



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



148^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF

Washington, D.C., ÉUA, du 20 au 24 juin 2011

CE148/FR (Fr.)
22 juillet 2011
ORIGINAL : ANGLAIS

RAPPORT FINAL

TABLE DES MATIÈRES

	<i>Page</i>
Ouverture de la session	6
Questions relatives au Règlement	7
Election du Bureau	7
Adoption de l'ordre du jour	7
Représentation du Comité exécutif lors du 51 ^e Conseil directeur de l'OPS, 63 ^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques	7
Ordre du jour provisoire du 51 ^e Conseil directeur de l'OPS, 63 ^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques	7
Questions relatives au Comité	8
Rapport de la Cinquième session du Sous-comité de programme, budget et administration	8
Prix de l'OPS pour l'administration, 2011	9
Organisations non gouvernementales en relations officielles avec l'OPS	10
Rapport annuel du Bureau d'éthique	11
Questions relatives à la politique des programmes	12
Projet de Programme et budget de l'OPS 2012–2013	12
Stratégie et Plan d'action sur la santé en milieu urbain	19
Stratégie et Plan d'action sur le changement climatique	21
Plan d'action sur la sécurité routière	22
Plan d'action pour réduire l'usage nocif de l'alcool	23
Plan d'action sur l'usage de substances psychoactives et la santé publique	25
Stratégie et Plan d'action sur l'épilepsie	27
Stratégie et Plan d'action sur le paludisme	28
Plan d'action pour la réduction de la mortalité maternelle et les cas graves de morbidité maternelle	30
Stratégie et Plan d'action sur la cybersanté	32
Questions administrative et financières	34
Rapport sur le recouvrement des contributions	34
Rapport du Bureau de contrôle interne et services d'évaluation	35
Rapport financier du Directeur et rapport du Commissaire aux comptes externe pour 2010	36

TABLE DES MATIÈRES (suite)

	<i>Page</i>
Questions administrative et financières (suite)	
Rapport du Comité d'audit	39
Statut des projets financés par le compte de réserve de l'OPS	40
Questions relatives au personnel.....	41
Amendements au Règlement et au Statut du personnel du Bureau sanitaire panaméricain (document CE148/22, Rév. 1).....	41
Déclaration du Représentant de l'Association du personnel de l'OPS/OMS (document CE148/23).....	42
Questions soumises pour information	43
Plan stratégique à moyen terme de l'OMS 2008–2013 et projet de budget-programme 2012–2013 de l'OMS	43
Rapport d'avancement sur la Modernisation du système d'information pour la gestion du Bureau sanitaire panaméricain	44
Rapport sur les préparatifs pour le panel sur la Maternité sans risque et l'accès universel à la santé sexuelle et reproductive	45
Rapport sur les préparatifs de la table ronde sur la résistance aux antimicrobiens	46
Rapports d'avancement sur les questions techniques	47
A. Immunisation : défis et perspectives	47
B. Mise en œuvre de la Stratégie et Plan d'action mondial sur la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle	47
C. Avancées dans la mise en œuvre de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac (document CE148/INF5–C)	49
D. Mise en œuvre du Règlement sanitaire international (2005)	50
E. Avancées vers la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement relatifs à la santé dans la Région des Amériques	51
F. Examen des Centres panaméricains	51
Rapports d'avancement sur les questions administrative et financières	53
A. État de la mise en œuvre des normes comptables internationales du secteur public (IPSAS)	53
B. Actualisation sur la nomination du Commissaire aux comptes externe de l'OPS pour 2012–2013 et 2014– 2015	54
C. Plan-cadre d'investissement	55
Résolutions et autres actions d'organisations intergouvernementales revêtant un intérêt pour l'OPS : Soixante-quatrième Assemblée mondiale de la Santé	56

TABLE DES MATIÈRES *(suite)*

	<i>Page</i>
Questions diverses	57
Clôture de la session.....	57
Résolutions et décisions.....	57
 <i>Résolutions</i>	
CE148.R1 : Recouvrement des contributions	58
CE148.R2 : Stratégie et Plan d'action sur le changement climatique.....	59
CE148.R3 : Stratégie et Plan d'action sur l'épilepsie.....	61
CE148.R4 : Stratégie et Plan d'action sur la cybersanté	64
CE148.R5 : Stratégie et Plan d'action contre le paludisme	68
CE148.R6 : Organisations non gouvernementales en relations officielles avec l'OPS.....	70
CE148.R7 : Amendement aux Principes régissant les relations entre l'Organisation panaméricaine de la Santé et les organisations non gouvernementales	71
CE148.R8 : Plan d'action pour réduire l'usage nocif de l'alcool	73
CE148.R9 : Plan d'action sur l'usage de substances psychoactives et la santé publique.....	75
CE148.R10 : Stratégie et Plan d'action sur la santé en milieu urbain.....	77
CE148.R11 : Plan d'action sur la sécurité routière	81
CE148.R12 : Amendements au Règlement du personnel et au Statut du personnel du Bureau sanitaire panaméricain.....	84
CE148.R13 : Prix de l'OPS d'administration, 2011	86
CE148.R14 : Plan d'action pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et les cas graves de morbidité maternelle.....	87
CE148.R15 : Ordre du jour provisoire du 51 ^e Conseil directeur de l'OPS, 63 ^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques.....	90
CE148.R16 : Projet de Programme et budget de l'OPS 2012-2013	91
CE148.R17 : Contributions fixées des États Membres, des États participants et des Membres associés de l'Organisation panaméricaine de la Santé pour 2012-2013.....	95

TABLE DES MATIÈRES *(suite)*

Page

Décisions

CE148(D1)	Adoption de l'ordre du jour.....	98
CE148(D2)	Représentation du Comité exécutif lors du 51 ^e Conseil directeur de l'OPS, 63 ^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques.....	98

Annexes :

Annexe A.	Ordre du jour
Annexe B.	Liste préliminaire des thèmes proposés pour les réunions des Organes directeurs en 2011
Annexe C.	Liste des participants
Annexe D.	Annexe au Rapport final

RAPPORT FINAL

Ouverture de la session

1. La 148^e session du Comité exécutif de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) s'est tenue au Siège de l'Organisation à Washington, D.C. du 20 au 23 juin 2011. Le Comité a également tenu une réunion virtuelle le 22 juillet 2011 dans le but de conclure sa discussion du budget et programme proposé de l'OPS pour 2012-2013.

2. Assistaient à la session des délégués des huit membres suivants du Comité exécutif élus par le Conseil directeur : Argentine, Colombie, États-Unis d'Amérique, Grenade, Guatemala, Pérou, Saint-Vincent-et-les-Grenadines et Venezuela (République bolivarienne du). Le neuvième membre, Haïti, était dans l'incapacité d'assister. Des représentants des États Membres, États participants et États observateurs suivants ont assisté à la session en qualité d'observateurs: Bolivie (État plurinational de la) , Brésil, Canada, Espagne, Mexique, Pays-Bas et Portugal. En outre, un organisme des Nations Unies et deux organisations non gouvernementales étaient représentés. Tous les neuf membres ont pris part à la réunion électronique du 22 juillet. Les États Membres suivants ont participé à titre d'observateur : Bolivie, Brésil, Canada, Chili, Équateur, Costa Rica, El Salvador, Jamaïque, Mexique, Panama, Paraguay, République dominicaine et Uruguay.

3. Le Dr St. Clair Thomas (Saint-Vincent-et-les-Grenadines, Président du Comité exécutif) a ouvert la session et a souhaité la bienvenue aux participants, faisant une mention spéciale des observateurs. Il a noté que le Comité avait un ordre du jour bien rempli et était confiant d'ailleurs qu'il saurait achever son travail avec la meilleure diligence.

4. Le Dr Mirta Roses (Directrice, Bureau sanitaire panaméricain [BSP]) a également souhaité la bienvenue aux participants, faisant savoir que le Dr Oscar Ugarte Ubilluz, participerait aux délibérations du Comité pour la dernière fois en tant que Ministre de la Santé du Pérou puisque le Gouvernement dont il faisait partie terminait son mandat. Elle a mis en exergue le rôle important que le Comité assume en apportant des directives sur les questions techniques et administrative, permettant ainsi au Bureau de peaufiner les divers plans d'action et stratégies et facilitant le travail du Conseil directeur. Elle se réjouit à l'idée d'un échange fructueux d'idées et de points de vue.

Questions relatives au Règlement

Election du Bureau

5. Les membres suivants élus au Bureau de la 147^e session ont continué à servir dans leurs capacités respectives lors de la 148^e session:

Président: Saint-Vincent-et-les-Grenadines (Dr St. Clair Alphaeus Thomas)

Vice-Président: Argentine (Dr Daniel Yedlin)

Rapporteur: États-Unis d'Amérique (M. Peter Mamacos)

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

Adoption de l'ordre du jour et du programme des réunions (documents CE148/1, Rév. 1, et CE148/WP/1, Rév. 1)

7. Le Secrétaire technique a introduit l'ordre du jour contenu dans le document CE148/1, Rév. 1, et a indiqué que la Directrice avait proposé de remettre la discussion du point 4.8, "Plan d'action pour la prévention et le contrôle des maladies cardiovasculaires," après la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur les maladies non transmissibles, qui doit se dérouler en septembre 2011.

8. Le Comité a adopté l'ordre du jour provisoire, tel qu'amendé et a également adopté un programme des séances (CE148/WP/1, Rév. 1) (décision CE148(D1)).

Représentation du Comité exécutif lors du 51^e Conseil directeur de l'OPS, 63^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques (document CE148/2)

9. Conformément à l'Article 54 de son Règlement intérieur, le Comité exécutif a nommé les délégués de Saint-Vincent-et-les-Grenadines et de l'Argentine comme son Président et son Vice Président, respectivement, pour représenter le Comité lors du 51^e Conseil directeur, 63^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques (décision CE148(D2)).

Ordre du jour provisoire du 51^e Conseil directeur de l'OPS, 63^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques (document CE148/3, Rév. 1)

10. Mme Piedad Huerta (Conseillère au Bureau des Organes directeurs du BSP) a présenté l'ordre du jour provisoire du 51^e Conseil directeur, 63^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques. Elle a noté que la plupart des points de l'ordre du jour envisagés par le Comité exécutif seraient transmis au Conseil directeur. Par contre, un point de l'ordre du jour n'avait pas été examiné par le Comité : le rapport sur

l'évaluation de l'Initiative régionale pour la sûreté des dons du sang et le Plan d'action pour 2006-2010. De plus, le Comité avait choisi d'attendre jusqu'en 2012 pour l'examen du point de l'ordre du jour 4.8, « Plan d'action pour la prévention et le contrôle des maladies cardiovasculaires, » et ce point avait donc été retiré de l'ordre du jour du Conseil.

11. Le Conseil allait élire trois nouveaux membres auprès du Comité exécutif : les candidats nommés à ce jour étant le Brésil, le Chili et El Salvador. Le Conseil allait également élire deux membres auprès du Comité consultatif du Centre d'information sur les sciences de la santé de l'Amérique latine et des Caraïbes (BIREME); un État Membre, le Pérou, avait indiqué jusqu'à présent son intérêt à siéger auprès du Comité.

12. Dans la discussion qui s'en est suivie, on a proposé que le Conseil reçoive un rapport sur la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles, qui se tiendra du 19 au 20 septembre 2011 à New York.

13. La Directrice a indiqué que le Bureau n'aura pas le temps dans la semaine entre la réunion de haut niveau et l'ouverture du Conseil directeur pour préparer un rapport formel, mais qu'il avait l'intention d'organiser une discussion sur le thème pendant la session du Conseil. Elle consultera les États Membres dans l'interim pour déterminer quelle forme prendra la discussion : une réunion d'information spéciale en dehors de l'ordre du jour du Conseil ou alors un point de l'ordre du jour formel, pouvant aboutir à une résolution qui pourra guider le Bureau et les États Membres sur la question dans l'exercice biennal à venir.

14. Mme Huerta a noté que le Conseil devra également discuter du processus de réforme de l'OMS, tel que demandé par le Conseil exécutif de l'OMS (voir paragraphe 243 ci-après).

15. Le Comité exécutif a adopté la résolution CE148.R15, approuvant l'ordre du jour provisoire du 51^e Conseil directeur, 63^e Session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques.

Questions relatives au Comité

Rapport de la Cinquième session du Sous-comité de programme, budget et administration (document CE148/4)

16. Mme Ana María Sánchez (Mexique, Présidente du Sous-comité du programme, budget et administration) a fait savoir que le Sous-comité du programme, budget et administration (SPBA) avait tenu sa Cinquième session du 16 au 18 mars 2011. Le Sous-comité avait discuté d'un certain nombre de questions importantes—financières, administratives et autres—dont la première version du projet du budget-programme de

2012-2013 et du budget-programme de l'OMS pour la même période. Le Sous-comité a également pris connaissance d'une vue d'ensemble du Rapport financier du Directeur pour 2010 et de mises à jour sur l'adoption par l'OPS des normes comptables internationales du secteur public (IPSAS) et sur l'état d'avancement de projets financés par le Compte de réserve et le Fonds directeur d'investissement de l'OPS.

17. De plus, le Sous-comité s'est penché sur plusieurs changements proposés dans le Règlement intérieur de l'Organisation et a envisagé la demande faite par une organisation non gouvernementale en vue d'entrer en relations officielles avec l'OPS et revu la collaboration entre l'Organisation et une autre organisation cherchant à renouveler son statut d'ONG en relations officielles avec l'OPS. Toutes les questions examinées par le Sous-comité figurent également à l'ordre du jour de la 148^e Session du Comité exécutif et Mme Sanchez fera donc le compte rendu des discussions et recommandations du Sous-comité sur les points de l'ordre du jour au fur et à mesure qu'ils seront examinés par le Comité.

18. La Directrice a remercié Mme Sánchez pour sa conduite diligente des délibérations du Sous-comité, soulignant combien son travail était important pour faciliter le travail du Comité exécutif. Elle a également exprimé sa reconnaissance aux États Membres qui ont fait des contributions importantes à la session à laquelle ils ont participé volontairement à titre d'observateurs.

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

Prix de l'OPS pour l'administration, 2011 (documents CE148/5 et Add. I)

20. M. Peter Mamacos (États-Unis d'Amérique) a fait savoir que le Jury du prix d'administration de l'OPS 2011, composé des États-Unis, de Saint-Vincent-et-les-Grenadines et du Venezuela (République bolivarienne du) s'était réuni le 21 juin. Après avoir revu l'information sur les candidats au prix, nommées par les États Membres, le Jury du prix d'administration a décidé de conférer le Prix OPS de l'administration 2011 au Dr John Edward Greene du Guyana pour sa contribution au développement du secteur de la santé et des ressources humaines pour la santé dans la Communauté des Caraïbes (CARICOM) et pour sa mobilisation de l'engagement politique afin d'obtenir des résultats concluants pour toute une gamme de questions prioritaires sur le plan de la santé publique.

21. Les Délégués de Saint-Vincent-et-les-Grenadines et du Venezuela (République bolivarienne du) ont mentionné qu'il avait été très difficile de faire un choix parmi les candidats dont tous possédaient des qualifications hors pair. Aussi, ont-ils indiqué que le processus pourrait être facilité en évitant l'ombre d'une subjectivité possible si une liste de pointage était dressée avec des critères objectifs pondérés qui guideraient la sélection du gagnant.

22. Le Comité exécutif a présenté ses félicitations au Dr Greene et a adopté la résolution CE148.R13, notant la décision du Jury et transmettant le rapport au 51^e Conseil directeur.

Organisations non gouvernementales en relations officielles avec l'OPS (document CE148/6)

23. Mme Ana María Sánchez (Présidente du Sous-comité du programme, budget et administration) a indiqué que, conformément à la procédure ébauchée dans les principes régissant les Relations entre l'Organisation panaméricaine de la Santé et les Organisations non gouvernementales, le Sous-comité avait organisé une réunion à huis clos lors de sa cinquième session pour passer en revue le statut d'une organisation non gouvernementale (ONG) entretenant des relations officielles avec l'OPS et pour envisager la demande faite par une autre organisation cherchant à entrer en relations officielles avec l'Organisation. Le Sous-comité avait également examiné un rapport d'avancement sur le statut des relations en cours entre l'OPS et 15 organisations non gouvernementales et avait envisagé une proposition en vue d'amender les Principes régissant les relations entre l'OPS et les organisations non gouvernementales.

24. Le Sous-comité avait décidé de recommander au Comité exécutif de recevoir la demande faite par l'Albert B. Sabin Vaccine Institute (SVI) souhaitant nouer des relations officielles avec l'OPS et d'approuver la continuation de relations officielles entre l'OPS et InterAmerican Heart Foundation. Le Sous-comité avait également avalisé l'amendement proposé aux principes régissant les relations entre l'OPS et les organisations non gouvernementales et avait recommandé que le Comité exécutif les approuve.

25. Prenant la parole en tant que la Déléguée du Mexique, elle a proposé de standardiser davantage l'information dans les rapports faisant le point des relations en cours entre l'OPS et des organisations non gouvernementales.

26. M. James Hill (Conseiller, Mobilisation des ressources, BSP) a précisé que l'amendement proposé aux principes régissant les relations entre l'OPS et les organisations non gouvernementales, qui déplacerait la date butoir de janvier d'une année à décembre de l'année précédente, donnerait plus de temps pour les préparations de demandes présentées aux fins d'examen au Sous-comité. Il a également noté que de nombreuses améliorations avaient été portées ces dernières années à la standardisation de l'information dans les rapports, indiquant que le Bureau continuerait à aller dans la voie d'une plus grande standardisation.

27. Le Dr Rafael Dautant (Inter-American Association of Sanitary and Environmental Engineering) a décrit le travail réalisé par son organisation dans le cadre de sa collaboration avec l'OPS.

28. Le Comité exécutif a adopté les résolutions CE148.R6 et CE148.R7, avalisant les décisions du Sous-comité.

Rapport annuel du Bureau d'éthique (document CE148/7)

29. M. Philip MacMillan (Gérant, Bureau d'éthique) a fait savoir que le Bureau d'éthique avait organisé, en 2010, 65 consultations avec des membres du personnel sur les questions de déontologie individuelle et avait mené des enquêtes sur 23 allégations de comportements contraires aux règles de l'éthique. Lorsque les allégations étaient justifiées, des rapports ont été envoyés au Domaine de la gestion des ressources humaines, et dans un de ces cas, la personne en question a été renvoyée de l'Organisation et dans un autre cas, le contrat n'a pas été renouvelé. Une enquête est toujours en cours pour certaines des 23 allégations. Le document CE148/7 présente de plus amples détails sur le travail du Bureau d'éthique et il décrit également les futures activités qui sont prévues. Répondant à une question à ce propos, il a noté que le Bureau n'avait pour personnel que lui-même et une autre personne ainsi qu'un stagiaire en 2011.

30. Le Comité exécutif a félicité les efforts faits pour promouvoir l'intégrité et la conduite éthique et pour intégrer les instructions liées au comportement éthique aux programmes de formation du personnel. La promotion de la permanence téléphonique, *Ethics Help Line*, était une mesure notable pour renforcer le climat de responsabilisation professionnelle. Le Comité se montrait également satisfait des futures initiatives que prévoyait l'Office pour renforcer la transparence et la redevabilité au sein de l'Organisation.

31. Une déléguée était d'avis que le Bureau devait également examiner les questions éthiques en dehors de la sphère de l'Organisation, par exemple celle soulevée par le refus de certaines sociétés pharmaceutiques de présenter des offres aux fonds d'achat de l'OPS pour l'approvisionnement de médicaments importants à des prix abordables ou encore le fait que certaines délégations avaient du mal à venir assister aux réunions de l'OPS à cause de problèmes de visa et d'immigration. On a également suggéré que le Bureau d'éthique élargisse son champ d'action pour couvrir l'éthique médicale et hospitalière.

32. M. MacMillan a remercié le Comité de son soutien et approbation de ce qui avait déjà été accompli, notant qu'il restait bien du chemin à parcourir en termes de politiques et de directives devant être mises au point et appliquées. Il a insisté sur le fait que si le Bureau avait pour tâche première l'éthique organisationnelle de l'OPS—à savoir le comportement éthique de son personnel—les personnes à l'extérieur de l'Organisation n'en pouvaient pas moins utiliser la permanence téléphonique (*Ethics Help Line*). L'OPS était une des rares organisations à avoir une permanence téléphonique qui pouvait être utilisée non seulement pour signaler un comportement déviant des règles mais aussi pour poser des questions relatives à l'éthique et cela en gardant l'anonymat si le demandeur le souhaitait. Ces derniers mois, le Bureau avait vérifié qu'un lien direct avec la permanence

téléphonique soit mis en évidence sur le site web de chaque bureau de représentants de l'OPS/OMS, notamment la portion du site accessible au grand public.

33. La Directrice a ajouté que, depuis le milieu des années 90, l'OPS s'était également doté d'un programme de bioéthique fournissant une assistance technique aux États Membres pour intégrer une dimension éthique aux programmes de santé, par exemple, en apportant un soutien aux commissions nationales traitant de l'éthique médicale. Elle a noté qu'en plus de la création d'un poste de responsable d'éthique, le BSP avait créé les positions de médiateur et de responsable de la sécurité de l'information et cela sans ajouter au nombre de postes dans l'Organisation mais plutôt en transformant les postes ou en fermant d'autres fonctions. L'OPS est un chef de file parmi les organisations internationales en ce qui concernant la création d'une fonction d'éthique élargie et elle est une source d'inspiration en ce domaine pour d'autres organisations qui viennent la consulter pour recevoir conseils et directives.

34. Le Comité exécutif a pris note du rapport sur les activités du Bureau d'éthique.

Questions relatives à la politique des programmes

Projet de Programme et budget de l'OPS 2012–2013 (*Document officiel 338, Rév. 1, et Add. I, Rév. 1*¹)

35. Mme Ana María Sánchez (Présidente du Sous-comité du programme, budget et administration) a fait le compte rendu de la discussion par le Sous-comité d'une version précédente du projet du programme et budget pour 2012-2013 (voir les paragraphes 8–22 du rapport final du Sous-comité, document SPBA5/FR²).

36. Le Dr Isaías Daniel Gutiérrez (Gérant du domaine de la Planification, budget, et coordination des ressources du BSP) a présenté les grandes lignes du projet du budget-programme et de la proposition de budget tel qu'il figure dans le *Document officiel 338* et son addendum. Le niveau de budget proposé pour 2012–2013 est le même que pour 2010–2011 (\$642,9 millions³). La proposition prévoit une réduction de 18 postes à durée déterminée (PDD), ce qui permettrait des économies de l'ordre de \$4,9 millions pendant la période biennale. Toutefois, malgré les diminutions dans le nombre de postes, les coûts liés aux postes augmenteront, suite à l'inflation et aux accroissements obligatoires statutaires et par conséquent, un montant inférieur à celui correspondant à la période

¹ Note: La série originale de documents a été modifiée pour refléter la recommandation de la réunion du 20-24 juin, qui a été remplacée par la suite par les documents qui ont été examinés lors de la réunion virtuelle du 22 juillet.

² Disponible à l'adresse :
<http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2011/CE148-04-f.pdf>

³ Sauf stipulation contraire, toutes les valeurs monétaires dans le présent rapport sont exprimées en dollars des États-Unis.

2010–2011 sera disponible pour la composante hors PDD, composante qui finance les programmes et les activités de coopération technique de l'OPS.

37. Trois scénarios de financement ont été envisagés : le scénario A, dans le cadre duquel les coûts inflationnistes et statutaires déjà encourus en 2010-2011 pour les composantes postes et hors postes du budget seraient recouvrés par le biais d'une augmentation de 10,5% dans les contributions fixées des États Membres ; le scénario B dans le cadre duquel certains coûts seraient recouvrés par le biais d'une augmentation de 6,7% dans les contributions fixées alors que les autres coûts devront être absorbés et le scénario C, prévoyant une croissance nominale zéro dans les contributions fixées et demandant donc que tous les coûts soient absorbés et entraînant des coupes de taille dans les opérations. La proposition présentée dans le *Document officiel 338* se fonde sur le scénario B. Tous les scénarios prévoient une baisse dans les contributions volontaires et les recettes diverses et, dans tous les cas, le montant disponible pour les programmes et les activités opérationnelles diminuerait. Les détails de l'impact de chaque scénario et le bien-fondé de l'augmentation proposée sont donnés dans l'Addendum I au document de budget.

38. M. Román Sotela (Conseiller principal de la Gestion de programme et du budget du BSP) a attiré l'attention sur le document CE148/DIV/1, contenant un tableau comparatif des contributions fixées des États Membres pour les exercices biennaux 2010-2011 et 2012-2013, respectivement, en fonction de l'échelle actuelle de l'OPS pour les contributions et la nouvelle échelle de l'OPS. Il a rappelé que l'Organisation des États américains (OEA) avait adopté récemment une méthodologie visant à la révision de son échelle des contributions tous les trois ans. Etant donné que l'échelle de l'OPS est basée sur l'échelle de l'OEA, tout changement dans l'échelle de l'OEA entraînera automatiquement un changement dans l'échelle de l'OPS. L'échelle utilisée actuellement couvre la période de 2009-2011. Le Conseil permanent de l'OEA a approuvé une nouvelle échelle pour 2012-2014 que l'OPS devra appliquer lors de l'exercice 2012-2013.

39. Le Comité a félicité le Bureau pour son souci du détail et de la transparence noté à l'évidence dans le projet de budget ainsi que pour l'analyse supplémentaire faite en réponse aux demandes par le Sous-comité du programme, budget et administration. Il a également félicité le Bureau pour les efforts déployés pour maîtriser les coûts et améliorer la productivité et l'efficacité. Les délégués ont reconnu la difficile situation financière dans laquelle se trouve l'OPS suite à la hausse des coûts conjuguée aux réductions anticipées dans les contributions volontaires et les recettes diverses.

40. Toutefois, quatre des sept délégués qui ont pris la parole sur ce point de l'ordre du jour se sont montrés en faveur du scénario C, plusieurs notant que leur gouvernement préconisait la croissance nominale zéro dans les budgets de toutes les organisations internationales. Ils ont indiqué que leur pays, tout comme l'OPS, était en prise à de

graves contraintes financières, et une telle situation rendait difficile voire impossible d'obtenir l'approbation au niveau national d'une augmentation dans les contributions fixées de leur gouvernement auprès de l'OPS, tout particulièrement au vu du fait que certains États Membres avaient vu leurs contributions augmenter pendant deux exercices biennaux de suite et, dans certains cas, les contributions des pays augmenteraient même dans un scénario de croissance nominale zéro suite à la révision de l'échelle des contributions de l'OEA.

41. Deux délégués ont soutenu le scénario B, indiquant que le scénario C équivaldrait à des coupes drastiques dans le budget de coopération technique de l'Organisation. A leur yeux, le scénario, bien qu'il ne soit pas parfait, amoindrirait le choc sur les activités de coopération technique de l'Organisation et sa capacité à atteindre les objectifs stratégiques fixés dans le Plan stratégique 2008-2013. Le septième délégué n'a exprimé aucune préférence pour l'un des scénarios mais a fait savoir que l'accroissement dans la plupart des contributions fixées des États Membres serait relativement réduit. Tous les délégués étaient d'avis que l'augmentation de 10,5% dans les contributions, prévue dans le cadre du scénario A, était irréaliste dans le climat économique actuel.

42. Étant donné qu'aucun consensus n'avait pu être obtenu concernant tel ou tel scénario à recommander au Conseil directeur, le Comité a demandé au Bureau de formuler un autre scénario qui ne nécessiterait pas une augmentation de 6,7% des contributions des États Membres mais qui n'entraînerait pas non plus les coupes prononcées dans le budget hors postes qui devraient être faites dans le scénario de croissance nominale zéro. Afin de libérer un plus grand financement pour les activités de coopération technique, on a exhorté le Bureau à trouver des manières de redistribuer les fonds entre les composantes poste et hors poste et d'explorer des approches novatrices, qu'il s'agisse d'emprunter du personnel des donateurs et des États Membres ou d'augmenter le pourcentage demandé pour couvrir les coûts de l'achat des fournitures et des vaccins. On a également encouragé le Bureau à repérer les éventuels domaines de convergence et de collaboration entre les programmes, de renforcer la coopération pays-à-pays, Sud-Sud et Nord-Sud, et d'augmenter les échanges entre l'OPS et les centres de collaboration de l'OMS pour maximiser la capacité de coopération technique de l'Organisation.

43. En réponse à la demande du Comité, le Bureau a présenté par la suite le scénario D, de pair avec un tableau montrant ses effets sur les contributions fixées des États Membres et les octrois du budget ordinaire (document CE148/DIV/2). Le nouveau scénario se base sur une augmentation de 4,5% dans les contributions fixées par les États Membres et une réduction de 28,25% dans la partie hors poste du budget (alors que cette réduction était de 23,7% dans le scénario B et de 37,8% dans le cadre du scénario C). Le budget régulier total dans le cadre du scénario D serait de l'ordre de \$290 500 000 (par rapport à \$294 500 000 dans le cadre du scénario B et de \$282 100 000 pour le scénario C). La partie poste s'élèverait au total à \$222 500 000 dans le cadre de tous les trois

scénarios alors que la partie hors poste serait de \$67 000 000 dans le cadre du scénario B, de \$54 600 000 dans le cadre du scénario C et de \$63 000 000 dans le cadre du scénario D.

44. Le Comité a remercié le Bureau pour la préparation d'un quatrième scénario, que plusieurs délégués ont soutenu, pensant que c'était un bon compromis entre le scénario B et la croissance nominale zéro. D'autres ont fait savoir que leur gouvernement n'avait pas encore pris de décision sur le type de scénario auquel il prêterait leur soutien tout en insistant sur leur solide soutien pour l'Organisation et son travail. Les délégués qui avaient été en faveur du scénario A dans la discussion précédente sont restés en faveur de la croissance nominale zéro dans les contributions fixées.

45. Il a été remarqué que, dans les quatre scénarios, toute augmentation dans les contributions fixées serait affectée à la portion postes du budget, qui augmenterait de 14,5% dans tous les scénarios, alors que le budget pour les activités de coopération technique diminuerait. On a de nouveau exhorté le Bureau à explorer les diverses manières de redistribuer les fonds pour arriver à réduire l'accroissement dans la portion postes du budget et partant, d'amenuiser ainsi la réduction dans la partie hors poste. On a suggéré, par exemple, que le personnel de l'OPS renonce volontairement aux ajustements du niveau de vie ou autres augmentations statutaires comme moyen de brider les coûts reliés aux postes et de libérer plus de ressources pour les programmes de base de l'Organisation. Plusieurs délégués ont noté que leur gouvernement avait imposé face à la crise économique et financière des coupes budgétaires et des mesures d'austérité au niveau national, dont un gel des salaires dans le secteur public et, à leur avis, l'OPS devait se préparer à en faire de même.

46. Une déléguée, soutenue par plusieurs autres, a demandé formellement au Bureau de compiler des options alternatives aux scénarios B, C et D qui reposeraient sur une moindre augmentation de la composante postes du budget. Elle a souligné que sa proposition était faite dans le but de faciliter un consensus sur le projet du budget-programme qui ne mettrait pas l'Organisation dans la position difficile consistant à avoir un budget dans lequel une très grande proportion du financement total était octroyée aux postes alors que le personnel occupant ces postes n'aurait que très peu d'argent à leur disposition pour exécuter les programmes et autres activités.

47. Un autre délégué a remarqué que les accroissements proposés dans le cadre du scénario D de l'ordre de 4,5% dans les contributions fixées et de 14,5% dans la portion postes du budget ne représentaient pas une augmentation dans le budget de l'Organisation mais visaient davantage à couvrir les coûts et à maintenir le niveau de dépenses nécessaires pour répondre aux objectifs stratégiques.

48. Le Dr Gutiérrez a affirmé que les augmentations proposées ne représentaient pas un accroissement dans le budget de l'OPS et ne supposaient pas non plus une majoration

salariale pour le personnel de l'Organisation. Il a remarqué que la portion PDD du budget apportait le financement au personnel de base de l'Organisation dont le rôle est d'importance vitale pour ses programmes et ses services d'assistance technique apportés aux États Membres. Tel que l'explique l'Addendum I au document de budget, dans le scénario de croissance nominale zéro, il serait impossible d'arriver à atteindre un certain nombre des résultats escomptés sur l'ensemble de la Région qui ont été fixés dans le cadre du Plan stratégique. Il a également observé qu'en temps de crise, il était important d'investir dans la santé et dans la protection sociale.

49. M. Sotela a ajouté que, tel qu'expliqué dans les paragraphes 13 à 18 du *Document officiel* 338, l'accroissement proposé de 14,5% dans le budget PDD était insuffisant pour couvrir les véritables accroissements de coût provenant de l'inflation et, surtout de la dévaluation du dollar des États-Unis. Comme pour les deux exercices biennaux précédents, l'accroissement proposé dans les contributions serait utilisé uniquement pour couvrir les hausses obligatoires dans les coûts des postes. Certes, le nombre de postes a été réduit lors de chaque exercice biennal, mais par contre les coûts liés aux postes ont continué d'augmenter et, par conséquent, la portion hors poste du budget a continué de diminuer. Actuellement, elle est inférieure, en terme nominal, à son niveau d'il y a 12 ans.

50. La Directrice a ajouté que, dans le cadre du scénario B, le budget général resterait le même qu'en 2010-2011 – à savoir une croissance nominale zéro – et dans le cadre des scénarios C et D, il diminuerait de l'ordre de \$10 millions et de \$1,6 million respectivement. Elle a également noté que le budget de l'Organisation continue de subir les conséquences négatives des faibles taux d'intérêt, ce qui réduit ses recettes diverses.

51. Reconnaissant certes la validité des suggestions faites par le Comité concernant les diverses manières de réduire les coûts liés au personnel, la Directrice a expliqué qu'en fait le Bureau n'avait guère de marge de manœuvre en ce qui concerne les augmentations statutaires des postes à durée déterminée, puisque l'Organisation était obligée de suivre les règles de compensation du personnel du système commun des Nations Unies qui ont été déterminées par les États Membres dans le contexte de l'Assemblée générale des Nations Unies. Ce que l'Organisation pouvait faire était de limiter la taille du personnel, chose qu'elle avait faite puisqu'elle supprime des postes lors de chaque exercice biennal depuis plus de 20 ans, même en temps de nettes augmentations dans les contributions fixées. Le Bureau avait placé un moratoire sur les postes vacants et rallongeait les délais pour pourvoir à d'autres bien que l'Organisation ait été critiquée au vu de vacances de postes de plus de 6 mois. Généralement, elle classait les postes à un ou deux grades en dessous du niveau auquel ils étaient classés dans d'autres organisations du système des Nations Unies, y compris à l'OMS, et c'était une source de grandes économies. Lorsque les États Membres avaient demandé que les rangs du personnel soient augmentés, par exemple dans le Bureau du contrôle interne et services d'évaluation et dans le Bureau d'éthique, le Bureau avait réduit les postes dans d'autres domaines pour ne pas ajouter du

personnel ou encore avait recyclé le personnel pour qu'il puisse assumer les nouvelles fonctions. Le Bureau cherchait constamment à trouver des manières d'améliorer l'efficacité et la productivité et de réduire les coûts, en introduisant par exemple de nouvelles technologies et de nouvelles manières de travailler ensemble.

52. L'OPS recevait du personnel des États Membres et d'autres organisations chaque année, tant au Siège que dans les bureaux de pays. En outre, elle travaillait en étroite collaboration avec les centres collaborateurs de l'OMS et les incluait spécifiquement au programme de travail de l'Organisation. Elle était en quête constante de divers moyens de rehausser la capacité de coopération technique de l'OPS, par exemple par le biais d'une politique de collaboration avec les centres nationaux d'excellence, approuvée par les Organes directeurs en 2010.⁴ De plus, le travail des centres panaméricains était revu régulièrement, et lors des 15 années précédentes, plusieurs centres ont été fermés ou la responsabilité de leur administration a été transférée aux gouvernements ou autres entités, ce qui a permis à l'Organisation de faire de considérables économies de coûts.

53. La Directrice savait bien que les États Membres devaient faire des sacrifices à cause de la crise économique et financière. Et, pourtant, lors de l'exercice biennal précédent, quand la crise battait son plein, ils avaient choisi de maintenir l'investissement dans la santé comme un moyen de surmonter la crise. A présent, l'horizon semble plus serein et elle recommandait donc vivement aux États Membres de s'en rappeler alors qu'ils envisagent le budget-programme.

54. Après une discussion supplémentaire, le Comité a convenu de tenir une réunion virtuelle dans les 30 jours suivant la conclusion de la session pour continuer sa discussion du projet de budget-programme et pour arriver à un consensus sur une recommandation qui serait présentée au Conseil directeur.

55. Le Comité s'est réuni, par voie électronique, le 22 juillet 2011, dans le but d'examiner une proposition révisée du budget-programme, préparée par le Bureau (*Document officiel 338, Rév.1*), de pair avec une version révisée de l'Addendum I à la proposition (OD338, Add. I, Rév.1). Le Dr Gutiérrez a présenté la proposition révisée, qui se fonde sur le scénario D. Il a noté que le Bureau avait également révisé le scénario C, qui faisait encore l'objet de discussions (alors que les scénarios A et B ne l'étaient plus). Dans les deux scénarios, l'estimation pour les recettes diverses a été revue à la baisse et diminuée de \$8 millions (passant de \$20 millions à \$12 millions), reflétant ainsi les projections financières les plus récentes. De plus, le nombre de postes à durée déterminée a été encore réduit (21 postes seraient éliminés au lieu des 18 dans la proposition originale), d'où des économies de \$5,8 millions dans les coûts liés aux postes. Dans le cadre du scénario D tel que révisé, 9% des objectifs du Plan stratégique ne

⁴ Voir [document CD50/8](#) et [résolution CD50.R13](#).

seraient pas atteints d'ici 2013 et, dans le cadre du scénario C, 19% ne seraient pas atteints.

56. Le budget total dans le cadre du scénario D révisé serait de l'ordre de \$626,7 millions, soit une réduction de 2,5% (\$16,2 millions) par rapport au budget actuel. La composante PDD représenterait 40% et la composante hors PDD 60%. Le budget ordinaire resterait inchangé—à savoir, croissance nominale zéro—se situant à \$287,1 millions. Cependant, pour maintenir le budget ordinaire à ce niveau, une augmentation de 4,3% des contributions fixées des États Membres sera nécessaire pour compenser la diminution de \$8 millions dans les recettes diverses. Le Dr Gutiérrez a souligné l'importance du budget ordinaire qui finance les postes du personnel, permettant ainsi au personnel de mettre en œuvre le programme approuvé par les États Membres. Qui plus est, les crédits du budget ordinaire sont entièrement flexibles alors que les contributions volontaires sont réservées à des fins très spécifiques et ne peuvent donc pas être utilisées pour combler des déficits de financement pour les activités programmatiques. Les crédits ordinaires étaient également d'une importance cruciale pour l'exécution des fonctions centrales de l'Organisation. Ce sont ces crédits qui permettent au Bureau de gérer un budget total de \$1800 millions (\$630 millions pour les programmes de base de l'OPS/OMS, \$148 millions pour les projets internes financés par les gouvernements, \$22 millions pour la réponse aux flambées de cas de maladie et de crise et \$1000 millions pour l'achat de vaccins et d'autres fournitures médicales pour le compte des États Membres).

57. Le Comité a remercié le Bureau pour le travail supplémentaire réalisé concernant le projet de budget-programme. Certains délégués ont vivement soutenu le scénario D révisé, étant d'avis qu'il serait moins préjudiciable à l'Organisation que le scénario C et permettrait d'atteindre un plus grand nombre d'objectifs fixés dans le cadre du Plan stratégique. D'autres continuaient à être réticents pour accepter toute augmentation dans les contributions fixées bien que certains aient indiqué que leur gouvernement serait peut-être prêt à envisager une moindre augmentation. Une déléguée a fait savoir qu'elle aurait souhaité qu'un plus grand effort ait été fait pour réduire l'augmentation dans la composante poste du budget et pour changer la distribution des crédits entre les composantes postes et hors postes afin d'accroître l'allocation à cette dernière composante. Elle priait le Bureau de formuler un scénario dans le cadre duquel l'accroissement de la composante PDD serait nettement inférieur à 14%. Un compte rendu détaillé des vues exprimées par les divers membres du Comité est présenté dans l'annexe D du présent rapport.

58. Comme la majorité des membres du Comité ont soutenu le scénario D, le Comité a convenu d'adopter une résolution recommandant que le Conseil directeur approuve le projet de budget-programme basé sur ce scénario. Par ailleurs et selon la demande d'un de ses membres, le Comité a également décidé de demander au Bureau de préparer un autre scénario aux fins de discussion pendant le Conseil directeur, un scénario dans le

cadre duquel l'augmentation proposée dans les contributions fixées serait de l'ordre de 2,15%, à savoir la moitié de l'augmentation de 4,3% proposée dans le scénario D révisé. Ces décisions sont reflétées dans la résolution CE148.R16.

59. Le Comité a également adopté la résolution CE148.R17, recommandant que le Conseil directeur fixe les contributions des États Membres, des États participants et des Membres associés sur la base du scénario D révisé.

Stratégie et Plan d'action sur la santé en milieu urbain (document CE148/8)

60. Le Dr Carlos Santos-Burgoa (Conseiller principal, Violence, Traumatisme et Sécurité humaine, BSP) a présenté la stratégie et le plan d'action qui ont été préparés en réponse à une demande faite par des ministres de la santé participant à une table ronde sur la santé urbaine pendant le 50^e Conseil directeur en 2010. La stratégie vise à soutenir les efforts déployés par les ministères de la santé en vue de promouvoir la santé dans les zones urbaines et de répondre aux besoins spécifiques des populations urbaines sur le plan santé. Le plan d'action à l'appui comprend cinq objectifs dotés d'indicateurs ainsi que des activités recommandées qui devront être mises en œuvre sur une période de 10 ans (2012-2021).

61. Le Comité a accueilli avec satisfaction la stratégie et le plan d'action, soulignant l'importance du thème et reconnaissant que les modes actuels d'urbanisation découragent souvent les comportements sains comme l'activité physique et contribuent aux problèmes de santé publique comme les accidents de la route, la violence et la pollution environnementale ainsi qu'aux taux plus élevés de maladies transmissibles et non transmissibles parmi les populations urbaines. Les délégués étaient d'avis que la stratégie et le plan d'action guideraient les activités du Secrétariat et des États Membres visant à améliorer les conditions de santé dans les zones urbaines. Par ailleurs, on a proposé un certain nombre de révisions qui devront être portées à la stratégie et au plan d'action ainsi que des amendements à la résolution proposée dans le document CE 148/8.

62. Il a été notamment suggéré de reformuler certaines affirmations dans le document car elles semblent tenir davantage de la perception que du fait, par exemple, la phrase du paragraphe 7 selon laquelle « les villes des Amériques ont attiré les groupes autochtones à cause des opportunités économiques et sociales qu'elles offrent. » Les délégués pensaient également que certains concepts et termes, comme les « mégatendances globales » dans le paragraphe 14 et « bidonville » dans l'activité 2.1 – devaient être définis de manière plus précise et que la relation entre le but général de la stratégie et les objectifs spécifiques fixés dans le plan d'action devait être mise au clair. On a recommandé de reformuler les indicateurs pour les objectifs spécifiques 1 et 2 pour qu'ils soient adaptés à la situation des États Membres dotés de systèmes fédéraux et remplaçant donc le mot « national » par « ...aux niveaux national et infranational. » De plus on a

suggéré que le document donne des exemples dans le cadre de plusieurs des activités proposées (à savoir, des exemples de partenariats envisagés dans le cadre de l'activité 1.2).

63. On a également demandé à mieux comprendre le bien-fondé des activités proposées dans le cadre de l'objectif spécifique 5, notamment la proposition en vue de créer un nouvel observatoire régional. Certains délégués se demandaient s'il était prudent de créer une telle entité au vu des contraintes financières actuelles et se préoccupaient du fait que cela risquait de faire double emploi avec des mécanismes internationaux existants pour la compilation et la diffusion de cette information, comme le Centre OMS de développement de la santé à Kobe au Japon. On a relevé l'importance d'une action interprogrammatique et intersectorielle pour traiter les déterminants de la santé urbaine et on a suggéré de revoir le document pour mieux expliquer la relation entre cette stratégie et ce plan d'action et d'autres stratégies, plans et programmes de l'OPS dans des domaines comme la sécurité routière, la sécurité humaine et sanitaire, les maladies non transmissibles. On a également proposé d'ajouter à la résolution un paragraphe faisant ressortir la nécessité de déployer une action multisectorielle concertée.

64. Le Dr Santos-Burgoa a indiqué que le Bureau se chargerait d'intégrer les changements et les améliorations recommandés par le Comité dans la version révisée de la stratégie et du plan d'action qui seraient présentés au Conseil directeur. Concernant l'observatoire régional proposé, il a expliqué que les implications financières seraient minimales et que le Bureau ne pensait pas qu'il ferait double emploi avec le travail du Centre de Kobe. Il se ferait un plaisir pourtant d'en discuter davantage avec les États Membres et de répondre à leurs préoccupations à ce sujet.

65. La Directrice a observé que la Région comptait déjà une base solide pour les futures activités de santé urbaine par le biais du mouvement des Villes et Communautés saines, dégageant un enseignement fort utile et de meilleures pratiques. En effet, un certain nombre des villes de la Région étaient d'excellents modèles pour l'amélioration de la santé urbaine. Divers centres de collaboration et centres d'excellence de la Région, par exemple l'Urban Indian Health Institute (Seattle, Washington, États-Unis d'Amérique) pourraient également partager leurs connaissances et apporter un soutien. L'OPS travaillait en étroite collaboration avec le Centre de Kobe et le Knowledge Network on Urban Settings. Ces centres ont aidé à compiler le rapport de la Commission de l'OMS sur les déterminants sociaux de la santé. En octobre 2011, le Brésil accueillera la Conférence mondiale sur les déterminants sociaux de la santé, offrant ainsi une autre occasion de mettre en exergue les questions de la santé urbaine.

66. Le Comité a adopté la résolution CE148.R10, recommandant au Conseil directeur d'avaliser la stratégie et d'approuver le plan d'action.

Stratégie et Plan d'action sur le changement climatique (document CE148/9)

67. Le Dr Carlos Corvalán (Conseiller principal, Évaluation des risques et Changement environnemental mondial, BSP) a introduit la stratégie et le plan d'action, notant que de l'avis de tous, le changement climatique était chose certaine. En termes généraux, deux concepts entrent en jeu face à ce changement climatique, celui de l'adaptation et celui de la mitigation et il revient au secteur de la santé de contribuer sur les deux plans. Dans le domaine de l'adaptation, des changements doivent être portés aux systèmes de santé pour réduire autant que possible les impacts du changement climatique sur la santé et, dans le domaine de la mitigation, le secteur de la santé devait trouver des manières de réduire les émissions des gaz à effet de serre. La stratégie compte quatre axes stratégiques : données probantes, sensibilisation, partenariat et adaptation. Le plan d'action qui s'étend de 2012 à 2017 était organisé autour des quatre axes stratégiques et comptait quatre objectifs dont chacun est doté d'un indicateur et d'un certain nombre d'actions.

68. Le Comité exécutif a accueilli avec satisfaction la stratégie et le plan d'action. Plusieurs délégués ont décrit les impacts du changement climatique qu'ils notent déjà dans leur pays et ont présenté les mesures nationales ou régionales qui sont prises dans le sens de l'adaptation et/ou de la mitigation. On a remarqué que le changement climatique provoquerait probablement une recrudescence des maladies transmises par les vecteurs suite au réchauffement de régions à climat plus froid ou tempéré qui sont généralement exemptes de telles maladies.

69. Le Comité a proposé par ailleurs de renforcer certains aspects la stratégie. Il a notamment insisté sur la collaboration par le biais des partenariats déjà en place plutôt que d'en créer de nouveaux. De plus, le rôle de plaidoyer dont il est question dans le domaine stratégique 2 est un rôle qui convient davantage à la société civile et à d'autres organisations non gouvernementales. L'action 1.3 (identifier et adapter des indicateurs sur le changement climatique à inclure aux systèmes nationaux de surveillance) devrait être élargie et inclure différents types d'indicateurs comme ceux se rapportant aux vagues de chaleur et aux changements dans les vecteurs. De plus, les actions 1.7, 3.2 et 3.3 devraient être plus focalisées sur l'examen des impacts sur la santé et non pas sur le changement climatique en général.

70. Le Comité a également proposé que le plan d'action traite des effets du changement climatique sur la santé des populations de travailleurs migrants qui sont particulièrement vulnérables. Le plan devrait également tenir compte des déterminants sociaux de la santé, y compris du genre, puisqu'on ne savait pas encore comment le changement climatique se répercuterait sur la santé des hommes et des femmes d'âges différents et de situations sociales différentes. Il fallait aussi rendre plus explicites les liens entre cette stratégie et le plan d'action et le travail de l'Organisation dans les domaines de la santé urbaine et le développement durable.

71. Une déléguée a indiqué que l'affirmation dans le paragraphe 9 du document indiquant que le changement climatique était dû essentiellement à la combustion de matières fossiles simplifiait trop une question hautement complexe. Elle a également indiqué que la stratégie et le plan d'action ne faisaient pas le juste équilibre entre les deux concepts importants de l'adaptation et de la mitigation et qu'il manquait un autre aspect important dans la discussion du changement climatique, celui des « responsabilités communes mais différenciées ».

72. Le Dr Corvalán a remercié le Comité de ses suggestions dont le Bureau se servira pour améliorer la stratégie et le plan d'action. Quant à la question des combustibles fossiles, il a indiqué que le Bureau expliquerait mieux la contribution au changement climatique, qui était irréfutable.

73. La Directrice a observé que le rôle du secteur de la santé était l'insertion de la question de la santé humaine à la discussion sur le changement climatique car jusqu'à présent, cela avait été omis en grande partie. À l'évidence, le secteur de la santé a un rôle à jouer au niveau de l'adaptation mais il ne fallait pas pour autant négliger le côté de la mitigation. Dans bien des pays, le secteur de la santé était le deuxième ou troisième utilisateur le plus important d'énergie et il lui revenait donc à lui aussi de rechercher les manières de réduire sa propre contribution aux facteurs causant le changement climatique. Le secteur avait une responsabilité toute spéciale en ce qui concerne les hôpitaux qui sont souvent situés dans des régions exposées au risque d'intempéries extrêmes comme les ouragans ou les inondations, et il devait donc s'assurer que ces installations pouvaient continuer d'assumer leur rôle et de fournir les services nécessaires en cas de catastrophe naturelle.

74. Le Comité exécutif a adopté la résolution CE148.R2, recommandant que le Conseil directeur avalise la stratégie et approuve le plan d'action.

Plan d'action sur la sécurité routière (document CE148/10)

75. Le Dr Eugenia Rodrigues (Conseiller sur la sécurité des routes, BSP), observant que les traumatismes liés aux accidents de la route étaient la cause numéro un de mortalité chez les enfants âgés de 5 à 14 ans dans la Région et la seconde cause de décès pour la population âgée de 15 à 44 ans, a présenté les grandes lignes et les points focaux du plan d'action.

76. Le Comité exécutif a vivement soutenu le plan d'action. Plusieurs délégués ont décrit les actions prises dans leur pays pour renforcer la sécurité routière, que ce soit en créant des entités réglementaires, en organisant des campagnes pour l'utilisation du casque ou encore en déployant des campagnes de sensibilisation. On a insisté sur l'importance pour le secteur de la santé de travailler en collaboration avec d'autres secteurs pour réduire les accidents de la route et leurs conséquences pour la santé.

77. Plusieurs délégués ont relevé les liens entre l'alcool (et dans certains cas, les drogues) et les accidents de la route. Certains ont dépeint les mesures prises par leur pays pour remédier au problème. On a suggéré que, dans l'activité 2.5, le niveau d'alcool dans le sang autorisé pour les jeunes conducteurs ne soit pas fixé à 0,02 g/dl mais à zéro et qu'un indicateur et des activités connexes soient ajoutés à l'objectif 2 pour trouver les moyens de décourager la conduite en état d'ébriété ou d'intoxication par des drogues.

78. On a souligné que certaines des propositions visant à la création d'organismes nationaux de réglementation n'étaient pas appropriées si une approche différente convenait davantage dans les circonstances particulières d'un pays ; par exemple, dans un pays fédéral, la sécurité routière est confiée aux autorités de l'état ou de la province plutôt qu'aux autorités nationales. Par ailleurs, de tels organismes sont nécessaires pour forger des partenariats multisectoriels et interinstitutionnels et pour soutenir la prise de décisions sur la sécurité routière.

79. De l'avis des délégués, les activités 3.1 et 4.2 traitant respectivement de la promotion des transports en commun et des contrôles de sécurité de l'infrastructure des autoroutes, n'entrent pas forcément dans le champ d'action et l'expertise du secteur de la santé et on a donc recommandé que ces activités soient reformulées pour encourager davantage les autorités sanitaires nationales à participer ou à encourager les collaborations intersectorielles pour la mise en œuvre des activités proposées. On a également indiqué que l'inspection des véhicules n'entrait pas dans la sphère de compétence du secteur de la santé et que les activités et indicateurs dans le cadre de l'objectif 5 devaient donc être reformulées dans une optique de soutien aux autorités sanitaires alors qu'elles cherchent à encourager les ministères ou organismes pertinents à réaliser les inspections et contrôles techniques des véhicules.

80. Le Dr Rodrigues a remercié les délégués de leurs diverses suggestions d'amélioration et a indiqué qu'il se chargera de les intégrer au plan d'action.

81. La Directrice a indiqué que le thème détenait de toute évidence une énorme importance car la Région perdait tant de vies à cause des accidents de la route qui sont associés dans de nombreux cas à la consommation excessive d'alcool. D'autres facteurs importants sont l'infrastructure et la signalisation routières inadéquates ainsi que le taux insuffisant du port du casque. Il fallait donc réaliser des activités dans le domaine du plaidoyer, de la coordination, de la collecte de données et de la fixation de normes.

82. Le Comité exécutif a adopté la résolution CE148.R11, recommandant que le Conseil directeur adopte le plan d'action.

Plan d'action pour réduire l'usage nocif de l'alcool (document CE148/11)

83. Le Dr Maristela Monteiro (Conseillère principale, alcool et utilisation de substances psychoactives), présentant le document sur ce point de l'ordre du jour, a

indiqué que le plan d'action avait été mis au point par le Bureau en consultation avec les États Membres et qu'il avait pour objet de faciliter la mise en œuvre, au niveau régional, de la Stratégie mondiale en vue de réduire l'usage nocif de l'alcool, adoptée par l'Assemblée mondiale de la Santé en 2010. Le plan était axé sur les cinq objectifs de la stratégie mondiale (indiqués dans le document CE148/11, paragraphe 3) et les 10 domaines cibles pour l'action de politiques (indiqués au paragraphe 4).

84. Les délégués ont réaffirmé le soutien de leur pays pour la Stratégie mondiale et ils ont approuvé le plan d'action, notant avec satisfaction la place privilégiée qu'il accorde au soutien technique et au renforcement des capacités. On a souligné l'importance, tant pour le Bureau que pour les États Membres, de s'assurer qu'il existait des ressources suffisantes pour mettre en œuvre le plan. Il est particulièrement important que l'OPS aide les États Membres à développer une infrastructure adéquate en santé publique pour assumer les fonctions de suivi dont il est question dans le plan et pour mettre en œuvre des stratégies de prévention efficaces. Par ailleurs, on a remarqué que certains États Membres n'auront probablement pas les ressources nécessaires pour mettre en œuvre un plan national à pleine échelle pour combattre l'usage nocif de l'alcool et on a donc suggéré que la formulation du paragraphe 3(g) de la proposition proposée contenue dans le document CE148/11 soit modifiée dans les termes suivants : « octroyer les ressources financières, techniques et humaines pour la mise en œuvre d'activités nationales ébauchées dans le plan d'action. » Le Bureau devait encourager les pays à fixer des priorités pour la mise en œuvre des activités, en tenant compte de la capacité et de l'infrastructure existante, des systèmes de surveillance de santé publique existants et du coût-efficacité des stratégies d'intervention.

85. On a insisté sur le fait que le plan d'action se concentre sur l'utilisation abusive ou nocive de l'alcool et non pas sur la consommation d'alcool en soi et que, dans le second paragraphe du préambule de la résolution proposée « associée à la consommation d'alcool » soit remplacé par « associée à la consommation nuisible de l'alcool. » On a également indiqué que la consommation modérée d'alcool comprend des avantages et des méfaits et que les données probantes actuelles indiquent que les avantages se limitent aux personnes de plus de 45 ans. Il est de toute première importance d'engager le secteur privé dans la lutte contre l'utilisation nuisible d'alcool et il serait bon que la Directrice rencontre à cet effet des représentants de l'industrie des boissons alcoolisées.

86. Un certain nombre de changements ont été proposés au plan d'action, particulièrement en ce qui concerne les activités proposées dans le cadre de l'objectif 3. On a proposé que ces activités soient élargies et incluent des plans d'action nationaux et infranationaux et que les États Membres nomment un point focal pour la politique liée à la consommation nuisible d'alcool, plutôt qu'une entité nationale, afin de mieux s'adapter à la situation des États Membres avec des systèmes de gouvernement fédéral. On a insisté sur le fait que les décisions et les questions réglementaires se rapportant aux prix, aux impôts et aux restrictions sur le marketing et la vente de boissons alcoolisées soient

laissées aux gouvernements et on a recommandé que toute activité qui n'entre pas dans la sphère de la santé ou qui déborde du champ d'action de la Stratégie mondiale soit supprimée du plan d'action. Si de telles activités subsistaient dans le plan et il fallait être clair sur la question—comme ce fut le cas pour la Convention cadre de l'OMS sur la lutte antitabac—alors ces activités étaient recommandées sans que cela porte préjudice au droit souverain des pays à déterminer et à formuler leurs propres politiques sur les questions d'imposition et de réglementation. De plus, on a demandé au Bureau de supprimer l'activité concernant le commerce et les accords commerciaux dans le cadre de l'objectif 4, car de tels aspects n'entrent ni dans la mission, ni dans la compétence de l'OPS.

87. Le Dr Monteiro a indiqué que le Bureau s'efforcerait de revoir le plan en tenant compte des recommandations des États Membres. Elle a noté toutefois que toutes les activités de coopération technique envisagées avaient été acceptées par les États Membres dans le cadre de la Stratégie mondiale et qu'elles reposaient sur les meilleures données disponibles dans le monde entier. Le Bureau était déjà en discussion avec des représentants de l'industrie de l'alcool et continuerait à demander leur avis sur la meilleure manière de mettre en œuvre la Stratégie mondiale dans la Région bien qu'il ne prenne pas l'industrie pour un partenaire car l'OPS avait pour politique de ne pas forger de partenariats avec des entités qui pourraient exercer une influence négative sur la politique de santé publique ni d'accepter des contributions financières de telles entités.

88. La Directrice a affirmé que, si le plan d'action devait effectivement être aligné sur la Stratégie mondiale, on pouvait pourtant le rendre plus souple afin de permettre aux États Membres d'adapter les diverses activités à leurs contextes nationaux et infranationaux.

89. Le Comité a adopté la résolution CE148.R8, recommandant que le Conseil directeur adopte une résolution demandant aux États Membres de mettre en œuvre la Stratégie mondiale par le biais du plan d'action régional.

Plan d'action sur l'usage de substances psychoactives et la santé publique (document CE148/12, Rév. 1)

90. Le Dr Maristela Monteiro (Conseiller principal, Alcool et substances psychoactives, BSP) a introduit le point de l'ordre du jour, rappelant qu'en 2010 le Conseil directeur avait adopté une stratégie régionale de santé publique pour traiter les problèmes de santé associés à l'utilisation de substances psychoactives.⁵ Le document CE148/12, Rév. 1 présente un plan d'action pour mettre en œuvre cette stratégie. Le plan fait l'ébauche d'activités qui seront réalisées dans les cinq domaines stratégiques identifiés dans le cadre de la stratégie et insiste sur l'importance de se donner des approches intégrées et de collaborer avec d'autres secteurs.

⁵ Voir [document CD50/18, Rév. 1](#).

91. Le Comité exécutif a accueilli favorablement le plan d'action. On a noté que le plan insistait sur l'importance de travailler en étroite collaboration avec d'autres partenaires comme la Commission interaméricaine de contrôle de l'abus de drogues et l'Office des Nations Unies sur les stupéfiants et les crimes et qu'elle était en harmonie avec l'approche internationale actuelle visant à valoriser et à renforcer les ressources dans le domaine des soins de santé primaires, à se doter de programmes axés sur la prévention et la réduction de la demande et à viser les populations à haut risque, tant pour la prévention que pour les soins. Les activités proposées devront être ajustées aux conditions et aux contextes spécifiques de chaque pays.

92. Aux fins de constance avec la stratégie régionale et avec d'autres documents, on a suggéré que le terme « utilisation de substances psychoactives et ses méfaits » dans le document soit remplacé par « utilisation de substances psychoactives et ses conséquences adverses. » Le Comité a également attiré l'attention sur certaines divergences entre la formulation du plan d'action et celle de la stratégie régionale ainsi que sur la nécessité de procéder à certaines corrections dans la terminologie utilisée dans les références à la stratégie hémisphérique sur la consommation de substances psychoactives de la Commission interaméricaine sur la consommation de substances psychoactives.

93. On a suggéré que l'objectif 1.1, faisant référence aux instruments, déclarations et recommandations applicables des droits de l'homme des systèmes interaméricains et des Nations Unies, fasse aussi référence aux conventions des Nations Unies sur la lutte contre le trafic des stupéfiants. Par ailleurs, les délégués pensaient que le plan d'action devait intégrer plus clairement la perspective du genre. Dans la résolution proposée, on a suggéré que le quatrième paragraphe du préambule soit révisé pour que « tout en protégeant et en encourageant la santé comme un droit de l'homme fondamental » devienne « tout en protégeant et en encourageant le droit de chacun à jouir du niveau le plus élevé possible de santé physique et mentale. »

94. Le Dr Monteiro a remercié le Comité de ses suggestions et a indiqué que le Bureau allait revoir le plan d'action en conséquence.

95. La Direction a indiqué que l'adoption de la résolution proposée constituerait un grand pas en avant dans la lutte contre cette grave question de santé dans la Région, puisque la stratégie et le plan d'action répondraient à la demande de disposer de directives claires et acceptées par tous pour traiter le problème croissant associé à l'utilisation de substances psychoactives.

96. Le Comité a adopté la résolution CE148.R9, recommandant au Conseil directeur d'avaliser le Plan d'action.

Stratégie et Plan d'action sur l'épilepsie (document CE148/13)

97. Le Dr Jorge Rodríguez (Conseiller principal, Santé mentale, BSP), notant que le sujet de l'épilepsie avait été discuté pour la première fois par les Organes directeurs de l'OPS, a présenté la stratégie et le plan d'action résultat d'un effort collectif regroupant les États Membres, des experts de la région, l'OMS et la Ligue internationale contre l'épilepsie et le Bureau international de l'épilepsie. La stratégie fait ressortir la stigmatisation associée à l'épilepsie et la discrimination ainsi que les violations des droits de l'homme qui frappent les gens souffrant d'épilepsie. Elle relève également la disponibilité de simples options de traitement à faible coût qui pourraient être appliquées au niveau des soins de santé primaires et qui permettraient de combler l'énorme déficit de traitement qui existait dans la Région.

98. Le Comité exécutif a accueilli avec satisfaction la stratégie et le plan d'action et a félicité l'OPS pour avoir su attirer l'attention sur l'écart entre le nombre de personnes souffrant d'épilepsie et le nombre de gens recevant des soins adéquats ainsi que sur le besoin de combattre la stigmatisation et la discrimination contre les personnes souffrant d'épilepsie. Par ailleurs, on a suggéré que la section « charge, prévalence et mortalité » de la stratégie devrait traiter de la question de la comorbidité psychiatrique chez les personnes épileptiques et que le paragraphe 27 du document CE148/13 devrait indiquer que 25% à 50% des patients souffrant d'épilepsie souffrent également d'autres problèmes psychiatriques, bien que de tels troubles ne soient souvent ni reconnus, ni traités. Le document devrait également traiter du fardeau de la dépression, de l'anxiété et des incapacités cognitives en règle plus générale. De plus, on a suggéré d'insister davantage sur les stratégies de l'auto-traitement de l'épilepsie et d'inclure la formation portant sur cet auto-traitement à l'enveloppe des interventions essentielles mentionnées sous l'objectif 2.1 du plan d'action.

99. Dans le cadre de l'objectif 1.1, on a remarqué que l'activité 1.1.3 (identifier les groupes dans des situations vulnérables et spéciales qui peuvent avoir besoin de soins spécifiques) serait réalisée dans le cadre de l'activité 1.1.2 (Formuler ou revoir le programme national d'épilepsie et le mettre en œuvre) et qu'elle n'avait donc pas besoin d'être indiquée comme une activité séparée. On a proposé que l'objectif 1.4 (Créer et renforcer les partenariats entre le secteur de la santé et d'autres secteurs clés et acteurs clés, y compris le secteur privé) soit intégré à l'objectif 1.1 et que l'objectif 3.2 (Inclure une composante de la promotion de la santé et de la prévention de l'épilepsie dans les programmes nationaux d'épilepsie) soit incorporé au domaine stratégique 1 qui traite des programmes d'épilepsie. Dans le cadre de l'objectif 4.2, on a suggéré que les activités nationales identifiées soient élargies pour encourager une recherche fondée sur la population pour des facteurs comme les variables démographiques, le statut socioéconomique, la fréquentation des services de santé, les facteurs risques comportementaux et la comorbidité, susceptibles d'avoir un rapport avec les taux d'épilepsie dans les divers groupes de personnes.

100. On a remarqué que la Ligue internationale contre l'épilepsie avait établi une nouvelle classification⁶ qui reconnaissait trois groupes de causes de l'épilepsie—génétiques, structurelles/métaboliques et inconnues—et on a proposé que l'information sur l'étiologie donnée dans la stratégie soit alignée sur cette classification. On a également suggéré de revoir l'information dans le paragraphe 11 pour expliquer clairement que le pronostic dans les cas d'épilepsie dépendait de l'étiologie et du traitement continu démarré à un stade précoce puisque le pronostic pour certaines formes d'épilepsie, comme l'épilepsie myoclonique progressive, était sombre même si le traitement commençait à un stade précoce.

101. Le Dr Rodríguez a remercié le Comité de ses suggestions que le Bureau porterait à la version revue du document. En ce qui concerne le domaine stratégique 3, il a rappelé qu'il avait été convenu lors des consultations sur la stratégie et le plan d'action que l'éducation et la prévention fassent l'objet d'une attention spéciale puisque la majorité des cas d'épilepsie dans la Région étaient secondaires et imputables à d'autres causes et pouvaient donc être prévenues. Aussi, a-t-on regroupé dans un domaine séparé les activités visant à prévenir la maladie, à éduquer les gens à propos de l'épilepsie et à combattre la stigmatisation.

102. La Directrice a noté que l'épilepsie entrainait dans le programme inachevé de lutte contre des maladies pour lesquelles il existait un traitement efficace par rapport aux coûts et des méthodes de prise en charge mais qu'elles n'étaient pas disponibles pour tous ceux qui en avaient besoin car un grand nombre de professionnels de la santé, surtout au niveau des soins de santé primaires, ne disposaient pas des connaissances et des moyens nécessaires pour diagnostiquer et traiter adéquatement l'épilepsie. La stratégie et le plan d'action visaient à susciter rapidement une amélioration sensible du contrôle de cette maladie qui touchait non seulement les patients mais aussi leur famille et leur communauté ainsi que leur contexte scolaire et professionnel.

103. Le Comité a adopté la résolution CE148.R3, recommandant que le Conseil directeur avalise la stratégie et le plan d'action.

Stratégie et Plan d'action sur le paludisme (document CE148/15)

104. Le Dr Keith Carter (Conseiller principal, Paludisme et autres maladies transmissibles, BSP) a rappelé qu'un plan stratégique régional sur le paludisme dans les Amériques 2006-2010 avait été adopté suite à la résolution CD46.R13. La stratégie et le plan d'action pour 2011-2015 proposés dans le document CE148/15 visait à renforcer et élargir ce plan stratégique dans le but de réduire encore davantage la morbidité et la mortalité imputables au paludisme et de prévenir la réintroduction du paludisme dans les

⁶ Berg A et al. Revised terminology and concepts for organization of seizures and epilepsies: Report of the ILAE Commission on Classification and Terminology, 2005–2009. *Epilepsia*, 51(4):676–68. DOI:[10.1111/j.1528-1167.2010.02522.x](https://doi.org/10.1111/j.1528-1167.2010.02522.x)

pays déclarés exempts de cette maladie. La stratégie et le plan d'action proposés ont été formulés par le biais d'un processus consultatif regroupant un grand nombre de différents partenaires et divers programmes de l'OPS.

105. Le Comité exécutif a appuyé la stratégie et le plan d'action et a félicité les initiatives de lutte antipaludique de l'OPS dans la Région, notant que le paludisme affectait non seulement la santé de la population mais aussi le développement économique des pays. On a fait ressortir l'importance de renforcer les initiatives existantes comme l'Initiative Paludisme dans l'Amazonie et on a suggéré que le travail de l'OPS cherche avant tout à fournir des directives aux programmes de lutte contre le paludisme des divers pays et les aide à se donner des buts appropriés pour le contrôle, la pré-élimination et l'élimination du paludisme. On a également proposé qu'un suivi de la densité et du comportement des moustiques ainsi que de la résistance aux insecticides fassent partie de la surveillance entomologique pour vérifier l'impact des mesures de contrôle du vecteur. Viendra en priorité le suivi des indicateurs opérationnels sur le contrôle du vecteur, tels que ceux se rapportant à la possession de moustiquaires imprégnés aux insecticides et l'utilisation de pulvérisations résiduelles à l'intérieur. On a également indiqué qu'il était d'importance capitale pour les programmes de contrôle du paludisme dans la Région de se donner des mesures de contrôle et d'assurance de la qualité pour l'utilisation du test de diagnostic rapide et de microscopie.

106. Le lien entre paludisme et agriculture a été mis en exergue. Un délégué a indiqué qu'on avait constaté que la riziculture dans les périmètres irrigués favorisait le développement du moustique anophèle et que des études avaient montré que d'autres méthodes de culture, comme l'irrigation intermittente, pouvaient grandement réduire les cas de paludisme sans faire baisser les rendements ou les revenus agricoles. Il a suggéré que la résolution proposée dans le document CE148/15 mentionne la nécessité de faire des recherches supplémentaires sur cette question. Un autre délégué a proposé que la résolution attire l'attention sur l'importance de la collaboration internationale au niveau infrarégional car on ne peut pas stopper le paludisme aux frontières. Plusieurs délégués ont insisté sur la nécessité d'augmenter la production d'antipaludiques surtout dans les pays où le paludisme est endémique, pour combler la pénurie de tels médicaments dans la Région. Il faut également encourager les sociétés pharmaceutiques à fournir des antipaludiques et autres médicaments à des prix abordables par le biais des fonds d'achat de l'OPS.

107. Un délégué a recommandé vivement qu'un financement accru soit accordé aux pays de l'île d'Hispaniola pour renforcer les systèmes de santé endommagés par le tremblement de terre de 2010, améliorer les programmes de lutte contre le paludisme et inverser la tendance croissante de cas notifiés. Pour ce même délégué, il était urgent que l'OPS et d'autres partenaires apportent une assistance technique permettant à Haïti de mettre en œuvre la subvention de la série 8 du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme.

108. Le Dr Carter a indiqué que l'OPS travaillait avec les pays des Caraïbes où le paludisme était endémique, notamment Haïti et la République dominicaine, et que l'Organisation avait l'intention d'intervenir plus activement en Haïti à l'avenir. En ce qui concerne l'Initiative paludisme dans l'Amazone, il a noté que son champ d'action s'étendait à présent des pays de la région de l'Amazone à d'autres pays de la Région, notamment ceux de l'Amérique centrale. Répondant à la question sur la pénurie d'antipaludiques, il a indiqué que le Brésil travaillait avec une société qui avait le potentiel nécessaire à l'élargissement de l'accès aux antipaludiques dans la Région bien qu'il faille encore traiter des questions réglementaires et d'importation.

109. La Directrice a noté que les cibles se rapportant au paludisme pour l'objectif du Millénaire pour le développement 6 (Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies) seraient probablement atteintes par les Amériques, puisque la plupart des pays de la Région avaient déjà réalisé ces accomplissements ou étaient sur le point de le faire. La nouvelle stratégie et le nouveau plan d'action visaient à le vérifier. Ils concernaient tout particulièrement la République dominicaine et Haïti, les deux pays de l'île d'Hispaniola, et ils s'inspiraient de l'expérience réussie des initiatives existantes de contrôle du paludisme, notamment l'Initiative paludisme de l'Amazone.

110. Le Comité a adopté la résolution CE148.R5, recommandant que le Conseil directeur avalise la stratégie et approuve le plan d'action.

Plan d'action pour la réduction de la mortalité maternelle et les cas graves de morbidité maternelle (document CE148/16, Rév. 1)

111. Le Dr Ricardo Fescina (Directeur du Centre de l'Amérique latine pour la périnatalogie et le développement humain) a noté que la cible 5 des objectifs du Millénaire pour le Développement était celle où le moins de progrès avaient été faits. En l'espace de 10 ans, la Région des Amériques avait obtenu une baisse de 10% de la mortalité maternelle et il lui fallait donc arriver à une réduction supplémentaire de 40% pour atteindre l'objectif 5. Le plan d'action visait à accélérer la baisse de la mortalité maternelle, une des manifestations les plus notables de l'inégalité entre les genres.

112. Si certains membres du Comité exécutif appuyaient pleinement le plan d'action tel qu'il était présenté, d'autres par contre pensaient qu'il comprenait des failles notables et qu'il n'était pas prêt aux fins d'examen et d'approbation par les Organes directeurs. On a également remarqué que le document n'avait été disponible qu'une semaine avant la session et que les États Membres n'avaient donc pas eu suffisamment de temps pour l'étudier. On a proposé d'attendre pour cet examen du document jusqu'au Conseil directeur et, dans l'interim, de mettre en place un groupe d'experts techniques pour le revoir et l'améliorer. On a également recommandé de revoir le budget proposé de \$30 millions en se demandant s'il était réaliste d'envisager une telle hausse dans le niveau de financement.

113. Les délégués ont attiré l'attention sur un certain de nombre d'imperfections dans le document. On a remarqué notamment qu'il ne faisait pas cas du travail déjà accompli par l'OPS dans le domaine de la mortalité maternelle et qu'il ne présentait aucune analyse des actions qui avaient réussi et de celles qui avaient échoué. De plus, aucune analyse sérieuse n'était faite des bases initiales présentes et il devenait donc difficile d'évaluer si les cibles du plan d'action étaient réalistes. De plus, on a proposé que le plan d'action comprenne des activités visant à renforcer la capacité de surveillance des pays pour qu'ils soient en mesure de suivre les divers indicateurs proposés. Il a également été recommandé de restructurer les phases mentionnées en annexe B du document pour obtenir un plus grand nombre de résultats avant l'année 2015.

114. Par ailleurs, le Comité était d'avis que plusieurs questions générales demandaient un examen plus approfondi, par exemple celle de l'accès universel à des services de maternité gratuits. Était-ce faisable du point de vue économique ou s'agissait-il d'une force déstabilisante dans ces économies fragiles ? On a noté que le plan d'action omettait un certain nombre de problèmes, dont celui de l'utilisation excessive et de l'abus de technologies au détriment de la mère et du nouveau-né et la question de l'engagement des hommes dans la prévention des grossesses non souhaitées et dans l'aide pour la femme et l'enfant si une telle grossesse survenait. Par ailleurs, on a jugé que, dans le document, la discussion de l'éclampsie était incomplète.

115. Plusieurs délégués ont décrit le travail en cours dans leur pays pour réduire la mortalité maternelle. Un délégué a proposé de créer un observatoire régional sur la mortalité et la morbidité maternelles. Suite à des questions et une discussion, il a précisé qu'il pensait proposer un mécanisme de coordination pour compiler et diffuser l'information et qu'il ne songeait pas à une nouvelle structure physique, car cela n'était guère possible en cette époque de contraintes budgétaires. On a donc convenu que la résolution proposée sur ce point de l'ordre du jour demanderait à la Directrice de créer « un répertoire régional disponible pour toutes les parties concernées. »

116. La Déléguée du Canada a présenté un bref compte rendu du travail de la Commission de l'information et de la responsabilisation en matière de santé des femmes et des enfants, mises en place par le Secrétaire général des Nations Unies et co-présidée par le Premier ministre du Canada et le Président de la Tanzanie. Elle a suggéré que le Comité exécutif étudie les 10 recommandations spécifiques de la Commission⁷ en étudiant la manière dont elles pourraient contribuer au plan d'action.

117. Le Dr Fescina a ajouté certaines informations sur le système d'informations périnatales mis en place par l'OPS et le Centre de l'Amérique latine pour la périnatalogie et le développement humain. Il a remercié les délégués de leurs commentaires qui

⁷ Les recommandations de la Commission sont données dans son rapport, [*Tenir les promesses, mesurer les résultats*](#).

s'avéreront utiles pour le renforcement du plan d'action. Il a également précisé que le chiffre budgétaire pour le plan d'action se basait sur un calcul de très haut niveau de \$5 millions par an pour les six années du plan. Ce chiffre sera affiné et présenté avec plus de précision.

118. La Directrice a attiré l'attention sur la préoccupation à l'échelle mondiale devant la lenteur des progrès en vue de réduire la mortalité maternelle et dont l'une des manifestations était la création par le Secrétaire général de la Commission de l'information et de la responsabilisation.

119. A son avis, le Conseil directeur n'était pas le forum approprié pour un examen technique détaillé du plan d'action. Elle a donc proposé que la discussion de la question continue sur une période de 30 jours par moyen électronique, pour que le plan soit revu puis présenté à temps au Conseil directeur.

120. Le Comité a décidé d'adopter la résolution proposée (résolution CE148.R14) et de recommander au Conseil directeur d'avaliser le plan d'action en sachant que le plan serait revu au regard des commentaires et des suggestions des États Membres. Il a été convenu que le Bureau organiserait des consultations électroniques concernant le plan pendant le mois de juillet.

Stratégie et Plan d'action sur la cybersanté (document CE148/17)

121. M. Marcelo D'Agostino (Gérant du domaine de la gestion de connaissance et communication au BSP) a présenté les grandes lignes des quatre domaines stratégiques envisagés dans le cadre de la stratégie et du plan d'action. Il a précisé que, conformément à une suggestion faite lors de la cinquième session du Sous-Comité de programme, budget et administration, le Bureau avait cherché à harmoniser la stratégie et le plan d'action et les initiatives connexes, telles que la stratégie pour la Société de l'information en Amérique latine et aux Caraïbes (e-LAC) de la Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes et l'initiative e-gouvernement de l'OEA. La stratégie et le plan d'action ont été rédigés en consultation avec les États Membres – surtout le Canada, par le truchement d'une communauté de pratique coordonnée par Health Canada, ce qui a permis au Bureau de recevoir les commentaires de 14 institutions et de plusieurs organisations et réseaux.

122. Le Comité exécutif a accueilli avec satisfaction les activités de l'OPS en vue de promouvoir l'utilisation de la technologie de l'information sanitaire comme moyen d'élargir l'accès aux services de santé et il a donné son approbation à la stratégie et au plan d'action proposés. Les membres du Comité pensaient que la stratégie et le plan d'action relevaient adéquatement les défis liés à la gestion des connaissances et à l'intégration des technologies de l'information et de la communication aux systèmes de santé. Le Comité a félicité la reconnaissance dans la stratégie de la nature intersectorielle

de la *eHealth* ou cybersanté et il a noté que le soutien et la collaboration entre les différents secteurs sur les questions de l'infrastructure, du financement, de l'éducation, de l'innovation et de l'interopérabilité étaient indispensables. Parallèlement, on a souligné que le développement de la cybersanté doit être dirigé et supervisé par les ministères de la santé et non pas par l'industrie de la technologie de l'information ou d'autres parties aux intérêts commerciaux. Une déléguée se demandait si l'estimation des ressources nécessaires, indiqué dans l'annexe C du document CE 148/17, était raisonnable.

123. Le Comité a approuvé les quatre domaines stratégiques retenus dans le cadre de la stratégie et du plan d'action ainsi que leurs objectifs respectifs. Il a également avalisé la proposition en vue de créer un forum d'experts pour promouvoir l'utilisation des technologies de l'information et de la communication pour les applications en santé publique. On a proposé que le forum comprenne des décideurs et des spécialistes techniques avec une connaissance polyvalente sur l'utilisation de telles technologies dans des contextes de santé publique et que ces personnes représentent les différents secteurs et les principales parties concernées par la politique et la pratique de la cybersanté.

124. On a proposé que la stratégie insiste davantage sur le travail au sein des partenariats existants et l'amélioration de cette collaboration et d'autres arrangements collaborateurs, plutôt que de créer de nouveaux mécanismes qui risquent de faire double emploi. On a noté que les fonctions du laboratoire régional proposé dans le cadre de l'objectif 1.4 semblait se recouper avec celles du comité consultatif technique, proposées dans le cadre de l'objectif 1.2, puisque les deux mécanismes suivraient et évalueraient les politiques de cybersanté dans la Région et on a donc recommandé que le laboratoire national serve plutôt de ressource aux États Membres pour partager les meilleures pratiques. On a également recommandé de peaufiner et de clarifier certains des indicateurs proposés. Par exemple, l'indicateur pour l'objectif 1.1 devrait être élargi et inclure les différents types de politiques et de technologies de l'information et de la communication que les États Membres souhaitent établir, par exemple des dossiers médicaux électroniques, et il devrait également déterminer si les États Membres disposent de politiques sur la protection de la confidentialité des personnes et de l'interopérabilité des technologies de l'information et de la communication. On pensait également que certains indicateurs sous l'objectif 4.2 n'étaient pas clairs. On a demandé au Bureau d'expliquer ce qu'on entendait par « contenu certifié de santé publique. » De plus, on a suggéré que la référence à la santé publique vétérinaire dans le quatrième paragraphe du préambule de la résolution proposée contenue dans le document CE148/17 soit expliquée.

125. La Déléguée du Mexique a noté que son pays avait un centre national d'excellence en technologie qui mettait au point des cours en matière de cybersanté et elle serait ravie de les rendre disponibles de manière électronique par le biais de l'OPS.

126. M. D'Agostino a fait savoir que le Bureau avait soigneusement pris note des commentaires et des suggestions du Comité et qu'il en tiendrait compte en finalisant la stratégie et le plan d'action. Concernant la certification des sites web, l'idée était d'assurer la disponibilité d'une information fiable en santé. L'Organisation collaborait avec la Bibliothèque nationale des États-Unis de médecine et de santé de la Fondation Net, organisation non gouvernementale qui avait mis au point une procédure pour certifier les sites web contenant une information en santé. S'agissant de la référence à la santé publique vétérinaire dans la résolution proposée, il a expliqué qu'une vaste expérience avait été acquise dans l'utilisation de médias mobiles en ce domaine, par exemple pour la surveillance des zoonoses et des maladies transmises par les aliments.

127. Concernant le laboratoire régional proposé dans le cadre de l'objectif 1.4, sa fonction serait en effet de servir de mécanisme pour collecter des données et promouvoir les meilleures pratiques alors que la fonction du comité consultatif technique proposé dans le cadre de l'objectif 1.2 serait de donner des conseils au Bureau sur les aspects politiques, techniques, de gestion et administratifs de la mise en œuvre de la stratégie. Répondant à la question sur les ressources, il a noté que la cybersanté était un domaine attirant pour les donateurs et qu'il serait donc relativement facile de mobiliser le financement pour les projets de cybersanté. De fait, l'OPS, en partenariat avec les États Membres et d'autres organisations, comptait déjà trois grands projets en cours qui avaient tous mobilisé un financement important.

128. La Directrice a souligné l'importance d'utiliser la technologie pour terminer le programme inachevé des maladies infectieuses et traiter les insuffisances, les disparités et les inégalités dans l'accès aux services de santé dans la Région. Elle a noté que la stratégie et le plan d'action soutiendraient et renforceraient également les activités visant à améliorer les statistiques de santé et d'état civil et que cela améliorerait la fragmentation des systèmes d'information sanitaire.

129. Le Comité a adopté la résolution CE148.R4, recommandant que le Conseil directeur avalise la stratégie et approuve le plan d'action.

Questions administrative et financières

Rapport sur le recouvrement des contributions (document CE148/18 et CE148/18, Add. I)

130. Mme Linda Kintzios (Trésorière et Conseillère principale, Services et systèmes financiers du BSP), notant que le document CE148/18, Add. I, apporte des informations sur les contributions versées en date du 13 juin 2011, a indiqué que, depuis cette date, l'Organisation avait reçu des paiements supplémentaires de \$16 844 du Costa Rica, \$191 992 de la République dominicaine et \$257 299 du Mexique. Le recouvrement combiné des arriérés et des contributions de l'année actuelle, à l'ouverture de la session du Comité, s'élevait à un total de \$54,7 millions, comparé à \$49,3 millions en 2010 et à \$38

millions en 2009. Vingt-et-un États Membres avaient effectué des paiements en vue de s'acquitter de leurs engagements en 2011 et onze d'entre eux avaient versé leurs contributions complètes. Le recouvrement des contributions de l'année actuelle s'élevait à \$31 millions, soit 32% du montant total exigible pour 2011.

131. Actuellement, un seul État Membre comptait un plan de paiements échelonnés et il était en conformité avec les termes de ce plan. Deux États Membres risquaient d'être soumis aux restrictions de vote envisagées aux termes de l'Article 6.B de la Constitution de l'OPS. Le Bureau avait encouragé ces États Membres à prendre les mesures nécessaires pour maintenir leur droit de vote lors du 51^e Conseil directeur.

132. Le Comité exécutif a adopté la résolution CE148.R1, remerciant les États Membres qui avaient déjà effectué les paiements pour 2011 et exhortant les États Membres à s'acquitter dès que possible de leurs engagements financiers face à l'Organisation.

Rapport du Bureau de contrôle interne et services d'évaluation (document CE148/19)

133. M. David O'Regan (Auditeur général, Bureau de contrôle interne et services d'évaluation du BSP) a introduit le rapport en indiquant qu'il comprenait trois sections : paragraphes 1-14, traitant en général du thème, des ressources, des planifications et de la coordination avec d'autres sources d'assurance ; les paragraphes 15-33, sur les résultats et les recommandations des tâches de supervision individuelles et le suivi par le Bureau de ces recommandations ainsi que les paragraphes 34-35 indiquant l'opinion générale du Bureau sur l'environnement de contrôle interne.

134. Le Comité exécutif a accueilli avec satisfaction le rapport sur le travail du Bureau de contrôle interne et services d'évaluation (IES). Les opérations de ce Bureau sont jugées très importantes pour la performance professionnelle de l'OPS et on a vivement recommandé au Bureau de prêter l'attention nécessaire aux recommandations de l'IES. Dans le domaine des audits thématiques, les recommandations faites sur les rapports de fin de service étaient jugées bien fondées mais on pensait que les rapports devaient être davantage diffusés. Le Bureau pourrait prendre les mesures nécessaires pour vérifier que les rapports étaient véritablement complets et utiles.

135. La nature fragmentaire de la fonction de gestion du risque au sein de l'OS et le lent développement d'un cadre formel de gestion des risques, surtout dans certains des bureaux de pays, soulevaient certaines préoccupations. Il serait probablement utile de prêter davantage attention à l'amélioration de la manière dont les lettres d'accord étaient utilisées dans les bureaux de pays, vu les préoccupations exprimées par la 27^e Conférence sanitaire panaméricaine en 2007. Il s'agit également d'intensifier les efforts faits pour mettre en œuvre les recommandations de l'IES concernant une meilleure intégration des

priorités transversales comme le genre, l'ethnie et les droits humains dans les plans de travail biennaux.

136. M. O'Regan a remercié le Comité pour ses expressions de soutien et a pris note des suggestions dans les domaines concernés. S'agissant des rapports de fin de service, il a noté qu'ils étaient généralement distribués à un petit cercle des membres du personnel, dont la personne qui avait travaillé le plus étroitement avec le membre sortant ou son successeur mais il n'en examinerait pas moins la possibilité d'une circulation plus vaste de ces rapports.

137. Concernant la mise en place de la gestion des risques d'entreprise sur l'ensemble de l'organisation, il a indiqué que le concept ne s'était installé que très lentement dans le système des Nations Unies dans leur ensemble. Les changements de personnel, par exemple, le cas du Directeur de l'Administration et la difficulté rencontrée pour que les gens travaillent ensemble pour identifier le risque, sont au titre des autres facteurs qui ont entravé les progrès au sein du Bureau.

138. La Directrice a indiqué qu'un cadre de gestion des risques avait été mis en place par le Directeur de l'Administration et qu'on pouvait escompter en principe des progrès notables dans le renforcement d'une fonction rigoureuse et intégrale de gestion des risques, pour le restant de 2011 et en 2012. Concernant les rapports de fin de services, elle a noté que l'OPS, conjointement avec l'OMS, était engagée dans un projet visant à préserver la mémoire institutionnelle et à mettre en place un système informatisé pour rassembler et diffuser une telle information. De plus, l'Organisation disposait d'une procédure de transfert organisée garantissant que le travail accompli et les connaissances accumulées par un membre du personnel qui part et qui occupait un poste de responsabilité étaient transmis officiellement à son successeur.

139. Le Comité exécutif a pris note du rapport.

Rapport financier du Directeur et rapport du Commissaire aux comptes externe pour 2010 (*Document officiel 340*)

140. Mme Ana María Sánchez (Présidente du Sous-comité de programme, budget et administration) a fait le compte rendu de l'examen par le Sous-comité de ce point de l'ordre du jour (voir paragraphes 27–37 du rapport final du Sous-comité, document SPBA5/FR).

141. Mme Sharon Frahler (Gérante du domaine de la Gestion des ressources financières) a présenté les points saillants du Rapport financier de la Directrice, indiquant que les ressources financières totales de l'Organisation continuaient à croître à un rythme élevé, atteignant un total cumulé de \$932,6 millions en 2010, comparé à des recettes en 2009 de l'ordre de \$731 millions. Les contributions fixées pour 2010 s'élevaient à \$98,3 millions; et les recettes diverses à \$5,2 millions. La contribution de l'OMS au Budget

ordinaire de l'OPS s'élevait à \$39,5 millions en 2010, ce qui représentant la moitié de l'octroi biennal total à la région, soit \$79,1 millions. Les contributions recouvrées en 2010 étaient de l'ordre de \$101 millions, comprenant \$72 millions pour 2010 et \$29 millions pour les exercices biennaux précédents. Les contributions non encore recouvrées s'élevaient à \$29,7 millions, niveau le plus faible en 10 ans. L'Organisation avait reçu et exécutait un total de \$200 millions en fonds fiduciaires dans le cadre d'accords pluriannuels pour des programmes de santé publique, dont \$82,8 millions reçus des gouvernements pour des projets financés à échelle externe, \$106,8 millions pour des projets financés à échelle interne et pratiquement \$10 millions reçus pour les secours d'urgence au Chili et en Haïti.

142. Les dépenses s'élevaient à un total de \$927,3 millions. Du côté des achats, le Fonds renouvelable pour l'achat de vaccins a continué son expansion, avec pratiquement \$511 millions dépensés pour les vaccins et les seringues, soit une hausse de 49% par rapport à 2009. Un total de \$8,8 millions de fournitures médicales avaient été achetées par le biais du Mécanisme d'achats remboursables et \$21,7 en plus par le biais du Fonds renouvelable régional pour les fournitures stratégiques en santé publique. Les détails des autres catégories de dépenses figurent dans la section 15 des Notes aux états financiers du Rapport financier. L'excédent net des recettes par rapport aux dépenses est de l'ordre de \$5,3 millions.

143. Mme Helen Freetenby (Office national d'audit du Royaume uni de la Grande Bretagne et de l'Irlande du Nord) a récapitulé le rapport du Commissaire aux comptes externe, notant que l'audit n'a révélé aucune faille matérielle ou erreurs. Par conséquent, une opinion d'audit non qualifiée a été émise sur les comptes. Attirant l'attention sur les 12 recommandations dans le rapport, elle a mis en exergue quatre aspects. Premièrement, elle a félicité l'OPS pour sa mise en œuvre réussie des Normes comptables internationales du secteur public (IPSAS) et pour sa réponse aux recommandations précédentes faites à cet égard par le Commissaire aux comptes externes. Elle a noté par ailleurs que, malgré une bonne planification, certains aspects de la mise en œuvre d'IPSAS avaient pris du retard, et que par conséquent, le calendrier pour terminer l'audit était très resserré. Ces délais tenaient essentiellement aux procédures de clôture de fin d'année dans les bureaux de pays, domaine dans lequel s'imposait une amélioration de la gestion et de la supervision.

144. En second lieu, les normes IPSAS permettront d'améliorer la prise de décisions financières du moment que l'OPS avait la capacité de saisir l'information sur la manière dont les ressources étaient effectivement utilisées. Et la validation d'une telle capacité demandera que soient mis à jour ou remplacés certains systèmes clés d'informations sur la gestion et la comptabilité financières. Il était tout aussi indispensable que les données de ces systèmes soient gardées à jour.

145. Son troisième point concernait les visites dans les bureaux de terrain. La visite du Commissaire aux comptes externe en Haïti lui a permis de constater que le bureau faisait un travail admirable pour relever les nombreux défis suivant le tremblement de terrain. L'Organisation devrait analyser intégralement la réponse de ce bureau à la situation en cherchant à en retenir l'enseignement pertinent. Les visites à d'autres bureaux de pays ont soulevé certaines préoccupations sur les projets mis en œuvre par le personnel de l'OPS et dont certains ne semblent pas entrer dans le champ d'action habituel du travail de l'OPS. De plus, les contrats d'achat pour certains projets ne semblent pas avoir été adjugés sur une base compétitive.

146. Dans le quatrième domaine, celui de la gouvernance, elle a attiré l'attention sur le besoin de disposer d'un solide cadre de gestion des risques. Notant les progrès réalisés, elle a encouragé l'Organisation à continuer et les États Membres de soutenir ces efforts.

147. Le Comité exécutif a accueilli avec satisfaction l'information sur la solide position financière de l'Organisation et, une fois de plus, sur l'opinion d'audit non qualifiée. Le Comité a également félicité Mme Frahler et son équipe pour la préparation des états financiers jugés pleinement conformes aux normes IPSAS, de l'avis du Commissaire aux comptes externe. La qualité élevée des comptes de l'Organisation et la plus grande transparence fournie par les normes IPSAS ont été jugées particulièrement importantes au vu de la croissance continue dans les ressources gérées par l'Organisation.

148. Le Comité a encouragé le Bureau à prêter vivement attention aux questions soulevées par le Commissaire aux comptes externe et à ses 12 recommandations. On a également mises en avant les recommandations sur les mises à jour fréquentes des données des projets pour vérifier que l'information pour la gestion reste actualisée et sur la mise au point d'une approche qui permettrait de traiter des éléments sous-financés se rapportant aux allocations diverses du personnel. Concernant le problème des projets inappropriés, le Comité a proposé de resserrer les règles pour montrer clairement à tous les États Membres que le Règlement financier exige que tous les projets mis en œuvre devaient entrer dans la mission et dans le champ d'action de l'OPS. On a également souligné qu'il était obligatoire que toutes les activités d'achat de l'OPS se fassent sur la base de l'appel d'offres compétitif.

149. Mme Frahler a assuré le Comité que le Bureau reconnaissait la validité des recommandations du Commissaire aux comptes externe et ferait le suivi exigé à cet effet. Elle pensait elle aussi que le système financier informatisé actuel était loin d'être optimal. Le Bureau avait choisi de s'adapter aux normes IPSAS en improvisant pour ne pas prendre de retard dans l'adoption de ces normes mais le temps était venu de remanier le système. Le Bureau avait pris note des suggestions faites pour renforcer les contrôles financiers dans un environnement décentralisé et pour vérifier que les projets dans les bureaux de terrain correspondent pleinement à la mission de l'OPS.

150. La Directrice a indiqué que l'Organisation avait tout lieu d'être fière des accomplissements de 2010. En effet, l'OPS avait fait œuvre de pionnier pour l'adoption des normes IPSAS, accompagnée de bien des défis au même que des avantages. A présent, l'Organisation pouvait apporter des directives à d'autres organisations des Nations Unies. L'OPS est une organisation relativement petite et pourtant elle était soumise à un examen de la part de six entités d'audit différentes, tant internes qu'externes. Aussi, les États Membres et les partenaires du développement pouvaient-ils être tranquilles sachant qu'il existait des contrôles resserrés et que la transparence et la responsabilité étaient de rigueur.

151. Le Comité a pris note du rapport.

Rapport du Comité d'audit (document CE148/20)

152. Mme Amalia Lo Faso (Présidente du Comité d'audit) a rappelé le contexte qui avait mené à la création du Comité d'audit et a présenté en gros les thèmes de sa première et sa deuxième réunion. Ses recommandations sur l'adoption d'une approche structurée et disciplinée à la gestion du risque dénotaient une importance toute particulière puisqu'une telle approche permettrait de mieux identifier et de mieux gérer les risques qui pourraient empêcher l'OPS d'atteindre ses objectifs.

153. Le Comité exécutif a accueilli favorablement la création du Comité d'audit et de son rapport. Il a apprécié le bien-fondé de ses recommandations, surtout celles concernant la gestion du risque et le processus de sélection du Commissaire aux comptes externe. L'OPS disposant à présent de la gamme complète d'entités d'audit, il serait bon qu'un document soit rédigé expliquant la mission de chacune d'entre elle. Une information a été demandée sur les critères faisant que tel ou tel pays était choisi pour une visite du Comité d'audit et on a également suggéré que de plus amples informations soient données sur les conclusions auxquelles était arrivé le Comité d'audit après chaque visite. Par ailleurs, il serait utile d'avoir une section dans les rapports subséquents du Comité d'audit qui se rapporteraient au suivi donné aux diverses recommandations.

154. Mme Lo Faso a expliqué que les visites sur le terrain n'avaient duré que quelques heures et avaient cherché essentiellement à conférer aux membres du Comité d'audit une meilleure compréhension du travail de l'Organisation sur le terrain. Les recommandations des visites sur le terrain se rapportaient à certaines questions liées aux ressources humaines et à la rémunération ainsi qu'à la mise en œuvre des recommandations par le Commissaire aux comptes externe et au Bureau de contrôle interne et services d'évaluation. Le Comité d'audit a constaté que, dans certains pays, les recommandations n'étaient pas mises en œuvre et le Bureau devait suivre de plus près cette situation. Le Comité d'audit contrôlait la mise en œuvre de ses propres recommandations mais la décision de préparer un rapport sur l'état d'avancement revenait au Bureau.

155. La Directrice était d'accord qu'il serait utile de rédiger un document expliquant le rôle et les termes de référence des diverses entités de supervision et qui pourrait également inclure le Système d'intégrité et de gestion de conflit et l'ombudsman. Il fallait également se donner un système plus clair et plus convivial pour consigner et suivre la mise en œuvre des recommandations émises par les diverses entités.

156. Concernant les questions sur la manière dont étaient choisis les thèmes et les endroits qui feront l'objet d'un audit, elle a expliqué que, dans le cas du Comité d'audit, lors de sa première année de fonctionnement, le but avait été tout simplement que les membres de ce Comité se familiarisent avec le travail de l'Organisation. Aussi, les destinations avaient-elles été choisies en fonction de la facilité du voyage, le coût et autres aspects pragmatiques. Les futurs déplacements seront planifiés sur la base du dialogue entre les entités d'audit internes et externes et avec l'OMS et en général, sur la base des critères de risques.

157. Le Comité exécutif a pris note du rapport.

Statut des projets financés par le compte de réserve de l'OPS (document CE148/21)

158. Mme Ana María Sánchez (Présidente du Sous-comité de programme, budget et administration) a fait le compte rendu de l'examen de ce point de l'ordre du jour par le Sous-comité (voir paragraphes 57–69 du rapport final du Sous-comité, document SPBA5/FR).

159. M. Román Sotela (Conseiller principal, gestion du budget-programme, BSP) a introduit le rapport en notant les deux adjonctions qui avaient été demandées par le Sous-comité. La première concernant le tableau 2, le récapitulatif de l'exécution du compte de réserve et dont la colonne « commentaires » donnait une brève information sur l'état d'avancement des projets. La seconde concernait l'inclusion de la proposition d'un nouveau projet 3.D, « la modernisation du système d'information pour la gestion du BSP », comme continuation du projet 3.A, qui était achevé. En réponse à une question, il a expliqué que le projet 3.D n'était pas indiqué dans le récapitulatif de l'exécution du Compte de réserve car il avait encore le statut de proposition de projet, le récapitulatif ne montrant que les projets qui ont été effectivement exécutés en date du 31 décembre 2010. Rappelant que le Conseil directeur avait autorisé des dépenses du Compte de réserve pour le projet 3.D allant jusqu'à hauteur de \$10 millions, il a ajouté qu'une fois que le projet sera inclus au récapitulatif de l'exécution, le total dans la colonne « Autorisé du Compte de réserve » serait de \$25,290 millions (le total placé au départ dans le compte) duquel serait soustraits tous les montants de la colonne « exécuté ».

160. Le Comité exécutif a noté avec satisfaction l'inclusion de l'information supplémentaire demandée par le Sous-comité qui rendait bien plus compréhensible le rapport. Il a également loué les progrès faits, notant que trois projets avaient déjà été achevés et que trois autres étaient dans les délais et seraient achevés à la fin de 2011. Le

Comité a également noté favorablement l'inclusion du projet 3.D parmi les projets financés par le Compte de réserve. Une information était demandée quant à l'utilisation ou destination du montant de \$138 200 restant après l'achèvement du projet 3.A.

161. M. Tim Brown (Conseiller, Système de gestion organisationnelle, BSP) a expliqué qu'une partie des fonds restants du projet 3.A. était utilisée pour une étude concernant la phase suivante du projet du système d'information pour la gestion. Une fois cette étude achevée, le montant restant (de l'ordre de \$50 000 environ) sera à nouveau versé dans le Compte de réserve

162. La Directrice a ajouté que le Bureau chercherait à vérifier que l'information présentée sur les projets du Compte de réserve serait mise à jour immédiatement avant chaque session des Organes directeurs pour que les chiffres notifiés reflètent exactement la situation à ce moment là.

163. Le Comité a pris note du rapport.

Questions relatives au personnel

Amendements au Règlement et au Statut du personnel du Bureau sanitaire panaméricain (document CE148/22, Rév. 1)

164. Mme Ana María Sánchez (Présidente du Sous-comité de programme, budget et administration) a fait le compte rendu de l'examen fait par le Sous-comité de ce point de l'ordre du jour (voir paragraphes 70–76 du rapport final du Sous-comité, document SPBA5/FR), notant que le Sous-comité avait avalisé les changements proposés au Règlement du personnel et avait recommandé que le Comité exécutif adopte la résolution contenue dans le document CE148/22, Rév. 1.

165. Mme Nancy Machado (Conseillère des ressources humaines, BSP) a ajouté qu'un changement avait été fait depuis la session du SPBA, provenant de l'examen détaillé demandé par la Directrice du Système de gestion des conflits et de l'intégrité de l'Organisation. L'Article 1230 du Règlement du personnel a été amendé en vue de mettre en place un Président externe du conseil d'appels, de cesser le soutien correspondant à un secrétaire à plein temps du Conseil et de réduire le nombre de ses membres de 24 à 16. L'Article 1230.8 a été amendé stipulant que l'Organisation établirait une disposition à l'égard du Conseil pour la prise en charge des appels.

166. Le Comité a adopté la résolution CE148.R12, confirmant les amendements au Règlement du personnel et fixant les salaires du Directeur adjoint et du Sous-directeur, avec entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2011, et recommandant au Conseil directeur de fixer le salaire annuel brut du Directeur à \$204 391, également avec entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2011.

Déclaration du Représentant de l'Association du personnel de l'OPS/OMS (document CE148/23)

167. Mme Pilar Vidal (Présidente de l'Association du personnel de l'OPS/OMS) a fait ressortir les questions que l'Association souhaitait porter à l'attention du Comité, et elle a souligné que si le personnel était préoccupé par la politique du recrutement, l'administration du système de justice, les impacts possibles de la réforme contractuelle de l'OMS sur le personnel de l'OPS ainsi que les changements proposés au Conseil d'appels, ses membres n'en restaient pas moins des fonctionnaires publics engagés à atteindre les buts de l'Organisation et à travailler pour le bien-être des États Membres.

168. Tel que le mentionne le Bureau de contrôle interne et services d'évaluation, un grand nombre de membres du personnel prendront leur retraite dans les deux années à venir. Cette situation représentera sans nul doute un fardeau pour ceux qui restent et un défi à relever du point de vue de la préservation de la mémoire et des connaissances institutionnelles de l'Organisation. En même temps, cela pourrait également s'avérer une occasion historique d'instaurer une politique des ressources humaines à moyen terme, qui aurait un caractère plus participatif, et qui offrirait des perspectives de carrière en fonction du mérite pour le personnel, en restreignant par ailleurs l'utilisation excessive du personnel à la retraite.

169. Le Comité exécutif a accueilli avec satisfaction le rapport de l'Association du personnel, reconnaissant que c'était le personnel qui exécutait le véritable travail de l'Organisation et qu'il était donc normal que ce personnel prenne part pleinement à la planification et au suivi. Le Comité a également félicité le personnel pour ses gains de productivité.

170. Mme Vidal a affirmé que le personnel voyait son travail comme un partenariat avec les États Membres et la direction du Bureau.

171. Le Directrice a également fait l'éloge de l'engagement et des connaissances techniques du personnel dont la productivité accrue témoigne de son dévouement au travail. Elle a ajouté une note d'appréciation toute spéciale à la Présidente et aux membres de l'Association du personnel qui ont travaillé volontairement pour le bien de leurs collègues.

172. Le Comité a pris note de la déclaration.

Questions soumises pour information

Plan stratégique à moyen terme de l'OMS 2008–2013 et projet de budget-programme 2012–2013 de l'OMS (document CE148/INF/1 et CE148/INF/1, Add. I)

173. Mme Ana María Sánchez (Présidente du Sous-comité de programme, Budget et Administration) a fait le compte rendu de la discussion par le Sous-comité de ce point de l'ordre du jour, mettant en exergue ses commentaires par rapport à la réforme de l'OMS (voir paragraphes 77–87 du rapport final du Sous-comité, document SPBA5/FR).

174. Mme Gloria Wiseman (Canada), prenant la parole comme représentante d'un État Membre habilitée à nommer une personne à siéger auprès du Conseil exécutif de l'OMS, a rappelé que le Conseil avait demandé qu'un budget de l'OMS plus réaliste soit déterminé pour 2012-2013 et avait donc prié le Secrétariat de réviser son projet de budget original, qui avait été considéré comme trop irréal. Lors de la Soixante-quatrième Assemblée mondiale de la Santé, en mai 2011, les États Membres avaient approuvé la proposition révisée, faisant passer le budget de \$4,8 milliards à \$3,95 milliards. La proposition prévoyait une croissance nominale zéro dans les contributions des États Membres qui resteraient donc au même niveau que celui de l'exercice biennal actuel et qui constituerait 24% du financement du budget. Les 76% restants viendraient des contributions volontaires. Le Conseil reconnaissait les difficultés liées au fait que les contributions étaient réservées à des fins spéciales et qu'il n'existait pas de financement souple et prévisible.

175. Le Conseil avait insisté sur la nécessité de traiter les questions budgétaires dans le cadre de la réforme de l'OMS. Les représentants des Amériques avaient remarqué que la Région recevait la plus petite part du budget de l'OMS et qu'en plus, à maintes reprises, elle n'avait pas obtenu sa pleine part des contributions volontaires de l'OMS. Le Délégué du Panama avait pris la parole au nom des Amériques lors de l'Assemblée mondiale, demandant à l'OMS d'être juste et équitable dans la distribution des ressources entre les Régions et de veiller à la transparence du processus de budgétisation en général. Il a été convenu qu'un examen des mécanismes d'affectations budgétaires serait inclus dans l'initiative de réforme de l'OMS.

176. La discussion qui s'en est suivie a noté que les affectations à la Région seraient les mêmes en 2012-2013 que le niveau de l'exercice biennal actuel et les délégués se sont faits l'écho de la déclaration du Délégué du Panama au nom de la Région.

177. M. Guillermo Birmingham (Directeur de l'Administration du BSP) a exprimé sa reconnaissance aux États Membres pour le soutien à la Région lors de l'Assemblée mondiale de la Santé.

178. Le Comité a pris note du rapport.

Rapport d'avancement sur la Modernisation du système d'information pour la gestion du Bureau sanitaire panaméricain (document CE148/INF/2)

179. M. Tim Brown (Conseiller, Système de gestion opérationnelle, BSP) a expliqué que le projet de modernisation se trouvait à la phase de pré-exécution pendant laquelle serait choisi le logiciel et après laquelle, il serait mis en œuvre en deux étapes, dont chacune durerait une année. Aussi, la date d'achèvement du projet se situait-elle au milieu de 2014. Les départements concernés étaient en train de poser une solide fondation à ce qui était un projet très complexe. Il s'agissait de prendre les décisions relatives au personnel, d'arriver à une définition détaillée du champ d'action du projet et d'autres détails. Le Bureau était en train de recruter les services d'un consultant indépendant dont le rôle serait de vérifier que l'Organisation a identifié tous les logiciels dont elle aurait besoin pour répondre à ses besoins et qu'elle obtiendra les meilleurs termes possibles dans le contrat une fois retenu le fournisseur.

180. On s'était rendu compte que la fonction de planification programmatique de l'OPS ne se prêtait pas bien aux produits utilisés par certains autres organismes des Nations Unies mais on a également vérifié qu'il existait d'autres options commerciales viables et le Bureau n'aurait donc pas à créer un logiciel fonctionnel à échelle interne. Son département discutait également de la manière dont on pouvait mesurer la réussite du projet—réussite voulant dire que le système modernisé contribuait effectivement à la mission et aux buts stratégiques de l'Organisation.

181. Le Comité exécutif a accueilli avec satisfaction la mise au jour des progrès faits jusqu'à présent. L'expérience comparable de l'OMS pour la mise en œuvre de son système de gestion globale et des immenses défis qu'il lui avait fallu relever servait d'avertissement et de note de prudence. Une déléguée a demandé si les estimations de coût originales pour le projet restaient toujours valides.

182. M. Brown, rappelant que l'estimation donnée au Conseil directeur avait été de \$20,3 millions, a indiqué qu'aucune information ne lui avait été donnée qui aurait laissé entrevoir un dépassement de ce montant. Certes, les produits de niveau supérieur d'Oracle étaient très chers mais, par contre, il existait des produits de niveau intermédiaire qui avaient l'air prometteur, et dont l'un d'entre eux était utilisé par exemple par l'Organisation de l'aviation civile internationale.

183. La Directrice a observé que le projet étant à présent validé dans le Compte de réserve (voir paragraphes 154 à 159 ci-dessus), une large portion du financement était assurée.

184. Le Comité exécutif a pris note de l'information donnée.

Rapport sur les préparatifs pour le panel sur la Maternité sans risque et l'accès universel à la santé sexuelle et reproductive (document CE148/INF/3)

185. Le Dr Gina Tambini (Gérante du domaine de Santé familiale et communautaire du BSP) a présenté les objectifs et le programme proposé de la discussion en panel sur la maternité sans risques et l'accès universel aux services de santé sexuelle et reproductive qui se déroulera pendant le 51^e Conseil directeur.

186. Le Comité a fait plusieurs suggestions concernant des thèmes qui devraient être abordés pendant la discussion en panel. L'un d'entre eux porte sur l'avortement thérapeutique et les conceptions erronées et les préjugés qui l'entourent, risquant de bloquer des interventions médicales qui pourraient sauver un grand nombre de vies. Un autre thème est celui d'indicateurs plus souples dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive qui sont nécessaires pour mettre à jour des disparités et des inégalités. On a fait remarquer que les indicateurs utilisés pour mesurer les progrès en vue d'atteindre la cible sur la mortalité maternelle des objectifs du Millénaire pour le développement représentaient des moyennes nationales qui masquaient les disparités au niveau infrarégional et que, par conséquent, il serait possible pour les pays d'atteindre la cible en réduisant les décès maternels dans certains groupes ou dans certaines régions géographiques alors que le taux de mortalité maternelle resterait à un niveau inacceptable dans d'autres groupes ou dans d'autres régions, risquant même d'augmenter dans ces groupes et régions. On a également noté la difficulté à faire reculer encore davantage la mortalité maternelle dans les endroits où elle est déjà faible et que, s'ils ne disposent pas d'indicateurs plus souples, certains pays risquent de ne pas atteindre cette cible des OMD, alors qu'ils ont pourtant réussi à faire baisser les taux de mortalité maternelle.

187. Le Dr Tambini était également d'avis que la discussion en panel serait une excellente occasion de se pencher sur un certain nombre de questions liées à la maternité sans risque et à la santé sexuelle et reproductive, y compris sur l'avortement à risques qui serait le thème de l'une des présentations du panel. Concernant les indicateurs, elle a noté que la seconde recommandation de la Commission sur l'information et la responsabilisation en matière de santé des femmes et des enfants demandait aux pays de commencer le suivi de 11 indicateurs communs sur la santé reproductive, maternelle et infantiles qui ont été désagrégés pour tenir compte des questions liées au genre et à l'équité. L'OPS a mis sur pied une équipe composée de personnel de divers domaines techniques pour formuler un plan de travail venant soutenir les pays qui mettent en œuvre les recommandations de la Commission. L'Organisation rassemblait et diffusait également les meilleures pratiques pour que les États Membres puissent enrichir leurs plans d'action visant à la réduction de la mortalité maternelle et renforcer leurs services de santé sexuelle et reproductive.

188. La Directrice a indiqué qu'on espérait que le panel sensibilise davantage à diverses questions concernant la disponibilité et l'accès aux services de santé sexuelle et

reproductive, dont l'accès aux options contraceptives les plus modernes, surtout au niveau des soins de santé primaires. Elle a souligné l'importance d'uniformiser les indicateurs entre les pays et les organisations internationales et a reconnu la nécessité de se donner des indicateurs plus souples pour mieux refléter la véritable situation concernant la santé maternelle et la mortalité maternelle.

189. Le Comité exécutif a pris note du rapport.

Rapport sur les préparatifs de la table ronde sur la résistance aux antimicrobiens (document CE148/INF/4)

190. Le Dr Pilar Ramón-Pardo (Conseillère, résistance antimicrobienne, BSP) a fait le compte rendu des préparations pour la discussion en table ronde qui se déroulera lors du 51^e Conseil directeur et dont le thème portera sur la résistance antimicrobienne, qui était également le thème de la Journée mondiale de la santé 2011. La table ronde aura trois objectifs (indiqués au paragraphe 8 du document CE148/INF/4) et regroupera une vaste gamme de parties concernées. Les participants seront répartis en trois groupes de discussion qui se pencheront sur les divers aspects du problème de la résistance antimicrobienne. Les conclusions des discussions seront récapitulées dans un rapport qui sera présenté en plénière.

191. Le Comité a accueilli avec satisfaction la sélection de la résistance antimicrobienne comme le thème de la table ronde et a proposé plusieurs aspects qui devraient être envisagés par les groupes de discussion, dont la disponibilité actuelle et future des antibiotiques, le contrôle de qualité et l'utilisation rationnelle des antibiotiques, le renforcement des services pharmaceutiques dans les hôpitaux et des réseaux nationaux de laboratoire, le renforcement de la surveillance, de la prévention et du contrôle des infections nosocomiales et l'amélioration des pratiques de prescription et de distribution des médicaments. On pourrait envisager l'organisation d'une étude faite par divers centres sur la résistance antimicrobienne et l'utilisation inappropriée des antibiotiques. On a également proposé que des représentants de l'industrie pharmaceutique et des organes de réglementation des médicaments soient invités à participer à la table ronde. Une déléguée pensait par contre qu'il était inapproprié d'inviter des représentants de l'industrie pharmaceutique aux délibérations d'une entité intergouvernementale et que cela risquait de créer de sérieux conflits d'intérêt.

192. La Directrice a indiqué que les tables rondes organisées pendant le Conseil directeur cherchaient à donner l'occasion aux États Membres de discuter d'une question de manière plus approfondie qu'ils ne pourraient le faire pendant les sessions plénières et que donc seuls les États Membres pouvaient prendre part aux discussions. On pouvait inviter des représentants du secteur privé pour observer mais ces derniers ne pouvaient pas prendre part aux discussions. Par ailleurs, les États Membres pouvaient inclure des représentants du secteur privé dans leurs délégations s'ils le souhaitaient.

193. Le Comité exécutif a pris note du rapport.

Rapports d'avancement sur les questions techniques (documents CE148/INF/5–A, B, C, D, E, et F)

Immunisation : défis et perspectives (document CE148/INF/5–A)

194. Le Dr Alba María Roperó (Conseillère régionale sur la vaccination, BSP) a fait une présentation sur la Semaine de la vaccination aux Amériques et sur les progrès vers une semaine de la vaccination dans le monde. Elle a noté que la semaine de la vaccination est non seulement l'occasion de vacciner un grand nombre de personnes dans la Région, d'encourager la vaccination de la famille et de renforcer les programmes de vaccination, mais aussi de faire progresser d'autres initiatives, tels que la prestation des services de santé et l'enregistrement des naissances non recensées dans les communautés reculées. Elle a mis en exergue l'importance de la coordination interfrontalière pour la réussite de la Semaine de la vaccination aux Amériques qui a été copiée par quatre autres Régions de l'OMS : Afrique, Méditerranée orientale, Europe et Pacifique occidental. La Région de l'Asie du Sud-Est a prévu d'introduire sa propre semaine de la vaccination en 2012 et en principe, une proposition sera présentée au Conseil exécutif de l'OMS lors de sa prochaine session en vue de lancer une Semaine mondiale de la vaccination.

195. La discussion qui a suivi a fait l'éloge des progrès indiqués dans le document et des efforts de l'OPS pour garantir la disponibilité des vaccins traditionnels et des nouveaux vaccins. Le Comité a soutenu les quatre prochaines étapes indiquées dans le rapport d'avancement et l'attention a été attirée sur le lien entre ces étapes et les recommandations sur la vaccination, faites par la Commission sur l'information et la responsabilisation en matière de santé des femmes et des enfants.

196. Le Comité a pris note du rapport.

Mise en œuvre de la Stratégie et Plan d'action mondial sur la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle (document CE148/INF/5–B)

197. Le Dr James Fitzgerald (Conseiller principal, Médicaments essentiels et produits biologiques, BSP) a introduit le point de l'ordre du jour et a invité le Comité à faire des commentaires sur le rapport d'avancement.

198. Plusieurs délégués ont décrit les activités réalisées par leur pays pour faire progresser la Stratégie et le Plan d'action mondiaux. On a suggéré que les pays travaillent en plus étroite collaboration dans des domaines comme la fixation de normes pour la qualité des médicaments, ou l'utilisation rationnelle des médicaments pour éviter les problèmes de résistance aux médicaments. Certains délégués ont proposé des améliorations dans la formulation du rapport d'avancement concernant ses références aux

activités des pays. On a demandé de plus amples informations sur la composante de transfert de technologie de la Stratégie et du Plan d'action.

199. Certains délégués se préoccupaient du refus de la part de certains fabricants de médicaments de rendre leurs produits disponibles à des prix abordables par le biais des mécanismes d'achat de l'OPS. Certes, l'Organisation ne pouvait pas appliquer des sanctions juridiques ou économiques contre de telles sociétés mais on a suggéré qu'elle exerce une pression éthique et morale.

200. Le Dr Fitzgerald a remercié les délégués de leurs contributions à la discussion. Il convient lui aussi des difficultés qui pourraient être rencontrés pour obtenir de faibles prix pour les médicaments les plus complexes qui tendent à être offerts par un seul fournisseur. Dans le cadre de sa mission de coopération technique, l'OPS collaborera avec les pays pour trouver des options permettant de surmonter ce problème. La transparence des prix est un facteur important et l'OPS compte un mécanisme pour l'échange d'information sur les prix entre pays. Pour appuyer le domaine de l'utilisation rationnelle, l'OPS allait lancer sous peu le Réseau panaméricain de l'évaluation de la technologie sanitaire (REDE TSA) à Rio de Janeiro. Le réseau est conçu pour faire des évaluations comparatives de la sûreté et de l'efficacité ainsi que des facteurs économiques et l'Organisation apporterait également une assistance aux pays concernant le processus décisionnel par les autorités sanitaires décidant des médicaments qui seront inclus dans leurs programmes de santé publique.

201. L'OPS sait combien le transfert de technologie est un aspect crucial de l'accès aux médicaments et aux vaccins et, donnant suite à certaines réunions régionales, l'Organisation est en train de mettre en place un réseau régional de transfert de technologie. La production de vaccins contre la grippe ainsi que de médicaments et de vaccins contre les maladies négligées relève d'un domaine prioritaire pour le transfert de technologies.

202. La Directrice a indiqué que l'Organisation travaillait avec les pays pour renforcer leur capacité de production des médicaments et des vaccins au niveau national. Parallèlement, l'Organisation cherchait à trouver des incitations qui persuaderaient les sociétés à acheter un plus grand nombre de médicaments pour les maladies négligées et à fournir leurs produits à des prix compétitifs par le biais des fonds d'achat de l'OPS. La transparence des prix était un élément capital et pour assurer une telle transparence, il était de première importance que les pays partagent une information sur les prix. Tout aussi importante était la coordination entre les pays et entre les secteurs pour standardiser les médicaments particuliers qu'ils souhaitaient intégrer à leurs programmes de santé publique et d'augmenter ainsi le volume acheté, ce qui permettrait de réduire les prix.

203. Le Comité a pris note du rapport.

Avancées dans la mise en œuvre de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac (document CE148/INF5-C)

204. Le Dr Adriana Blanco (Conseillère sur la lutte antitabac, BSP) a présenté le rapport d'avancement. Elle a observé que, si un grand nombre de pays avaient déjà ratifié la Convention, par contre, le nombre de pays qui avaient mis en œuvre les lois pour en faire respecter les dispositions était restreint. Aucun pays n'avait mis en œuvre des lois couvrant toutes les dispositions de la Convention.

205. Elle a attiré l'attention sur deux avancées récentes qui n'étaient pas mentionnées dans le rapport : l'Argentine, bien que n'étant pas une partie présente à la Convention, avait adopté récemment une loi interdisant de fumer dans de nombreux endroits et plaçant des restrictions sur la publicité. De plus, l'Équateur avait voté une loi, devant encore être signée par le Président, stipulant qu'un nombre important d'endroits devenaient des aires où il est interdit de fumer, plaçant des limitations sur la publicité et demandant que les produits de tabac incluent des mises en garde pour la santé, en se servant d'images.

206. Elle a également noté que l'industrie du tabac cherchait à miner les lois sur la lutte antitabac dans un grand nombre de pays, aussi bien pendant le processus d'approbation législatif que par la suite. Par exemple, le Pérou se heurte à une série d'obstacles juridiques au niveau de sa législation antitabagisme. L'industrie faisait également des contributions financières dans des domaines n'ayant rien à voir avec le tabac, pour acheter des appuis, et elle stimulait la production de tabac dans des pays qui n'avaient pas été par le passé des producteurs importants.

207. Dans la discussion qui a suivi, plusieurs délégués ont décrit les activités de lutte antitabac dans leur pays, aussi bien des expériences positives à l'exemple des nouvelles lois réglementant l'usage du tabac dans les endroits publics et interdisant la publicité sur les produits de tabac que celles négatives, à l'exemple des obstacles constitutionnels érigés par l'industrie du tabac pour freiner le passage de lois antitabac. Les délégués ont souligné l'importance du partage de l'information sur la lutte antitabac entre les pays ainsi que des liens entre l'usage du tabac et les maladies chroniques. On a suggéré que de tels liens soient mis en avant lors de la réunion de haut niveau qui doit se tenir lors de l'Assemblée générale des Nations Unies sur les maladies non transmissibles.

208. A l'avis des délégués, les activités de lutte contre l'usage du tabac devraient intégrer, davantage que par le passé, la perspective du genre, une approche axée sur les droits humains et elle devrait insister sur la protection de la santé des gens sur les lieux du travail. S'agissant de l'aspect relié au genre, on a souligné qu'il fallait faire une recherche sur les facteurs poussant les femmes à fumer.

209. Le Dr Blanco a remercié le Comité exécutif de ses commentaires et recommandations, surtout celles concernant le lien entre l'usage du tabac et les maladies chroniques.

210. La Directrice a vivement encouragé les pays qui n'avaient pas encore ratifié la Convention-cadre à le faire le plus rapidement possible, notant que la Région des Amériques était la région de l'OMS avec le plus faible taux de ratification. Le Bureau était prêt à aider les autorités sanitaires recherchant cette ratification et elle était certaine que les pays qui avaient déjà ratifié la Convention apporteraient également un soutien, des conseils et un encouragement.

211. Le Comité a pris note du rapport.

Mise en œuvre du Règlement sanitaire international (2005) (document CE148/INF/5-D)

212. Le Dr Sylvain Aldighieri (Conseiller principal, IHR, Alerte et Riposte, et maladies épidémiques, BSP) a fait ressortir quatre points du rapport : la mise en œuvre de plans d'action nationaux dans le cadre du Règlement sanitaire international (RSI) (2005) aux divers niveaux de l'administration nationale, la possibilité que la date butoir de la préparation des plans d'action nationaux puissent être étendue au-delà de juin 2012, le rapport du Comité d'examen du RSI (2005) qui sera présenté à l'Assemblée mondiale de la Santé en mai 2011 et le renforcement des systèmes régionaux d'alerte et de riposte.

213. Le Comité exécutif a noté qu'il semblait, en fonction de l'information présentée dans le rapport, que les capacités de base requises ne seraient pas en place dans le monde, d'ici la date butoir de 2012, et il a exhorté les pays de la Région à accélérer leurs efforts à cet égard. Il est également de toute première importance de vérifier que tous les points focaux nationaux disposent de l'autorité et des ressources nécessaires.

214. Les pays ont exprimé leur reconnaissance au BSP pour le soutien qu'il leur apporte pour mettre en œuvre le RSI, surtout le développement des capacités de base. Certes, la surveillance et la riposte étaient au titre de ces capacités de base essentielles mais d'autres doivent également être développées, notamment la capacité d'application des mesures de santé publique concernant les points d'entrée, les modes internationaux de transport, les passagers, le fret et le courrier, et les vecteurs. Il reste bien des choses à accomplir pour se doter de mécanismes efficaces permettant de vérifier la conformité au RSI. Les délégués souhaitent savoir combien de pays de la Région avaient déjà mis en place leurs capacités de base.

215. On a indiqué que le rapport aurait dû présenter des informations sur les réunions que l'OPS avait organisées avec les pays du Marché commun du Sud (MERCOSUR) et l'Union des Nations de l'Amérique du Sud (UNASUR), réunions durant lesquelles les pays de la sous-région avaient présenté des initiatives pour améliorer l'outil de

notification qui avait été proposé par l'OMS. Un délégué se rappelait que l'OPS avait promis de prêter son aide à la migration des données entre les outils de l'OMS et du MERCOSUR.

216. Le Dr Aldighieri a indiqué que le renforcement des points focaux était une des grandes priorités de la coopération technique directe que l'Organisation apportait aux pays. Aussi, avait-elle mis en place un système de stage dans le cadre duquel, pendant une période de trois semaines au moins, les professionnels d'un point focal national participaient au travail du groupe d'alerte et de riposte au Siège de l'OPS. Un nombre important de pays de la Région avaient déjà participé au programme. Parallèlement, l'OPS cherche à renforcer chaque bureau de pays pour assurer un dialogue continu entre le bureau et le point focal national, ce qui leur permet de faire une évaluation de risque conjointe. En ce qui concerne le renforcement de la surveillance aux points d'entrée, il a indiqué que l'OPS recevait un solide soutien du Gouvernement espagnol, par le biais des services d'un expert sur le sujet pouvant répondre aux questions et préoccupations des pays. Dans le cadre de cet accord, l'OPS avait organisé plusieurs activités de formation.

217. Il a expliqué que le manque de référence à la réunion importante MERCOSUR-UNASUR était tout simplement le résultat du calendrier de production du rapport d'avancement et que cette omission sera corrigée dans la version revue du document. Concernant la question des progrès faits dans la mise en œuvre, il a noté que les pays devaient faire le point chaque année, en présentant un rapport d'avancement, et que tant que ces rapports n'étaient pas présentés, il serait impossible de savoir combien de pays disposeraient pleinement de leurs capacités de base en juin 2012. En attendant, le Secrétariat du RSI faisait les démarches nécessaires pour permettre aux pays de demander que les délais soient rallongés.

218. Le Comité a pris note du rapport.

Avancées vers la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement relatifs à la santé dans la Région des Amériques (document CE148/INF/5-E)

219. Le Dr Sofia Leticia Morales (Conseillère principale pour les objectifs du Millénaire pour le développement, BSP) a introduit le rapport d'avancement et a attiré l'attention sur les cinq axes d'actions stratégiques proposées dans le paragraphe 83, visant à s'assurer que tous les pays de la Région puissent atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) d'ici 2015.

220. Plusieurs membres du Comité ont présenté les progrès faits par leur pays en vue d'atteindre les objectifs, notant tous les écarts dans les progrès au niveau infranational et relevant la nécessité de se concentrer sur des régions et communautés vulnérables et peu desservies et d'adapter les activités liées aux OMD pour qu'elles répondent aux besoins de telles communautés. A cet effet, il est de toute première importance de tenir compte des facteurs culturels, sociaux, économiques, géographiques et d'autres facteurs qui

influencent les conditions de santé, en même temps qu'il est nécessaire de renforcer les systèmes et les services de santé, surtout au niveau des soins de santé primaires. Les membres du Comité ont également indiqué qu'il fallait procéder au renforcement des systèmes de statistiques de l'état civil et de l'information sanitaire pour suivre les progrès faits en vue d'atteindre les objectifs et d'identifier les régions et les populations nécessitant une plus grande attention. On a encouragé le Bureau à continuer d'accorder la priorité à la coopération technique visant à soutenir les efforts des États Membres pour qu'ils puissent atteindre les objectifs d'ici 2015.

221. Le Dr José Antonio Escamilla (Conseiller, Information et analyse de la santé, BSP) a affirmé l'engagement du Bureau de continuer à aider les États Membres à renforcer leurs systèmes de santé et leurs capacités d'analyse de l'information et de mettre à leur disposition tous les outils et toutes les méthodes de technologie de l'information que l'OPS a mis au point au fil des ans.

222. Le Dr Morales a reconnu la nécessité d'accorder la priorité aux communautés vulnérables et de cibler les efforts pour que les objectifs soient atteints dans ces communautés. Le Bureau continuera à appuyer les pays pour qu'ils identifient de telles communautés et cherchent à combler les écarts et à éliminer les inégalités.

223. Le Comité a pris note du rapport.

Examen des Centres panaméricains (document CE148/INF/5–F)

224. Le Dr Carlos Samayoa (Conseiller principal, Développement institutionnel, BSP), en introduisant le rapport d'avancement, a noté que le but des examens périodiques des Centres panaméricains était de vérifier que, dans un environnement politique, économique, technique et épidémiologique en constante évolution, les centres restaient des véhicules efficaces et efficaces de prestation de la coopération technique aux États Membres. Il a rappelé que, lors des 60 années précédentes, l'OPS avait créé ou administré 13 centres panaméricains dont six ont été fermés ou sont devenus des entités autonomes ou semi-autonomes dépendant de la responsabilité d'un gouvernement ou d'un groupe de gouvernements. L'exemple le plus récent était l'Institut pour l'alimentation et la nutrition des Caraïbes (CFNI), dont la responsabilité de l'administration avait été confiée au Centre directeur de l'Institut en 2009.⁸

225. Dans la discussion qui s'en est suivie, le Délégué du Pérou a affirmé le soutien continu de son pays pour l'Équipe technique régionale pour l'eau et l'assainissement (ETRA), auparavant le Centre panaméricain de génie sanitaire (CEPIS), situé au Pérou. Dans le cadre du nouvel accord signé par son Gouvernement et l'OPS en septembre 2010, l'ETRAS continuera le travail de CEPIS tout en devenant un mécanisme simplifié

⁸ Voir [document CD49/18](#) et [résolution CD49.R16](#).

et plus pérenne pour la fourniture de la coopération technique dans le domaine de l'assainissement environnemental. Notant que le 51^e Conseil directeur allait élire deux membres du Comité consultatif du Centre d'information sur les sciences de la santé pour l'Amérique latine et les Caraïbes (BIREME), il a dit que son Gouvernement, par le biais du Ministère de la santé, se ferait un plaisir de siéger auprès de cette entité et pensait qu'il s'agirait d'une contribution utile pour le travail de BIREME, puisque ce ministère servait actuellement de coordinateur du réseau de l'UNASUR des instituts nationaux de la santé et jouait un rôle important en coordonnant le travail de ces institutions dans le domaine de la recherche en santé et informations sur les sciences de la santé.

226. Le Président, prenant la parole en tant que représentant de la sous-région des Caraïbes, a indiqué que les pays des Caraïbes continuaient à dépendre fortement du Centre d'épidémiologie des Caraïbes (CAREC) et de l'Institut pour l'alimentation et la nutrition des Caraïbes (CFNI) pour les fonctions de laboratoire et autre soutien et a vivement recommandé à l'OPS de continuer à assumer un rôle de gestion et de supervision concernant ces deux institutions.

227. Le Dr Samayoa a observé que, comme l'avait fait savoir la Directrice dans la discussion du projet sur le budget-programme pour 2012-2013 (voir paragraphe 52 ci-dessus), les examens périodiques des Centres panaméricains étaient un moyen de contrôler les coûts et de s'assurer de la qualité des services fournis par les centres.

228. La Directrice a indiqué que le Bureau travaillait en étroite collaboration avec CAREC et CFNI et avec la Communauté des Caraïbes (CARICOM) pour soutenir le développement de l'Agence de santé publique des Caraïbes (CARPHA) et pour vérifier que les services fournis par les deux centres panaméricains continueront sans interruption.

229. Le Comité a pris note du rapport.

Rapports d'avancement sur les questions administrative et financières (document CE148/INF/6-A, B, et C)

État de la mise en œuvre des normes comptables internationales du secteur public (IPSAS) (document CE148/INF/6-A)

230. Mme Ana María Sánchez (Présidente du Sous-comité de programme, budget et administration) a fait le compte rendu de l'examen par le Sous-Comité de ce point de l'ordre du jour (voir paragraphes 38-47 du rapport final du Sous-Comité, document SPBA5/FR).

231. Mme Sharon Frahler (Gérante du domaine de la Gestion des ressources financières), introduisant le rapport d'avancement final sur les normes IPSAS, a revu le processus d'adoption et de mise en œuvre de ces normes par l'OPS, dont l'achèvement

réussi s'est fait le 1^{er} janvier 2010. Elle a noté que les deux phases épineuses avaient été celles de la création d'improvisations pour que le système d'informations financières de l'Organisation puisse travailler avec les nouvelles normes et la détermination de la valeur de tout l'actif de l'Organisation au moment de la mise en œuvre.

232. Le Comité exécutif a félicité l'OPS pour sa mise en œuvre réussie et ponctuelle des normes IPSAS, reconnaissant combien il était important, pour l'Organisation et le système entier des Nations Unies, de passer aux nouvelles normes et de pouvoir ainsi disposer d'informations financières qu'elle n'avait pas été en mesure de fournir par le passé. On a noté le niveau élevé des passifs financiers non capitalisés et on a demandé au Bureau d'informer périodiquement le Comité des progrès faits en vue de capitaliser ces obligations. On a indiqué qu'il faudrait rechercher l'avis du Bureau de contrôle interne et services d'évaluation quant aux options de financement proposées dans le paragraphe 16 du rapport qui seraient les plus appropriées et qui auraient le moins d'impact sur les activités de coopération technique de l'Organisation. Une information a été demandée sur l'impact des nouveaux calendriers de reconnaissance des recettes et des dépenses sur la préparation des rapports financiers.

233. Mme Frahler a indiqué que, si la mise en œuvre des normes IPSAS était complète, un travail supplémentaire était encore nécessaire puisque de nouvelles normes étaient émises. Elle approuvait l'idée de consulter le Bureau de contrôle interne et services d'évaluation, sur les passifs non financés. Quant à la préparation des rapports financiers, l'un des changements les plus difficiles par rapport à la méthode de comptabilité précédente avait été de distinguer entre les « transactions d'échange », telle que la réception de fonds pour les activités d'achat, où il existait une corrélation directe entre le montant que l'Organisation recevait et la quantité de fournitures qu'elle était supposée acheter avec cet argent, et les « transactions de non échange », telle que la réception des contributions fixées pour lesquelles il n'existait pas de corrélation numérique.

234. Le Comité exécutif a pris note du rapport.

Actualisation sur la nomination du Commissaire aux comptes externe de l'OPS pour 2012–2013 et 2014– 2015 (document CE148/INF/6–B)

235. Mme Linda Kintzios (Trésorière et Conseillère principale, Services et systèmes financiers, BSP) a indiqué qu'en plus des trois nominations pour la position de Commissaire aux comptes externe, une autre nomination de PricewaterhouseCoopers avait été reçue du Gouvernement de la Jamaïque mais n'a pas pu être envisagée car elle était arrivée après la date de bouclage. Toute la documentation disponible avait été communiquée au Comité d'audit et, de pair avec tout commentaire de ce Comité, serait mise à la disposition du 51^e Conseil directeur. Lors de la session du Conseil en septembre, les représentants des entités nominales seraient invités à faire une présentation

récapitulative de leur proposition. Le Commissaire aux comptes externe sera élu à la simple majorité, déterminée par scrutin secret.

236. La Directrice a proposé que les États Membres qui avaient participé de près à la nomination et sélection récente du Commissaire aux comptes externe de l'OMS fassent part de leurs opinions et suggestions en vue d'améliorer le processus.

237. Le Comité exécutif a pris note du rapport.

Plan-cadre d'investissement (document CE148/INF/6–C)

238. Mme Ana María Sánchez (Présidente du Sous-comité de programme, budget et administration) a fait le compte rendu de l'examen de ce point de l'ordre du jour par le Sous-comité (voir paragraphes 48–56 du rapport final du Sous-Comité, document SPBA5/FR).

239. M. Edward Harkness (Gérant des Opérations des services généraux, BSP) a présenté une vue d'ensemble du Plan-cadre d'investissement. Il a également fait une présentation de diapositives montrant certains des travaux de rénovation et projets de reconstruction qui sont en cours, notamment en Haïti et au Chili après les tremblements de terre dans ces pays. Il a noté que, dans certains pays, lorsque les immeubles avaient été très endommagés, le Bureau avait préféré déplacer le bureau dans le pays dans un autre endroit et, dans bien des cas, le nouvel endroit était la propriété du Gouvernement hôte que celui-ci louait gratuitement, ce qui avait permis à l'Organisation de faire de nettes économies.

240. Il a ajouté que le contrat de la construction du Centre des opérations d'urgence devait être signé sous peu et que les travaux de remise en état des ascenseurs au Siège avaient débuté. En ce qui concerne la rénovation du Bureau du représentant de l'OPS/OMS en Haïti, le Bureau demanderait une assistance financière auprès de l'OMS, tel que l'avait suggéré le Sous-comité de programme, budget et administration.

241. Le Comité exécutif a accueilli favorablement les révisions portées au rapport en réponse aux commentaires du Sous-Comité. On a noté que les dépenses seraient élevées lors de l'exercice biennal actuel et que le sous-fonds de technologie de l'information serait donc entièrement épuisé, ce qui représentait un défi pour l'avenir. On a demandé que soit expliqué le fait que l'annexe A au document SPBA5/6 indiquait des dépenses de 2010 du Compte de réserve pour les projets d'immobilier de l'ordre de \$3 millions alors que l'annexe C-2 au document CE148/INF/6 indiquait un montant inférieur à \$600 000.

242. M. Harkness a expliqué que la divergence était due en grande partie au fait que la signature de certains contrats avait été remise de 2010 à 2011.

243. La Directrice a expliqué qu'il était important de noter qu'aucune ressource du budget ordinaire n'avait été utilisée pour faire face aux dégâts causés aux immeubles de l'OPS par des catastrophes naturelles comme les tremblements de terre au Chili et en Haïti. Les travaux de réparation et de reconstruction qui s'étaient avérés nécessaires avaient été couverts par le Fonds d'investissement. Les gouvernements hôtes avaient également apporté un soutien important.

244. Le Bureau faisait tous les efforts possibles pour préserver son infrastructure existante et pour planifier efficacement les futures dépenses d'investissement, faisant passer en premier celles qui s'avéraient les plus urgentes. A cet effet, un plan-cadre d'investissement de 10 ans avait été préparé pour chacune des entités de l'Organisation et ce plan comptait une solide composante de maintenance préventive visant à prolonger la vie utile des immeubles et de l'équipement. Par ailleurs, il a également reconnu qu'il n'y avait aucune disposition pour réalimenter le Fonds d'investissement, outre les excédents qui pouvaient être disponible à la fin d'une période biennale. Une aide pouvait provenir du Plan-cadre d'investissement de l'OMS bien que le fait qu'il n'existe pas de source sûre de financement pour réalimenter et maintenir le Fonds restait un point préoccupant. A son avis, il était temps d'étudier diverses manières de vérifier l'apport régulier de capitaux au Fonds.

245. Le Comité exécutif a pris note du rapport.

Résolutions et autres actions d'organisations intergouvernementales revêtant un intérêt pour l'OPS : Soixante-quatrième Assemblée mondiale de la Santé (document CE148/INF/7)

246. Le Dr Juan Manuel Sotelo (Gérant du domaine des Relations externes, mobilisation des ressources et partenariats du BSP) a fait le compte rendu des résolutions et autres actions prises par la Soixante-quatrième Assemblée mondiale de la Santé et la 129^e session du Conseil exécutif de l'OMS jugées revêtir un intérêt spécial pour les Organes directeurs de l'OPS, attirant notamment l'attention sur les résolutions relatives au renforcement des soins infirmiers et obstétricaux (WHA64.7), à la prévention et au contrôle du choléra (WHA64.15), aux objectifs du Millénaire pour le développement (WHA64.12), aux préparations de la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la préparation et à la maîtrise des maladies non transmissibles (WHA64.11).

247. La 129^e Session du Conseil exécutif de l'OMS a mis en place un mécanisme consultatif sur la réforme de l'OMS et a demandé au Directeur-général de préparer d'ici la fin juillet 2011 trois documents conceptuels sur les thèmes suivants : la gouvernance de l'OMS, une évaluation indépendante de l'OMS et le Forum mondial de la santé, tel

qu'indiqué dans la résolution WHA64.2.⁹ On a demandé aux comités régionaux de discuter de ces documents, et du processus de réforme de l'OMS en général, avant la session spéciale du Comité exécutif qui se tiendra en novembre 2011. Aussi, la question de la réforme de l'OMS sera-t-elle discutée par le Conseil directeur de l'OPS en septembre.

248. Le Comité a pris note du rapport.

Questions diverses

249. Une vidéo a été projetée, montrant plusieurs exemples de luminescence co-sismique, ou lueurs de tremblement de terre, lors d'un tremblement de terre en 2007, dans la ville de Pisco au Pérou. Le Dr Oscar Ugarte Ubilluz, Ministre de la Santé du Pérou, a expliqué que des lueurs analogues avaient été observées avant et pendant d'autres séismes, et les chercheurs avaient donc bon espoir que la recherche sur le phénomène aboutirait à une méthode permettant de prédire les tremblements de terre.

250. Une vidéo sur la semaine de vaccination dans les Amériques 2011¹⁰ a également été montrée.

Clôture de la session

251. Suivant l'échange habituel de politesses, le Président a déclaré la clôture de la 148^e session du Comité exécutif.

Résolutions et décisions

252. Les résolutions et décisions suivantes ont été adoptées par le Comité exécutif lors de sa 148^e session :

⁹ Voir [Décision EB129\(8\)](#).

¹⁰ Disponible à http://www.youtube.com/watch?v=ccPVGyULYWQ&feature=channel_video_title.

Résolutions

CE148.R1 : Recouvrement des contributions

LA 148^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant considéré le rapport de la Directrice sur le recouvrement des contributions (documents CE148/18 et Add. I), incluant un rapport sur le statut du fonds spécial intitulé *Contributions volontaires pour les programmes prioritaires : Surveillance, prévention et prise en charge des maladies chroniques, Santé mentale et toxicomanie, Tabagisme, Grossesse sans risques, VIH/SIDA et Direction* ;

Notant que deux États Membres sont en arriéré de paiement de leurs contributions les assujettissant à l'application de l'Article 6.B de la Constitution de l'Organisation panaméricaine de la Santé ;

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

Notant que 20 États Membres ne se sont acquittés d'aucun paiement correspondant à leurs contributions pour 2011,

DÉCIDE :

1. De prendre note du rapport de la Directrice sur le recouvrement des contributions, incluant un rapport sur le statut du fonds spécial intitulé *Contributions volontaires pour les programmes prioritaires : Surveillance, prévention et prise en charge des maladies chroniques, Santé mentale et toxicomanie, Tabagisme, Grossesse sans risques, VIH/SIDA et Direction* (documents CE148/18 et Add. I).
2. De féliciter les États Membres pour leur engagement à s'acquitter de leurs obligations financières envers l'Organisation en faisant des efforts significatifs pour régler leurs contributions impayées.
3. De remercier les États Membres qui se sont déjà acquittés de leurs paiements pour 2011 et d'exhorter les autres États Membres à s'acquitter de toutes leurs contributions impayées dès que possible.
4. De prier la Directrice de continuer à informer les États Membres de tout montant dû et de faire un rapport au 51^e Conseil directeur sur le statut du recouvrement des contributions.

(Première réunion, le 20 juin 2011)

CE148.R2 : *Stratégie et Plan d'action sur le changement climatique*

LA 148^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant revu le rapport de la Directrice *Stratégie et Plan d'action sur le changement climatique* (document CE148/9),

DÉCIDE :

De recommander que le Conseil directeur adopte une résolution rédigée comme suit :

STRATÉGIE ET PLAN D'ACTION SUR LE CHANGEMENT CLIMATIQUE

LE 51^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant pris connaissance du rapport de la Directrice *Stratégie et Plan d'action sur le changement climatique* (document CD51/___) ;

Reconnaissant que le changement climatique représente l'une des plus graves menaces pour la santé et qu'il entrave la réalisation durable des objectifs du Millénaire pour le développement ;

Sachant que le changement climatique représente une menace pour la santé publique dans la Région des Amériques et que les impacts de ce changement seront ressentis le plus durement par les populations vulnérables vivant dans les régions et plaines côtières, les petites îles, les régions montagneuses, les régions arides ainsi que par les personnes défavorisées en milieu rural et urbain ;

Notant que la Convention-cadre sur les changements climatiques (UNFCCC) a reconnu et documenté les effets préjudiciables du changement climatique sur la santé ;

Prenant en compte la "Table ronde sur le changement climatique et son impact sur la santé publique : une perspective régionale" (document CD48/16) de 2008 et son rapport final (document CD48/16, Add. II) ainsi que le Plan d'action régional proposé pour protéger la santé contre les effets néfastes du changement climatique dans la Région des Amériques ;

Prenant en compte la résolution WHA61.19 (2008) sur le changement climatique et la santé et le Plan de travail de l'OMS sur le changement climatique et la santé, présentée à la 62^e Assemblée mondiale de la Santé en 2009 (document A62/11) ;

Réalisant l'impératif pour le secteur de la santé dans les Amériques de protéger la santé face aux conséquences du changement climatique,

DÉCIDE :

1. D'appuyer la Stratégie et approuver le Plan d'action sur le changement climatique et la santé.
2. De prier instamment les États Membres :
 - a) de renforcer leur capacité de mesurer les impacts du changement climatique sur la santé, aux niveaux national et local, en se penchant essentiellement sur les inégalités sur le plan socio-économique, ethnique et de genre ;
 - b) de renforcer la capacité des systèmes de santé de suivre et d'analyser l'information sur le climat et la santé afin de prendre dans les délais indiqués des mesures de prévention efficaces ;
 - c) de renforcer les capacités et la sensibilisation chez les dirigeants de la santé publique de fournir des directives techniques pour formuler et appliquer des stratégies visant à traiter les effets du changement climatique sur la santé ;
 - d) de soutenir la mise au point de matériel, méthodes et outils de formation pour renforcer les capacités à l'intérieur et à l'extérieur du secteur de la santé de formuler des mesures d'atténuation et d'adaptation face au changement climatique ;
 - e) de promouvoir l'engagement du secteur de la santé avec tous les secteurs et organismes connexes et avec les partenaires nationaux et internationaux clés pour mettre en œuvre des interventions qui réduisent les risques actuels et prévus sur la santé provenant du changement climatique ;
 - f) de mettre en œuvre progressivement les activités proposées dans le Plan d'action pour habiliter et renforcer les systèmes de santé, nationaux et locaux, pour qu'ils aient les moyens de protéger efficacement la santé humaine contre les risques imputables au changement climatique.

3. De demander à la Directrice :
- a) de continuer l'étroite collaboration avec les États Membres pour mettre en place des réseaux qui facilitent le recueil et la diffusion de l'information et de promouvoir des systèmes de recherche et de surveillance concernant le climat et la santé ;
 - b) de soutenir les activités des pays visant à déployer des campagnes de sensibilisation au changement climatique, réduire l'empreinte carbone du secteur de la santé et préparer les professionnels de la santé pour qu'ils mettent en œuvre des interventions efficaces d'adaptation ;
 - c) de collaborer avec les pays pour mobiliser des ressources pour les activités visant à réduire les répercussions du changement climatique sur la santé ;
 - d) de collaborer avec les pays, les mécanismes d'intégration sous-régionaux, les organismes internationaux, les réseaux d'experts, la société civile ainsi que le secteur privé pour forger des partenariats qui encouragent des actions écologiques durables qui tiennent compte de l'effet sur la santé à tous les niveaux ;
 - e) de soutenir les États Membres dans l'évaluation de la vulnérabilité de leur population au changement climatique et la formulation d'options d'adaptation basées sur ces évaluations ;
 - f) d'aider les États Membres à mettre en œuvre le Plan d'action, à formuler des plans nationaux répondant aux besoins locaux et à informer des progrès faits à cet égard lors de forums à haut niveau comme le Sommet de la terre de 2012.

(Première réunion, le 20 juin 2011)

CE148.R3 : Stratégie et Plan d'action sur l'épilepsie

LA 148^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné le rapport du Bureau *Stratégie et plan d'action sur l'épilepsie* (document CE148/13),

DÉCIDE :

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

STRATÉGIE ET PLAN D'ACTION SUR L'ÉPILEPSIE

LE 51^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant examiné le rapport du Bureau, *Stratégie et plan d'action sur l'épilepsie* (document CD51/___) ;

Reconnaissant la charge que représente l'épilepsie – en termes de morbidité, mortalité et handicap – à travers le monde et dans la Région des Amériques en particulier, ainsi que l'écart qui existe entre le nombre de personnes malades et le nombre de personnes qui ne reçoivent aucun traitement ;

Comprenant qu'il s'agit d'un problème pertinent de santé publique, qui peut être abordé sous l'angle de la prévention, du traitement et de la rééducation au moyen de mesures concrètes fondées sur les essais scientifiques ;

Considérant le contexte et le fondement pour la prise de mesures que nous offrent le Programme d'action sanitaire pour les Amériques, le Plan stratégique de l'OPS 2008-2012, le Programme d'action de l'OMS (mhGAP) ainsi que la Campagne mondiale contre l'épilepsie « Sortir de l'ombre » ;

Constatant que la *Stratégie et le plan d'action sur l'épilepsie* abordent les sphères d'intervention principales et définissent les lignes de coopération technique à suivre pour répondre aux divers besoins des pays,

DÉCIDE :

1. D'appuyer les dispositions de la Stratégie et approuver le Plan d'action sur l'épilepsie ainsi que leur application conformément à la situation particulière de chaque pays afin de répondre de manière adéquate aux besoins actuels et futurs.
2. De prier instamment les États Membres :
 - a) d'accorder à l'épilepsie le rang de priorité dans les politiques nationales de santé, au moyen de l'exécution de programmes nationaux spécifiques, conformes à la situation de chaque pays, afin de maintenir les réalisations et de progresser vers de nouveaux buts, en particulier la réduction des écarts de traitement existant actuellement ;
 - b) de renforcer les cadres légaux, le cas échéant, dans le but de protéger les droits humains des personnes atteintes d'épilepsie et d'appliquer les lois de manière efficace ;

- c) de renforcer l'accès universel et équitable aux soins médicaux de toutes les personnes atteintes d'épilepsie, au moyen du renforcement des services médicaux dans le cadre des systèmes fondés sur les soins primaires de santé et les réseaux intégrés de services ;
- d) d'assurer qu'ils disposent des quatre médicaments anti-épileptiques qui sont considérés comme essentiels pour le traitement des personnes atteintes d'épilepsie, en particulier au niveau des soins primaires ;
- e) de promouvoir les services de neurologie pour soutenir la tâche d'identification et de gestion des cas au niveau primaire, en veillant à une répartition adéquate des moyens auxiliaires de diagnostic nécessaires ;
- f) de soutenir la participation efficace de la communauté et des associations d'utilisateurs et de leurs familles aux activités qui visent à améliorer les soins prodigués aux personnes atteintes d'épilepsie ;
- g) d'envisager le perfectionnement des ressources humaines comme composante clé de l'amélioration des programmes nationaux de traitement de l'épilepsie, au moyen de la réalisation d'activités systématiques de formation, en particulier celles qui visent le personnel de soins primaires de santé ;
- h) d'impulser des initiatives intersectorielles et éducatives à l'intention de la population, dans le but de contrer la stigmatisation et la discrimination dont souffrent les personnes atteintes d'épilepsie ;
- i) de réduire l'écart d'information existant dans le domaine de l'épilepsie au moyen de l'amélioration de la production, de l'analyse et de l'exploitation de l'information, y compris celle issue des travaux de recherche ;
- j) de consolider les partenariats du secteur santé avec d'autres secteurs, ainsi qu'avec des organisations non gouvernementales, des établissements d'enseignement supérieur et des acteurs sociaux essentiels.

3. De demander à la Directrice :

- a) d'appuyer les États membres dans l'élaboration et l'exécution de programmes nationaux de traitement de l'épilepsie dans le cadre de leurs politiques de santé, en tenant compte de la présente stratégie et de son plan d'action, en s'efforçant de corriger les inégalités et en accordant la priorité aux soins prodigués aux groupes vulnérables et ayant des besoins particuliers, y compris les populations autochtones ;

- b) de collaborer à l'évaluation et la restructuration des services de neurologie et de santé mentale des pays ;
- c) de faciliter la diffusion d'information et l'échange de données d'expériences positives et novatrices, et de promouvoir la coopération technique entre les États membres ;
- d) de favoriser les partenariats avec la Ligue internationale contre l'épilepsie (ILAE) et le Bureau international pour l'épilepsie (IBE), ainsi qu'avec des institutions internationales, des organisations gouvernementales et non gouvernementales, et d'autres acteurs régionaux au service de la réponse large et intersectorielle qui s'avère nécessaire dans le processus d'exécution de la présente stratégie et son plan d'action ;
- e) d'évaluer la mise en œuvre de la présente stratégie et son plan d'action et d'en faire rapport au Conseil directeur dans un délai de cinq ans.

(Deuxième réunion, le 20 juin 2011)

CE148.R4 : Stratégie et Plan d'action sur la cybersanté

LA 148^e RÉUNION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné le rapport de la Directrice *Stratégie et Plan d'action sur la cybersanté* (document CE148/17),

DÉCIDE :

De recommander au Conseil directeur d'adopter une résolution rédigée selon les modalités suivantes :

STRATÉGIE ET PLAN D'ACTION SUR LA CYBERSANTÉ

LE 51^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant examiné le rapport de la Directrice *Stratégie et Plan d'action sur la cybersanté* (document CD51/__),

Reconnaissant qu'à l'examen de la situation actuelle qui indique que deux des conditions de base pour la mise en œuvre de la cybersanté dans les pays des Amériques existent, à savoir : la disponibilité de moyens efficaces pour formuler et mettre en œuvre des stratégies et des politiques de cybersanté (faisabilité technique) et l'existence de pratiques et d'instruments simples, abordables et durables (viabilité programmatique et financière) ;

Comprenant la nécessité d'améliorer la coordination et la prestation des services dans le domaine de la santé pour accroître leur efficacité, disponibilité, accessibilité et caractère abordable, permettant ainsi leur adaptabilité à de nouveaux contextes sanitaires ;

Considérant que dans le document de 1998, « Politique de la santé pour tous pour le XXI^e siècle », commandé par l'OMS, l'utilisation appropriée de la télématique de la santé dans la politique et la stratégie générales de santé pour tous a été recommandée, la résolution de l'Assemblée mondiale de la santé WHA51.9 (1998) sur la publicité, la promotion et la vente transfrontalière de produits médicaux par Internet, le Programme de connectivité dans les Amériques et le Plan d'action de Quito (2003), les Sommets Mondiaux des Nations Unies sur la Société de l'information (Genève 2003 et Tunis 2005), la résolution du Conseil exécutif de l'Organisation mondiale de la Santé, EB115.R20 (2004), sur la nécessité d'élaborer des stratégies sur la cybersanté, la résolution WHA58.28 adoptée lors de la 58^e Assemblée mondiale de la Santé, dans laquelle ont été établis les axes de la stratégie sur la cybersanté de l'OMS, la stratégie e-LAC 2007-2010 de la Commission économique pour l'Amérique latine (CEPAL) ;

Considérant la vaste expérience de la Région des Amériques dans les programmes de santé publique vétérinaire ;

Relevant que l'OPS a coopéré avec les pays de la Région dans l'établissement de bases conceptuelles, techniques et d'infrastructure pour le développement de politiques et de programmes nationaux en matière de cybersanté ;

Reconnaissant le caractère transversal et complémentaire entre cette Stratégie et les objectifs du Plan stratégique de l'OPS 2008-2012 (*Document officiel 328*) ;

Considérant l'importance d'avoir une Stratégie et un Plan d'action qui permettent aux États Membres d'améliorer, de manière efficace et efficiente, la santé publique dans la Région grâce à l'utilisation d'outils et de méthodes novatrices propres aux technologies de l'information et de la communication,

DÉCIDE :

1. Soutenir la Stratégie, d'approuver le Plan d'action sur la cybersanté et de défendre sa considération au sein des politiques, plans et programmes de développement ainsi que dans les propositions et les discussions des budgets nationaux pour que les conditions propices pour relever le défi d'améliorer la santé publique dans la Région grâce à l'utilisation des outils et des méthodes novatrices des technologies de l'information et de la communication dans chacun des pays puissent être atteintes.
2. Exhorter les États Membres à :
 - a) donner la priorité à l'utilisation de méthodologies et d'outils novateurs propres aux technologies de l'information et de la communication pour améliorer la santé publique humaine et vétérinaire dans la Région, y compris l'administration de la santé ;
 - b) élaborer et appliquer des politiques, plans, programmes et interventions interministériels, guidés par la Stratégie et le Plan d'action, avec les ressources et le cadre juridique nécessaires, en se concentrant sur les besoins des populations à risque et en situation vulnérable ;
 - c) mettre en œuvre la Stratégie et Plan d'action, le cas échéant, dans un cadre intégré par le système de santé et les services de technologie et de la communication, en mettant l'accent sur la collaboration inter-programmes et l'action intersectorielle, tout en garantissant le suivi et l'évaluation de l'efficacité du programme et l'allocation des ressources ;
 - d) promouvoir le renforcement des capacités des personnes responsables des politiques, de ceux qui dirigent les programmes et les prestataires de soins de santé et de services de technologies de l'information et de la communication, pour élaborer des politiques et des programmes qui simplifient la mise en place des services de santé centrés sur la personne efficaces et de qualité ;
 - e) promouvoir le dialogue interne et la coordination entre les ministères et autres institutions du secteur public, ainsi que les partenariats des secteurs public, privé et civil pour parvenir à un consensus national et assurer l'échange de connaissances sur des modèles rentables qui garantissent la disponibilité des normes de qualité, de sécurité, d'interopérabilité, d'éthique et le respect des principes de confidentialité de l'information, l'équité et l'égalité ;
 - f) soutenir la capacité à produire de l'information et de la recherche pour le développement de stratégies et de modèles fondés sur des preuves scientifiques pertinentes ;

- g) mettre en place un système intégré de contrôle, d'évaluation et de responsabilisation des politiques, plans, programmes et interventions qui permette d'améliorer la capacité de surveillance et de réaction rapide aux maladies et aux urgences de santé publique humaine et vétérinaire ;
 - h) mettre en place des processus d'examen et d'analyse internes sur la pertinence et la faisabilité de cette Stratégie et Plan d'action sur la base des priorités, des besoins et des capacités nationales.
3. De demander à la Directrice :
- a) d'appuyer la coordination et la mise en œuvre de la Stratégie et du Plan d'action sur la cybersanté aux niveaux national, sous-régional, régional et interinstitutionnel et de fournir la coopération technique nécessaire aux pays et entre eux, pour la préparation et la mise en œuvre des plans d'action nationaux ;
 - b) de collaborer avec les États Membres dans la mise en œuvre et la coordination de la Stratégie et du Plan d'action, en veillant à la poursuite de la coopération horizontale entre les secteurs de programme et les différents contextes régionaux et sous régionaux de l'Organisation ;
 - c) de faciliter la dissémination d'études, de rapports et de solutions qui puissent servir de modèle pour la cybersanté pour que, grâce aux modifications appropriées, ils puissent être utilisés par les États Membres ;
 - d) de favoriser la conclusion de partenariats nationaux, municipaux et locaux avec d'autres organismes internationaux, scientifiques et techniques, des ONG et des organisations de la société civile, du secteur privé et autres pour permettre le partage de compétences et de ressources et l'amélioration de la compatibilité entre les différentes solutions administratives, technologiques et juridiques dans le domaine de la cybersanté ;
 - e) de promouvoir la coordination entre la Stratégie et le Plan d'action et des initiatives similaires d'autres organisations internationales de coopération technique et de financement ;
 - f) d'informer périodiquement les Organes directeurs sur les progrès et les contraintes de la mise en œuvre de cette Stratégie et Plan d'action ainsi que de leur adéquation aux contextes et de leurs besoins spécifiques.

(Deuxième réunion, le 20 juin 2011)

CE148.R5 : *Stratégie et Plan d'action contre le paludisme*

LA 148^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné la *Stratégie et Plan d'action contre le paludisme* (document CE148/15),

DÉCIDE :

De recommander au 51^e Conseil directeur l'adoption d'une résolution rédigée selon les termes suivants :

STRATÉGIE ET PLAN D'ACTION CONTRE LE PALUDISME

LE 51^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant examiné la *Stratégie et Plan d'action contre le paludisme* (document CD51____) ;

Rappelant la résolution CD46.R13 (2005) du 46^e Conseil directeur sur le paludisme et les objectifs de développement internationalement convenus, incluant ceux contenus dans la Déclaration du Millénaire ;

Notant l'existence d'autres mandats et résolutions pertinentes de l'Organisation panaméricaine de la Santé, tels le document CD49/9 (2009), *Élimination des maladies négligées et autres infections liées à la pauvreté*, qui comprenait le paludisme parmi les maladies qui peuvent être éliminées dans certaines zones et le document CD48/13 (2008), *Gestion intégrée des vecteurs : une réponse globale aux maladies à transmission vectorielle*, qui promeut la gestion vectorielle intégrée comme partie intégrante de la gestion des maladies à transmission vectorielle dans la Région ;

Conscient du fait que la baisse continue de cas de paludisme et de décès confirme le progrès de la Région dans la lutte antipaludique, mais reconnaissant aussi que la Région doit toujours relever un ensemble unique de défis importants et en constante évolution ;

Reconnaissant que la diversité du contexte du paludisme et des difficultés rencontrées par les pays de la Région nécessite l'engagement dans un programme complet avec différents types de composantes, ainsi que des interventions innovantes et fondées sur des preuves ;

Appréciant les efforts des États Membres ces dernières années pour répondre à leurs défis respectifs vis-à-vis du paludisme, mais conscient de la nécessité de poursuivre l'action,

DÉCIDE :

1. De soutenir la Stratégie et d'approuver le Plan d'action contre le paludisme.
2. De prier instamment les États Membres :
 - a) d'examiner les plans nationaux ou en créer de nouveaux pour la prévention, le contrôle et l'élimination du paludisme, en utilisant une approche intégrée qui tienne compte des déterminants sociaux de la santé et qui envisage une collaboration inter-programmes et une action intersectorielle ;
 - b) de soutenir les efforts pour consolider et mettre en œuvre des activités afin de réduire davantage l'endémicité, ainsi que les progrès réalisés pour atteindre les objectifs indiqués dans la Stratégie et le Plan d'action contre le paludisme, y compris l'élimination du paludisme si cela est envisageable ;
 - c) de renforcer l'engagement dans les efforts visant à lutter contre le paludisme, y compris la coordination avec d'autres pays et les initiatives infrarégionales en matière de surveillance épidémiologique du paludisme, la surveillance de la résistance aux médicaments antipaludiques et aux insecticides, ainsi que le suivi et l'évaluation ;
 - d) de renforcer l'engagement tant des pays où le paludisme est endémique que de ceux où il est non endémique et de divers secteurs pour lutter contre la maladie, notamment en termes d'investissements soutenus ou en augmentation et de mise à disposition des ressources nécessaires ;
 - e) d'établir des stratégies intégrées de prévention, de surveillance, de diagnostic, de traitement et de lutte antivectorielle avec une large participation communautaire, de manière à ce que le processus contribue à renforcer les systèmes de santé nationaux, y compris les soins de santé primaires, la surveillance et les systèmes d'alerte et d'intervention, avec une attention particulière aux facteurs liés au genre et à l'ethnicité ;
 - f) de renforcer l'accent sur les populations et les groupes de travailleurs extrêmement vulnérables ;

- g) de soutenir l'engagement dans le développement et la mise en œuvre d'un programme de recherche qui comble les importantes lacunes en connaissances et en technologie dans divers contextes de travail contre le paludisme dans la Région, par exemple, la relation entre le paludisme et l'agriculture.
3. De demander à la Directrice :
- a) de soutenir la Stratégie et l'exécution du Plan d'action contre le paludisme et de fournir la coopération technique nécessaire aux pays pour développer et mettre en œuvre des plans d'action nationaux ;
 - b) de continuer le plaidoyer pour atteindre une mobilisation active de ressources et encourager une collaboration étroite pour forger des partenariats qui soutiennent la mise en œuvre de la présente résolution ;
 - c) de promouvoir et renforcer la coopération technique entre les pays, les entités sous régionales et les institutions et de créer des partenariats stratégiques pour réaliser des activités visant à surmonter les obstacles aux efforts de lutte antipaludique dans les zones frontalières et les populations isolées.
 - d) de promouvoir la coopération entre les pays en vue de la production et l'accès aux médicaments antipaludiques que répondent aux critères reconnues au niveau international quant à l'assurance des normes de qualité et qui répondent aux recommandations de l'OPS/OMS.

(Quatrième réunion, le 21 juin 2011)

CE148.R6 : *Organisations non gouvernementales en relations officielles avec l'OPS*

LA 148^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné le rapport du Sous-comité de programme, budget et administration
Ayant examiné le rapport du Sous-comité de programme, budget et administration
(document CE148/6) ;

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

DÉCIDE :

1. De renouveler les relations officielles entre l'OPS et l'Inter-American Heart Foundation pour une période de quatre ans.
2. D'admettre l'Albert B. Sabin Vaccine Institute en relations officielles avec l'OPS pour une période de quatre ans.
3. De prendre note du rapport de situation sur l'état des relations entre l'OPS et les organisations non gouvernementales en relations officielles.
4. De demander à la Directrice :
 - a) d'informer les organisations non gouvernementales respectives des décisions prises par le Comité exécutif ;
 - b) de continuer à développer des relations de travail dynamiques avec les ONG interaméricaines revêtant un intérêt pour l'Organisation dans les domaines qui relèvent des priorités programmatiques que les Organes directeurs ont adoptées pour l'OPS ;
 - c) de continuer à encourager les relations entre les États Membres et les ONG travaillant dans le domaine de la santé.

(Quatrième réunion, le 21 juin 2011)

CE148.R7 : *Amendement aux Principes régissant les relations entre l'Organisation panaméricaine de la Santé et les organisations non gouvernementales*

LA 148^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Tenant compte de la résolution CE138.R12 (2006) qui établit le Sous-comité de programme, budget et administration, qui comprend parmi ses fonctions la responsabilité du processus d'admission et d'évaluation des organisations non gouvernementales en relations officielles avec l'OPS, entrepris annuellement ;

Consciente de la résolution CESS.R1 *Révision des Principes régissant les relations entre l'Organisation panaméricaine de la Santé et les organisations non gouvernementales*, approuvée par la session spéciale du Comité exécutif en 2007 ;

Considérant que le Sous-comité de programme, budget et administration se tient en mars et au vu du temps requis pour examiner les organisations non gouvernementales en relations officielles avec l'OPS et pour analyser les demandes de celles souhaitant être admises en relations officielles avec l'OPS,

DÉCIDE :

D'approuver l'amendement suivant à la section 4.3 des *Principes* pour établir le 31 décembre comme date butoir pour la soumission de la documentation nécessaire des organisations non gouvernementales.

**PRINCIPES RÉGISSANT LES RELATIONS ENTRE
L'ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ
ET LES ORGANISATIONS NON GOUVERNEMENTALES ***

Amendement suggéré à la Section 4.3 :

TEXTE ANTÉRIEUR	NOUVEAU TEXTE
4.3 Procédure d'admission des ONG interaméricaines ou nationales aux relations de travail officielles avec l'OPS Les demandes d'ONG faites volontairement ou par invitation, doivent être soumises au siège de l'OPS à la fin de janvier au plus tard afin d'être prises en considération par le Sous-comité de programme, budget et administration en mars et d'être approuvées par le Comité exécutif en juin de la même année.	4.3 Procédure d'admission des ONG interaméricaines ou nationales aux relations de travail officielles avec l'OPS Les demandes d'ONG faites volontairement ou par invitation, doivent être soumises au siège de l'OPS à la fin de janvier le 31 décembre au plus tard afin d'être prises en considération par le Sous-comité de programme, budget et administration en mars et d'être approuvées par le Comité exécutif en juin de l'a même année suivante.

(Quatrième réunion, le 21 juin 2011)

* Principes adoptés par la résolution CESS.R1 (2007).

CE148.R8 : *Plan d'action pour réduire l'usage nocif de l'alcool***LA 148^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,**

Ayant revu le *Plan d'action pour réduire l'usage nocif de l'alcool* (document CE148/11),

DÉCIDE :

De recommander au 51^e Conseil directeur l'adoption d'une résolution rédigée selon les termes suivants :

PLAN D'ACTION POUR RÉDUIRE L'USAGE NOCIF DE L'ALCOOL**LE 51^e CONSEIL DIRECTEUR,**

Ayant examiné le *Plan d'action pour réduire l'usage nocif de l'alcool* (document CD51/___) ;

Reconnaissant le fardeau de morbidité, de mortalité et d'incapacité associé à l'usage nocif d'alcool dans le monde et dans la Région des Amériques, ainsi que les lacunes actuelles sur le plan du traitement et des soins pour les personnes affectées par l'usage nocif de l'alcool ;

Envisageant le contexte et le cadre d'action offert par le Programme d'action sanitaire pour les Amériques, le Plan stratégique 2008-2012 de l'OPS et la résolution de l'Assemblée mondiale de la Santé WHA63.13 (2010) sur une stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool et fixant des objectifs pour traiter ce problème ;

Observant que la *Stratégie mondiale de l'OMS visant à réduire l'usage nocif de l'alcool* délimite les principaux domaines d'intervention et identifie les domaines de la coopération technique en vue de répondre aux besoins divers des États Membres sur le plan de la consommation nocive de l'alcool ;

Tenant compte des recommandations de la réunion de l'OMS des homologues nationaux pour la mise en œuvre de la stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool et la réunion de consultation sur l'avant-projet du plan d'action régional ;

Reconnaissant la nécessité d'une coordination et d'un leadership au niveau régional venant soutenir les efforts nationaux en vue de réduire l'usage nocif de l'alcool,

DÉCIDE :

1. De mettre en œuvre la *Stratégie mondiale de l'OMS visant à réduire l'usage nocif de l'alcool* par le biais du plan d'action régional proposé, dans le contexte des situations spécifiques de chaque pays, afin de répondre adéquatement aux besoins actuels et futurs concernant l'usage nocif de l'alcool et sa consommation en dessous de l'âge autorisé.
2. De prier instamment les États Membres :
 - a) de retenir au titre d'une priorité de santé publique l'usage nocif de l'alcool et sa consommation en dessous de l'âge autorisé et de formuler des plans et/ou mettre en place des mesures pour réduire son impact sur la santé publique ;
 - b) de reconnaître que l'usage nocif de l'alcool survient tant chez des personnes avec que celles sans accoutumance à l'alcool et que la diminution des problèmes liés à l'alcool demande des politiques variées s'appliquant à la population dans son ensemble et des interventions est destinées à des groupes particuliers, ainsi qu'un accès à des services de santé de qualité ;
 - c) de promouvoir des politiques publiques qui protègent et préservent les intérêts de santé publique ;
 - d) de promouvoir des politiques et des interventions reposant sur des données probantes et déployées dans un esprit d'équité, et qui sont soutenues par des mécanismes de mise en œuvre durables engageant les diverses parties concernées ;
 - e) de promouvoir des programmes qui éduquent les enfants, les jeunes et ceux qui décident de ne pas boire sur la façon de résister à la pression sociale à consommer d'alcool et de les protéger de cette pression ainsi que de supporter le choix de ne pas boire ;
 - f) de vérifier que des services efficaces de prévention, de traitement et de soins soient disponibles, accessibles et d'un prix abordable pour ceux affectés par l'usage nocif de l'alcool ;
 - g) d'octroyer des ressources financières, techniques et humaines envers la mise en œuvre des activités au niveau national telles que décrites dans le plan d'action.
3. De demander à la Directrice :
 - a) de suivre et d'évaluer la mise en œuvre du plan d'action régional lors de sa cinquième année et à la fin de la période de la mise en œuvre ;

- b) de soutenir les États Membres au niveau de la mise en œuvre de leurs plans et/ou interventions nationaux et infranationaux pour réduire l'usage nocif de l'alcool, dans le cadre de leurs politiques sociales et de santé publique, en tenant compte de la *Stratégie mondiale de l'OMS visant à réduire l'usage nocif de l'alcool* ;
- c) de collaborer à l'évaluation des politiques et services de lutte contre la consommation nocive de l'alcool dans les pays, en vue de vérifier que les mesures correctives appropriées, fondées sur des données probantes, soient adoptées ;
- d) de faciliter la diffusion de l'information et le partage d'expériences positives et novatrices et de promouvoir la coopération technique entre les États membres ;
- e) de promouvoir des partenariats avec des organisations internationales et l'OMS, organisations gouvernementales et non gouvernementales et la société civile, prenant en considération tout conflit d'intérêt qui pourrait exister pour certaines organisations non gouvernementales.
- f) établir le dialogue avec le secteur privé sur la meilleure manière qu'il pourrait contribuer à la réduction des méfaits liés à l'alcool ; il sera tenu compte des intérêts commerciaux et le possible conflit avec les objectifs de la santé publique.

(Cinquième réunion, le 22 juin 2011)

CE148.R9 : *Plan d'action sur l'usage de substances psychoactives et la santé publique*

LA 148^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné le *Plan d'action sur l'usage de substances psychoactives et la santé publique* (document CE148/12, Rév. 1),

DÉCIDE :

De recommander au 51^e Conseil directeur l'adoption d'une résolution rédigée selon les termes suivants :

PLAN D'ACTION DE LA STRATÉGIE SUR L'USAGE DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES ET LA SANTÉ PUBLIQUE

LE 51^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant examiné le *Plan d'action de la stratégie sur l'usage de substances psychoactives et la santé publique* (document CD51/____) ;

Reconnaissant le fardeau de morbidité, de mortalité et d'incapacité associé aux troubles liés à l'usage de substances psychoactives dans le monde et dans la Région des Amériques en particulier, de même que le fossé qui existe sur le plan du traitement et de la prise en charge des personnes touchées par ces troubles de santé ;

Comprenant que les approches liées à la prévention, le dépistage, l'intervention précoce, le traitement, la réhabilitation, la réintégration sociale et les services de soutien constituent des actions nécessaires pour réduire les conséquences néfastes de l'usage de substances psychoactives ;

Reconnaissant que ces approches exigent d'améliorer l'accès aux services de soins de santé, de promouvoir la santé et le bien-être social des personnes, des familles, et des communautés, tout en protégeant et en promouvant le droit de toutes les personnes à jouir du degré maximum de santé physique et mentale ;

Considérant le contexte et le cadre d'action offerts par le Programme d'action sanitaire pour les Amériques, le Plan stratégique 2008-2012 de l'OPS, la Stratégie hémisphérique sur la drogue et le plan hémisphérique d'action de la Commission interaméricaine de lutte contre l'abus des drogues de l'Organisation des États Américains (OEA/CICAD), la stratégie et le plan d'action sur la santé mentale (CD49/11 [2009]), et le *Programme d'action Comblant les lacunes en santé mentale : Élargir l'accès aux soins pour lutter contre les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives (mhGAP* par ses sigles en anglais) de l'Organisation mondiale de la Santé, lesquels reflètent l'importance du problème de l'usage de substances psychoactives et établissent des objectifs stratégiques visant à traiter de ce problème ;

Observant que la *Stratégie sur l'usage de substances psychoactives et à la santé publique* adoptée en 2010 présente les principaux domaines de travail qui doivent être abordés et identifie des domaines de coopération technique permettant de répondre aux différents besoins des États membres quant à l'usage de substances psychoactives,

DÉCIDE :

3. D'entériner le *Plan d'action de la stratégie sur l'usage de substances psychoactives et la santé publique* et d'en appuyer la mise en œuvre dans le contexte des conditions spécifiques à chaque pays de manière à répondre de façon adéquate aux besoins présents et futurs en ce qui concerne l'usage de ces substances.

4. De prier instamment les États membres :

- a) de définir l'usage de substances psychoactives comme une priorité de santé publique et de mettre en œuvre des plans nationaux visant à traiter les problèmes liés à ses répercussions en matière de santé publique, en particulier quant à la réduction des lacunes existantes en matière de traitement ;
- b) de contribuer et de participer au processus de mise en œuvre du plan d'action.

3. De demander à la Directrice :

- a) de suivre et d'évaluer la mise en œuvre du Plan d'action régional après cinq ans et à l'issue de la période de mise en œuvre ;
- b) d'appuyer les États Membres dans la préparation et la mise en œuvre de plans nationaux relatifs à l'usage de substances psychoactives dans le cadre de leurs conditions spécifiques et politiques de santé publique, en tenant compte des dispositions de la Stratégie sur l'usage de substances psychoactives et la santé publique ;
- c) de promouvoir les partenariats avec des organisations gouvernementales et non gouvernementales, de même qu'avec des organisations internationales et d'autres acteurs régionaux, à l'appui de la réponse multisectorielle requise pour mettre en œuvre ce Plan d'action.

(Cinquième réunion, le 22 juin 2011)

CE148.R10 : *Stratégie et Plan d'action sur la santé en milieu urbain*

LA 148^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Après avoir examiné la *Stratégie et Plan d'action sur la santé en milieu urbain* (document CE148/8),

DÉCIDE :

De recommander au 51^e Conseil directeur d'adopter une résolution rédigée selon les termes suivants :

STRATÉGIE ET PLAN D'ACTION SUR LA SANTÉ EN MILIEU URBAIN

LE 51^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant examiné la *Stratégie et Plan d'action sur la santé en milieu urbain* (document CD51/___) ;

Reconnaissant qu'il existe de nombreux mandats des Organes directeurs datant de 1992 qui mettent en évidence la nécessité d'aborder les questions de santé en milieu urbain et les inégalités en matière de santé causées par l'urbanisation dans la Région, en plus de l'opportunité offerte par le Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017 et le Plan stratégique de l'OPS 2008-2012 ;

Reconnaissant que la mégatendance à l'urbanisation s'est rapidement accélérée dans la Région et que les pays n'ont pas été en mesure de réagir et d'adapter leurs programmes à la grande diversité de défis culturels, communautaires, familiaux, migratoires et socio-économiques posés par ce processus d'urbanisation ;

Ayant étudié l'opportunité offerte de s'attaquer à la plupart des problèmes les plus ardu de santé publique auxquels nos pays sont aujourd'hui confrontés dans les domaines des maladies non transmissibles, des traumatismes, des maladies transmissibles par vecteurs et autres maladies transmissibles, ainsi que le défi que constituent les différents besoins de la population en milieu urbain ;

Considérant que le fait de ne pas systématiquement et adéquatement prendre en considération le critère de la santé publique dans la croissance largement non planifiée des villes de la Région a entraîné une augmentation de la morbidité et de la mortalité ainsi qu'un accroissement de l'écart au sein des villes en matière d'équité ;

Comprenant que pour parvenir à promouvoir la santé publique dans la Région, les ministères de la santé devront incorporer dans leurs systèmes de surveillance sanitaire des informations qui différencient le gradient des inégalités de santé et leurs causes ainsi que leurs implications dans les politiques, les programmes et les services de santé nationaux et municipaux ;

Reconnaissant que la réalisation de la santé urbaine constitue un effort multisectoriel qui implique une action concertée pour promouvoir l'activité physique,

concevoir des options de transport public efficaces et accessibles, prévenir et réduire les blessures, et prendre en compte l'accès particulier et les besoins de bien-être des plus vulnérables, y compris les enfants, les personnes âgées et les personnes avec de besoins particuliers; et reconnaissant que les pays qui adoptent cette approche holistique non seulement améliorent la santé de leurs citoyens, mais réalisent également des gains importants en matière d'environnemental et de pérennité ;

Ayant à l'esprit que la mise en œuvre de cette Stratégie et Plan d'action implique une canalisation atypique des efforts visant à administrer le système de santé tout en invitant la participation des autres acteurs sociaux en milieu urbain pour défendre et régler tous les aspects des services de santé urbains qui peuvent répondre aux besoins particuliers du gradient social et de l'hétérogénéité des populations urbaines ;

Ayant demandé, lors du 50^e Conseil directeur, au Bureau sanitaire panaméricain de préparer une stratégie et un plan d'action préliminaires qui seront présentés au 51^e Conseil directeur,

DÉCIDE :

1. D'appuyer la Stratégie et approuver le Plan d'action sur la santé en milieu urbain et de soutenir sa mise en œuvre dans le contexte des conditions spécifiques de chaque pays afin de répondre adéquatement aux tendances et besoins actuels et futurs en matière de santé en milieu urbain dans la Région.
2. De prier instamment les États membres :
 - a) d'adopter les lignes directrices, outils et méthodes et développés par le BSP et les Centres d'excellence pour soutenir leur rôle administratif intersectorielle et la réorientation des services de santé ;
 - b) d'appuyer les politiques et programmes nationaux, infranationaux et locaux de promotion de la santé, y compris le renforcement de la participation sociale, avec des cadres juridiques et des mécanismes de financement appropriés ;
 - c) d'adapter les systèmes de surveillance pour qu'ils comprennent les déterminants et les indicateurs liés à la santé en milieu urbain, aux populations autochtones, au genre, aux conditions de migration, et qu'ils contiennent des informations sur les processus et les expériences concernant la santé en milieu urbain ;
 - d) de solidifier l'engagement des autorités municipales et métropolitaines en faveur de la planification et du développement urbain, en tenant compte de la santé urbaine et

de l'équité en matière de santé dans les politiques et plans sanitaires nationaux et infranationaux ;

- e) de collaborer avec les autorités municipales et métropolitaines au développement de politiques et de systèmes de transport qui favorisent la marche, le cyclisme et le transport public sûrs ; et aux réglementations de l'urbanisation et de l'infrastructure qui offrent un accès équitable et sûr à l'activité physique de loisir, et à la marche et au cyclisme de loisir et de transport durant le cycle de la vie ;
- f) d'aider les autorités municipales et métropolitaines dans l'utilisation d'outils d'évaluation et d'action permettant de mener une planification urbaine et de promouvoir des programmes en tenant compte de la santé et de l'équité de manière plus efficace ;
- g) de sensibiliser les intervenants clés et d'élaborer des plans et programmes de marketing social ;
- h) d'établir tous les deux ans des rapports sur les progrès réalisés, avec des données d'évaluation à mi-parcours à cinq ans et une évaluation finale à 10 ans.

3. De demander au Directeur :

- a) de produire et diffuser des critères, des lignes directrices, des modèles de politiques et cadres juridiques en santé publique pour la planification de la santé en milieu urbain, des services de santé en milieu urbain et des méthodes pour atteindre une action multisectorielle, y compris les études d'impact sur la santé, les évaluations de l'impact de l'équité en santé et la collecte et l'analyse de données entre les différents secteurs ;
- b) de recueillir et diffuser de nouvelles informations sur les expériences, les leçons apprises et les meilleures pratiques obtenues à travers des forums régionaux, la recherche, les observatoires, la documentation et le partage des expériences et des processus prometteurs ;
- c) de développer de façon plus approfondie la promotion de la santé et les déterminants de la santé dans les approches de coopération technique en matière de santé en milieu urbain et l'exécution de la stratégie de coopération avec les pays dans les États membres ;
- d) de promouvoir le renforcement des capacités de planification, de mise en œuvre, de surveillance et le renforcement des systèmes d'information de la santé en milieu urbain dans toute la Région ;

- e) de soutenir l'engagement des ministères de la santé auprès des autorités municipales et métropolitaines et d'autres secteurs concernés, à l'instar des questions détaillées dans le rapport final des tables rondes du 50^e Conseil directeur, le rapport final des Forums de la santé en milieu urbain et de promotion de la santé ainsi que l'Appel mondial à l'action sur l'urbanisation et la santé.

(Sixième réunion, 22 juin 2011)

CE148.R11 : Plan d'action sur la sécurité routière

LA 148^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné le *Plan d'action sur la sécurité routière* (document CE148/10),

DÉCIDE :

De recommander au 51^e Conseil directeur d'adopter une résolution rédigée selon les termes suivants :

PLAN D'ACTION SUR LA SÉCURITÉ ROUTIÈRE

LE 51^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant examiné le *Plan d'action sur la sécurité routière* (document CD51/___) ;

Reconnaissant le fardeau que représentent les traumatismes dus aux accidents de la route dans la Région des Amériques, qui constituent la première cause de mortalité chez les personnes âgées de 5 à 14 ans, et la seconde cause de mortalité chez les personnes âgées de 15 à 44 ans, ainsi que la nécessité urgente d'adopter des mesures de santé publique et de promouvoir des politiques publiques en coordination avec d'autres secteurs pour réduire le fardeau dû à la perte de vies et la souffrance provoquée par les accidents de la route ;

Rappelant la résolution WHA57.10 (2004) de l'Assemblée mondiale de la Santé sur la sécurité routière et la santé et la résolution A/RES/58/289 (2004) de l'Assemblée générale des Nations Unies sur l'amélioration de la sécurité routière mondiale, la célébration de la Journée mondiale de la Santé 2004, consacrée à la sécurité routière, et le lancement du *Rapport mondial sur la prévention des traumatismes dus aux accidents de la route*, le *Rapport sur la situation mondiale de la sécurité routière* et le rapport sur l'état de la sécurité routière dans la Région des Amériques ;

Rappelant également la résolution CD48.R11 (2008) du Conseil directeur de l'Organisation panaméricaine de la Santé, *Prévention de la violence et des traumatismes et promotion de la sécurité : un appel à l'action dans la Région* ;

Rappelant en outre qu'en mars 2010, l'Assemblée générale des Nations Unies a proclamé la Décennie d'action pour la sécurité routière 2011-2020 (A/RES/64/255) ;

Reconnaissant les opportunités offertes par l'adoption d'une approche de santé publique qui favorise l'action multisectorielle dans laquelle le secteur de la santé assume une fonction de coordination pour faire face à la nécessité urgente de protéger efficacement la population pauvre, marginalisée et plus vulnérable qui est la plus affectée par les accidents de la route dans la Région,

DÉCIDE :

1. D'approuver le Plan d'action sur la sécurité routière.
2. De prier instamment les États Membres d'adopter des politiques intersectorielles qui envisagent, entre autres, les mesures suivantes :
 - a) de donner la priorité à la sécurité routière au moyen de la formulation de plans nationaux, infranationaux et locaux pour la Décennie d'action pour la sécurité routière ;
 - b) d'améliorer l'infrastructure des voies urbaines et des routes ;
 - c) d'améliorer les politiques et les lois sur le transport public de masse au moyen de l'intégration de la sécurité, de l'équité et des critères d'accessibilité afin de promouvoir la sécurité et de protéger les droits de l'homme pour toutes les personnes ;
 - d) de réduire l'incidence des facteurs de risque (vitesse et consommation d'alcool) dans les traumatismes dus aux accidents de la route et d'augmenter le taux d'usage des équipements de protection (casques, ceintures de sécurité et systèmes de retenue pour les enfants dans les automobiles) ;
 - e) d'établir des limites de vitesse dans les zones urbaines qui ne dépassent pas les 50 km/h, de promouvoir la décentralisation pour permettre que les administrations locales puissent modifier les limites de vitesse et promouvoir la sensibilisation du public à la nécessité de fixer des limites de vitesse ;

- f) d'adopter la limite d'alcoolémie pour les conducteurs, d'une valeur inférieure ou égale à 0,05 g/dl ;
 - g) de faire respecter les lois sur le port obligatoire de casques, tenant en compte les normes de qualité et de sécurité ;
 - h) de faire respecter les lois sur l'usage obligatoire de la ceinture de sécurité, tenant en compte les normes de qualité et de sécurité et d'encourager l'usage de la ceinture de sécurité ;
 - i) de faire respecter les lois sur l'usage obligatoire de systèmes de retenue pour les enfants dans les automobiles, tenant en compte la qualité et les normes de sécurité, et d'encourager l'utilisation de ces systèmes ;
 - j) de créer ou de renforcer un système d'inspection et un examen technique des véhicules ;
 - k) de renforcer la capacité technique et institutionnelle des soins aux victimes de traumatismes dus aux accidents de la route, en particulier dans la phase préhospitalière, les soins hospitaliers et la réhabilitation ;
 - l) d'améliorer les données sur les accidents de la route en mettant sur pied des services de surveillance permettant d'améliorer la compréhension et la prise de conscience du fardeau, des causes et des conséquences des traumatismes dus aux accidents de la route, afin de mieux cibler, contrôler et évaluer les programmes et les investissements en faveur de la prévention, des soins et de la réhabilitation des victimes ;
 - m) de promouvoir des études qui permettent de produire une information scientifique et technique sur les risques associés aux éléments de distraction, tant dans le véhicule qu'à l'extérieur du véhicule, qui peuvent provoquer des accidents de la circulation (par exemple, l'usage d'appareils électroniques comme des téléphones portables et des systèmes de navigation, manger, boire ou fumer en conduisant, et des panneaux publicitaires sur les routes, entre autres).
3. De demander à la Directrice :
- a) d'appuyer les États Membres dans leurs initiatives de renforcement de la sécurité routière et dans la formulation de plans nationaux et infranationaux pour la Décennie d'action pour la sécurité routière ;

- b) de faciliter l'identification et l'échange de bonnes pratiques dans la prévention des traumatismes dus aux accidents de la route ;
- c) de stimuler et d'appuyer le réseau de points focaux nationaux et d'encourager la collaboration avec d'autres réseaux d'experts, de professionnels et d'organisations non gouvernementales ;
- d) de fournir la coopération à la création de capacités au niveau technique et de politiques pour faciliter le recueil et la diffusion d'information et de promouvoir des systèmes d'investigation et de surveillance liés à la prévention des traumatismes dus aux accidents de la route ;
- e) de fournir la coopération technique pour améliorer le traitement et les soins préhospitaliers aux victimes des accidents de la route ;
- f) de promouvoir les associations et la collaboration avec des organismes internationaux, des réseaux d'experts, la société civile, les fondations, le secteur privé et des autres acteurs sociaux pour favoriser une approche intersectorielle.

(Sixième réunion, 21 juin 2011)

CE148.R12 : Amendements au Règlement du personnel et au Statut du personnel du Bureau sanitaire panaméricain

LA 148^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné les amendements au Règlement du personnel du Bureau sanitaire panaméricain soumis par la Directrice à l'annexe A au document CE148/22, Rév. 1 ;

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

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

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

DÉCIDE :

1. De confirmer, conformément à l'article 020 du Règlement du personnel, les amendements au Règlement du personnel qui ont été apportés par la Directrice, en vigueur à compter du 1^{er} juillet 2011 concernant : le classement des postes, les allocations pour frais d'études, les politiques de recrutement, les examens médicaux et vaccinations, les augmentations à l'intérieur de la classe, les promotions, les congés annuels, les congés de maladie, les congés de maladie sous régime d'assurance, les suppressions de postes, les mesures disciplinaires et les appels.
2. De réviser la rémunération du personnel des catégories professionnelle et de rang supérieur, au 1^{er} janvier 2011.
3. De fixer le traitement annuel du Directeur adjoint du Bureau sanitaire panaméricain, à compter du 1^{er} janvier 2011, à \$185 809¹¹ avant imposition, soit un traitement net modifié de \$133 776 (avec personnes à charge) ou de \$121 140 (sans personnes à charge).
4. De fixer le traitement annuel du Sous-Directeur du Bureau sanitaire panaméricain, à compter du 1^{er} janvier 2011, à \$184 271 avant imposition, soit un traitement net modifié de \$132 776 (avec personnes à charge) ou de \$120 140 (sans personnes à charge).
5. De recommander au 51^e Conseil directeur d'ajuster le traitement annuel de la Directrice du Bureau sanitaire panaméricain en adoptant la résolution suivante :

**AMENDEMENTS AU RÈGLEMENT DU PERSONNEL ET AU STATUT DU
PERSONNEL DU BUREAU SANITAIRE PANAMÉRICAIN*****LE 51^e CONSEIL DIRECTEUR,***

Considérant la révision du barème des traitements de base minima pour les catégories professionnelle et de rang supérieur, à compter du 1^{er} janvier 2011,

Tenant compte de la décision prise par la 148^e session du Comité exécutif d'ajuster les traitements du Directeur adjoint et du Sous-Directeur du Bureau sanitaire panaméricain,

¹¹ Sauf spécification contraire, toutes les valeurs monétaires sont exprimées en dollars des États-Unis.

DÉCIDE :

1. De fixer le traitement annuel de la Directrice du Bureau sanitaire panaméricain, à compter du 1^{er} janvier 2011, à \$204 391 avant imposition, soit un traitement net modifié de \$145 854 (avec personnes à charge) ou de \$131 261 (sans personnes à charge).

(Septième réunion, le 23 juin 2011)

CE148.R13 : Prix de l'OPS d'administration, 2011

LA 148^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné le *Rapport du Jury d'octroi du Prix de l'OPS d'Administration, 2011* (document CE148/5, Add. I) ;

Reconnaissant les dispositions des procédures et directives pour conférer le Prix de l'OPS d'Administration, tel qu'approuvées par la 18^e Conférence sanitaire panaméricaine (1970) et amendées par la 24^e Conférence sanitaire panaméricaine (1994), la 124^e session du Comité exécutif (1999), la 135^e session du Comité exécutif (2004), la 140^e session du Comité exécutif (2007) et la 146^e session du Comité exécutif (2010),

DÉCIDE :

1. De féliciter les candidats au Prix de l'OPS d'Administration, 2011 pour leur excellent niveau professionnel et pour le travail remarquable dont ils font preuve en faveur des pays de la Région.
2. De prendre note de la décision du Jury d'octroyer le Prix OPS d'Administration, 2011 au Dr John Edward Greene (Guyana) pour sa contribution au développement du secteur de la santé et des ressources humaines dans la Communauté des Caraïbes (CARICOM), et pour sa mobilisation de l'engagement politique envers l'accomplissement de résultats significatifs portant sur un vaste éventail de questions prioritaires de santé publique, y compris l'établissement du Partenariat pan-Caraïbe contre le VIH/sida (PANCAP), la stratégie caribéenne sur le changement climatique, la coopération caribéenne dans l'Initiative Santé (CCH2 et CCH3), la Commission caribéenne sur la santé et le développement (CCHD), le premier Sommet des chefs de gouvernement de la CARICOM sur les maladies chroniques non transmissibles, et l'établissement d'une nouvelle Agence de santé publique des Caraïbes (CARPHA).
3. De transmettre le *Rapport du Jury d'octroi du Prix de l'OPS d'Administration, 2011* (document CE148/5, Add. I), au 51^e Conseil directeur.

(Septième réunion, le 23 juin 2011)

CE148.R14 : *Plan d'action pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et les cas graves de morbidité maternelle*

LA 148^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné le rapport de la Directrice, *Plan d'action pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et les cas graves de morbidité maternelle*, (document CE148/16, Rév. 1),

DÉCIDE :

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

PLAN D'ACTION POUR ACCÉLÉRER LA RÉDUCTION DE LA MORTALITÉ MATERNELLE ET LES CAS GRAVES DE MORBIDITÉ MATERNELLE

LE 51^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant examiné le rapport de la Directrice, *Plan d'action pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et les cas graves de morbidité maternelle*, (document CD51/___) ;

Tenant compte des mandats internationaux proposés dans le Plan d'action régional pour la réduction de la mortalité maternelle dans les Amériques (document CSP23/10 [1990]) ; de la résolution sur la population et la santé génésique (CSP25.R13 [1998]) ; de la Stratégie régionale pour la réduction de la mortalité et la morbidité maternelles (CSP26/14 [2002]), des résolutions WHA55.19 (2002), WHA57.13 (2004) et EB113.R11 (2004) sur la santé génésique approuvées par l'Assemblée mondiale de la Santé et le Conseil exécutif de l'OMS respectivement; des forums de Nairobi (1987), du Caire (Égypte, 1994), de Beijing (1995) ; de la Déclaration du Millénaire (2000) et du Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017 ;

Tenant compte de la résolution R11/8 du Conseil des droits de l'homme des Nations Unies (2009), de la résolution CD50.R8 du 50^e Conseil directeur de l'OPS (2010) et du document technique sur la santé et les droits de l'homme (CD50/12), ainsi que du degré élevé de complémentarité entre ce plan et les autres objectifs établis dans la *Plan stratégique 2008-2012 de l'OPS modifié* (Document officiel 328 [2009]) ;

Considérant la Stratégie mondiale pour la santé de la femme et de l'enfant lancée par le Secrétaire général des Nations Unies en 2010 et les recommandations de la

Commission d'information et de responsabilisation pour la santé de la femme et de l'enfant ;

Soulignant que la mortalité maternelle est une manifestation d'inégalité qui affecte tous les pays de la Région, qu'il existe des interventions efficaces par rapport au coût dans ce secteur qui peuvent avoir un impact réel et à court terme pour sa diminution ;

Considérant l'importance de disposer d'un plan d'action qui permet aux États Membres de répondre de façon efficace et efficiente,

DÉCIDE :

1. D'appuyer le présent *Plan d'action pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et les cas graves de morbidité maternelle* et sa considération dans les politiques, plans et programmes de développement, ainsi que dans les propositions et la discussion des budgets nationaux et qui leur permettent de répondre à l'amélioration de la santé maternelle.
2. De prier instamment les États membres :
 - a) de considérer le Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017 et l'appel du Secrétaire général des Nations Unies en 2010 en faveur d'un plan qui contribue à la réduction de la mortalité maternelle ;
 - b) d'adopter des politiques, stratégies, plans et programmes nationaux qui augmentent l'accès des femmes à des services de santé de qualité adaptés à leurs besoins, avec une adéquation interculturelle, y compris en particulier les programmes de promotion et de prévention fondés sur les soins de santé primaires prodigués par du personnel qualifié, qui intègrent les soins antérieurs à la conception (y compris la planification familiale), les soins de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum, et qui envisagent en outre la gratuité de tous ces services pour les populations les plus vulnérables ;
 - c) de promouvoir un dialogue entre institutions du secteur public, du secteur privé et de la société civile, afin de prioriser la vie des femmes comme une question de droits et de développement humains ;
 - d) de promouvoir l'autonomisation des femmes et la participation et la corresponsabilité de l'homme dans la santé sexuelle et reproductive ;

- e) d'adopter une politique des ressources humaines en termes de quantité et de qualité qui apporte une réponse aux besoins des femmes et des nouveau-nés, impliquant les entités formatrices et confirmées de ressources humaines ;
 - f) de renforcer la capacité de produire l'information et la recherche sur la santé sexuelle et reproductive, la mortalité maternelle et les cas graves de morbidité maternelle pour le développement de stratégies fondées sur des données probantes qui permettent le suivi et l'évaluation de leurs résultats, conformément aux recommandations de la Commission d'information et de responsabilisation pour la santé de la femme et de l'enfant ;
 - g) de mettre en marche des processus de révision et d'analyse internes sur la pertinence et la viabilité du plan présent dans le contexte national, qui soient fondés sur les priorités, nécessités et capacités nationales ;
 - h) de plaider pour des budgets publics spécifiques, où applicable, en fonction de résultats stratégiques tendant à améliorer la couverture et la qualité des soins de la femme et de l'enfant ;
 - i) de promouvoir le développement de programmes de protection sociale pour les femmes et les enfants.
3. De demander à la Directrice :
- a) d'appuyer les États Membres dans l'exécution du présent Plan d'action, conformément à leurs besoins et leur contexte démographique et épidémiologique ;
 - b) de promouvoir l'exécution et la coordination de ce Plan d'action, en garantissant sa transversalité à travers les domaines programmatiques, les différents contextes régionaux et infrarégionaux de l'Organisation et à travers la collaboration avec les pays et entre les pays dans la conception de stratégies et l'échange de capacités et de ressources pour mettre en pratique leurs plans de santé de la femme ;
 - c) de stimuler et de renforcer les systèmes d'information et de surveillance de la santé maternelle, y compris un référentiel régional à la disposition de toutes les personnes directement concernées et de promouvoir le développement de recherches opérationnelles pour concevoir des stratégies destinées à mettre en pratique des interventions fondées sur les besoins spécifiques des contextes de la Région ;

- d) d'appuyer les États Membres dans le développement et la création de capacités en vue de la préparation et de la distribution appropriée des ressources humaines en santé maternelle et néonatale ;
- e) de consolider et de renforcer la collaboration technique avec les comités, les organes et les réunions des Nations Unies sur les grossesses non désirées et les avortements à risque et les organismes interaméricains, en plus de promouvoir des alliances avec d'autres organismes internationaux et régionaux, des institutions scientifiques et techniques, la société civile organisée, le secteur privé et autres, dans le cadre du groupe de travail régional pour la réduction de la mortalité maternelle ;
- f) d'informer périodiquement les Organes directeurs de l'OPS sur les progrès et les limitations dans l'exécution du Plan d'action, ainsi que des adaptations de ce dernier à de nouveaux contextes et besoins, si la nécessité s'en faisait sentir.

(Huitième réunion, le 23 juin 2011)

***CE148.R15 : Ordre du jour provisoire du 51^e Conseil directeur de l'OPS,
63^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques***

LA 148^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné l'ordre du jour provisoire (document CD51/1) préparé par la Directrice pour le 51^e Conseil directeur de l'OPS, 63^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques, présenté comme annexe A au document CE148/3, Rév. 1 ; et

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

DÉCIDE :

D'approuver l'ordre du jour provisoire (document CD51/1) préparé par la Directrice pour le 51^e Conseil directeur de l'OPS, 63^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques.

(Huitième réunion, le 23 juin 2011)

CE148.R16 : *Projet de Programme et budget de l'OPS 2012-2013****LA 148^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,***

Ayant examiné le projet de *Programme et budget de l'OPS pour 2012–2013* (*Document officiel 338, Rév. 1*) ;

Ayant considéré le Rapport du Sous-comité du programme, du budget et de l'administration (document CE148/4) ;

Ayant examiné l'Addendum au Programme et Budget, Justification pour l'augmentation proposée des contributions, dans lequel le Bureau définit la justification d'une augmentation des contributions fixées, basées sur la nécessité d'éviter un impact négatif sur les résultats escomptés du Plan Stratégique 2008-2012 de l'OPS, et prenant en considération les efforts destinés à améliorer l'efficacité, la productivité, la responsabilité et la transparence ainsi que l'intégration des résultats afférents au suivi de performance, à l'évaluation des processus et à la mise en œuvre programmatique et budgétaire ;

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

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

DÉCIDE :

1. De remercier le Sous-comité du programme, du budget et de l'administration pour sa revue préalable du projet de programme et budget et son rapport.
2. D'exprimer ses remerciements à la Directrice pour l'attention accordée, lors de l'élaboration du programme et budget, à l'établissement de priorités en matière programmatique et aux gains d'efficience au moyen de la mise en œuvre d'instruments pour mesurer l'efficacité et la productivité ainsi que le suivi et l'évaluation de la performance et de la mise en œuvre programmatique et budgétaire institutionnelle.
3. De demander à la Directrice d'incorporer les commentaires faits par les membres du Comité exécutif dans le *Document officiel 338* révisé qui sera soumis pour considération au 51^e Conseil directeur.

4. De recommander au 51^e Conseil directeur d'adopter une résolution, énoncée ci-après, et de prier également la Directrice de présenter, aux fins d'examen au Conseil directeur, un nouveau scénario reflétant un accroissement de 2,15% aux contributions fixées des Etats membres, des Etats participants et Membres associés :

PROJET DE PROGRAMME ET BUDGET DE L'OPS 2012-2013

LE 51^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant examiné le projet de *Programme et budget de l'OPS pour la période financière 2012–2013 (Document officiel 338)* ;

Ayant examiné le rapport du Comité exécutif (document CD51/___) ;

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 et

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

DÉCIDE :

1. D'approuver le programme de travail pour le Bureau tel que décrit dans le budget et programme de l'OPS 2012–2013 (*Document officiel 338*).

2. De créditer pour la période financière 2012–2013 le montant de US\$ 312.637.902, de la manière suivante : a) \$287.100.000 pour le Budget de Travail Effectif (section 1-16) requérant une augmentation des contributions des États Membres de l'OPS, des États participants et des Membres associés de 4,3% par rapport à la période biennale 2010-2011, comme suit et b) \$25.537.902 comme transfert au Fonds de péréquation des impôts (article 17), tel que cela est décrit dans le tableau suivant.

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	6.524.000
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	11.700.000

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 génésique 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	4.500.000
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	7.811.000
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	11.800.000
9	Améliorer la nutrition, l'innocuité des aliments et la sécurité alimentaire tout au long du cours de la vie et à l'appui de la santé publique et du développement durable	10.825.000
10	Améliorer l'organisation, la gestion et la prestation des services de santé	8.311.000
11	Renforcer le leadership, la gouvernance et les systèmes de santé fondés sur les données probantes	30.600.000
12	Assurer l'amélioration de l'accès, de la qualité et de l'usage des produits et des technologies médicaux	7.165.000
13	Assurer un personnel de santé disponible, compétent, réactif et productif, capables de répondre aux besoins afin d'améliorer les résultats en santé	9.505.000
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 qu'établi dans le onzième Programme général de travail de l'OMS et dans le Programme d'action sanitaire pour le Amériques	65.885.000

CHAPITRE	TITRE	MONTANT
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	64.203.000
	Budget de travail effectif pour 2012-2013 (Chapitres 1-16)	287.100.000
17	Contribution du personnel (Virement au Fonds de péréquation des impôts)	25.537.902
	Total : Tous les chapitres	312.637.902

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

(a) Les contributions :

Des Gouvernements Membres, des Gouvernements participants et des Membres associés dont la quote-part aura été calculée en fonction du barème adopté 219.937.902

(b) Les recettes diverses 12.000.000

(c) La part d'AMRO approuvée par la Soixante-quatrième Assemblée mondiale de la Santé..... 80.700.000

TOTAL..... 312.637.902

4. 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 Bureau sanitaire panaméricain (BSP) par leurs nationaux et résidents seront réduits des montants remboursés par le BSP au titre de ces impôts.

5. De veiller à ce que, conformément au Règlement financier de l'OPS, les montants qui n'excèdent pas les crédits indiqués au paragraphe 2 soient utilisés pour le règlement d'obligations encourues pendant la période du 1^{er} janvier 2012 au 31 décembre 2013 inclusivement. Nonobstant les dispositions du présent paragraphe, les obligations encourues pendant l'exercice financier 2012-2013 seront limitées aux crédits disponibles dans le budget effectif de travail, i.e., les chapitres 1 à 16 du tableau des allocations au 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 du programme, 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 programme et le budget pour la période 2012-2013 devant être financé par d'autres sources à \$339.625.000, comme indiqué dans le *Document officiel* 338.

(Réunion virtuelle, le 22 juillet 2011)

CE148.R17 : Contributions des États Membres, des États participants et des Membres associés de l'Organisation panaméricaine de la Santé pour 2012-2013

LA 148^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Considérant que le Comité exécutif, par le biais de la résolution CE148.R16 a recommandé que le 51^e Conseil directeur approuve le Programme et Budget de l'OPS pour la période financière 2012-2013 (*Document officiel* 338, *Rév. 1*) ; et

Tenant compte du fait que le barème de contributions de l'OPS incorpore le nouveau barème de contributions de l'Organisation des États américains pour la période 2012-2014,

DÉCIDE :

De recommander au 51^e Conseil directeur d'adopter une résolution selon les termes suivants :

**CONTRIBUTIONS DES ÉTATS MEMBRES, DES ÉTATS PARTICIPANTS ET
DES MEMBRES ASSOCIÉS DE L'ORGANISATION PANAMÉRICAINNE
DE LA SANTÉ POUR 2012-2013**

LE 51^e CONSEIL DIRECTEUR,

Considérant que le Conseil directeur par le biais de la résolution CD51.R__ a approuvé le *Programme et Budget de l'OPS 2012-2013 (Document officiel 338)* ; et

Gardant à l'esprit que le Code sanitaire panaméricain stipule que le barème de contributions fixes à appliquer aux États Membres de l'Organisation panaméricaine de la Santé sera fondé sur le barème de contributions adopté par l'Organisation des États américains (OAS) pour les contributions de ses membres, et que par la résolution CD51.R__ le Conseil directeur a adopté le nouveau barème des contributions pour les Membres de l'OPS pour la période financière 2012-2013,

DÉCIDE :

D'établir les contributions fixes des États Membres, des États participants et des Membres associés de l'Organisation panaméricaine de la Santé pour la période financière 2012-2013 en accord avec le barème des contributions présenté ci-dessous et selon les montants correspondants, ce qui représente une augmentation de 4,3% par rapport à la période 2010-2011.

Membres*	Barème ajusté aux membres de l'OPS		Contribution brute		Crédit du Fonds de péréquation		Ajustement pour impôts prélevés par les États Membres sur les traitements du personnel du BSP		Contribution nette	
	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013
	%	%	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$
États Membres :										
Antigua-et-Barbuda	0,022	0,022	24.193	24.193	2.809	2.809			21.384	21.384
Argentine	2,408	2,408	2.648.052	2.648.052	307.476	307.476			2.340.576	2.340.576
Bahamas	0,062	0,062	68.181	68.181	7.917	7.917			60.264	60.264
Barbados	0,045	0,045	49.486	49.486	5.746	5.746			43.740	43.740
Belize	0,022	0,022	24.193	24.193	2.809	2.809			21.384	21.384
Bolivie	0,049	0,049	53.885	53.885	6.257	6.257			47.628	47.628
Brésil	9,941	9,941	10.932.013	10.932.013	1.269.361	1.269.361			9.662.652	9.662.652
Canada	11,972	11,972	13.165.483	13.165.483	1.528.699	1.528.699	45.000	45.000	11.681.784	11.681.784
Chili	1,189	1,189	1.307.531	1.307.531	151.823	151.823			1.155.708	1.155.708
Colombie	1,049	1,049	1.153.574	1.153.574	133.946	133.946			1.019.628	1.019.628

* Les États Membres sont présentés d'après l'ordre alphabétique de l'anglais.

Membres	Barème ajusté aux membres de l'OPS		Contribution brute		Crédit du Fonds de péréquation		Ajustement pour impôts prélevés par les États Membres sur les traitements du personnel du BSP		Contribution nette	
	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013
	%	%	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$
Costa Rica	0,221	0,221	243.031	243.031	28.219	28.219			214.812	214.812
Cuba	0,183	0,183	201.243	201.243	23.367	23.367			177.876	177.876
Dominique	0,022	0,022	24.193	24.193	2.809	2.809			21.384	21.384
République dominicaine	0,257	0,257	282.620	282.620	32.816	32.816			249.804	249.804
Équateur	0,258	0,258	283.720	283.720	32.944	32.944			250.776	250.776
El Salvador	0,114	0,114	125.365	125.365	14.557	14.557			110.808	110.808
Grenade	0,022	0,022	24.193	24.193	2.809	2.809			21.384	21.384
Guatemala	0,168	0,168	184.748	184.748	21.452	21.452			163.296	163.296
Guyana	0,022	0,022	24.193	24.193	2.809	2.809			21.384	21.384
Haiti	0,034	0,034	37.389	37.389	4.341	4.341			33.048	33.048
Honduras	0,051	0,051	56.084	56.084	6.512	6.512			49.572	49.572
Jamaïque	0,093	0,093	102.271	102.271	11.875	11.875			90.396	90.396
Mexique	8,281	8,281	9.106.529	9.106.529	1.057.397	1.057.397			8.049.132	8.049.132
Nicaragua	0,034	0,034	37.389	37.389	4.341	4.341			33.048	33.048
Panama	0,158	0,158	173.751	173.751	20.175	20.175			153.576	153.576
Paraguay	0,093	0,093	102.271	102.271	11.875	11.875			90.396	90.396
Pérou	0,688	0,688	756.586	756.586	87.850	87.850			668.736	668.736
Saint Kitts-et-Nevis	0,022	0,022	24.193	24.193	2.809	2.809			21.384	21.384
Sainte Lucie	0,022	0,022	24.193	24.193	2.809	2.809			21.384	21.384
Saint-Vincent-et-les-Grenadines	0,022	0,022	24.193	24.193	2.809	2.809			21.384	21.384
Suriname	0,034	0,034	37.389	37.389	4.341	4.341			33.048	33.048
Trinité-et-Tobago	0,180	0,180	197.944	197.944	22.984	22.984			174.960	174.960
États-Unis d'Amérique	59,445	59,445	65.371.043	65.371.043	7.590.503	7.590.503	10.000.000	10.000.000	67.780.540	67.780.540
Uruguay	0,214	0,214	235.334	235.334	27.326	27.326			208.008	208.008
Venezuela	<u>2,186</u>	<u>2,186</u>	<u>2.403.921</u>	<u>2.403.921</u>	<u>279.129</u>	<u>279.129</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>2.124.792</u>	<u>2.124.792</u>
Sous total	<u>99,583</u>	<u>99,583</u>	<u>109.510.377</u>	<u>109.510.377</u>	<u>12.715.701</u>	<u>12.715.701</u>	<u>10.045.000</u>	<u>10.045.000</u>	<u>106.839.676</u>	<u>106.839.676</u>

Membres	Barème ajusté aux membres de l'OPS		Contribution brute		Crédit du Fonds de péréquation		Ajustement pour impôts prélevés par les États Membres sur les traitements du personnel du BSP		Contribution nette	
	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013
	%	%	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$
États participants :										
France	0,219	0,219	240.832	240.832	27.964	27.964			212.868	212.868
Royaume des Pays Bas	0,068	0,068	74.779	74.779	8.683	8.683			66.096	66.096
Royaume Uni	0,046	0,046	50.586	50.586	5.874	5.874			44.712	44.712
Sous total	0,333	0,333	366.197	366.197	42.521	42.521			323.676	323.676
Membre associé :										
Porto Rico	0,084	0,084	92.374	92.374	10.726	10.726			81.648	81.648
Sous total	0,084	0,084	92.374	92.374	10.726	10.726			81.648	81.648
TOTAL	100.000	100.000	109.968.948	109.968.948	12.768.948	12.768.948	10.045.000	10.045.000	107.245.000	107.245.000

(Réunion virtuelle, le 22 juillet 2011)

Décisions

Décision CE148(D1) Adoption de l'ordre du jour

Conformément à l'Article 9 du règlement du Comité exécutif, le Comité a adopté l'ordre du jour présenté par la Directrice, tel qu'amendé (document CE148/1, Rév. 1).

(Première réunion, le 20 juin 2011)

Décision CE148(D2) Représentation du Comité exécutif lors du 51^e Conseil directeur de l'OPS, 63^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques

Conformément à l'Article 54 de son Règlement, le Comité exécutif a décidé de nommer son Président (Saint-Vincent-et-les-Grenadines) et Vice Président (Argentine) pour représenter le Comité lors du 51^e Conseil directeur, 63^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques.

(Quatrième réunion, le 21 juin 2011)

EN FOI DE QUOI, le Président du Comité exécutif, Délégué de Saint-Vincent-et-les-Grenadines, et le Secrétaire de droit, Directeur du Bureau sanitaire panaméricain, signent le Présent rapport final en langue anglaise.

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

St. Clair Alphaeus Thomas
Délégué de
Saint-Vincent-et-les-Grenadines
Président de la
148^e session du Comité exécutif

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

ORDRE DU JOUR

1. OUVERTURE DE LA SESSION

2. QUESTIONS RELATIVES AU REGLEMENT

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

(Article 9 du Règlement intérieur du Comité exécutif)

- 2.2 Représentation du Comité exécutif lors du 51^e Conseil directeur de l'OPS, 63^e session du Comité Régional de l'OMS pour les Amériques

(Article 54 du Règlement intérieur du Comité exécutif)

- 2.3 Ordre du jour provisoire du 51^e Conseil directeur de l'OPS, 63^e session du Comité Régional de l'OMS pour les Amériques

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

(Article 7 du Règlement intérieur du Conseil directeur)

3. QUESTIONS RELATIVES AU COMITE

- 3.1 Rapport de la Cinquième session du Sous-comité de programme, budget et administration
- 3.2 Prix de l'OPS pour l'administration, 2011
- 3.3 Organisations non gouvernementales en relations officielles avec l'OPS
- 3.4 Rapport annuel du Bureau d'éthique

4. QUESTIONS RELATIVES A LA POLITIQUE DES PROGRAMMES

- 4.1 Projet de Programme et budget de l'OPS 2012-2013
- 4.2 Stratégie et Plan d'action sur la santé en milieu urbain

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

- 4.3 Stratégie et Plan d'action sur le changement climatique
- 4.4 Plan d'action sur la sécurité routière
- 4.5 Plan d'action pour réduire l'usage nocif de l'alcool
- 4.6 Plan d'action sur l'usage de substances psychoactives et la santé publique
- 4.7 Stratégie et Plan d'action sur l'épilepsie
- 4.8 [Supprimé]
- 4.9 Stratégie et Plan d'action sur le paludisme
- 4.10 Plan d'action pour la réduction de la mortalité maternelle et les cas graves de morbidité maternelle
- 4.11 Stratégie et Plan d'action sur la cybersanté

5. QUESTIONS ADMINISTRATIVES ET FINANCIERES

- 5.1 Rapport sur le recouvrement des contributions
- 5.2 Rapport du Bureau de contrôle interne et services d'évaluation
- 5.3 Rapport financier du Directeur et rapport du Commissaire aux comptes externe pour 2010
- 5.4 Rapport du Comité d'audit
- 5.5 Statut des projets financés par le compte de réserve de l'OPS

6. QUESTIONS RELATIVES AU PERSONNEL

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

7. QUESTIONS SOUMISES POUR INFORMATION

- 7.1 Plan stratégique à moyen terme 2008-2013 et projet de budget programme 2012-2013 de l'OMS
- 7.2 Rapport d'avancement sur la Modernisation du système d'information pour la gestion du Bureau sanitaire panaméricain
- 7.3 Rapport sur les préparatifs pour le panel sur la Maternité sans risque et l'accès universel à la santé sexuelle et reproductive
- 7.4 Rapport sur les préparatifs de la table ronde sur la résistance aux antimicrobiens
- 7.5 Rapports d'avancement sur les questions techniques :
 - A. Immunisation : défis et perspectives
 - B. Mise en œuvre de la stratégie et plan d'action mondial sur la santé publique, innovation et propriété intellectuelle
 - C. Avancées dans la mise en œuvre de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac
 - D. Mise en œuvre du Règlement sanitaire international (2005)
 - E. Avancées vers la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement relatifs à la santé dans la Région des Amériques
 - F. Examen des Centres panaméricains
- 7.6 Rapports d'avancement sur les questions administratives et financières :
 - A. État de la mise en œuvre des normes comptables internationales du secteur public (IPSAS)
 - B. Actualisation sur la nomination du Commissaire aux comptes externe de l'OPS pour 2012-2013 et 2014-2015
 - C. Plan-cadre d'investissement

7. QUESTIONS SOUMISES POUR INFORMATION *(suite)*

- 7.7 Résolutions et autres actions d'organisations
intergouvernementales revêtant un intérêt pour l'OPS :
Soixante-quatrième Assemblée mondiale de la Santé

8. QUESTIONS DIVERSES

9. CLOTURE DE LA SESSION

LISTE DE DOCUMENTS

Documents officiels

<i>Document officiel 338, Rév. 1</i>	Projet de Budget et programme de l'OPS 2012-2013
<i>Document officiel 338, Add. I, Rév. 1</i>	Addendum au Projet de Budget et Programme de l'OPS 2012-2013
<i>Document officiel 340</i>	Rapport financier du Directeur et rapport du Commissaire aux comptes externe pour 2010

Documents de travail

CE148/1, Rév. 1 et CE148/WP/1, Rév. 1	Adoption de l'ordre du jour et du programme des réunions
CE148/2	Représentation du Comité exécutif lors du 51 ^e Conseil directeur de l'OPS, 63 ^e session du Comité Régional de l'OMS pour les Amériques
CE148/3, Rév. 1	Ordre du jour provisoire du 51 ^e Conseil directeur de l'OPS, 63 ^e session du Comité Régional de l'OMS pour les Amériques
CE148/4	Rapport de la Cinquième session du Sous-comité programme, budget et administration
CE148/5 et Add. I	Prix de l'OPS pour l'administration, 2011
CE148/6	Organisations non gouvernementales en relations officielles avec l'OPS
CE148/7	Rapport annuel du Bureau d'éthique
CE148/8	Stratégie et Plan d'action sur la santé en milieu urbain
CE148/9	Stratégie et Plan d'action sur le changement climatique

Documents de travail (*suite*)

CE148/10	Plan d'action sur la sécurité routière
CE148/11	Plan d'action pour réduire l'usage nocif de l'alcool
CE148/12, Rév. 1	Plan d'action sur la consommation de substances psychoactives et la santé publique
CE148/13	Stratégie et Plan d'action sur l'épilepsie
CE148/15	Stratégie et Plan d'action sur le paludisme
CE148/16, Rév. 1	Plan d'action pour la réduction de la mortalité maternelle et les cas graves de morbidité maternelle
CE148/17	Stratégie et Plan d'action sur la cybersanté
CE148/18, et Add. I	Rapport sur le recouvrement des contributions
CE148/19	Rapport du Bureau de contrôle interne et services d'évaluation
CE148/20	Rapport du Comité d'audit
CE148/21	Statut des projets financés par le compte de réserve de l'OPS
CE148/22, Rév. 1	Amendements au Règlement et au Statut du personnel du Bureau sanitaire panaméricain
CE148/23	Déclaration du Représentant de l'Association du personnel de l'OPS/OMS

Documents d'information

CE148/INF/1 et Add. I	Plan stratégique à moyen terme 2008-2013 et projet de budget programme 2012-2013 de l'OMS
-----------------------	---

Documents d'information (*suite.*)

CE148/INF/2	Rapport d'avancement sur la Modernisation du système d'information pour la gestion du Bureau sanitaire panaméricain
CE148/INF/3	Rapport sur les préparatifs pour le panel sur la Maternité sans risque et l'accès universelle à la santé sexuelle et reproductive
CE148/INF/4	Rapport sur les préparatifs de la table ronde sur la résistance aux antimicrobiens
CE148/INF/5	Rapports d'avancement sur les questions techniques : A. Immunisation : défis et perspectives B. Mise en œuvre de la stratégie et plan d'action mondial sur la santé publique, innovation et propriété intellectuelle C. Avancées dans la mise en œuvre de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac D. Mise en œuvre du Règlement sanitaire international (2005) E. Avancées vers la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement relatifs à la santé dans la Région des Amériques F. Examen des Centres panaméricains
CE148/INF/6	Rapports d'avancement sur les questions administratives et financières : A. État de la mise en œuvre des normes comptables internationales du secteur public (IPSAS)

Documents d'information (*suite*)

B. Actualisation sur la nomination du Commissaire
aux comptes externe de l'OPS pour 2012-2013
et 2014-2015

C. Plan-cadre d'investissement

CE148/INF/7

Résolutions et autres actions d'organisations
intergouvernementales revêtant un intérêt pour
l'OPS : Soixante-quatrième Assemblée mondiale
de la Santé

LIST OF PARTICIPANTS/LISTA DE PARTICIPANTES*

MEMBERS OF THE COMMITTEE/MIEMBROS DEL COMITÉ

ARGENTINA

Dr. Daniel Yedlin
Jefe de Gabinete
Ministerio de Salud de la Nación
Buenos Aires

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

Dra. Susana Gallo
Asesora
Secretaría de Determinantes y Relaciones
Sanitarias
Ministerio de Salud de la Nación
Buenos Aires

Sr. Luciano Escobar
Secretario, Representante Alterno de
Argentina ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

COLOMBIA

Dra. Carmen Angulo
Asesora Despacho Viceministra
Ministerio de la Protección Social
Santa Fe de Bogotá

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

GRENADA/GRANADA

Ms. Patricia D.M. Clarke
Counselor, Alternate Representative
of Grenada to the Organization of
American States
Washington, D.C.

GUATEMALA

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

PERU/PERÚ

Dr. Oscar Ugarte Ubilluz
Ministro de Salud
Ministerio de Salud
Lima

Excelentísimo Sr. Hugo De Zela Martínez
Embajador, Representante Permanente
del Perú ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

Ministro Raúl Salazar Cosío
Representante Alternos del Perú ante la
Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

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

* L'annexe C inclut l'appendice I, Liste des participants à la réunion virtuelle de 22 juillet 2011.

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

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

Dr. St. Clair Alphaeus Thomas
Chief Medical Officer
Ministry of Health, Wellness and the Environment
Kingstown

UNITED STATES OF AMERICA/ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA

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

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. Edward Faris
Program Analyst/Senior Advisor
Office of Management Policy and Resources
Bureau of International Organization Affairs
Department of State
Washington, D.C.

Mr. David Hohman
Deputy Director
Office of Global Affairs
Department of Health and Human Services
Washington, D.C.

Mr. Peter Mamacos
Multilateral Branch Chief
Office of Global Affairs
Department of Health and Human Services
Washington, D.C.

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

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

Dr. Lawrence Slutsker
Associate Director for Science
Center for Global Health
Centers for Disease Control and Prevention
Department of Health and Human Services
Atlanta, GA

Ms. Susan Thollaug
Team Leader
Health, Population and Nutrition Team
Bureau for Latin America and the Caribbean
US Agency for International Development
Washington, D.C.

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

Ms. Natalia Machuca
Advisor for Infectious Diseases
Bureau for Latin America and the Caribbean
US Agency for International Development
Washington, D.C.

Ms. Stephanie McFadden
Program Analyst
Office of Management Policy and Resources
Bureau of International Affairs
Department of State
Washington, D.C.

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

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

**VENEZUELA (BOLIVARIAN REPUBLIC OF)
VENEZUELA (REPÚBLICA BOLIVARIANA
DE)**

Dra. Isabel Iturria
Viceministra de Recursos para la Salud
Ministerio del Poder Popular para la Salud
Caracas

Dra. María Fernanda Correa
Presidenta
Instituto Nacional de Higiene "Rafael Rangel"
Ministerio del Poder Popular para la Salud
Caracas

Dr. Eudoro Godoy
Director General del Despacho
Ministerio del Poder Popular para la Salud
Caracas

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.

**VENEZUELA (BOLIVARIAN REPUBLIC OF)
VENEZUELA (REPÚBLICA BOLIVARIANA
DE (cont.)**

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

Srta. Valentina Martínez Maradei
Abogada
Misión Permanente de la República
Bolivariana de Venezuela ante la
Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

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

**BOLIVIA (PLURINATIONAL STATE OF)/
BOLIVIA (ESTADO PLURINACIONAL DE)**

Su Excelencia Diego Pary
Embajador, Representante Permanente de
Bolivia ante la Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

Ms. Fiorella Caldera Gutierrez
Primer Secretaria
Misión Permanente de Bolivia ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

BRAZIL/BRASIL

Sr. Marcelo Almeida Quintão
Assistente, Oficina de Assuntos
Internacionais
Ministério da Saúde
Brasília

Sra. Gabriela Resendes
Primeira Secretária
Missão Permanente do Brasil junto à
Organização dos Estados Americanos
Washington, D.C.

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

CANADA/CANADA

Ms. Gloria Wiseman
Director
Multilateral Division
Health Canada
International Affairs Directorate
Ottawa

Ms. Sarah Lawley
Director
International Division
Public Health Agency of Canada
Ottawa

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

Ms. Adrijana Corluka
Policy Analyst, PAHO/WHO
International Affairs Directorate
Health Canada
Ottawa

Mr. Jamie Baker
Manager, Bilateral and Regional Affairs
International Public Health Division
Public Health Agency of Canada
Ottawa

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

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

CUBA

Sr. Tito Ismael Gelabert Gómez
Segundo Secretario
Sección de Intereses
Washington, D.C.

MEXICO/MÉXICO

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

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

Lic. Marevna García Arreola
Jefa del Departamento de
Cooperación Internacional
Secretaría de Salud
México, D.F.

Ministro Luis Alberto del Castillo B.
Representante Alterno de México ante
la Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

Sr. Miguel Alonso Olamendi
Representante Alterno de México ante
la Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

PARTICIPATING STATES/ESTADOS PARTICIPANTES

NETHERLANDS/PAÍSES BAJOS

Dr. Peter A. Bootsma
Health Counselor
The Royal Netherlands Embassy
Washington, D.C.

NETHERLANDS/PAÍSES BAJOS

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

**OBSERVER STATES
ESTADOS OBSERVADORES**

SPAIN/ESPAÑA

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

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

Sr. D. Fernando Fernández-Monje
Becario
Observador Permanente de España ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Sra. Catalina Perazzo
Becaria
Observador Permanente de España ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

PORTUGAL

Sr. Antonio Fidalgo
Oficial Técnico, America Latina y
Organización de los Estados Americanos
Embajada de Portugal
Washington, D.C.

Sra. Ana Rocha
Consejera
Embajada de Portugal
Washington, D.C.

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

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

Dr. Rafael Dautant

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

Ms. Marcela Gaitán

**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. Helvia Velloso

**PAN AMERICAN SANITARY BUREAU
OFICINA SANITARIA PANAMERICANA**

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

Dr. Mirta Roses Periago
Director
Directora

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

Dr. Jon Kim Andrus
Deputy Director
Director Adjunto

Dr. Socorro Gross-Galiano
Assistant Director
Subdirectora

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

Mr. Guillermo Birmingham
Director of Administration
Director de Administración

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

Mrs. Piedad Huerta
Advisor, Governing Bodies Office
Asesora, Oficina de los Cuerpos Directivos

LIST OF PARTICIPANTS/LISTA DE PARTICIPANTES

VIRTUAL MEETING/REUNIÓN VIRTUAL

22 JULY 2011/22 DE JULIO DEL 2011

MEMBERS OF THE COMMITTEE/MIEMBROS DEL COMITÉ

ARGENTINA

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

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

COLOMBIA

Lic. Marcela Ordóñez
Ministro Consejero
Coordinadora de Asuntos Institucionales
Ministerio de la Protección Social
Santa Fé de Bogotá

Lic. Ladyz Andrea Rodríguez Vega
Asesora Cuotas y Contribuciones a
Organismos Internacionales
Ministerio de la Protección Social
Santa Fé de Bogotá

GRENADA/GRANADA

Hon. Ann Peters
Minister of Health
Ministry of Health
St. George's

GUATEMALA

Lic. Albertico Orrego
Gerente general Administrativo y Financiero
Ministerio de Salud Pública
y Asistencia Social
Ciudad de Guatemala

GUATEMALA (cont.)

Dr. Edgar González
Director, Unidad de Planificación Estratégica
Ministerio de Salud Pública
y Asistencia Social
Ciudad de Guatemala

HAITI/HAÏTÍ

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

PERU/PERÚ

Dr. Oscar Ugarte Ubilluz
Ministro de Salud
Ministerio de Salud
Lima

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

Hon. Cecil McKie
Minister of Health, Wellness and the
Environment
Ministry of Health, Wellness and the
Environment
Kingstown

Dr. St. Clair Alphaeus Thomas
Chief Medical Officer
Ministry of Health, Wellness and the
Environment
Kingstown

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

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

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. Edward Faris
Program Analyst/Senior Advisor
Office of Management Policy and Resources
Bureau of International Organization Affairs
Department of State
Washington, D.C.

Mr. Peter Mamacos
Multilateral Branch Chief
Office of Global Affairs
Department of Health and Human
Services
Washington, D.C.

**VENEZUELA (BOLIVARIAN
REPUBLIC OF)/VENEZUELA (REPÚBLICA
BOLIVARIANA DE) (cont.)**

Lic. Pedro Albarrán Depablos
Oficina de Cooperación Técnica
y Relaciones Internacionales
Ministerio del Poder Popular para la Salud
Caracas

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

Dra. Isabel Iturria
Viceministra de Recursos para la Salud
Ministerio del Poder Popular para la Salud
Caracas

Sra. Dra. Miriam Morales
Viceministra de Salud Pública Colectiva
Ministerio del Poder Popular para la Salud
Caracas

Dra. María Fernanda Correa
Presidenta
Instituto Nacional de Higiene "Rafael Rangel"
Ministerio del Poder Popular para la Salud
Caracas

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

**BOLIVIA (PLURINATIONAL STATE OF)/
BOLIVIA (ESTADO PLURINACIONAL DE)**

Sr. Dr. Edgar Butron
Coordinador
Ministerio de Salud y Deportes
Plaza del Estudiante
La Paz

BRAZIL/BRASIL

Embaixador Eduardo Botelho Barbosa
Assessor Especial do Ministro
para Assuntos Internacionais
Ministério da Saúde
Brasília

Sr. Marcelo Almeida Quintão
Assistente, Oficina de Assuntos
Internacionais
Ministério da Saúde
Brasília

CANADA/CANADÁ

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

CHILE

Dr. José Miguel Huerta
Jefe de la 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

ECUADOR

Sr. Dr. Juan Moreira
Director General de Salud, (E)
Ministerio de Salud Pública
Quito, Ecuador

COSTA RICA

Lic. Rosibel Vargas Gamboa
Jefe Unidad de Asuntos Internacionales
Ministerio de Salud
San José

CUBA

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

**DOMINICAN REPUBLIC/REPÚBLICA
DOMINICANA**

Sr Dr. Roberto Peguero
Viceministro Administrativo y Financiero
Ministerio de Salud Pública y Asistencia
Social
Santo Domingo

Sr. Dr. José Rodríguez A.
Viceministro de Salud Colectiva
Ministerio de Salud Pública y Asistencia
Social
Santo Domingo

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

EL SALVADOR

Dra. Laura Nervi
Asesora del Despacho Ministerial para
Cooperación Internacional
Ministerio de Salud
San Salvador

MEXICO/MÉXICO (cont.)

Lic. Marevna García Arreola
Jefa del Departamento de
Cooperación Internacional
Secretaría de Salud
México, D.F.

JAMAICA

Dr. Eva Fuller-Lewis
Acting Chief Medical Officer
Ministry of Health
Kingston 5

PANAMA/PANAMÁ

Dr. Félix Bonilla
Secretario General de Salud
Ministerio de Salud
Ciudad de Panamá

Ms. Ava-Gey Timberlake
Acting Director, International Cooperation in
Health
Ministry of Health
Kingston 5

PARAGUAY

Sr. Enrique García Zúñiga
Director de Relaciones Internacionales
Ministerio de Salud Pública y
Bienestar Social
Asunción

Mrs. Sandra Graham
Acting Director
Policy, Planning and Development
Ministry of Health
Kingston 5

URUGUAY

Sra. Dra. Beatriz Rivas
Asesora de la Cooperación Internacional
Ministerio de Salud Pública
Montevideo

MEXICO/MÉXICO

Dra. Eunice Rendón Cárdenas
Directora General de Relaciones
Internacionales
Secretaría de Salud
México, D.F.

Lic. Fermín Juárez Garrido
Dirección General de Programación,
Organización y Presupuesto
Secretaría de Salud
México, D.F.

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

**PAN AMERICAN SANITARY BUREAU
OFICINA SANITARIA PANAMERICANA**

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

Dr. Mirta Roses Periago
Director
Directora

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

Dr. Jon Kim Andrus
Deputy Director
Director Adjunto

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

Mr. Guillermo Birmingham
Director of Administration
Director de Administración

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

Mrs. Piedad Huerta
Advisor, Governing Bodies Office
Asesora, Oficina de los Cuerpos Directivos



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



148^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF

Washington, D.C., É-U, du 20 au 24 juin 2011

CE148/FR (Fr.)

Annexe D

22 juillet 2011

ORIGINAL: ANGLAIS

ANNEXE AU RAPPORT FINAL

Vues exprimées par les États Membres du Comité exécutif concernant le Budget-programme proposé 2012-2013 de l'Organisation panaméricaine de la Santé

1. Lors de la réunion virtuelle qui s'est tenue le 22 juillet 2011, les membres du Comité exécutif ont fait part des opinions suivantes sur le Budget-programme proposé de l'OPS pour 2012-2013 :
2. Le Délégué de l'**Argentine** a rappelé que les États Membres avaient soutenu l'adoption du Plan stratégique 2008-2012 et le Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2012 et qu'ils avaient donc la responsabilité à présent de vérifier que l'Organisation disposait des ressources nécessaires pour mettre en œuvre ces deux plans stratégiques qui servent de feuille de route au travail du Bureau et des États Membres. L'Argentine soutenait pleinement la version révisée du scénario D, qui était le scénario envisagé présentement et aussi celui qui aurait le moins de conséquences préjudiciables sur la capacité de l'Organisation à atteindre les objectifs stratégiques fixés dans le cadre du Plan stratégique. Il a invité les autres membres du Comité à soutenir le scénario D car ils témoigneraient ainsi de leur engagement à la réalisation des objectifs stratégiques et de leur soutien au travail de l'OPS.
3. La Déléguée de la **Colombie** a fait l'éloge des efforts déployés par le Bureau en vue de réduire les dépenses et a convenu de l'importance de réaliser toutes les activités envisagées dans le cadre du Plan stratégique. Elle a indiqué par ailleurs que certains pays dont le sien feraient face à des accroissements importants dans leurs contributions fixées suite à la révision de l'échelle des contributions de l'OEA. Son pays était en prise à des contraintes budgétaires de taille et continuait donc à être en faveur du scénario C. Elle a

également suggéré que des délais plus amples, de préférence deux ans à l'avance, soient accordés à l'examen des budgets de l'Organisation pour avoir tout le temps nécessaire aux fins de discussion et pour tenir compte des cycles budgétaires différents des États Membres.

4. La Déléguée de la **Grenade** a fait part de l'engagement continu de son pays pour le travail collectif de l'OPS et a exprimé son soutien au scénario D revu.

5. Le Délégué du **Guatemala** a également exprimé son soutien pour le scénario D revu, qui représente, à son avis, un bon équilibre entre les soucis financiers et la nécessité d'atteindre les objectifs stratégiques du Plan stratégique. Certes, certains objectifs stratégiques ne seraient pas atteints dans le cadre du scénario D, mais il jugeait qu'il n'en restait pas moins la meilleure option au vu des circonstances.

6. Le Délégué d'**Haïti** s'est également montré en faveur du scénario D, dans sa forme révisée, car cela permettrait d'atteindre une plus grande proportion des objectifs stratégiques que le scénario C.

7. Le Délégué du **Pérou**, se rangeant à l'avis du Délégué de l'**Argentine**, a souligné l'importance d'assurer le financement nécessaire pour le Plan stratégique et a indiqué que son Gouvernement soutenait le scénario D revu, même si sa contribution allait augmenter suite à l'accroissement proposé de 4,3% et à la révision de l'échelle des contributions de l'OEA.

8. Le Délégué de **Saint-Vincent-et-les-Grenadines** a félicité le Bureau pour avoir mis au point un scénario qui serait satisfaisant pour tous dans le contexte actuel de la crise financière mondiale. Il espérait que le Comité serait en mesure de se mettre d'accord sur le scénario D, que sa délégation soutenait.

9. Le Délégué des **États-Unis d'Amérique**, faisant ressortir le solide soutien qu'apporte son Gouvernement à l'OPS dans l'hémisphère entier, a reconnu les difficultés que l'Organisation rencontre pour boucler son budget dans le contexte actuel des contraintes financières et a félicité le Bureau pour ses efforts afin de réduire les coûts et d'améliorer la performance de l'Organisation soit en éliminant des postes, soit en déplaçant des postes sur le terrain ou encore en consolidant plusieurs centres panaméricains. Il a reconnu que l'accroissement de 4,3% dans les contributions, proposé dans le cadre du scénario D, serait nécessaire pour compenser la baisse de \$8 millions dans les recettes diverses et maintenir le budget ordinaire au même niveau nominal qu'en 2010-2011. Il a également reconnu que les coûts de l'OPS continueraient de grimper même si le budget restait le même et, par conséquent, le budget n'apporterait plus les crédits suffisants pour soutenir le programme de travail de l'Organisation dans les deux années à venir. Néanmoins, son gouvernement ne pouvait pas soutenir l'accroissement de 4,3% dans sa contribution fixée. Des coupes budgétaires étaient faites pour tous les

organismes gouvernementaux et on s'interrogeait sur la capacité du gouvernement à s'acquitter de ses obligations face aux organisations internationales. Son gouvernement pourrait pourtant être prêt à adopter une résolution aux termes de ce scénario si un paragraphe était ajouté demandant au Bureau de préparer un autre scénario avec une proposition budgétaire stipulant une augmentation de 2,15% dans les contributions fixées des États Membres – à savoir la moitié de l'accroissement dans le cadre du scénario D – aux fins de discussion lors du Conseil directeur.

10. La Déléguée du **Venezuela (République bolivarienne du)** a rappelé que, lors de la session de juin du Comité exécutif, sa délégation avait demandé au Bureau de préparer un scénario qui limiterait à 14% l'accroissement de la partie PDD du budget et de changer la distribution de fonds entre les composantes postes et hors postes, affectant une partie plus grande du financement total à cette dernière composante. Elle aurait aimé qu'un plus grand effort ait été fait pour concevoir un tel scénario et a demandé à nouveau que le Bureau prépare un scénario dans le cadre duquel l'augmentation budgétaire pour les postes à durée déterminée ne dépasse pas 5%. Elle a suggéré que les coûts liés aux postes soient diminués en demandant au personnel de l'OPS de renoncer volontairement aux ajustements correspondant au coût de la vie, aux augmentations de l'assurance-maladie et autres augmentations statutaires, ce qui augmenterait la disponibilité de financement pour les programmes essentiels de l'Organisation sans qu'il faille forcément augmenter les contributions fixées des États Membres.

11. Tenant compte des vues exprimées par les représentants des États Membres participant à la réunion comme observateurs, les délégués du **Brésil**, du **Costa Rica** et du **Paraguay** se sont montrés en faveur de la version revue du scénario D, alors que les délégués de la **Bolivie (Etat plurinational de la)**, du **Canada** et du **Mexique** se sont montrés en faveur du scénario C. La Déléguée du **Canada** a fait savoir que son Gouvernement continuait à être en faveur de la croissance nominale zéro dans les contributions fixées des États Membres mais était prêt à envisager une proposition stipulant un accroissement de 2,15% dans les contributions. La Déléguée du **Mexique** a signalé que la contribution de son pays avait augmenté lors des deux exercices biennaux précédents alors que le budget de son Secrétariat de la santé avait diminué et qu'il était donc impossible à son gouvernement de soutenir toute augmentation supplémentaire dans sa contribution à l'OPS ou toute autre organisation internationale. Le Délégué du **Chili**, notant que la contribution de son pays avait nettement augmenté suite à la révision de l'échelle des contributions de l'OEA, était d'avis qu'il fallait plus de temps pour analyser la proposition budgétaire. Le Délégué de l'**Équateur** a indiqué que son Gouvernement était encore en train d'étudier les divers scénarios proposés et ferait connaître son avis durant le 51^e Conseil directeur.