CD49/4	Élection de trois États Membres au Comité exécutif au terme des mandats des États-Unis d'Amérique, de Trinité-et-Tobago et de l'Uruguay
CD49/5, Rév. 1	Projet de Budget et programme de l'OPS 2010-2011
CD49/6	Plan stratégique de l'OPS 2008-2012 amendé (Projet)
CD49/7	Nouveau barème de contributions
CD49/8	Plan d'action pour la santé des personnes âgées y compris le vieillissement sain et actif
CD49/9	Élimination des maladies négligées et autres infections liées à la pauvreté

• Ce document existe seulement en version anglaise ou espagnole; ci-joint dans la documentation française la version en anglais.

Documents de travail (*suite*)

CD49/10	Politique sur la recherche pour la santé
CD49/11	Stratégie et plan d'action sur la santé mentale
CD49/12	Plan d'action sur la santé des adolescents et des jeunes
CD49/13	Plan d'action pour la mise en application de la politique en matière d'égalité des sexes
CD49/14	Cadre politique pour le don et la transplantation d'organes humains
CD49/15	Santé et tourisme
CD49/16	Réseaux intégrés de services de santé fondés sur les soins de santé primaires
CD49/17	Réforme institutionnelle du Centre d'information sur les sciences de la santé pour l'Amérique latine et les Caraïbe (BIREME)
CD49/18	Révision institutionnelle et réorganisation interne de l'Institut de nutrition de l'Amérique centrale et du Panama (INCAP)
CD49/19	Plan d'action pour la prévention de la cécité et des déficiences visuelles évitables
CD49/20	Santé familiale et communautaire
CD49/21	Fonds renouvelable pour l'achat de vaccins de l'Organisation panaméricaine de la Santé
CD49/22 et Add. I	Table ronde sur la sécurité des hôpitaux
CD49/23, Rév. 1 et Add. I	Débat en panel sur l'Alliance panaméricaine pour la nutrition et le développement en vue de l'atteinte des objectifs du Millénaire pour le développement

Documents de travail (*suite*)

CD49/24 et Add. I	Rapport sur le recouvrement des contributions
CD49/25	Amendements au Règlement financier et aux Règles de gestion financière
CD49/26	Projet de création d'un comité d'audit
CD49/27	Traitement du Directeur du Bureau sanitaire panaméricain et Amendements au Règlement du personnel
CD49/28	Sélection d'un État Membre de la Région des Amériques habilité à désigner une personne au Conseil conjoint de coordination du Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales (TDR) de l'UNICEF/PNUD/Banque mondiale/OMS à l'expiration du mandat du Brésil
CD49/29	Sélection de deux États Membres de la Région des Amériques appelés à désigner un représentant pour siéger au Comité de politique et de coordination du Programme spécial PNUD/Banque mondiale/OMS de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine à l'expiration des mandats de l'Argentine et du Mexique
CD49/30	Élection de cinq membres non permanents pour faire partie du Comité consultatif du Centre d'information sur les sciences de la santé pour l'Amérique latine et les Caraïbes (BIREME)
CD49/31	Prix de l'OPS pour l'administration 2009

Documents d'Information

CD49/INF/1	Code de pratique pour le recrutement international des personnels de santé : Document de référence de l'OMS
------------	---

Documents d'Information (*suite*)

CD49/INF/2, Rév. 1	Rapport sur les progrès réalisés en matière technique : Règlement sanitaire international (y compris le rapport sur la pandémie [H1N1] 2009)
CD49/INF/3	Résolutions et autres actions d'organisations intergouvernementales revêtant un intérêt pour l'OPS
<i>CD49/INF/3-A</i>	Résolutions et autres mesures prises à la 62 ^e Assemblée mondiale de la Santé
<i>CD49/INF/3-B</i>	Résolutions et autres actions de la Trente-neuvième session ordinaire de l'Assemblée générale de l'Organisation des États Américains
<i>CD49/INF/3-C</i>	Rapport du Cinquième Sommet des Amériques
CD49/INF/4	Rapports d'avancement des questions administratives et financières :
<i>CD49/INF/4-A</i>	État de la mise en œuvre des Normes comptables internationales du secteur public (IPSAS)
<i>CD49/INF/4-B</i>	Fonds directeur d'investissement

**LIST OF PARTICIPANTS/
LISTA DE PARTICIPANTES**

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS

**ANTIGUA AND BARBUDA/ANTIGUA Y
BARBUDA**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Mr. John Jarvis
Permanent Secretary
Ministry of Health, Sports, and
Youth Affairs
St. John's

Delegate – Delegado

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

ARGENTINA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Juan Manzur
Ministro de Salud
Ministerio de Salud
Buenos Aires

Delegates – Delegados

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

Dr. Máximo Diosque
Secretario de Promoción y Programas
Sanitarios
Ministerio de Salud
Buenos Aires

Alternates – Alternos

Dr. Oscar Balverdi
Ministro de Salud de la
Provincia de San Juan
Ministerio de Salud
San Juan

ARGENTINA (cont.)

Alternates – Alternos (cont.)

Dra. Cristina Liliana Uria
Ministra de Salud de la Provincia
de Río Negro
Ministerio de Salud
Río Negro

Dr. Ángel Francisco Giano
Ministro de Salud y Acción Social
de la Provincia de Entre Ríos
Ministerio de Salud
Entre Ríos

Lic. Sebastian Tobar
Director Nacional de Relaciones
Internacionales
Ministerio de Salud
Buenos Aires

Sr. Maximiliano Ojeda
Coordinador de Ceremonial
Ministerio de Salud
Buenos Aires

Sra. Valeria Zapemoschny
Coordinadora de Prensa y
Comunicación Social
Ministerio de Salud
Buenos Aires

Su Excelencia Rodolfo Gil
Embajador, Representante Permanente
de Argentina ante la Organización de
los Estados Americanos
Washington, D.C.

Ministro Martín G. Bustillo
Representante Alternativo de Argentina ante
la Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

ARGENTINA (cont.)

Alternates – Alternos (cont.)

Sra. Ana M. Pastorini
Consejera, Representante Alternata
de Argentina ante la Organización de
los Estados Americanos
Washington, D.C.

BAHAMAS

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Senator Hon. Dion Foulkes
Minister of Labor and Social Development
Ministry of Labor and Social Development
Nassau

Delegates – Delegados

His Excellency Cornelius Smith
Ambassador
Embassy to the Commonwealth of
The Bahamas
Washington, D.C.

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

Alternates – Alternos

Mrs. Elizabeth Keju
Under Secretary
Ministry of Health and Social Development
Nassau

Ms. Rhoda Jackson
Charged' Affairs and Interim
Representative
Permanent Mission of The Bahamas
to the Organization of American States
Washington, D.C.

Ms. Bridgett McKay
Second Secretary
Embassy of the Commonwealth of
The Bahamas
Washington, D.C.

BARBADOS

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. Donville Inniss
Minister of Health
Ministry of Health
St. Michael

Delegates – Delegados

Mr. Ronald Fitt
Permanent Secretary
Ministry of Health
St. Michael

Dr. Elizabeth Ferdinand
Senior Medical Officer of Health
Ministry of Health
St. Michael

Alternates – Alternos

Mr. Danny Gill
Director, Planning and
Research Unit
Ministry of Health
St. Michael

Ms. Donna Forde
Counselor, Alternate Representative of
Barbados to the Organization of
American States
Washington, D.C.

BELIZE/BELICE

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. Pablo Saul Marin
Minister of Health
Ministry of Health
Belmopan City

Delegates – Delegados

Dr. Michael Pitts
Director of Health Services
Ministry of Health
Belmopan City

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

BELIZE/BELICE (cont.)

Delegates – Delegados (cont.)

Ms. Kendall Belisle
First Secretary, Alternate Representative
of Belize to the Organization of
American States
Washington, D.C.

BOLIVIA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Ramiro Tapia
Ministro de Salud y Deportes
Ministerio de Salud y Deportes
La Paz

Delegates – Delegados

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

Su Excelencia José E. Pinelo
Embajador, Representante Permanente
de Bolivia ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

Alternates – Alternos

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

Sra. Aylin Oropeza
Primera Secretaria, Representante Alterna
de Bolivia ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

BRAZIL/BRASIL

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. José Gomes Temporão
Ministro da Saúde
Ministério da Saúde
Brasília

Delegates – Delegados

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

Dr. Luiz Fernando Beskow
Diretor de Programa da Secretaria
Executiva
Ministério da Saúde
Brasília

Alternates – Alternos

Dr. Paulo E. Gadelha Vieira
Presidente da Fundação Oswaldo Cruz
Rio de Janeiro

Dr. José Luiz Telles de Almeida
Diretor do Departamento de Ações
Programáticas Estratégicas da
Secretaria de Atenção a Saúde
Ministério da Saúde
Brasília

Ministro Eduardo Botelho Barbosa
Assessor Especial do Ministro
para Assuntos Internacionais
Ministério da Saúde
Brasília

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

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

BRAZIL/BRASIL (cont.)

Alternates – Alternos (cont.)

Dr. Leandro Luiz Viegas
Chefe da Assessoria de Assuntos
Internacionais de Saúde
Ministério da Saúde
Brasília

Ministro Silvio José Albuquerque e Silva
Chefe da Divisão de Temas Sociais
Ministério da Saúde
Brasília

Sr. Luis Renato Strauss
Chefe Da Divisão de Lá Prensa da
Assessoria de Comunicação Social
Ministério da Saúde
Brasília

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

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

CANADA/CANADÁ

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Karen Dodds
Assistant Deputy Minister
Health Canada
Ottawa

Delegates – Delegados

Mr. Martin Methot
Director
International Affairs Directorate
Health Canada
Ottawa

CANADA/CANADÁ (cont.)

Delegates – Delegados (cont.)

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

Alternates – Alternos

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

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

Ms. Ranu Sharma
Senior Policy Analyst
Planning and Public Health
Integration Branch
Public Health Agency
Ottawa, Ontario

Ms. Sarada Leclerc
Health A/Team Leader
Canadian International Development
Agency
Gatineau, Quebec

His Excellency Graeme Clark
Ambassador, Permanent Representative
of Canada to the Organization of
American States
Washington, D.C.

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

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

CHILE

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dra. Jeannette Vega
Subsecretaria de Salud Pública
Ministerio de Salud
Santiago

Delegates – Delegados

Sra. Paula Forttes Valdivia
Directora del Servicio Nacional
del Adulto Mayor
Ministerio de Salud
Santiago

Sr. José Miguel Huerta
Jefe de la Oficina de Cooperación y
Asuntos Internacionales
Ministerio de Salud
Santiago

Alternates – Alternos

Dra. Helia Molina
Jefa de la División de Políticas Públicas
Saludables y Promoción
Oficina de Cooperación y Asuntos
Internacionales
Ministerio de Salud
Santiago

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

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

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

COLOMBIA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Carlos Ignacio Cuervo
Viceministro de Salud y Bienestar
Ministerio de la Protección Social
Santa Fe de Bogotá

Delegate – Delegado

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

COSTA RICA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Daniel Salas Peraza
Director de Mercadotecnia de la Salud
Ministerio de Salud
San José

Delegate – Delegado

Sra. Maritza Chan Valverde
Ministra Consejera
Misión Permanente de Costa Rica ante
la Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

CUBA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Eleuterio R. González Martín
Viceministro de Docencia e
Investigaciones
Ministerio de Salud Pública
La Habana

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

CUBA (cont.)

Delegates – Delegados

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

Sr. Jorge Bolaños
Jefe de la Sección de Intereses
Washington, D.C.

Alternate – Alterno

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

DOMINICA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. John Fabien
Minister for Health and Environment
Ministry for Health and Environment
Roseau

Delegate – Delegado

Dr. Dorian Shillingford
Chairman
Dominica Medical Board
Ministry for Health and Environment
Roseau

**DOMINICAN REPUBLIC/REPÚBLICA
DOMINICANA**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

**DOMINICAN REPUBLIC/REPÚBLICA
DOMINICANA** (cont.)

Delegates – Delegados

Dra. Tirsis Quezada
Subsecretaria de Desarrollo Institucional
Secretaría de Estado de Salud Pública
y Asistencia Social
Santo Domingo

Sr. Luis Fernández Guzmán
Ministro Consejero, Representante Alterno
de la República Dominicana ante la
Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

Alternates – Alternos

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

Sr. Francisco Cruz
Consejero, Representante Alterno de la
República Dominicana ante la
Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

ECUADOR

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

Sra. Elizabeth Moreano
Representante Alternata
Misión Permanente del Ecuador ante la
Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

ECUADOR (cont.)

Delegates – Delegados (cont.)

Dra. Mariuxi Vera
Funcionaria Despacho Ministerial
Ministerio de Salud Pública
Quito

Alternates – Alternos

Dr. Edgar Godoy
Asesor Despacho Ministerial
Ministerio de Salud Pública
Quito

Dr. William Córdova
Funcionario Despacho Ministerial
Ministerio de Salud Pública
Quito

EL SALVADOR

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dra. María Isabel Rodríguez
Ministra de Salud Pública
y Asistencia Social
Ministerio de Salud Pública
y Asistencia Social
San Salvador

Delegates – Delegados

Dr. Eduardo Espinoza
Viceministro de Salud Pública
y Asistencia Social
Políticas Sectoriales
Ministerio de Salud Pública
y Asistencia Social
San Salvador

Su Excelencia Luis Menéndez Leal
Embajador, Representante Interino de
El Salvador ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

EL SALVADOR (cont.)

Alternate – Alterno

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

FRANCE/FRANCIA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

S.E. Madame Marie-France Pagnier
Ambassadeur, Observateur permanent
de la France près l'Organisation des
États Américains
Washington, D.C.

Delegates – Delegados

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

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

GRENADA/GRANADA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

GUATEMALA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dra. Silvia Palma de Ruiz
Viceministra de Hospitales
Ministerio de Salud Pública
y Asistencia Social
Guatemala

Delegates – Delegados

Dr. Israel Lemus
Director General
Sistema Integral de Atención en Salud
Ministerio de Salud Pública
y Asistencia Social
Guatemala

Lic. Bernardita Lourdes Xitumul
Directora del Departamento de
Cooperación Internacional y
Planificación Estratégica
Ministerio de Salud Pública
y Asistencia Social
Guatemala

GUYANA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

Dr. Sonia Chehil
Mental Health Advisor
Ministry of Health
Georgetown

Ms. Amanda Ramsammy
Ministry of Health
Georgetown

HAITI/HAÏTÍ

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegate – Delegado

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

JAMAICA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. Rudyard Spencer
Minister of Health
Ministry of Health
Kingston

Delegates – Delegados

Dr. Jean Dixon
Permanent Secretary
Ministry of Health
Kingston

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

MEXICO/MÉXICO

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

MEXICO/MÉXICO (cont.)

Delegates – Delegados

Dr. Jorge Valdez García
Director General de Calidad y Educación
en Salud
Secretaría de Salud
México, D.F.

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

Alternates – Alternos

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

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

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

Sra. Rosa Zárate
Codirectora Centro Colaborador
OPS/México
Universidad Autónoma de México
México, D.F.

Sra. Susana Salas
Asuntos Internacionales
Universidad Autónoma de México
México, D.F.

NICARAGUA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Guillermo González
Ministro de Salud
Ministerio de Salud
Managua

Delegates – Delegados

Dr. Alejandro José Solís Martínez
Director General de Planificación
y Desarrollo
Ministerio de Salud
Managua

Sra. Agnes María Alvarado Guevara
Segunda Secretaria
Misión Permanente de Nicaragua ante la
Organización de los Estados
Americanos
Washington D.C.

PANAMA/PANAMÁ

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Franklin Vergara
Ministro de Salud
Ministerio de Salud
Ciudad de Panamá

Delegates – Delegados

Dr. Julio Santamaría Rubio
Viceministro de Salud
Ministerio de Salud
Ciudad de Panamá

Sr. Félix Bonilla
Secretario General
Ministerio de Salud
Ciudad de Panamá

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

PANAMA/PANAMÁ (cont.)

Alternates – Alternos

Su Excelencia Guillermo Cochez
Embajador de la República de Panamá
ante los Estados Unidos de América
Washington D.C.

Lic. Gabriel Cedeño
Director de Asuntos Internacionales
Ministerio de Salud
Ciudad de Panamá

Sra. Menitza Xiomara Mandiche Piza
Consejero, Representante Alterno
de Panamá ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington D.C.

Sr. Milton Ruiz
Consejero, Representante Alterno
de Panamá ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington D.C.

PARAGUAY

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dra. Esperanza Martínez
Ministra de Salud Pública y
Bienestar Social
Ministerio de Salud Pública y
Bienestar Social
Asunción

Delegates – Delegados

Dra. María Cristina Guillen
Ministerio de Salud Pública y
Bienestar Social
Asunción

Lic. Enrique García de Zuñiga
Ministerio de Salud Pública y
Bienestar Social
Asunción

PARAGUAY (cont.)

Alternates – Alternos

Dr. Iván Allende Criscioni
Ministerio de Salud Pública y
Bienestar Social
Asunción

Dra. María del Carmen Gómez
Ministerio de Salud Pública y
Bienestar Social
Asunción

Dr. Diego Ariel Gamarra
Ministerio de Salud Pública y
Bienestar Social
Asunción

Lic. Ana María Paredes
Ministerio de Salud Pública y
Bienestar Social
Asunción

Sr. Francisco Barreiro
Consejero, Representante Alterno de
Paraguay ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington D.C.

PERU/PERÚ

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Oscar Ugarte Ubilluz
Ministro de Salud
Ministerio de Salud
Lima

Delegates – Delegados

Excelentísima Sra. María Zavala
Valladares
Embajadora, Representante Permanente
del Perú ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

PERU/PERÚ (cont.)

Delegates – Delegados (cont.)

Sr. Orlando Velorio Pérez
Ministro, Representante Alterno del Perú
ante la Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

Alternates – Alternos

Sr. Carlos Jiménez
Representante Alterno del Perú ante la
Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

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

**SAINT KITTS AND NEVIS/
SAINT KITTS Y NEVIS**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

Dr. Patrick Martin
Chief Medical Officer
Ministry of Health and Environment
Basseterre

His Excellency Izben C. Williams
Ambassador, Permanent Representative
of Saint Kitts and Nevis to the
Organization of American States
Washington, D.C.

SAINT LUCIA/SANTA LUCÍA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

His Excellency Michael Louis
Ambassador, Permanent Representative
of Saint Lucia to the Organization of
American States
Washington, D.C.

**SAINT VINCENT AND THE GRENADINES/
SAN VICENTE Y LAS GRANADINAS**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

Her Excellency La Celia A. Prince
Ambassador, Permanent Representative
of Saint Vincent and the Grenadines to
the Organization of American States
Washington, D.C.

Mr. Omari S. Williams
Counselor, Alternate Representative of
Saint Vincent and the Grenadines to the
Organization of American States
Washington, D.C.

Alternate – Alterno

Mr. Asram Y. S. Soleyn
Counselor
Embassy of Saint Vincent and
the Grenadines to the United States
of America
Washington, D.C.

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

SURINAME

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Marthelise Eersel
Director of Health
Ministry of Health
Paramaribo

Delegates – Delegados

Dr. Virginia Asin-Oostburg
Deputy Director of Health
Ministry of Health
Paramaribo

Ms. Miriam Naarendorp
Pharmacy Policy Coordinator
Ministry of Health
Paramaribo

**TRINIDAD AND TOBAGO/
TRINIDAD Y TABAGO**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Senator the Honourable Jerry Narace
Minister of Health
Ministry of Health
Trinidad and Tobago

Delegates – Delegados

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

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

Alternate – Alterno

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

UNITED KINGDOM/REINO UNIDO

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Professor Sir Liam Donaldson
Chief Medical Officer
Department of Health
London

Delegate – Delegado

Dr. Nicholas Banatvala
Head of Global Affairs
Deputy Director International
Department of Health
London

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

Chief Delegate – Jefe de Delegación

The Honorable Kathleen Sebelius
Secretary of Health and Human Services
Department of Health and Human
Services
Washington, D.C.

Delegates – Delegados

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

Mr. John Monahan
Interim Director, Office of Global
Health Affairs
Counselor to the Secretary
Department of Health and
Human Services
Washington, D.C.

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

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

Alternates – Alternos

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

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

Mr. Edwin Brown
Deputy Director
Office of International Health
and Biodefense
Bureau of Oceans, Environment
and Science
Department of State
Washington, D.C.

Dr. Nerissa Cook
Deputy Assistant Secretary for Global
and Economic Issues
Bureau of International Organizations
Affairs
Department of State
Washington, D.C.

Ms. Kim D'Aria-Vazira
Population Policy Officer
Bureau of Population, Refugees
and Migration
Department of State
Washington, D.C.

Mr. Robert Downes
Director
Office of Human Security
Bureau of International Organizations
Affairs
Department of State
Washington, D.C.

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

Alternates – Alternos (cont.)

Mr. Edward Faris
Program Analyst
Office of Management Policy
and Resources
Bureau of International Organizations
Affairs
Department of State
Washington, D.C.

Dr. Roger Glass
Director, Fogarty International Center
National Institutes of Health
Department of Health and
Human Services
Washington, D.C.

Mr. James Kulikowski
Acting Director
Office of Global Health Affairs
Department of Health and
Human Services
Washington, D.C.

The Honorable Nicole Lurie, M.D.
Assistant Secretary for Preparedness
and Response
Department of Health and Human
Services
Washington, D.C.

Dr. Peg Marshall
Senior Advisor for Maternal and
Child Health and Infectious Diseases
Bureau for Latin America and the
Caribbean
U.S. Agency for International
Development
Washington, D.C.

Dr. Jay McAuliffe
Acting Team Leader
Coordinating Office on Global Health
Department of Health and Human
Services
Atlanta, Georgia

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

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

Alternates – Alternos (cont.)

Ms. Kathy Saldana
Senior Technical Advisor for Health
Systems and Public Health
Bureau for Latin America and the
Caribbean
U.S. Agency for International
Development
Washington, D.C.

Dr. Paul Seligman
Latin American Director
Office of International programs
U. S. Food and Drug Administration
Department of Health and Human
Services
Washington, D.C.

Ms. Susan Thollaug
Team Leader
Health, Population and Nutrition Team
Bureau for Latin America and the
Caribbean
U.S. Agency for International
Development
Washington, D.C.

Ms. Mary Wakefield
Administrator
Health Resources and Services
Administration
Department of Health and Human
Services
Washington, D.C.

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

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

Alternates – Alternos (cont.)

Ms. April Springfield
Senior Advisor
Office of Global Health Affairs
Department of Health and
Human Services
Washington, D.C.

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

Ms. Vanessa De La Ossa
Advisor
Office of Human Security
Bureau of International Organizations
Affairs
Department of State
Washington, D.C.

Dr. James Herrington
Director, Fogarty International Center
Division of International Relations
Department of Health and
Human Services
Washington, D.C.

Mr. Jorge F. Christian
Assistant Director
Office of International Programs
Latin America Office
U.S. Food and Drug Administration
Rockville

URUGUAY

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

URUGUAY (cont.)

Delegates – Delegados

Dra. Beatriz Rivas
Directora de la División de
Cooperación Internacional
Ministerio de Salud Pública
Montevideo

Excelentísima Dra. Maria del Lujan Flores
Embajadora, Representante Permanente
del Uruguay ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

Alternate – Alterno

Sra. Cristina Carrión
Ministra Consejera, Representante Alterna
del Uruguay ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

VENEZUELA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dra. Indira Corado Frontado
Viceministra de Redes de Salud Colectiva
Ministerio del Poder Popular para la Salud
Caracas

VENEZUELA (cont.)

Delegates – Delegados

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

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

Alternates – Alternos

Sr. David Rojas
Segundo Secretario, Representante
Alterno de la República Bolivariana de
Venezuela ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

Sra. Valentina Martínez
Abogada
Misión Permanente de la República
Bolivariana de Venezuela ante la
Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

**ASSOCIATE MEMBERS/
MIEMBROS ASOCIADOS**

PUERTO RICO

Dr. Lorenzo González Feliciano
Secretario de Salud
Departamento de Salud
San Juan

PUERTO RICO (cont.)

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

**OBSERVER STATES/
ESTADOS OBSERVADORES**

SPAIN/ESPAÑA

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

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

SPAIN/ESPAÑA (cont.)

Dra. Paloma Temiño de dios
Misión de España ante la Organización
de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Dr. Carlos Rico
Misión de España ante la Organización
de los Estados Americanos
Washington, D.C.

**REPRESENTATIVES OF THE EXECUTIVE COMMITTEE/
REPRESENTANTES DEL COMITÉ EJECUTIVO**

Dr. Marthelise Eersel
Director of Health
Ministry of Health
Paramaribo, Suriname

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

**AWARD WINNERS/
GANADORES DE LOS PREMIOS**

**PAHO Award for Administration 2009/
Premio OPS en Administración 2009**

Dr. Marceline Dahl-Regis
The Bahamas

**PAHO Champion of Health Recognition/
Reconocimiento al Campeón de la Salud
de la OPS**

Sesame Workshop/Plaza Sésamo
Mr. Lauren Ostrow
Ms. Marie-Cecile Girard
Mr. Daniel Labin
Ms. Ginger Brown
Mr. Javier Williams
Dr. Charlotte Cole
Ms. Gema Jara

**Abraham Horwitz Award for Leadership
in Inter-American Health 2009/
Premio Abraham Horwitz al Liderazgo en
la Salud Interamericana 2009**

Dr. Eduardo A. Pretell Zárate
Perú

**Clarence H. Moore Award for Voluntary
Service/
Premio Clarence H. Moore al servicio
voluntario**

Ms. Marcela Romero
Redlactrans (Red de America Latina y el
Caribe de Personas Transgénero)
Argentina

**Fred L. Soper Award for Excellence in
Health Literature/
Premio Fred L. Soper a la Excelencia**

Dr. Guilherme Luiz Guimaraes Borges
México

**Pedro N. Acha Award for Veterinary
Public Health/
Premio Pedro N. Acha a la Salud Pública
Veterinaria**

Dr. Ilane Hernández Morales
México

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

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

Sra. Inés Bustillos

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

Mr. Bernardo Kliksberg

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

**Caribbean Community/
Comunidad del Caribe**

Dr. Rudolph O. Cummings
Dr. Edward Greene
Dr. Jerome Walcott

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

Mr. David Hatch
Ms. Priscila Henríquez

**Hipólito Unanue Agreement/
Convenio Hipólito Unanue**

Sr. Oscar Feo

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

Ambassador Albert Ramdin

**Inter-American Development Bank/
Banco Interamericano de Desarrollo**

Mr. Hector Salazar-Sanchez
Ms. Meri Hellerante

**The Global Fund to Fight AIDS,
Tuberculosis and Malaria/
Fondo Mundial de lucha contra el SIDA,
la Tuberculosis y la Malaria**

Dr. Anthony Seddoh
Ms. Anne Bwomezi

**The World Bank/
Banco Mundial**

Dr. Amparo Gordillo Tobar
Dr. Fernando Lavadenz

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

**American Society for Microbiology/
Sociedad Interamericana de
Microbiología**

Ms. Lily Schuermann

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

Ing. Carlos Alberto Rosito

**Inter-American College of Radiology/
Colégio Interamericano de Radiología**

Sr. Rodrigo Restrepo

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

Dr. Rubén Abete

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

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

Ms. Marcela Gaitán

**Pan American Federation of Nursing
Professionals/
Federación Panamericana de
Profesionales de Enfermería**

Lic. Neris Gonzáles

**REPRESENTATIVES OF NONGOVERNMENTAL ORGANIZATIONS IN
OFFICIAL RELATIONS WITH WHO / REPRESENTANTES DE ORGANIZACIONES NO
GUBERNAMENTALES EN RELACIONES OFICIALES CON LA OMS**

**Alzheimer's Disease International/
Enfermedad de Alzheimer internacional**

Mr. Michael Splaine

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

Ms. Knakita Keyana Clayton-Johnson
Ms. Christa Preuss
Ms. Jessica Valeria Tang Herrera

**Doctors without Borders/
Médicos sin Fronteras**

Mrs. Gemma Ortiz M. Genovese
Ms. Gabriela Chaves

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

Dr. J. Burrow
Dr. Eduardo Pretell
Mr. D. P. Haxton

**International Alliance of Patients'
Organizations/
Alianza Internacional de Organizaciones
de Pacientes**

Mr. Myrl Weinberg

**International Association for Dental
Research/
Asociación Internacional para la
Investigación Dental**

Dr. Christopher Fox

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

Ms. Susan Crowley
Mr. Richard Kjeldgaard
Ms. Cory Jacobs

**REPRESENTATIVES OF NONGOVERNMENTAL ORGANIZATIONS IN
OFFICIAL RELATIONS WITH WHO / REPRESENTANTES DE ORGANIZACIONES NO
GUBERNAMENTALES EN RELACIONES OFICIALES CON LA OMS (cont.)**

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

Mr. Leo Farber
Ms. Jackie Keith
Ms. Maria Claudia García
Mr. Normand Laberge
Ms. Edyta Malinowski

**International League Against Epilepsy/
Liga Internacional contra la Epilepsia**

Dr. Theodore William

**International Pediatric Association
Asociación Pediátrica Internacional**

Prof. Sergio Cabral
Prof. William Keenan

**International Special Dietary Foods
Industries/
Federación Internacional de Industrias de
Alimentos Dietéticos**

Ms. Jackie Keith
Ms. Mardi Mountford
Ms. Andrea Durkin

**World Self-Medication Industry/
Industria Mundial de la Automedicación
Responsable**

Lic. Héctor Bolaños

**SPECIAL GUESTS/
INVITADOS ESPECIALES**

Ms. Sara Ferrer Olivella
UN/Spain Millennium Development Goal
Achievement Fund

Mr. Pedro Medrano
Regional Director for America and
the Caribbean World Food Program

Dr. Ricardo Uauy
President of the International Union
of Nutritional Sciences

Dr. Joy Phumaphi
Vice President, Human Development
Network, World Bank

Ms. Carmen María Gallardo Hernández
Vice President, UN Economic and Social
Council

**SPECIAL GUESTS/
INVITADOS ESPECIALES (cont.)**

Mr. David Oot
Associate Vice President, Department of
Health and Nutrition
International program Leadership Division
Save the Children

Dr. Claude de Ville de Goyet
Consultant

Ms. Myriam Urzúa
Economic Commission for Latin America
and the Caribbean

Lic. Laura Gurza
General Coordinator
Civil Protection System
Mexico

**WORLD HEALTH ORGANIZATION
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD**

Dr. Margaret Chan
Director-General
Geneva

Ms. Daisy Mafubelu
Advisor to the Director-General/FCH

Dr. Manuel Dayrit
Director, HSS/HRH

Dr. Timothy Evans
Assistant Director-General/IER/IEA

Dr. Lorenzo Savioli
Director HTM/NTD

Dr. Jorge Bermudez
Executive Secretary UNITAID

**PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION
ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD**

**Director and Secretary *ex officio* of the
Council/
Directora y Secretaria *ex officio* del
Consejo**

Dr. Mirta Roses Periago

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

Dr. Socorro Gross
Assistant Director
Subdirectora

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

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

Dr. Juan Manuel Sotelo
Manager/External Relations,
Resource Mobilization and Partnerships
Gerente/ Relaciones Externas,
Movilización de Recursos y Asociaciones

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