



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ  
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



**48<sup>e</sup> CONSEIL DIRECTEUR**  
**60<sup>e</sup> SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL**

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

---

CD48/FR (Fr.)  
6 janvier 2008  
ORIGINAL : ANGLAIS

**RAPPORT FINAL**

## TABLE DES MATIÈRES

	<i>Page</i>
<b>Ouverture de la session</b> .....	6
<b>Questions de procédure</b>	
Constitution de la Commission de vérification des pouvoirs .....	7
Élection du Président, de deux Vice-présidents et du Rapporteur .....	7
Adoption de l'ordre du jour .....	7
Constitution de la Commission générale .....	7
<b>Questions relatives à la Constitution</b>	
Rapport annuel du Président du Comité exécutif .....	8
Rapport annuel du Directeur du Bureau sanitaire panaméricain .....	9
Élection de trois États membres au Comité exécutif .....	11
<b>Questions relatives à la politique des programmes</b>	
Méthodes collectives et individuelles pour la prévention et la prise en charge du diabète et de l'obésité.....	12
Stratégie et plan d'action régionaux pour la prévention et le contrôle du cancer du col de l'utérus .....	13
Stratégie et plan d'action régionaux pour la santé néonatale dans le contexte du processus continu de soins à la mère, au nouveau-né et à l'enfant.....	15
Stratégie régionale pour améliorer la santé des adolescents et des jeunes .....	17
Plan d'action régional pour le renforcement des statistiques de l'état civil et de la santé.....	19
Vers une élimination de l'onchocercose (cécité des rivières) aux Amériques .....	21
Amélioration de la disponibilité de sang et sécurité transfusionnelle aux Amériques .....	22
Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac: opportunités et défis concernant sa mise en œuvre aux Amériques .....	23
Gestion intégrée des vecteurs: une réponse intégrée aux maladies à transmission vectorielle .....	25
Panel sur les soins de santé primaires: faire face aux déterminants de la santé et renforcer les systèmes de santé.....	28
La santé et les relations internationales: leur lien avec la gestion du développement national de la santé .....	29
Table ronde sur le changement climatique et son impact sur la santé publique : une perspective régionale.....	32
Contribution régionale au Forum ministériel mondial sur la recherche pour la santé.....	34
Santé publique, innovation et propriété intellectuelle : une perspective régionale.....	36

## TABLE DES MATIÈRES (suite)

	<i>Page</i>
<b>Questions relatives aux politiques de programmes (suite)</b>	
Quinzième réunion interaméricaine au niveau ministériel en matière de santé et d'agriculture (RIMSA): « Agriculture et santé, une alliance pour l'équité et le développement rural aux Amériques » .....	38
Prévention de la violence et des traumatismes et promotion de la sécurité : Appel à l'action dans la Région .....	40
<b>Questions administratives et financières</b>	
Rapport sur le recouvrement des quotes-parts .....	41
Rapport financier du Directeur et Rapport du Commissaire aux comptes pour 2006-2007.....	43
Utilisation du revenu de budget programme dépassant le budget ordinaire effectif autorisé pour 2006-2007.....	46
Traitement du Directeur du Bureau sanitaire panaméricain et amendement à l'alinéa 4.3 du statut du personnel.....	47
<b>Prix</b>	
Prix de l'OPS en administration 2008 .....	47
Prix Abraham Horwitz pour la direction en santé interaméricaine 2008.....	49
<b>Questions d'information</b>	
Budget-programme biennal 2006-2007 de l'Organisation panaméricaine de la Santé : Rapport d'évaluation de la performance .....	50
Cinquième Sommet des Amériques : Rapport sur les préparatifs .....	50
Préparatifs en cas de grippe aviaire et de grippe pandémique .....	51
Rapport du Comité consultatif de la recherche en santé.....	52
Plan stratégique révisé pour 2008-2012.....	53
État d'avancement de la révision institutionnelle du Centre de l'Amérique latine et des Caraïbes pour l'information en sciences de la santé (BIREME).....	53
État d'avancement de la révision institutionnelle de l'Institut pour la nutrition en Amérique centrale et Panama (INCAP).....	54
Avant-projet de Budget programme 2010-2011 de l'Organisation mondiale de la Santé.....	55
Budget programme de l'Organisation mondiale de la Santé 2006-2007: Rapport d'évaluation de la performance.....	59
Procédures d'approvisionnement de l'OPS pour les achats stratégiques, y compris les vaccins .....	61
<b>Autres questions</b> .....	62
<b>Clôture de la session</b> .....	62

**TABLE DES MATIÈRES** (*suite*)

	<i>Page</i>
<b>Résolutions et décisions</b> .....	<b>62</b>
<i>Résolutions</i>	
CD48.R1            Utilisation du revenu de budget programme 2006-2007 dépassant le budget ordinaire effectif autorisé.....	63
CD48.R2            Convention-cadre de l’OMS pour la lutte antitabac : Opportunités et défis concernant sa mise en œuvre aux Amériques .....	65
CD48.R3            Élection de trois États membres au Comité exécutif au terme des mandats d’Antigua-et-Barbuda, Chili et Panama .....	67
CD48.R4, Rév. 1    Stratégie et plan d’action régionaux sur la santé néonatale dans le contexte des soins apportés à la mère, au nouveau-né et à l’enfant.....	67
CD48.R5            Stratégie régionale pour améliorer la santé des adolescents et des jeunes .....	69
CD48.R6            Plan d’action régional pour le renforcement du recueil des données d’état civil et de santé .....	72
CD48.R7            Amélioration de la disponibilité de sang et sécurité transfusionnelle aux Amériques.....	74
CD48.R8            Gestion intégrée des vecteurs : une réponse intégrée aux maladies à transmission vectorielle .....	76
CD48.R9            Méthodes collectives et individuelles pour la prévention et la prise en charge du diabète et de l’obésité .....	79
CD48.R10            Stratégie et plan d’action régionaux pour la prévention et le contrôle du cancer du col de l’utérus .....	82
CD48.R11            Prévention de la violence et des traumatismes et promotion de la sécurité : appel à l’action dans la Région .....	85
CD48.R12            Vers l’élimination de l’onchocercose (cécité des rivières) aux Amériques .....	87
CD48.R13            Quinzième réunion interaméricaine au niveau ministériel en matière de santé et d’agriculture (RIMSA) : « Agriculture et santé : une alliance pour l’équité et le développement rural aux Amériques ».....	90
CD48.R14            Traitement du Directeur du Bureau sanitaire panaméricain et amendement à l’alinéa 4.3 du Statut du personnel.....	92
CD48.R15            Santé publique, Innovation et Propriété intellectuelle: une perspective régionale.....	92
CD48.R16            La santé et les relations internationales : Leur lien avec la gestion du développement national de la santé.....	94

**TABLE DES MATIÈRES** (*suite*)

*Page*

***Décisions***

CD48(D1)	Constitution de la Commission de vérification des pouvoirs .....	97
CD48(D2)	Élection des membres du Bureau.....	97
CD48(D3)	Adoption de l'ordre du jour .....	97
CD48(D4)	Constitution de la Commission générale .....	97

**Annexes**

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

## RAPPORT FINAL

### Ouverture de la session

1. Le 48<sup>e</sup> Conseil directeur, 60<sup>e</sup> Session du Comité régional de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) s'est tenu au siège de l'Organisation panaméricaine de la santé (OPS) à Washington D.C., du 29 septembre au 3 octobre 2008. L'ordre du jour et la liste des participants figurent aux annexes A et C, respectivement.
2. Le Dr Leslie Ramsammy (Guyana, Président sortant), a ouvert la session et a souhaité la bienvenue aux participants. Mettant en exergue les questions dont il estimait qu'elles devraient être les priorités du programme de santé publique au cours des prochaines années, il a demandé instamment aux États membres de faire leur l'objectif de « 70 d'ici à 25 » —c'est-à-dire d'assurer une espérance de vie à la naissance de 70 ans d'ici à 2025. Il a également lancé un appel pour l'élimination de tous les décès maternels et infantiles évitables d'ici à 2025 et la réaffirmation par les gouvernements de leur engagement envers l'immunisation comme bien public.
3. La question des maladies non transmissibles chroniques, a-t-il précisé, doit également demeurer en bonne place dans les programmes mondiaux et régionaux, de même que les crimes et la violence, y compris la violence domestique et sexuelles, et la santé mentale, autant de points sur lesquels il espérait que se centreraient les discussions du 49<sup>e</sup> Conseil directeur. La Région doit poursuivre sa croisade pour éliminer le tabagisme et doit également établir une plateforme pour faire face à l'utilisation nocive de l'alcool. La migration du personnel de santé des pays en développement vers les pays développés est une question cruciale ; pour que la santé pour tous dans la Région devienne une réalité, il est nécessaire de la résoudre. La crise alimentaire mondiale actuelle constituait un défi significatif de santé publique auquel les professionnels de la santé publique devaient répondre en favorisant des interventions visant à lutter contre la malnutrition et la hausse des prix alimentaires ainsi que la pénurie de denrées alimentaires. La Région avait accompli des progrès significatifs dans la lutte contre l'infection par le VIH et le SIDA et elle devait continuer d'être au premier plan de cette lutte. La responsabilité de la lutte contre le VIH/SIDA –sans conteste une question de santé publique- devait demeurer celle de la communauté de la santé publique. Il a conclu appelant à l'action collective pour mettre un terme à la pauvreté et pour favoriser des existences plus productives pour les familles des Amériques.
4. Des allocutions d'ouverture ont également été prononcées par le Dr. Mirta Roses (Directrice du Bureau sanitaire panaméricain), le Dr. William Steiger (États-Unis d'Amérique, pays hôte), Mme Kei Kawabata (Banque interaméricaine de développement), le Dr. José Miguel Insulza (Secrétaire général de l'Organisation des

États américains) et le Dr. Margaret Chan (Directrice générale, Organisation mondiale de la santé). Le texte de ces allocutions peut être consulté sur le site Internet du 48<sup>e</sup> Conseil directeur (<http://www.paho.org/english/gov/cd/cd48index-e.htm>, documents CD48/DIV/1, 2, 3, 4, et 5, respectivement).

## **Questions de procédure**

### ***Constitution de la Commission de vérification des pouvoirs***

5. En vertu de l'article 31 du Règlement intérieur du Conseil directeur, ce dernier a nommé le Honduras, le Pérou et Saint-Kitts-Et-Nevis membres de la Commission de vérification des pouvoirs. (Décision CD48(D1)).

### ***Élection du Président, de deux Vice-présidents et du Rapporteur***

6. Conformément à l'article 16 du Règlement intérieur, le Conseil a élu les membres suivants du bureau (décision CD48(D2)) :

<i>Président :</i>	Brésil	(Dr. José Gomes Temporão)
<i>Vice-président :</i>	Panama	(Dr. Dora Jara)
<i>Vice-président :</i>	Saint-Vincent-et-les-Grenadines	(Dr. Douglas Slater)
<i>Rapporteur :</i>	Mexique	(Dr. Fernando Meneses González)

7. La Directrice a rempli les fonctions de Secrétaire ex officio de la réunion, et le Dr. Cristina Beato, Directrice adjointe du Bureau sanitaire panaméricain, celles de Secrétaire technique.

### ***Adoption de l'ordre du jour (document CD48/1, Rév. 2)***

8. Le Conseil a adopté l'ordre du jour provisoire figurant dans le document CD48/1, Rév. 2, sans amendement (décision CD48(D3)). Le Conseil a également adopté un programme de réunions (Document CD48/WP/1, Rév. 2).

### ***Constitution de la Commission générale***

9. Conformément à l'article 32 du Règlement intérieur, le Conseil a nommé le Chili, la Colombie et les États-Unis d'Amérique comme membres de la Commission générale (décision CD48(D4)).

## **Questions relatives à la Constitution**

### ***Rapport annuel du Président du Comité exécutif (document CD48/2)***

10. Le Dr. María Julia Muñoz (Uruguay, Vice-présidente du Comité exécutif) a fait rapport sur les activités menées par le Comité exécutif et son Sous-comité sur le programme, le budget et l'administration entre septembre 2007 et septembre 2008, en soulignant les points examinés par le Comité qui ne figuraient pas à l'ordre du jour du Conseil directeur et en notant qu'elle ferait rapport sur les points à l'ordre du jour du Conseil à mesure qu'ils seraient examinés. L'un des points qui n'avait pas été communiqué au Conseil directeur était la stratégie régionale proposée sur la santé des personnes âgées. Certes, le Comité avait exprimé son soutien unanime pour les activités de l'OPS sur cette question, mais les opinions sur la stratégie proposée étaient divergentes. Certains membres du Comité avaient estimé qu'elle constituait une bonne base pour l'élaboration de plans d'action, tant au niveau régional que national, tandis que d'autres étaient d'avis qu'une stratégie devrait comprendre des cibles et objectifs clairs, ainsi que des indicateurs pour mesurer les progrès. Il avait été également estimé que cette stratégie devrait définir clairement le rôle du Secrétariat dans la mise en œuvre des lignes d'action stratégiques et la réalisation des objectifs de la stratégie. Un membre s'était interrogé sur la valeur de l'approche en matière de droits de l'homme de la stratégie. Après avoir examiné la question de savoir s'il était souhaitable d'adopter un projet de résolution sur ce point, le Comité avait décidé d'avaliser la stratégie, mais de reporter l'adoption d'une résolution jusqu'à ce que le plan d'action régional ait été élaboré. En conséquence, le Comité avait demandé au Secrétariat de formuler un plan d'action qui serait examiné par les Organes directeurs en 2009.

11. Le Comité avait également entendu des rapports de situation sur plusieurs questions de politiques des programmes qui avaient fait l'objet de résolutions du Conseil directeur au cours d'années précédentes, y compris le Plan stratégique régional pour le paludisme dans les Amériques, la Stratégie de gestion intégrée pour la prévention et le contrôle de la dengue, la mise en œuvre du Règlement sanitaire international (2005) dans les pays des Amériques, et le renforcement des fonctions essentielles de santé publique dans la Région. Un compte-rendu des délibérations du Comité sur ces points figure dans le rapport final de sa 142<sup>e</sup> session (document CE142/FR).

12. Dans le cadre des questions administratives et financières, le Comité avait considéré deux points qui ne figuraient pas non plus à l'ordre du jour du Conseil : une présentation actualisée sur la procédure de mise en œuvre du nouveau barème des quotes-parts pour l'OPS, sur la base du nouveau barème adopté par l'Organisation des états américains en novembre 2007, et un rapport sur la priorisation programmatique et les critères d'allocation des ressources. Sur ce dernier point, il avait été convenu que les priorités devraient être réexaminées et révisées à chaque exercice biennal à la lumière de

l'évolution de la situation et que les exercices futurs de priorisation devraient inclure des représentants externes, en particulier des experts des États membres ayant une bonne connaissance des questions de santé publique et de gestion.

13. Le Comité avait également examiné des rapports sur les questions suivantes soumises pour information : résolutions et autres actions de la soixante et unième Assemblée mondiale de la santé présentant un intérêt pour le Comité exécutif de l'OPS, résolutions et autres actions de la trente-huitième session ordinaire de l'Assemblée générale de l'Organisation des états américains présentant un intérêt pour le Comité exécutif de l'OPS, rapport sur les services de supervision internes, état d'avancement de l'engagement de l'OPS avec le système mondial de gestion de l'OMS, et situation du Fonds directeur d'investissement.

14. Le Conseil a remercié les membres du Comité pour son travail et a pris note du rapport.

***Rapport annuel du Directeur du Bureau sanitaire panaméricain (documents CD48/3 et CD48/DIV/6)***

15. Suite à la projection d'une vidéo qui faisait le point sur les travaux réalisés par l'OPS au cours de l'année précédente, la Directrice a présenté son rapport annuel qui avait pour thème la « planification stratégique ». Elle a mis l'accent sur certains des moyens qu'utilisaient le Secrétariat et les États membres de l'OPS pour planifier le renforcement des initiatives de santé, améliorer l'efficacité et accroître la responsabilisation, en donnant de nombreux exemples d'activités de planification de la santé au niveau régional, infrarégional, national et local. Le Plan stratégique de l'Organisation pour 2008-2012, adopté en octobre 2007, établissait un cadre quinquennal pour les activités de l'OPS, sur la base des principes et des domaines d'action identifiés dans l'Agenda de la santé pour les Amériques, adopté par les ministres de la santé de la Région en 2007. Le plan a également été aligné sur le onzième programme général de travail et le plan stratégique à moyen terme de l'OMS. Au cours de la période 2007-2008, l'OPS avait accompli des progrès importants sur le plan de la mise en œuvre du Plan stratégique dans l'ensemble des représentations, centres, et départements techniques. L'Organisation avait également réalisé des progrès significatifs dans la planification et la mise en œuvre des stratégies de coopération entre les pays dans les États membres. L'OPS avait pris des mesures en vue de s'assurer que ses processus administratifs et systèmes d'information étayaient le plan stratégique, et elle employait le système de gestion mondiale de l'OMS pour maintenir l'alignement programmatique et s'assurer que l'OPS pouvait tenir ses obligations de communications d'informations à l'OMS.

16. Au cours de la période 2007-2008, l'OPS avait travaillé avec un certain nombre de ministères de la santé en vue de renforcer les autorités nationales de santé. Elle avait

également travaillé avec les États membres sur l'utilisation de la planification pour accroître la protection sociale et l'accès à des soins de qualité, traiter des déterminants sociaux de la santé, et tirer parti des progrès dans les domaines du savoir, de la science, et de la technologie. L'Organisation avait également entrepris diverses activités visant à renforcer le personnel de la santé et à réduire le fardeau de la maladie, en particulier des maladies non transmissibles. L'OPS avait fourni un appui continu en matière de planification nationale et régionale dans deux domaines essentiels de la sécurité sanitaire internationale : mise en œuvre du Règlement sanitaire international (2005) et état de préparation face à la grippe.

17. Le texte de l'allocation du Dr. Roses figure sur le site Internet du 48<sup>e</sup> Conseil directeur (document CD48/DIV/6).

18. Au cours de la discussion qui a suivi, les États membres ont salué les réalisations décrites dans le rapport et ont réaffirmé leur engagement envers le panaméricanisme et les huit domaines d'action identifiés dans l'Agenda de la santé pour les Amériques. Les délégués ont souligné l'importance du multilatéralisme et de l'action conjointe entre les pays afin de relever les défis partagés sur le plan de la santé, et ils ont été nombreux à déclarer que leurs gouvernements étaient disposés à collaborer avec les autres pays de la Région. Le rôle essentiel de l'OPS pour faciliter cette action collective a été souligné. Les États membres ont salué l'accent mis par l'Organisation sur la planification stratégique et son travail en vue de renforcer la planification de la santé dans les États membres. Il a été indiqué, toutefois, que la planification stratégique, bien qu'étant clairement un instrument utile, ne saurait remplacer la formulation de politiques de la santé par les gouvernements.

19. Il a été souligné qu'il était important de traiter des déterminants sociaux de la santé et de promouvoir l'action intersectorielle à cette fin, et qu'il était nécessaire de traduire les activités essentiellement théoriques de la Commission sur les déterminants sociaux de l'OMS en actions concrètes au niveau des pays. Plusieurs délégués ont fait valoir qu'il était urgent de se pencher sur les questions de personnel de la santé, en particulier sur les pénuries de ressources humaines dans certains pays occasionnées par la migration du personnel de la santé vers d'autres pays. L'importance de continuer à renforcer les soins de santé primaires a été également soulignée. Un certain nombre d'autres domaines exigeant une attention et des efforts continus au cours des prochaines années ont été identifiés, y compris les maladies non transmissibles, la lutte contre le tabagisme, l'obésité et le diabète, l'état de préparation en cas de catastrophe et de pandémie, et la santé de la mère, de l'enfant, et de l'adolescent. L'attention portée sur ce dernier domaine a été considérée comme cruciale pour la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le développement. Un délégué, observant qu'il devenait de plus en plus difficile pour les responsables de la santé d'assister aux nombreuses réunions organisées dans le cadre des engagements internationaux de la santé, a lancé un appel à l'OPS pour

qu'elle contribue à mettre en place une organisation plus réalisable et plus productive de ce type de réunions.

20. La Directrice a déclaré qu'elle avait pris bonne note des domaines où les États membres estimaient qu'il était nécessaire d'intensifier l'action. Elle a noté que l'Organisation travaillait de plus en plus au niveau supranational par l'entremise d'initiatives infrarégionales et de processus d'intégration. Les experts de l'OPS fournissaient également des services de coopération technique aux pays en dehors de la Région, et d'autres régions de l'OMS reprenaient certaines des initiatives lancées par les Amériques, notamment la semaine de vaccination annuelle régionale. Par ailleurs, l'OPS cherchait à renforcer les capacités non seulement des autorités nationales de la santé mais également des autorités locales de la santé, parce que c'était souvent au niveau local que se déroulait l'action intersectorielle concrète pour traiter des déterminants de la santé.

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

***Élection de trois États membres au Comité exécutif (document CD48/4)***

22. Le Comité a élu l'Argentine, le Guatemala et Haïti comme membres du Comité exécutif. Ces pays remplacent Antigua-et-Barbuda, le Chili et le Panama dont les mandats étaient arrivés à expiration.

23. Le Délégué de la Colombie a fait savoir que son Gouvernement avait l'intention de se porter candidat à un poste au sein du Comité exécutif, mais avait décidé de retirer sa candidature en faveur de l'Argentine. Il a déclaré que la Colombie avait souhaité siéger au Comité car elle se préoccupait du fait que les politiques et la coopération technique actuelles de l'OPS n'étaient pas en harmonie avec les politiques de son pays et celles d'autres États membres. Cependant, la Colombie était parvenue à un accord avec l'Argentine aux termes duquel cette dernière veillerait à ce que ces préoccupations soient reflétées dans les délibérations au sein du Comité exécutif.

24. Les délégués de l'Argentine, du Guatemala et d'Haïti ont exprimé leur reconnaissance au Conseil pour avoir élu leurs pays au Comité exécutif.

25. Le Conseil a adopté la résolution CD48.R3, déclarant que l'Argentine, le Guatemala et Haïti ont été élus membres du Comité exécutif pour une période de trois ans et a remercié Antigua-et-Barbuda, le Chili et le Panama pour leur travail.

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

### ***Méthodes collectives et individuelles pour la prévention et la prise en charge du diabète et de l'obésité (document CD48/5)***

26. Le Dr. María Julia Muñoz (représentante du Comité exécutif) a expliqué que le Comité exécutif avait examiné le rôle du Secrétariat pour aider les pays à lutter contre l'obésité et le diabète et était convenu que des approches individuelles et collectives en matière de prévention et de gestion de ces maladies devraient être entreprises conjointement et de façon équilibrée. Les membres avaient souligné la nécessité d'adopter une action intersectorielle afin de remédier aux facteurs environnementaux qui contribuaient à l'avancée de l'obésité et du diabète et avaient insisté sur l'importance de campagnes de promotion et d'éducation dans la santé appropriées sur le plan culturel pour des groupes de population spécifiques, tels que les populations autochtones. Le Comité exécutif avait recommandé que le Conseil directeur adopte la résolution proposée figurant dans la résolution CE142.R6.

27. À la suite du rapport présenté par la représentante du Comité exécutif, une vidéo sur l'initiative Veracruz pour la prise de conscience du diabète (VIDA) menée par l'OPS au Mexique a été projetée.

28. Les délégués ont ensuite décrit les programmes et les politiques mis en œuvre par leurs pays pour faire face aux problèmes du diabète et l'obésité et ont suggéré des questions qui devraient se voir accorder une attention particulière au niveau régional. La plupart des délégués sont convenus de l'importance de stratégies collectives et individuelles et ont souligné la nécessité de trouver un équilibre entre les deux approches, appelant à l'action intégrée et intersectorielle. Certains délégués ont estimé que les approches collectives proposées devraient davantage mettre l'accent sur les déterminants sociaux de l'obésité et du diabète -à travers, par exemple, une planification urbaine appropriée, des conditions de travail encourageant des modes de vie sains, et une éducation précoce pour instiller des habitudes saines chez les enfants. Un délégué a toutefois déclaré qu'une focalisation de ce type n'était pas recommandée au stade actuel, étant donné que davantage de recherche sur cette question était nécessaire.

29. Les délégués ont souligné l'importance de la prévention, du contrôle et du dépistage du diabète. Il a été souligné, cependant, que le dépistage devrait être conduit uniquement dans le contexte des services de santé, et qu'un dépistage en dehors du cadre clinique devrait être découragé, dans la mesure où les résultats pourraient être incertains et prêter à confusion. Un délégué a noté la nécessité d'établir une distinction entre le diabète de type 2 et le diabète gestationnel d'une part, qui étaient évitables, et le diabète de type 1, qui ne l'était pas actuellement. L'importance de la promotion de l'allaitement maternel comme moyen de prévenir le diabète plus tard dans la vie a été également mise

en exergue. Plusieurs délégués ont souligné l'importance de la formation du personnel de santé, en particulier dans les soins primaires, et la nécessité d'éduquer le public au moyen de campagnes médiatiques et d'activités éducatives dans les écoles.

30. De nombreux délégués ont mentionné la nécessité de programmes conçus pour promouvoir la santé et pour encourager des modes de vie sains à tous les âges, en particulier au moyen de programmes de nutrition pour les enfants et les adolescents. L'importance de faire en sorte que les aliments sains, en particulier les aliments produits localement, soient disponibles à des prix abordables a été soulignée. Certains délégués se sont déclarés favorables à une réglementation du marketing et à l'étiquetage des produits alimentaires comme moyens de favoriser des habitudes alimentaires plus saines. Un délégué, cependant, s'est opposé à l'idée de réglementer les produits alimentaires, plaidant en faveur de l'autorégulation par l'industrie alimentaire.

31. Plusieurs délégués ont affirmé que les programmes de lutte contre le diabète et l'obésité devraient également tenir compte de conditions connexes, telles que les maladies cardiovasculaires, et ont souligné la nécessité de réduire la consommation de sucre, de graisses et de sel. La nécessité d'apporter des conseils et de mettre en place des programmes de santé mentale pour autonomiser les populations et les amener à assumer la responsabilité de leur propre santé a été également mentionnée. Plusieurs délégués ont souligné qu'une partie des ressources excédentaires du budget programme 2006-2007 devraient être employées pour soutenir des initiatives de prévention et de contrôle du diabète, de l'obésité, et d'autres maladies chroniques et non transmissibles.

32. Le Dr. Jarbas Barbosa da Silva (Chef de service, Surveillance sanitaire, prévention et prise en charge des maladies, OPS) a remercié les délégués pour leurs commentaires et suggestions pertinents, qui aideraient le Secrétariat à affiner les approches proposées pour lutter contre l'épidémie d'obésité et de diabète dans la Région.

33. Le Conseil a adopté la résolution CD48.R9 sur ce point.

***Stratégie et plan d'action régionaux pour la prévention et le contrôle du cancer du col de l'utérus (document CD48/6)***

34. Le Dr. María Julia Muñoz (représentante du Comité exécutif) a rappelé que la question du cancer du col de l'utérus avait été examinée par le Comité exécutif en 2007 et que le Comité avait décidé de demander au Secrétariat de réviser l'approche proposée et de représenter la stratégie et le plan d'action proposés pour discussion en 2008. Lors de sa 142<sup>e</sup> session en juin 2008, le Comité exécutif avait salué l'occasion de réexaminer la question et avait estimé que le document avait été nettement amélioré par rapport à celui qui avait été présenté en 2007 ; il avait toutefois formulé plusieurs suggestions en vue de l'améliorer encore. Certains membres du Comité avaient estimé que la stratégie devrait

principalement viser à assurer l'accès au vaccin contre le papillomavirus humain (VPH), comme étant le moyen le plus rentable de prévenir le cancer du col de l'utérus. D'autres avaient précisé que le vaccin ne permettrait pas de prévenir tous les cas de cancer du col de l'utérus, même si une couverture vaccinale de 100 % était réalisée. Ils avaient également averti que le vaccin ne devrait pas être présenté comme la panacée et avaient souligné que d'autres activités de prévention du cancer du col de l'utérus, en particulier le dépistage régulier, devaient être poursuivies. Il avait également été souligné que l'inspection visuelle à l'aide de l'acide acétique ne devrait être employée que lorsqu'un dépistage par frottis n'était pas réalisable. Le Comité avait recommandé que le Conseil directeur adopte la résolution proposée figurant dans la résolution CE142.R13.

35. Le Conseil a accueilli favorablement la stratégie et le plan d'action régionaux et s'est félicité de l'approche intégrée de prévention et de contrôle du cancer du col de l'utérus qui y était proposé. La stratégie était considérée comme étant scientifiquement et techniquement bonne et reflétant les derniers progrès en matière de prévention et de contrôle de la maladie. Elle a également été considérée comme une approche réaliste, qui pourrait être adaptée et appliquée par les pays en fonction de leurs besoins et circonstances. Il a été estimé que le document présentait de façon adéquate les questions que les décideurs au niveau national devraient prendre en compte pour déterminer si le vaccin contre le papillomavirus humain (VPH) devait être introduit ou non. La nécessité de disposer d'indicateurs et de données de surveillance pour mesurer les progrès sur le plan de la réduction des taux de cancer du col de l'utérus a été soulignée.

36. De même que le Comité exécutif, le Conseil a souligné qu'il était nécessaire de poursuivre le dépistage – indépendamment de l'introduction du vaccin VPH. Un certain nombre de délégués ont exprimé leurs préoccupations quant au coût élevé du vaccin et ont souligné la nécessité de réaliser des recherches afin d'évaluer si son introduction serait rentable. Il a été recommandé qu'en plus des questions relatives à l'abordabilité, la soutenabilité et l'état de préparation du pays pour l'introduction du vaccin VPH, la Stratégie régionale et le Plan d'action devraient être révisés pour aborder les questions portant sur l'efficacité du vaccin. Il a été précisé que, par exemple, des recherches supplémentaires étaient nécessaires pour déterminer la durée de l'immunité et la nécessité de rappels, et que des études des sérotypes de VPH circulant au niveau national seraient également nécessaires. Des études pour évaluer la protection transversale contre des souches oncogènes autre que celles incluses dans le vaccin ont également été considérées nécessaires, tout comme des études destinées à déterminer l'efficacité du vaccin auprès de femmes déjà infectées par certaines souches du virus. L'OPS a été encouragée à explorer les moyens d'aider les pays à obtenir le vaccin à des prix abordables, en particulier par l'entremise du Fonds renouvelable pour l'achat de vaccins. Il a été suggéré que les pays pourraient envisager d'introduire le vaccin progressivement, en se concentrant d'abord sur les régions ayant les taux les plus élevés de cancer du col de l'utérus.

37. L'importance de l'éducation et la communication dans la santé pour favoriser la prise de conscience des facteurs de risque du cancer du col de l'utérus et la possibilité de le prévenir ont été soulignées, de même que la nécessité de cibler l'éducation en matière de santé sur les filles et les femmes dans les groupes vulnérables. Les délégués ont souligné la nécessité de renforcer la capacité de prévention et de détection du cancer du col de l'utérus au niveau des soins primaires, de faire en sorte que le dépistage et les services de traitement soient disponibles localement, et de faire participer la communauté aux activités de prévention. Il a également été souligné que la prévention du cancer du col de l'utérus devrait être entreprise dans le cadre des efforts globaux de prévention des infections sexuellement transmissibles.

38. Un certain nombre de suggestions techniques ont été faites sur des aspects spécifiques de la stratégie. Il a été recommandé, par exemple, que la référence à la coinfection avec l'herpès comme facteur contribuant au développement du cancer du col de l'utérus devrait être supprimée dans la mesure où l'on manquait d'éléments étayant cette assertion. Il a également été recommandé que l'inspection visuelle au Lugol soit incluse parmi les technologies alternatives de dépistage recommandées dans la stratégie. En ce qui concerne les actions proposées au paragraphe 15 du document CD48/6, il a été précisé que le suivi devrait être assuré pas uniquement pour les femmes chez qui un cancer du col de l'utérus a été diagnostiqué mais également chez celles qui présentent des lésions précancéreuses, et que la chimiothérapie devrait être mentionnée de pair avec la radiothérapie comme méthode de traitement pour le cancer du col de l'utérus invasif.

39. La déléguée du Honduras a noté que les pays de la sous-région d'Amérique centrale parachevaient actuellement un plan infrarégional sur le cancer, qui accordait la priorité à la prévention et au contrôle du cancer du col de l'utérus. D'autres délégués ont fait état de plans et d'activités visant à réduire la morbidité et la mortalité dues au cancer du col de l'utérus dans leurs pays respectifs, plusieurs ayant noté que leurs initiatives nationales étaient totalement conformes à la stratégie intégrée proposée par l'OPS. La valeur du partage des expériences et de la coopération entre les pays dans ce domaine a été soulignée.

40. Le Dr. Jarbas Barbosa da Silva (Chef de service, Surveillance sanitaire, prévention et prise en charge des maladies, OPS) a fait remarqué que les discussions approfondies sur cette question, à la fois au cours de la session de juin du Comité exécutif et du 48<sup>e</sup> Conseil directeur, témoignait clairement de l'importance que les États membres accordaient à cette question. Il a remercié les membres pour leurs commentaires et leurs suggestions, qui aideraient le Secrétariat à améliorer la stratégie et le plan d'action.

41. Le Conseil a adopté la résolution CD48.R10.

***Stratégie et plan d'action régionaux pour la santé néonatale dans le contexte du processus continu de soins à la mère, au nouveau-né et à l'enfant (document CD48/7)***

42. Le Dr. María Julia Muñoz (représentante du Comité exécutif) a indiqué que le Comité exécutif avait accueilli avec satisfaction la stratégie et le plan d'action régionaux pour la santé néonatale proposés, dont un membre avait déclaré qu'elle accompagnait parfaitement la stratégie régionale pour la réduction de la mortalité et de la morbidité maternelles. Il avait été suggéré que la stratégie devrait également être étroitement liée à la stratégie régionale pour la santé des adolescents et des jeunes. Le Comité avait considéré que les quatre domaines stratégiques du plan d'action étaient bien choisis. En particulier, les membres avaient salué l'accent mis sur les interventions communautaires, considérées comme essentielles pour améliorer l'accès des pauvres et des groupes vulnérables aux services de santé. Le Comité s'était déclaré satisfait de l'importance accordée au renforcement des systèmes de santé globalement et avait souligné l'importance des systèmes de surveillance et d'évaluation comme moyens de déterminer les principales causes de la mortalité néonatale et d'identifier les faiblesses du système de santé.

43. Les délégués étaient convenus que des approches différenciées adaptées aux différents niveaux de mortalité néonatale des pays étaient nécessaires. En particulier, il avait été suggéré que le plan d'action devrait inclure des recommandations spécifiques pour permettre des réductions supplémentaires de la mortalité et de la morbidité néonatales dans les pays qui avaient déjà des taux relativement bas. Le Comité exécutif avait recommandé que le Conseil directeur adopte le projet de résolution figurant dans la résolution CE142.R10.

44. Le Conseil directeur s'est félicité de la stratégie et du plan d'action, en notant que cette approche était conforme à la fois aux besoins de la région et aux Objectifs du Millénaire pour le développement. L'approche continue des soins a été saluée, les soins au nouveau-né étant inextricablement liés aux soins de la mère. L'importance attachée aux interventions communautaires et intersectorielles a également été saluée.

45. Plusieurs délégués ont décrit les efforts réalisés dans leurs pays en vue d'améliorer la santé néonatale, en proposant également de partager leurs résultats et leurs expériences avec d'autres pays. Certains ont décrit les obstacles et les défis auxquels ils faisaient face. Il a été fait référence en particulier aux pénuries de personnel qualifié et, dans certains cas, d'équipements. Les délégués ont fait observer que le taux de réussite sur le plan de la réduction de la mortalité néonatale variait considérablement d'un pays à l'autre. De plus, dans les pays où le taux était déjà bas, les solutions simples et peu onéreuses avaient probablement déjà été mises en œuvre, et de nouvelles améliorations n'interviendraient probablement que lentement. Les délégués se sont déclarés satisfaits

des efforts de l'OPS en vue de fournir des formes différenciées de soutien et d'aide en réponse aux besoins différents des pays.

46. Il a été suggéré que la stratégie devrait mentionner plus explicitement la contribution des soins de santé primaires à la réussite de sa mise en œuvre, que « la santé maternelle » devrait être ajoutée à l'objectif général du plan d'action, et qu'une ligne d'action additionnelle devrait être ajoutée sur l'autonomisation des femmes en ce qui concerne les droits de la personne et leurs droits sexuels et génésiques.

47. Le Dr Gina Tambini (Chef de service, Santé familiale et communautaire, OPS) a remercié les intervenants, dont les commentaires, a-t-elle dit, renforceraient la stratégie et le plan d'action et fourniraient des orientations au Secrétariat pour leur mise en œuvre. Elle s'est félicitée de la confirmation par le Conseil de l'importance que revêt cette question car, tandis que la région avait considérablement progressé sur le plan de la réduction de la mortalité des nourrissons et des enfants de moins de 5 ans, la mortalité néonatale n'avait pas diminué au même rythme, loin de là. Elle avait noté les suggestions spécifiques concernant la stratégie et le plan d'action, et était heureuse que les États membres fussent d'accord avec le processus continu de soins, et avec ses aspects intégrés et intersectoriels.

48. Le Conseil a adopté la résolution CD48.R4, Rév. 1 sur cette question, avalisant la stratégie et le plan d'action régionaux pour la santé néonatale dans le contexte du processus continu de soins à la mère, au nouveau-né.

***Stratégie régionale pour améliorer la santé des adolescents et des jeunes (document CD48/8)***

49. Le Dr. Dora Jara (représentante du Comité exécutif) a indiqué que le Comité exécutif avait appuyé globalement l'approche proposée pour améliorer la santé des adolescents et des jeunes, bien que quelques délégués aient estimé que, afin d'être considérée comme une véritable stratégie, elle devrait inclure des objectifs concrets et devrait clairement définir le rôle de l'OPS pour atteindre ces objectifs. Il a été suggéré que l'un des rôles de l'OPS devrait consister à aider les États membres à élaborer des systèmes d'information fiables et précis afin de leur permettre de mettre en place des solutions basées sur des preuves. Le Secrétariat avait été encouragé à se concentrer sur la mise en application de la stratégie de l'OMS pour la santé des enfants et des adolescents et le développement dans la Région et à établir également des liens entre ses activités dans ce domaine et les activités devant être entreprises dans le cadre de la stratégie et du plan d'action régionaux pour le renforcement des statistiques de l'état civil et de la santé. Le Comité avait recommandé que le Conseil directeur adopte la résolution proposée figurant dans la résolution CE142.R16, avalisant cette stratégie.

50. Le Conseil a indiqué qu'il appuyait fermement les lignes d'action stratégiques proposées et l'approche intégrée de santé publique visant à améliorer la santé des adolescents et des jeunes. La stratégie a été considérée comme une base solide pour l'élaboration d'un plan d'action sur la santé des adolescents et des jeunes. L'investissement dans la santé et le développement des adolescents et des jeunes a été jugé essentiel pour l'avenir de l'infrastructure sociale et de la santé des pays et la prévention des problèmes de santé à l'âge adulte. L'importance de l'attention accordée aux besoins de santé mentale et physique des adolescents et des jeunes a été soulignée. Les délégués ont mis l'accent sur un certain nombre de questions de santé des jeunes qui doivent être traitées dans les meilleurs délais, en particulier la violence, les accidents de la circulation, l'utilisation de stupéfiants et d'alcool, les infections sexuellement transmissibles, et les grossesses des adolescentes. La nécessité d'examiner les problèmes nutritionnels et d'ordre alimentaire des jeunes, y compris les désordres alimentaires tels que l'anorexie et la boulimie, a été également soulignée. Encourager la participation aux activités sportives et à d'autres formes d'exercice a été également jugé très important. Plusieurs délégués ont décrit des plans d'action et d'autres initiatives liées à la santé des adolescents et des jeunes actuellement en cours dans leurs pays.

51. La nécessité de faire participer les jeunes aux activités de prévention des maladies et de promotion de la santé a été mise en relief, de même que le fait qu'il était important d'utiliser au maximum les moyens de communication modernes pour transmettre des messages de santé aux jeunes. L'inclusion des jeunes par l'OPS au processus participatif d'élaboration de la stratégie a été saluée. Il a été jugé essentiel de reconnaître les droits et les responsabilités des parents et d'autres personnes légalement responsables des adolescents pour ce qui est de les guider et de les protéger en tenant compte de leurs capacités qui évoluent. Les délégués se sont déclarés satisfaits que le document reconnaisse les rôles que les parents et les communautés religieuses pouvaient jouer pour permettre aux adolescents de faire des choix sains et ont salué l'approche axée sur les droits de l'homme intégrée à la stratégie. Le fait que la stratégie reconnaisse la nécessité d'utiliser des programmes de promotion et de prévention sensibles aux aspects culturels a également été salué, et il a été souligné qu'il était important de s'assurer que les jeunes autochtones conservaient des liens avec leur culture et leur langue.

52. La déléguée du Canada a indiqué que son gouvernement avait préparé et partagé avec l'OPS une « traduction » adaptée à la jeunesse de la stratégie, qui serait distribuée au cours de la 83<sup>e</sup> session ordinaire du Conseil directeur de l'Institut interaméricain des enfants, qui se tiendrait à Ottawa en octobre 2008. La déléguée des Bahamas a souligné la valeur de l'enquête mondiale sur les comportements de santé des enfants d'âge scolaire (GSHS) – à laquelle son pays prenait actuellement part- comme outil pour la collecte de données spécifiques par âge sur la santé adolescente, qui pourrait ensuite être utilisée pour identifier des tendances et concevoir des programmes et des politiques visant à

modifier les pratiques nocives et à réduire la violence, l'utilisation de stupéfiants et d'autres comportements dangereux.

53. L'OPS a été encouragée à coordonner ses activités avec celles d'autres institutions du système des Nations Unies ayant des activités dans le domaine de la santé des adolescents et des jeunes afin d'assurer une approche intégrée. Il a également été suggéré que l'OPS devrait mettre en place une équipe régionale pour la santé des adolescents et des jeunes en vue de faciliter l'échange d'expériences entre les pays.

54. Le Dr. Gina Tambini (Chef de service, Santé familiale et communautaire, OPS) a déclaré que le Secrétariat travaillerait avec les États membres et d'autres partenaires pour élaborer le plan d'action dans le cadre d'un processus participatif, de même qu'il l'avait fait pour la stratégie. Elle a précisé que la stratégie et le plan d'action voyaient le jour à un moment où les questions liées aux jeunes suscitaient une attention internationale croissante. Par exemple, le 10<sup>e</sup> sommet ibéro-américain des ministres de la santé, qui s'était tenu en juillet 2008 au Salvador, avait eu pour thème « Jeunesse, santé et développement » et le 18<sup>e</sup> sommet ibéro-américain des chefs d'État et de gouvernement, qui se tiendrait en octobre, également au Salvador, se concentrerait aussi sur la question des jeunes et du développement. Elle a affirmé que l'investissement dans la santé des jeunes était une stratégie essentielle pour améliorer la santé de la population dans son ensemble, éradiquer la pauvreté, et favoriser le développement.

55. La Directrice a fait observer que, certes les jeunes étaient les leaders du futur, mais les membres du Conseil directeur avaient montré, en approuvant la stratégie et de par leur engagement clair à améliorer la santé des adolescents et des jeunes, qu'ils étaient les leaders du présent. Le Secrétariat se réjouissait à la perspective de travailler avec les États membres afin de traduire cette stratégie en actions concrètes.

56. Le Conseil a adopté la résolution CD48.R5, avalisant la stratégie et demandant au Secrétariat d'élaborer un plan d'action en vue d'améliorer la santé des adolescents et des jeunes.

***Plan d'action régional pour le renforcement des statistiques de l'état civil et de la santé (document CD48/9)***

57. Le Dr. María Julia Muñoz (représentante du Comité exécutif) a indiqué que le Comité exécutif avait fermement appuyé le plan d'action proposé et en avait avalisé les objectifs. Les membres avaient souligné la nécessité de disposer de données exhaustive et fiables en temps opportun et avaient discuté de certains des grands problèmes auxquels il fallait remédier dans les systèmes actuels de statistiques de l'état civil et de la santé. Plusieurs délégués avaient décrit les mesures adoptées pour améliorer la couverture et la qualité des données dans leurs pays respectifs. Un certain nombre de suggestions avaient

été formulées en vue d'améliorer le plan d'action. Il a également été souligné qu'il était important qu'il soit conforme aux principes du réseau de métrologie sanitaire et d'autres initiatives mondiales destinées à renforcer les systèmes d'information de la santé. Le Comité exécutif avait recommandé que le Conseil directeur adopte la résolution proposée figurant dans la résolution CE142.R4.

58. Le Conseil s'est déclaré satisfait du plan d'action, reconnaissant l'importance de statistiques de l'état civil et de la santé de haute qualité et disponibles en temps opportun pour des processus de prise de décisions et de formulation des politiques basés sur des preuves. Les délégués ont fait état de leurs programmes nationaux de statistiques de l'état civil et de la santé, en mettant en exergue les réalisations et les lacunes, en particulier les besoins en ressources humaines et autres et en formation technique pour l'utilisation des outils de collecte de données. Il a été suggéré que le plan d'action devrait inclure une composante plus spécifique de soutien pour le développement et la formation des ressources humaines. Les délégués ont souligné qu'il était souhaitable de développer des systèmes de cyber-gouvernement et de santé électronique et qu'il était nécessaire de disposer de mécanismes efficaces de surveillance et d'évaluation, de formats de collecte de données et de bases de données normalisés, et de cadres réglementaires nationaux. Plusieurs délégués ont souligné que de meilleures statistiques sur la mortalité et la morbidité étaient nécessaires, compte tenu de leur importance dans la planification des programmes de santé. Un délégué a suggéré que les données de surveillance de la santé devraient être liées aux programmes d'assistance sociale afin de coordonner les soins de santé et l'aide pour les plus démunis. Un autre délégué a suggéré qu'il serait souhaitable d'utiliser une programmation d'exploitation libre afin que les données soient plus largement accessibles. L'importance de l'outil d'évaluation du réseau de métrologie sanitaire a été mise en exergue. Les délégués ont également indiqué qu'il serait bon d'élargir le champ couvert par les statistiques de l'état civil et de la santé à terme, ainsi que le rôle de statistiques fiables pour accroître la capacité de leurs pays à mesurer les progrès accomplis vers la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le développement.

59. Remerciant les délégués pour leurs commentaires et suggestions, le Dr. Jarbas Barbosa da Silva (chef de service, Surveillance sanitaire et prise en charge des maladies, OPS) a souligné qu'il était important de disposer de statistiques fiables de surveillance sanitaire afin d'établir les priorités, d'assurer la transparence, et d'évaluer les politiques et leur impact. Il a informé le Conseil que le Secrétariat projetait de conduire des programmes de formation de base et avancée dans le secteur de l'analyse de la santé en coopération avec l'Université de la Floride du Sud.

60. La Directrice a noté que plusieurs autres initiatives étaient actuellement en cours en vue de renforcer les statistiques de l'état civil et de la santé dans la Région, y compris des investissements par l'entremise du Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose, et le paludisme destinés à améliorer les systèmes d'information de la santé.

En outre, le groupe de directeurs régionaux des organisations du système des Nations Unies travaillait à l'harmonisation des indicateurs et affinait des méthodologies pour aider les pays à préparer des rapports sur les Objectif du Millénaire pour le développement devant être soumis à l'Assemblée générale des Nations Unies en 2010 et 2015. Elle a souligné l'importance de la collecte de statistiques de l'état civil et de la santé au sein des populations marginalisées, qui étaient souvent « invisibles » parce qu'elles n'étaient pas comptées dans les statistiques nationales.

61. Le Conseil a adopté la Résolution CD48.R6, approuvant le plan d'action régional pour le renforcement des statistiques de l'état civil et de la santé.

***Vers l'élimination de l'onchocercose (cécité des rivières) aux Amériques (document CD48/10)***

62. Le Dr. María Julia Muñoz (représentante du Comité exécutif) a indiqué que le Comité exécutif avait été informé au cours de sa 142<sup>e</sup> session que, alors que la Région n'avait pas réalisé l'objectif d'éliminer la maladie de l'œil liée à onchocercose, elle était sur le point d'y parvenir. La 17<sup>e</sup> Conférence interaméricaine sur l'onchocercose, qui s'était tenue en novembre 2007, avait recommandé qu'une nouvelle date cible soit fixée à 2012 afin de parvenir à l'élimination de l'onchocercose et d'interrompre de façon permanente la transmission du *Onchocerca volvulus* dans les quatre foyers restants. Le Comité avait exprimé son soutien pour les activités en cours dans le cadre du programme d'élimination de l'onchocercose pour les Amériques (OEPA) ainsi que pour le nouvel objectif pour 2012 et avait recommandé que le Conseil directeur adopte la résolution proposée figurant dans la résolution CE142.R3, s'associant à l'objectif de parvenir à éliminer la morbidité due à l'onchocercose et à interrompre la transmission de l'onchocercose dans toute la Région d'ici la fin de 2012.

63. Dans le cadre de la discussion du Conseil sur ce point, les délégués du Brésil, de la Colombie, du Guatemala, du Mexique et du Venezuela ont rendu compte de leurs efforts visant à éliminer les foyers restants d'onchocercose dans leurs pays. Le délégué du Venezuela a déclaré que des progrès considérables avaient été accomplis sur le plan de l'élimination des foyers dans les régions du centre-nord et du nord-est du pays, mais que la situation était beaucoup plus complexe dans le foyer du sud, qui se situait dans la région de l'Amazonie à la frontière avec le Brésil. Dans la mesure où l'objectif proposé pour 2012 ne serait très probablement pas réalisable dans la région en question et qu'il serait donc nécessaire de poursuivre le traitement au delà de 2012, il a suggéré que le paragraphe 2, b de la résolution proposée soit modifié en ajoutant ce qui suit : « ... et que le programme soit poursuivi jusqu'à ce qu'il puisse être attesté de l'élimination complète de la maladie. » Plusieurs délégations ont soutenu cet amendement.

64. Le Dr. Jarbas Barbosa da Silva (Chef de service, Surveillance sanitaire, prévention et prise en charge des maladies, OPS) a remercié les délégués pour leurs commentaires et leurs suggestions. Il a également remercié le Dr. Mauricio Sauerbrey, Directeur de l'OEPA, pour sa coopération active dans le cadre des efforts visant à éliminer l'onchocercose. Il est convenu que la suggestion formulée par le Venezuela améliorerait la résolution proposée.

65. La Directrice a déclaré qu'elle souhaitait rendre hommage au rôle de chef de file que jouaient le Centre Carter et l'ancien Président des Etats-Unis, Jimmy Carter lui-même, qui plaidait la cause de l'élimination de cette maladie dans le monde entier.

66. Le Conseil a adopté la Résolution CD48.R12, y compris l'amendement proposé par le Venezuela.

***Amélioration de la disponibilité de sang et sécurité transfusionnelle aux Amériques (document CD48/11)***

67. Le Dr. María Julia Muñoz (représentante du Comité exécutif) a fait savoir que le Comité exécutif avait exprimé des inquiétudes concernant l'absence de progrès vers la réalisation des objectifs du plan d'action régional 2006-2010 pour la sécurité des transfusions depuis l'adoption de ce plan par le 46<sup>e</sup> Conseil directeur en 2005. Cependant, plusieurs membres s'étaient demandé si l'adoption d'une nouvelle résolution sur ce point changerait quoi que ce soit, notamment du fait qu'aucun nouveau programme ou plan n'était proposé pour améliorer la situation. Il avait été suggéré que le Secrétariat devrait simplement redoubler d'efforts pour aider les pays à atteindre les objectifs définis en 2005. À cet effet, le Secrétariat devrait élaborer des directives techniques pour estimer les besoins annuels en sang dans une population donnée et formuler des stratégies et des recommandations pour organiser les systèmes de collecte et de distribution de sang et pour attirer les donneurs volontaires. Le Comité exécutif avait recommandé que le Conseil directeur adopte la résolution proposée figurant dans la résolution CE142.R5, exhortant les États membres à prendre plusieurs mesures afin de mettre pleinement en œuvre le plan d'action régional pour la sécurité des transfusions et mettre un terme au remplacement et au don rémunérés du sang avant la fin de 2010, dans une optique de don du sang 100% volontaire, altruiste, non rémunéré.

68. Au cours de la discussion qui a suivi, les délégués ont décrit les efforts de leurs pays pour encourager les dons volontaires, améliorer le dépistage du sang donné, et renforcer leurs systèmes nationaux de collecte et de distribution du sang. Les délégués de Haïti et du Paraguay ont indiqué que leurs deux pays avaient fixé l'objectif de 100 % de dons volontaires non rémunérés et que les taux de dons volontaires avaient enregistré une hausse significative -dans le cas de Haïti de 5 % en 2004 à 52 % en 2007, et que ce

pourcentage devrait atteindre 75 % en 2008. En outre, la production de sang et de produits sanguins avait doublé en Haïti depuis 2004.

69. Bien que la nécessité de s'efforcer d'obtenir 100 % de dons volontaires ait été reconnue, il a été suggéré que, dans des circonstances limitées de nécessité médicale d'urgence ou dans des cadres permettant une surveillance étroite de la sécurité des transfusions, des dons rémunérés ou le remplacement pourrait être acceptables. Il a été précisé que le sang pour les transfusions devrait être considéré un médicament essentiel et devrait être soumis aux mêmes normes de qualité et procédures d'assurance qualité que les autres médicaments essentiels. À cet égard, une déléguée a mentionné que le système de collecte et de distribution du sang dans son pays appliquait les normes de qualité ISO 9000.

70. Le Dr. José Luis Di Fabio (Chef de service, Technologie, soins de santé et recherche, OPS) a félicité Haïti et le Paraguay pour leurs progrès sur le plan du renforcement de leurs systèmes de collecte et de distribution du sang et de la sécurité des transfusions. En ce qui concerne la suggestion au sujet des dons rémunérés ou de remplacement, il a indiqué que les circonstances dans lesquelles ces dons pourraient être acceptés devraient être clairement définies.

71. La Directrice a fait observer que les réalisations de Haïti et du Paraguay démontraient que, avec la volonté politique suffisante, il était possible d'apporter des améliorations considérables de la sécurité et de la disponibilité du sang dans des délais relativement courts, même pour des pays dans des situations très difficiles. Elle a encouragé tous les États membres à intensifier leurs efforts pour réaliser les objectifs régionaux définis pour la sécurité des transfusions d'ici à 2010.

72. Le Conseil a adopté la résolution CD48.R7, exhortant les États membres à mettre en œuvre de manière proactive le Plan d'action régional de la sécurité transfusionnelle 2006-2010.

***Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac: opportunités et défis concernant sa mise en œuvre aux Amériques (document CD48/12)***

73. Le Dr. María Julia Muñoz (représentante du Comité exécutif) a indiqué que le Comité exécutif avait été informé au cours de sa 142<sup>e</sup> réunion en juin 2008 des progrès accomplis à ce jour dans la Région dans la mise en œuvre des mesures contenues dans la convention-cadre de l'OMS sur la lutte anti-tabac, en particulier en ce qui concerne la série de six mesures connues sous le nom de MPOWER. Le Comité avait également été informé que la Région des Amériques avait le pourcentage le plus bas d'États membres ayant ratifié la Convention. Au cours de la discussion qui avait suivi, plusieurs délégués avaient décrit les mesures prises par leurs pays pour lutter contre le tabagisme, telles que

l'interdiction de fumer dans les bâtiments publics, des restrictions sur la publicité, le prélèvement d'impôts sur les produits du tabac, et l'adoption de mesures pour décourager les jeunes de fumer. La plupart avaient signalé que le public, y compris une grande proportion de fumeurs, avait été généralement réceptif aux mesures mises en application. Le Comité exécutif avait recommandé que le Conseil directeur adopte la résolution proposée figurant dans la résolution CE142.R11.

74. À la suite de la présentation du Dr. Muñoz, le Dr. Haik Nikogosian (Chef du Secrétariat de la Convention à la convention-cadre de l'OMS sur la lutte anti-tabac) a présenté au Conseil un état actualisé de la Convention, indiquant que 14 nouveaux pays étaient devenus parties à la Convention au cours des 12 derniers mois. Vingt-cinq pays des Amériques étaient maintenant parties à la Convention. La Conférence des Parties avait défini les modalités institutionnelles et financières et élaboré des instruments pour la mise en œuvre du traité. Les deux premiers instruments, à savoir, le système de notification dans le cadre de la convention et les directives pour la mise en œuvre de l'article 8, sur la protection contre la fumée de tabac, avaient été déjà adoptés.

75. Bien que les Amériques aient encore le taux de ratification le plus bas parmi toutes les régions de l'OMS, 9 des 10 pays de la Région qui n'avaient pas encore ratifié le traité l'avaient signé, et la Région s'était montrée très active dans la conduite du processus de négociation et de mise en œuvre de la Convention. Le Secrétariat de la Convention avait préparé un rapport sur l'état d'avancement de la mise en œuvre de la Convention qui serait discuté à la troisième session de la Conférence des Parties en novembre 2008. Le rapport faisait référence, entre autres, à la nécessité d'adopter une approche globale pour la mise en œuvre des politiques et pour une coopération internationale accrue. Il présentait également des informations sur les progrès et les défis au niveau régional, révélant, notamment, que les Amériques avaient le pourcentage le plus faible de Parties notifiant la mise en œuvre de mesures importantes telles que l'interdiction totale de la publicité sur le tabac. Par ailleurs, un certain nombre de pays dans la Région élaboraient une législation anti-tabac, et les Amériques avaient les taux les plus élevés parmi toutes les régions de l'OMS de présentation en temps opportun de rapports par les parties.

76. Les négociations pour un protocole relatif au commerce illicite des produits du tabac ont marqué un tournant important pour la santé mondiale. L'idée a été largement acceptée que les négociations exigeraient la participation de responsables d'autres secteurs, comme les finances, les douanes, le commerce, et la justice. En conséquence, il a encouragé les gouvernements à envoyer des délégations intersectorielles à la prochaine session de l'organe de négociation pour le protocole. Après avoir décrit un certain nombre d'activités réalisées dans la région et au niveau mondial et avoir présenté dans les grandes lignes les préparatifs pour la troisième session de la Conférence des Parties, il a précisé que la Convention en était arrivée à une phase où la coopération

intergouvernementale internationale et régionale jouerait un rôle croissant. À cet égard, il a souligné le rôle du marché commun d'Amérique du Sud (MERCOSUR), qui rejoindrait prochainement le groupe d'observateurs intergouvernementaux régionaux à la Convention.

77. Au cours de la discussion qui a suivi, les délégués ont présenté les mesures adoptées dans leurs pays concernant la lutte contre le tabagisme, comme les programmes pour arrêter de fumer, la promotion d'environnements sans fumée, des programmes éducatifs et d'information, l'augmentation des impôts sur les produits du tabac, la réglementation de la publicité, et les impératifs d'étiquetage des paquets. Les délégués ont souligné l'utilité du train de mesures MPOWER et ont attiré l'attention sur des questions telles que l'utilisation du tabac selon les sexes, la consommation de tabac dans les écoles, et la contrebande de produits du tabac. Les délégués ont également souligné la nécessité de partenariats internationaux et intersectoriels pour appuyer la mise en œuvre de la Convention, mais ont souligné que les partenaires financiers internationaux doivent respecter les politiques nationales des pays.

78. L'importance de la prévention, comme moyen le plus rentable de mettre un terme à l'épidémie de tabagisme, a été soulignée, de même que la nécessité de disposer de programmes éducatifs ciblant les enfants et les adolescents en particulier. Il a été suggéré que l'OPS pourrait mettre en place une base de données régionale d'avertissements graphiques sur les effets sur la santé que les pays pourraient utiliser sur les paquets de cigarettes. Il a aussi été suggéré que l'Organisation devrait dresser une liste de laboratoires de référence qui pourraient aider les pays à mettre en œuvre les dispositions de la Convention concernant les tests et les mesures du contenu et des émissions des produits de tabac. Les États membres qui n'avaient pas encore ratifié la Convention ont été invités à prendre des mesures pour le faire dans les meilleurs délais. Les pays, qu'ils soient parties à la Convention ou non, ont été également encouragés à mettre en application les six mesures de MPOWER.

79. Le Conseil a adopté la résolution CD48.R2 sur ce point.

***Gestion intégrée des vecteurs: une réponse intégrée aux maladies à transmission vectorielle (document CD48/13)***

80. Le Dr. María Julia Muñoz (représentante du Comité exécutif) a indiqué que le Comité exécutif avait accueilli favorablement l'approche proposée pour la gestion des vecteurs et avait considéré qu'elle contribuerait à réduire la pulvérisation massive des pesticides, ce qui serait positif pour l'environnement. Il a toutefois été suggéré, que la stratégie devrait conserver toute la gamme d'options pour le contrôle des vecteurs, y compris l'utilisation judicieuse de pesticides, lorsque cela était approprié. Il a été souligné, cependant, que si des pesticides devaient être employés, la préférence devrait

être donnée à ceux qui étaient les moins nocifs pour l'environnement et les personnes, tels que les biopesticides. Plusieurs délégués avaient souligné que, certes il était certainement important de s'attaquer à la question des vecteurs dans son ensemble, mais il était aussi important de renforcer des programmes spécifiques par maladie. Les délégués avaient également souligné qu'il était important de renforcer la communication, à la fois avec la population et entre le gouvernement et les médias, pour s'assurer que des messages précis et clairs étaient transmis au sujet des dangers des maladies à transmission vectorielles. Il a été souligné que tous conseils techniques qui seraient formulés devraient souligner l'importance de la participation de la communauté, et devraient également contenir des exemples des pratiques optimales glanées des expériences réussies des pays. Le Comité exécutif avait recommandé que le Conseil directeur adopte la résolution proposée figurant dans la résolution CE142.R9.

81. Le Conseil s'est félicité de l'approche proposée dans le document CD48/13. Plusieurs délégués ont particulièrement apprécié le fait qu'elle ait moins recours aux méthodes traditionnelles de pulvérisation chimique, qui présentaient des inconvénients évidents pour l'environnement et débouchaient également sur des problèmes de résistance aux insecticides. Plusieurs délégués ont décrit les stratégies adoptées par leurs autorités nationales pour gérer les vecteurs de maladies. Tandis que dans certains cas ils employaient déjà une variante d'un programme de gestion intégrée comprenant des mesures chimiques, biologiques et physiques pour contrôler les vecteurs à toutes les étapes de leur cycle de vie, il a été estimé que l'approche intégrée proposée par l'OPS contribuerait à accroître l'efficacité des programmes, réduire leurs coûts, et augmenter leur impact. Elle permettrait également à chaque pays de procéder à son propre rythme. Les délégués ont également mentionné le fait que l'accélération du changement climatique aggravait le problème de vecteurs.

82. Les délégués ont également exprimé leur soutien pour les aspects intersectoriels de la stratégie, soulignant que la question du contrôle des vecteurs ne saurait incomber uniquement aux autorités de la santé. Certains délégués ont décrit comment leurs gouvernements adoptaient une approche intersectorielle semblable à celle préconisée dans le document, avec la participation d'organisations du secteur public et privé comprenant les communautés et des agences non gouvernementales, ainsi que les parties prenantes clés dans les secteurs du tourisme, du logement, du traitement des eaux usées et des déchets solides. Il a été précisé que le contrôle des maladies à transmission vectorielle allait au-delà de la simple élimination des vecteurs : il était nécessaire de modifier leur environnement et leur approvisionnement alimentaire de sorte qu'ils cessent de se multiplier, ce qui supposait de réaliser des activités telles que l'enlèvement des ordures, le drainage et le contrôle de l'eau, et le nettoyage des voies d'eau. Il a été précisé que l'exécution d'activités de ce type permettrait également de réduire l'utilisation de pesticides. Lorsque les activités de contrôle comprenaient l'utilisation de pesticides, certains pays ont signalé qu'ils travaillaient avec des fournisseurs de pesticides afin

d'évaluer l'efficacité des produits et de réduire au minimum le risque de résistance. Certains pays travaillaient également à l'application de méthodologies de contrôle biologique visant à empêcher la pollution des systèmes d'eau souterraine et à éviter de nuire aux espèces non ciblées.

83. Les délégués ont également décrit les activités de leurs pays dans les domaines critiques de la recherche et des systèmes d'information. Il a été précisé que des études étaient nécessaires pour évaluer l'impact des actions de contrôle dans différentes régions, compte tenu des différences dans la prévalence des maladies à transmission vectorielle d'une région à l'autre, des différences des taux de mortalité et de morbidité en résultant entre les pays et dans les pays, des différences dans les stratégies adoptées par les pays, et le danger toujours présent du développement d'une résistance aux insecticides. Il a été souligné que les propositions incluses dans la stratégie de l'OPS devraient être assez souples pour s'adapter à de telles différences.

84. Plusieurs délégués ont souligné que les activités de contrôle des vecteurs doivent reposer sur une base scientifique solide et être basées sur des preuves. Le Secrétariat a été exhorté à collecter et disséminer les pratiques exemplaires. Les délégués ont accentué la nécessité de coopération entre les pays, de sorte que ceux qui ont une plus grande expertise en entomologie, et une plus grande expérience de l'efficacité de divers produits chimiques et/ou de la résistance aux produits chimiques, pourrait partager leurs connaissances avec d'autres. L'importance de l'éducation a également été soulignée, y compris des campagnes d'information pour enseigner à la population la pertinence de l'hygiène pour les maladies à transmission vectorielle et pour l'encourager à assumer la responsabilité de sa propre santé. Il a également été souligné que la volonté politique serait nécessaire pour faire face à la réémergence de maladies qui n'avaient pas été vues dans certains pays depuis très longtemps, telles que le paludisme aux Bahamas et en Jamaïque.

85. Le Dr. Jarbas Barbosa da Silva (Chef de service, Surveillance sanitaire, prévention et prise en charge des maladies, OPS) a remercié les participants pour leurs suggestions, qui aideraient l'OPS à améliorer son approche sur cette question. Comme diverses interventions l'avaient fait ressortir clairement, certains pays dans la Région avaient déjà progressé au delà des approches traditionnelles de contrôle des vecteurs. La résolution consoliderait ces progrès dans le cadre d'une stratégie qui pourrait être modifiée pour tenir compte des caractéristiques de chaque maladie à transmission vectorielle, tout en énonçant des directives et des procédures communes à un grand nombre ou à la totalité d'entre elles.

86. Avec une utilisation modérée des insecticides, une surveillance minutieuse de la résistance aux pesticides, la participation très forte de la communauté, et l'établissement de partenariats avec des parties prenantes au delà du secteur de la santé, la stratégie

offrait de grands espoirs pour l'avenir. Il a soutenu l'idée de la coopération entre les pays, en notant en particulier qu'il était nécessaire de disposer d'un réseau solide de coopération entre les centres de recherches dans toute la Région. Saluant l'idée que l'OPS devrait aider à la diffusion des pratiques exemplaires, il a mentionné une réunion qui se tiendrait au Brésil au début novembre pour étudier les diverses options pour le contrôle de la dengue.

87. La Directrice a déclaré qu'elle avait écouté avec beaucoup d'intérêt les suggestions relatives à l'augmentation de la capacité du Secrétariat à fournir un soutien dans ce domaine, et a fait remarquer que depuis près de deux décennies il y avait eu un déficit dans l'enseignement de l'entomologie médicale, et des difficultés à conserver des entomologistes qualifiés dans le secteur de la santé et les autres secteurs qui étaient cruciaux pour contrôler les vecteurs. En conséquence, il fallait travailler en particulier pour rétablir des relations plus étroites avec les centres de collaboration de l'OPS et de l'OMS et d'autres organisations pertinentes en vue de créer un programme spécifique de formation et de renforcement des capacités en entomologie médicale. Certes, il ne serait pas possible pour le Secrétariat de fournir à lui seul ce renforcement des capacités, mais il pourrait contribuer à accroître la capacité des pays à le faire.

88. Le Conseil a adopté la Résolution CD48.R8, avalisant la stratégie de gestion intégrée des vecteurs.

***Panel sur les soins de santé primaires: faire face aux déterminants de la santé et renforcer les systèmes de santé (documents CD48/14, Rév.1; CD48/14, Sup. I; CD48/14, Sup. I, Corr.; et CD48/14, Sup. II)***

89. Sir Michael Marmot (Président, Commission sur les déterminants sociaux de la santé, OMS) a fait un exposé sur les travaux de la Commission qui se concentraient sur la quête de justice sociale, l'autonomisation des personnes et des communautés et la création de conditions permettant aux populations de mener une existence satisfaisante. Le Dr. Wim Van Lerberghe (Systèmes de santé et Groupes de services, OMS) a évoqué la nécessité de modifier les systèmes et les services de santé en vue de répondre à la demande croissante de soins de santé primaires à travers le monde. Le Dr Socorro Brut-Galiano (Directeur adjoint, BSP) a décrit le cadre des politiques de la Région pour une action dans le domaine des soins de santé primaires et des déterminants de la santé.

90. Deux commentateurs sont alors intervenus. Le Dr Hubert Alexandre Minnis (Ministre de la Santé, Bahamas) a examiné les liens entre la santé et l'équité, et le Dr José Guillermo Maza (Ministre de la Santé, El Salvador) a évoqué les difficultés qui se posent dans le secteur de la santé par rapport à d'autres secteurs du gouvernement. En guise de conclusion, le Président a souligné l'importance de la recherche sur les déterminants de la

santé, ainsi que de la formation et du soutien des ressources humaines pour les soins de santé.

91. Un résumé des commentaires des six intervenants figure dans le document CD48/14, Sup. II, qui a été présenté par le Dr. Gross.

92. Au cours de la discussion qui a suivi, les délégués ont décrit les efforts réalisés dans leurs pays pour revitaliser les soins de santé primaire, notamment en établissant un lien avec les déterminants de la santé. Certains délégués ont décrit les initiatives en cours dans des secteurs autres que celui de la santé qui influaient directement sur les déterminants de la santé, comme l'éducation et l'emploi. Plusieurs ont proposé de partager leurs expériences et pratiques exemplaires avec d'autres pays. L'attention a également été attirée sur la synergie entre les soins de santé primaires et les Objectifs du Millénaire pour le développement. Il a été souligné que, dans certains cas, les systèmes de soins de santé primaires devraient être renforcés pour que les pays puissent atteindre ces Objectifs. Il a également été précisé que des stratégies étaient nécessaires pour atteindre les personnes qui, pour quelque raison que ce soit, n'avaient pas actuellement accès à des services au niveau des soins de santé primaires. Il a été généralement convenu que l'accès universel aux services au niveau des soins de santé primaires était une question de simple équité. La nécessité d'explorer les moyens de transférer des qualifications du personnel hautement qualifié de la santé vers ceux ayant moins de formation a été mise en exergue.

93. Le Conseil a pris note du rapport et des discussions.

***La santé et les relations internationales: leur lien avec la gestion du développement national de la santé (document CD48/15)***

94. Le Dr. María Julia Muñoz (représentante du Comité exécutif) a indiqué que le Comité exécutif avait réservé un accueil favorable au document sur ce point, le considérant comme tout à fait novateur à plusieurs égards, notamment le lien établi entre les relations internationales et le développement national de la santé. Il avait été souligné que le document s'écartait des questions techniques normalement traités par l'OPS, dans la mesure où il abordait des questions présentant un intérêt pour les professionnels de nombreux secteurs, notamment des affaires étrangères, de l'environnement, et du commerce, démontrant ainsi que la santé était véritablement intersectorielle. Le Comité avait discuté longuement du rôle de coopération technique de l'OPS dans ce secteur. Les délégués avaient identifié la surveillance des maladies - en particulier dans les secteurs ayant des volumes élevés de trafic et de commerce international - comme étant un domaine qui devrait particulièrement être renforcé. L'harmonisation des cadres réglementaires et de la fourniture de services avait été identifiée comme un autre secteur où le soutien de l'OPS était nécessaire. Augmenter la capacité de leadership des autorités

nationales de santé et aider les gouvernements à analyser l'impact sur la santé des politiques publiques proposées avait été considéré comme d'autres rôles importants pour l'OPS. Il avait été souligné que l'Organisation devrait focaliser ses activités de coopération technique sur les secteurs qui faisaient clairement partie de son mandat et de ses compétences fondamentales.

95. La majorité de membres du Comité était convenue qu'une résolution proposée sur ce point devrait être rédigée et soumise au Conseil directeur pour adoption, le but étant de jeter les fondements d'une action future sur le plan de la santé et des relations internationales. La résolution proposée avait été longuement discutée et révisée, une grande partie de la discussion portant sur le rôle de l'OPS. Les résultats de la discussion du Comité, résolution CE142.14, figuraient en annexe au document CD48/15.

96. Dans la discussion qui a suivi au sein du Conseil directeur, les États membres ont salué les efforts déployés par l'OPS en vue de renforcer la capacité institutionnelle des gouvernements dans la santé et les relations internationales, en soulignant la nécessité d'une coopération et d'une solidarité accrues entre les pays afin de traiter des problèmes de santé mondiaux, de réaliser les Objectifs du Millénaire pour le développement, d'assurer la sécurité sanitaire mondiale, et de promouvoir une plus grande équité et justice sociale. L'importance de la santé dans la politique étrangère et les relations internationales a été soulignée, de même que la nécessité de renforcer la capacité des autorités de santé à accorder l'attention voulue à la santé dans la négociation d'accords bilatéraux et multilatéraux. Un certain nombre de délégués ont décrit des initiatives nationales et infrarégionales visant à renforcer la coopération internationale dans la santé et à promouvoir le développement national de la santé. Un représentant du Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) a insisté sur l'importance de la collaboration internationale dans la santé afin de réaliser l'Objectif du Millénaire pour le développement n° 4 : Réduire la mortalité infantile.

97. Il a été précisé que la santé ne pouvait plus être considérée comme une préoccupation strictement nationale, et que, dans une société de plus en plus mondialisée et interdépendante, il était nécessaire de « penser localement et agir mondialement » car la santé nationale et mondiale dépendraient toutes deux dans une grande mesure de la coopération et de la collaboration internationales accrues entre les pays. Plusieurs délégués ont appelé à une coopération accrue entre les pays développés et les pays moins développés de la Région. Il a été jugé essentiel que les pays développés tiennent ou dépassent leur engagement pris à la Conférence internationale sur le financement pour le développement (Monterrey, Mexique, mars 2002) de consacrer 0,7 % de leur revenu national brut à l'aide publique au développement. L'importance de mettre pleinement en œuvre la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide a également été soulignée.

98. Les délégués ont noté que ces dernières années la politique étrangère des pays avait évolué par rapport à la focalisation traditionnelle sur des questions d'économie et de sécurité nationale pour inclure des préoccupations relatives à la santé. Les liens étroits qui existent entre la santé, le développement national, et les relations internationales ont également été notés. Il a été souligné que, alors que le concept de la diplomatie de la santé émergeait, il devait être reconnu comme un secteur de spécialisation exigeant une formation et le développement de compétences de négociation. Favoriser et faciliter cette formation a été considéré comme un rôle important pour l'OPS. À cet égard, l'initiative leaders du programme sanitaire international de l'Organisation a été saluée. La contribution de l'OPS au renforcement des relations bilatérales entre les pays et sa capacité à favoriser des partenariats dans la nouvelle architecture mondiale de la santé ont été également reconnues.

99. De même que le Comité exécutif, le Conseil a longuement discuté de la focalisation de la coopération technique de l'OPS dans ce domaine. Il a été souligné que l'Organisation devrait positionner son travail clairement dans le cadre de son mandat et de ses compétences techniques. Le renforcement des capacités et de l'infrastructure des États membres pour gérer et utiliser efficacement les ressources de la coopération internationale a été identifié comme étant un domaine de coopération important pour l'Organisation. Aider les États membres à développer la capacité requise pour mettre en œuvre le Règlement sanitaire international (2005) a été considéré comme un autre rôle important. Il a été suggéré que l'OPS devrait mettre en place un mécanisme au sein du Secrétariat pour coordonner une approche intégrée de sa coopération technique, basée sur les priorités identifiées par chaque pays.

100. Le rôle de l'OPS pour faciliter l'analyse du volet de la santé dans les politiques examinées, adoptées et mises en œuvre à l'échelle internationale a fait l'objet de discussions approfondies. La plupart des délégués étaient d'avis que l'OPS, en tant qu'institution spécialisée de la santé, devrait certainement faciliter ce type d'analyse. Un délégué a estimé que l'analyse des impacts sur la santé publique des politiques internationales constituait une fonction inhérente des États membres, et non de l'OPS.

101. Le Dr. Pedro Brito (Chef de service, Systèmes et services de santé, OPS) a salué la discussion enthousiaste du Conseil sur la question de la santé et des relations internationales. Ce riche échange de vues fournirait des orientations importantes pour définir le mandat de l'Organisation et guider sa coopération technique avec les États membres. Faisant référence au commentaire concernant la nécessité de penser localement et d'agir mondialement, il a rappelé que le thème de la journée mondiale de la santé en 1990 avait été « penser mondialement, agir localement ». Il pensait que ces deux approches étaient nécessaires pour traiter des déterminants économiques, sociaux et politiques de la santé dans une société mondialisée. Relevant certains des principaux points qui étaient ressortis de la discussion, il a noté que les États membres avaient entre

autres souligné la nécessité de renforcer la capacité des gouvernements à aligner, coordonner, et harmoniser la coopération internationale dans la santé et avaient également insisté sur la nécessité d'une collaboration et solidarité internationales afin de relever les défis partagés de la santé.

102. La Directrice a fait remarquer que l'OPS recevait un nombre croissant de demandes, à la fois des pays et d'établissements universitaires, pour appuyer l'élaboration de programmes de formation destinés aux professionnels de la santé internationale. Elle a également noté qu'il semblait que les jeunes aient un intérêt croissant à poursuivre des études dans le domaine de la santé mondiale ou liées à ce domaine, même si leurs études portaient principalement sur un autre secteur. Reflétant cette tendance, l'initiative Leaders du programme sanitaire international de l'OPS comptait actuellement, pour la première fois, des participants venant de secteurs autres que celui de la santé. Parallèlement, il y avait une demande élevée pour la coopération technique de l'OPS visant à aider les autorités nationales de la santé à renforcer leur capacité à négocier et à gérer la coopération internationale. Comme le Dr. Brito l'avait indiqué, les discussions très ouvertes et très franches du Conseil sur cette question constitueraient une bonne base pour formuler l'approche globale en matière de coopération technique de l'Organisation, qui pourrait alors être focalisée plus spécifiquement dans le cadre de la stratégie de coopération des pays.

103. Au cours de sa discussion sur la résolution proposée sur ce point, le Conseil a considéré plusieurs amendements, le plus controversé étant une proposition visant à supprimer le paragraphe 2 (g). Le Conseil a décidé, suite à un vote à main levée, de conserver ce paragraphe et a adopté la résolution CD48.R16. Le délégué des États-Unis d'Amérique a expressément souhaité qu'il soit officiellement consigné que sa délégation avait voté contre l'inclusion du paragraphe 2 (g) et que les États-Unis ne considéraient pas que la résolution était une résolution de consensus.

***Table ronde sur le changement climatique et son impact sur la santé publique : une perspective régionale (documents CD48/16, CD48/16, Sup. I, Rév. 2, et CD48/16, Sup. II)***

104. Une table ronde a été organisée pour permettre aux pays de partager leurs vues sur le changement climatique et son impact sur la santé publique. Le Dr. Luiz Galvão (Chef de service, Développement durable et santé environnementale, OPS) a présenté ce point, en notant que les questions liées au climat telles que les situations climatiques extrêmes, la sécurité alimentaire et en eau, les maladies à transmission vectorielle, et l'augmentation du niveau de la mer constituaient des préoccupations particulières pour les pays des Amériques. La question n'était pas nouvelle pour l'OMS et l'OPS, qui avaient travaillé à la sensibilisation sur l'impact du changement climatique sur la santé humaine depuis le début des années 90. « Protéger la santé face au changement

climatique » avait été le thème choisi pour la journée mondiale de la santé en 2008. L'une des activités organisées pour commémorer cette journée avait été un atelier organisé au Brésil pour préparer un plan d'action régional afin de protéger la santé contre le changement climatique. Des consultations sur le plan avaient eu lieu au niveau des pays en juin et juillet. Les discussions de la table ronde donneraient aux délégués l'occasion de passer en revue le plan d'action régional proposé, dont les grandes lignes étaient présentées en annexe au document CD48/16. Le Secrétariat souhaiterait savoir si les délégués estimaient que le plan reflétait correctement les préoccupations et les besoins de leurs pays, s'ils pensaient que des mesures supplémentaires devraient être incluses, et ce qu'ils avaient perçu comme étant ses forces et faiblesses.

105. Le Dr María Fernanda Espinoza (Représentante permanente de l'Équateur aux Nations Unies), a prononcé un discours liminaire sur les principaux problèmes qui se posaient pour les Amériques en matière de changement climatique. Le changement climatique n'était pas vraiment le problème, a-t-elle dit ; c'était simplement un symptôme d'un problème plus grave, à savoir, le modèle économique prévalant, où la croissance et l'accumulation étaient recherchées avant tout. Ce modèle n'était pas viable, tant sur le plan écologique que social, et avait déjà posé de nombreux problèmes, de la crise alimentaire à la crise énergétique. Citant des données publiées dans la revue *Stern* sur l'économie du changement climatique, elle a noté qu'un investissement soutenu de 1 % du PIB mondial annuel serait nécessaire pour éviter ou inverser les effets du changement climatique, qui, sans un tel investissement, pourrait déboucher sur des pertes de production et d'infrastructure s'élevant à 20% du PIB mondial. Ces effets comprenaient les inondations, la montée du niveau de la mer, la fonte des glaciers, la sécheresse, la famine, les migrations massives, les crises de l'approvisionnement alimentaire et en eau, et la perte de diversité biologique, entre d'autres. La santé humaine serait touchée à mesure que des maladies telles que le paludisme et la dengue se propageraient à des secteurs qui n'étaient pas touchés précédemment. Le changement de climat constituait donc l'un des principaux obstacles à la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le développement.

106. Après avoir passé en revue certaines des mesures qui avaient été et étaient prises au niveau international pour traiter des questions liées au climat, en particulier la décision adoptée lors de la Conférence sur le changement de climat des Nations Unies (Bali, 2007) de créer des fonds pour aider les pays en développement à faire face au coût de l'adaptation au changement climatique, elle a dit qu'elle remettait en cause l'utilisation du terme « adaptation » dans ce contexte. Ce qui était important, ce n'était pas de « s'adapter » et de vivre avec les effets délétères du changement climatique, mais plutôt de prendre des mesures pour s'attaquer efficacement à ses causes. La prévention était essentielle, pas l'adaptation.

107. Il était encourageant de noter que la question du changement climatique était maintenant traitée comme une question touchant divers secteurs et pas uniquement comme une question environnementale. Le débat politique avait été élevé au niveau des chefs d'État et faisait également intervenir des ministres de la santé, des affaires économiques, de l'agriculture, et autres. La discussion ne devrait pas être confinée aux experts environnementaux : les décideurs politiques et financiers devraient aussi y participer, étant donné que des changements devaient être apportés dans les modèles de production et de consommation et dans la façon dont les ressources étaient utilisées.

108. Les délégués ont alors participé à l'un des trois groupes de discussion. Le groupe 1 s'est concentré sur la façon dont le changement climatique touchait la santé publique, en particulier dans les groupes vulnérables de la région des Amériques. Le groupe 2 s'est penché sur l'impact qu'aurait le changement climatique sur divers groupes de population, en particulier les plus groupes les plus démunis, les femmes, les enfants, et les personnes âgées. Le groupe 3 a examiné les préoccupations des petits états insulaires en développement, en particulier ceux de la région des Caraïbes.

109. Le Dr. Socorro Gross (Directeur adjoint, Bureau sanitaire panaméricain) a présenté le rapport final des groupes de discussion (document CD48/16, Sup. II), notant que les participants avaient souligné certains des principaux sujets de préoccupation pour leurs pays et avaient discuté de 14 grands thèmes, y compris les impacts sur la santé du changement climatique, les questions morales et éthiques, le développement non durable et les modèles économiques, les modes de production et de consommation, les programmes d'éducation et d'information, les stratégies écologiques vertes, l'identification et la mobilisation des ressources, l'alignement et la coopération au sein des ministères nationaux, les partenariats, les mouvements de population, et la propagation des maladies. Ils avaient considéré que le plan d'action régional proposé était pertinent, opportun, et complet, mais avaient souligné que, bien que certains de ses éléments puissent être mis en œuvre immédiatement, une grande partie devrait être traduite dans des plans d'action nationaux centrés sur les besoins et les priorités au niveau local. La nécessité d'élaborer des indicateurs pour évaluer la réalisation des objectifs du plan proposé avait été notée.

110. La Directrice a déclaré que, sur la base des consultations tenues au préalable dans les États membres et des recommandations et des conclusions de la table ronde, le Secrétariat procéderait à la préparation du plan régional, en vue de le soumettre pour discussion par les Organes directeurs en 2009.

111. Le Conseil a pris note du rapport et de la discussion.

***Contribution régionale au Forum ministériel mondial sur la recherche pour la santé (documents CD48/17 et CD48/17, Sup. I)***

112. Le Dr. María Julia Muñoz (représentante du Comité exécutif) a indiqué que le Comité exécutif avait été informé en juin que l'OPS préparerait une contribution régionale au Forum ministériel mondial sur la recherche pour la santé, qui allait se tenir à Bamako (Mali), en novembre 2008, et qui s'inscrirait dans la lignée d'un processus qui avait commencé par le Sommet ministériel sur la recherche en santé qui s'était tenu à Mexico en 2004. La contribution régionale décrirait les réalisations des Amériques dans la recherche en santé au cours des quatre dernières années et énoncerait les vues de la Région sur les défis à venir. La contribution régionale figurait dans le document CD48/17, Sup. I.

113. Le Conseil directeur a accueilli avec satisfaction le rapport du Secrétariat, notamment l'accent mis sur l'amélioration des capacités nationales de recherche et la réduction de l'écart entre ce qui est connu et ce qui est fait. Les informations contenues dans le document appuieraient et encourageraient la recherche, permettant des améliorations utiles des systèmes nationaux de santé. Il a été observé que la vision stratégique pourrait contribuer à traduire les connaissances générées par la recherche en actions pratiques concrètes qui guideraient la politique de santé et contribueraient à réduire au minimum les disparités de santé et à améliorer la santé, le bien-être, et la qualité de la vie.

114. Le délégué de Cuba a suggéré que, certes l'OPS n'achèverait pas sa politique de recherches, actuellement en cours de développement, avant 2009, mais la partie qui serait déjà parachevée devrait peut-être être présentée à titre de contribution aux délibérations du forum de Bamako. Il a également évoqué la possibilité qu'un forum ministériel sur la recherche pour la santé puisse se tenir en 2009 au Cuba.

115. Un certain nombre de délégués ont décrit la façon dont les activités de recherche étaient organisées dans leurs pays. La déléguée de la Jamaïque a mentionné le travail du Conseil de la recherche en santé des Caraïbes, qui apporte un soutien aux pays de la sous-région. La déléguée du Canada a décrit l'initiative de son pays sur la recherche en santé mondiale, qui met en relation des chercheurs des pays à faible revenu et à revenu intermédiaire avec des chercheurs canadiens de la santé pour les aider à relever les défis actuels et émergents dans le domaine de la santé. Plusieurs délégués ont proposé de partager les résultats des activités de recherche de leurs pays avec d'autres États membres.

116. Un représentant de l'association Alzheimer du Canada, s'exprimant au nom de l'Alzheimer's Disease International, a exhorté les pays à traiter la maladie d'Alzheimer comme une priorité mondiale de la recherche en santé.

117. Le Dr. Luis Gabriel Cuervo Amore (Chef d'unité, Promotion de la recherche et développement, OPS) a déclaré que les commentaires du Conseil seraient ajoutés à ceux déjà collectés par l'intermédiaire des forums électroniques et figurant maintenant dans le document CD48/17, Sup. I, qui deviendrait la contribution régionale au Forum ministériel de Bamako. Notant que des progrès considérables avaient été réalisés dans tous les domaines depuis le Sommet ministériel de Mexico en 2004, il a souligné que le concept « recherche pour la santé » était lié à une idée plus large que la recherche de santé au sens strict.

118. La Directrice, notant que Bamako était très éloignée de la région, a espéré néanmoins que les représentants de certains États membres pourraient y participer, peut-être avec l'aide de partenaires. Participer au Forum aurait pour effet important de permettre aux pays de s'assurer que les résultats de la recherche seraient utilisés pour prendre des décisions éclairées sur la politique de la santé.

119. Le Conseil a pris note du rapport.

***Santé publique, innovation et propriété intellectuelle : une perspective régionale (document CD48/18)***

120. Le Dr. María Julia Muñoz (représentante du Comité exécutif) a indiqué que le Comité exécutif avait accueilli avec satisfaction l'adoption par la 61<sup>e</sup> Assemblée mondiale de la santé de la stratégie mondiale et du plan d'action sur la santé publique, l'innovation, et la propriété intellectuelle. Le Comité avait noté que certains aspects du plan d'action restaient à convenir, mais il avait considéré qu'il constituait néanmoins une base solide pour une action immédiate. Le Comité était convenu que cette question devrait être transmise au Conseil directeur, et avait demandé au Secrétariat d'élaborer un document et un projet de résolution, identifiant les besoins et les priorités régionaux relatifs aux divers éléments de la Stratégie mondiale et définissant l'approche à suivre pour la mise en œuvre dans la Région.

121. Le Conseil directeur a salué les efforts de l'OPS pour coordonner la mise en œuvre régionale de la Stratégie mondiale et du plan d'action sur la santé publique, l'innovation, et la propriété intellectuelle, et a avalisé la proposition formulée dans le document CD48/18 pour créer une plateforme régionale comme mécanisme pour définir les priorités de l'innovation, faciliter la mise en œuvre de la stratégie, partager les informations appropriées, et surveiller le processus. Les délégués ont appelé l'OPS à lancer le processus de mise en œuvre en disséminant largement la Stratégie mondiale et les sections du Plan d'action ayant fait l'objet d'un accord. L'Organisation a également été encouragée à disséminer le rapport final de la consultation sous-régionale sur cette question qui s'est tenue à Paramaribo (Suriname), en février 2008, ainsi que la proposition conjointe sur les mécanismes de financement de prix soumise au groupe de

travail intergouvernemental par la Barbade et la Bolivie. En outre, l'OPS a été invitée à s'assurer que la Région et ses diverses sous-régions étaient représentées dans le groupe de travail d'experts devant être constitué conformément à la résolution WHA61.21.

122. Il a été considéré essentiel de traduire la stratégie en actions concrètes destinées à assurer l'accès à des médicaments abordables, de qualité et sûrs pour tous les peuples de la Région. Les délégués ont affirmé que les droits et les législations sur la propriété intellectuelle devaient s'appliquer en faveur, et non au détriment, de la santé. Des regrets ont été exprimés du fait qu'il n'avait pas été possible, pendant les négociations au sein du groupe de travail intergouvernemental, de parvenir à un consensus sur le principe selon lequel le droit à la santé devrait prévaloir sur les intérêts commerciaux. Il a été précisé que les efforts visant à développer de nouveaux médicaments pour des maladies telles que le SIDA présenteraient peu de valeur si ces médicaments n'étaient pas accessibles pour ceux qui en avaient besoin. La nécessité d'utiliser pleinement la latitude qu'offre l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (ADPIC) a été soulignée, de même que la nécessité de promouvoir le transfert de technologie Nord-Sud et d'accroître la capacité de production des pays de la Région. Il a également été jugé essentiel de rechercher de nouveaux mécanismes de soutien et de financement pour l'innovation liée à la santé.

123. Les délégués ont estimé que les Amériques, qui avaient été un élément moteur dans les négociations de la Stratégie mondiale, devraient jouer un rôle de premier plan dans sa mise en œuvre. Le leadership et le multilatéralisme de l'OPS ont été considérés comme essentiels pour la mise en œuvre de la stratégie. Parallèlement, il a été souligné que les seuls rôles appropriés pour le Secrétariat de l'OPS étaient ceux qui étaient identifiés dans la résolution WHA61.21 pour l'OMS au niveau régional. Il a également été précisé que la Région ne pouvait pas sélectionner et choisir des éléments spécifiques de la stratégie devant être mis en œuvre, car procéder ainsi irait à l'encontre de l'esprit de la Stratégie et du processus prolongé de négociation qui avait mené à son adoption.

124. La plupart des délégations ont exprimé leur soutien pour la résolution proposée contenue dans le document CD48/18, bien qu'une délégation ait indiqué que plus de temps était nécessaire pour élaborer une approche saine pour l'exécution de la Stratégie et du Plan d'action mondiaux au niveau régional et a proposé que le document et la résolution soient révisés et soumis de nouveau au Conseil directeur, par l'entremise du Comité exécutif, en 2009. D'autres ont souligné qu'il était urgent de mettre en œuvre la Stratégie et le Plan et qu'il était nécessaire de procéder en tenant compte des besoins et des priorités des pays de la Région.

125. Le Dr. José Luis Di Fabio (Chef de service, Technologie, soins de santé et recherche, OPS) s'est félicité de l'échange de vues sur ce document et sur le projet de résolution, en notant que puisqu'ils n'avaient pas été examinés par le Comité exécutif

avant d'être soumis au Conseil directeur, comme le voulait la pratique habituelle, les commentaires et les suggestions du Conseil seraient particulièrement importants pour le Secrétariat dans son travail pour affiner l'approche régionale proposée pour la mise en œuvre de la Stratégie. Il a souligné que le but de ce document et de la résolution était d'adapter la mise en œuvre de la Stratégie et du plan d'action mondiaux aux besoins et aux caractéristiques de la Région, et non de proposer une stratégie alternative ou parallèle. Il était nécessaire d'aligner la Stratégie sur les mandats et les objectifs contenus dans le Plan stratégique 2008-2012 de l'OPS et dans l'Agenda de la santé pour les Amériques. La Stratégie devrait être adaptée non seulement au niveau régional mais également au niveau infrarégional et national car il existait des différences importantes entre les sous-régions et les pays des Amériques en termes de besoins et de potentiel.

126. En ce qui concerne la plateforme proposée dans le document, il a précisé qu'elle avait pour objet d'être principalement un forum virtuel de discussion. Ce serait un moyen de diffuser les informations sur la Stratégie et de faciliter les discussions entre les États membres au sujet de sa mise en œuvre dans la Région.

127. Après d'autres discussions sur la résolution proposée, il a été convenu qu'un groupe de travail serait constitué pour formuler un texte de consensus. Les résultats du travail du groupe sont reflétés dans la résolution CD48.R15, adoptée par la suite par le Conseil.

***Quinzième réunion interaméricaine au niveau ministériel en matière de santé et d'agriculture (RIMSA): « Agriculture et santé, une alliance pour l'équité et le développement rural aux Amériques » (document CD48/19)***

128. Le Dr. María Julia Muñoz (représentante du Comité exécutif) a déclaré que le Comité exécutif avait entendu un rapport sur la 15<sup>e</sup> RIMSA au cours de sa 142<sup>e</sup> session. Le Comité avait été invité à demander à la Directrice de soumettre le texte final de la Déclaration de Rio de Janeiro, adoptée lors de la 15<sup>e</sup> RIMSA, au 48<sup>e</sup> Conseil directeur et entamer des négociations avec le Secrétaire général de l'OEA pour qu'elle figure à l'ordre du jour du cinquième Sommet des Amériques. Le Comité avait demandé des éclaircissements sur la procédure pour traiter de la Déclaration au sein des Organes directeurs de l'OPS. Le Comité avait également précisé que la réunion de la Commission panaméricaine pour l'innocuité des aliments (COPAIA), qui s'était tenue immédiatement avant la 15<sup>e</sup> RIMSA, avait traité d'un certain nombre de questions qui n'étaient pas à proprement parler liées à l'innocuité des aliments, et il avait été suggéré que le mandat de la Commission puisse être élargi pour inclure la nutrition et des questions connexes.

129. La Directrice avait expliqué que même si la Déclaration n'était pas le fruit des processus de gouvernance de l'OPS, elle comprenait des requêtes adressées à l'OPS. Elle avait informé le Comité qu'un document serait préparé sur la question, qui décrirait les

rôles d'assistance technique que la 15<sup>e</sup> RIMSA avait demandé à l'OPS de jouer, ainsi qu'un projet de résolution énonçant des recommandations pour les États membres et des mandats pour le Secrétariat. Le Comité était convenu que cette question serait communiquée au Conseil directeur en tant que question relative à la politique des programmes et avait demandé au Secrétariat de préparer un document et un projet de résolution.

130. Le Conseil directeur a considéré que la RIMSA était un très bon mécanisme pour encourager le développement dans les populations rurales de la Région. Le travail conjoint par les secteurs de la santé et de l'agriculture assurait que les besoins en santé des populations rurales étaient pris en considération et que la production alimentaire reposait sur une base véritablement responsable. Certains délégués ont décrit les mesures prises dans leurs pays pour assurer la sécurité des aliments. RIMSA a été considéré comme le forum régional idéal pour réunir les efforts des secteurs de la santé et de l'agriculture en vue de définir des normes élevées de qualité des produits alimentaires. Il a été souligné que cette question ne pourrait pas être abordée seulement par un secteur ou l'autre.

131. La déléguée du Canada a noté que tandis que le Canada soutenait la résolution proposée sur ce point, il n'avait pas été en mesure de soutenir l'ensemble de la Déclaration de Rio de Janeiro et qu'une note en bas de page à cet effet avait été ajoutée à la Déclaration.

132. Le délégué des États-Unis d'Amérique a déclaré que le paragraphe 8 de la Déclaration du Rio de Janeiro contenait un texte entre crochets inacceptable pour son Gouvernement, et que par conséquent les États-Unis n'avaient pas accepté de soutenir la Déclaration, bien qu'ils ne s'opposent pas à la résolution.

133. Le délégué du Brésil a remercié au nom de son Gouvernement l'OPS de lui avoir donné l'occasion d'accueillir la 15<sup>e</sup> RIMSA. Il a également reconnu l'excellent travail de l'équipe du Centre panaméricain de la fièvre aphteuse (PANAFTOSA) à l'appui de cet événement.

134. Le Dr. Albino Belotto (Directeur, PANAFTOSA) a remercié les délégués pour leurs commentaires positifs, qui renforceraient la détermination de PANAFTOSA à continuer à travailler avec le secteur de l'agriculture pour une meilleure coordination des efforts visant à assurer l'innocuité des aliments et le développement rural, et à s'acquitter de toutes les tâches que lui avait demandés la 15<sup>e</sup> RIMSA.

135. PANAFTOSA cherchait à travailler toujours plus étroitement avec les autres agences actives dans les domaines de l'agriculture et de la santé. Depuis la réunion de RIMSA, elle avait accompli des progrès considérables avec certaines actions, notamment

concernant le renforcement des capacités et le traitement des situations d'urgence découlant de toute maladies et des problèmes de santé liés à l'agriculture, qu'il s'agisse d'aliments contaminés ou impliquant des maladies animales telles que la grippe aviaire.

136. La Directrice a remercié le Gouvernement du Brésil pour son appui financier et logistique à l'occasion de cette réunion. Elle a également rendu hommage au travail d'une organisation sœur de l'OPS, l'Institut interaméricain de coopération pour l'agriculture (IICA), qui pour la première fois avait été un coorganisateur de la réunion. La collaboration et la coordination de plus en plus étroites entre les deux organisations méritaient d'être saluées. Elle a noté qu'il avait été suggéré que la COPAIA devrait envisager la possibilité de couvrir non seulement la qualité des produits alimentaires au sens étroit mais également leur valeur nutritive, et elle a proposé d'évoquer cette possibilité lors de la prochaine réunion de la COPAIA.

137. Le Conseil a adopté la Résolution CD48.R13 sur ce point.

***Prévention de la violence et des traumatismes et promotion de la sécurité : Appel à l'action dans la Région (document CD48/20)***

138. Le Dr. María Julia Muñoz (représentante du Comité exécutif) a déclaré que le Comité avait entendu un rapport au cours de sa 142<sup>e</sup> session sur la première réunion des ministres de la Santé des Amériques sur la prévention de la violence et des traumatismes, qui s'était tenue le 14 mars 2008 à Mérida, Yucatán (Mexique), qui avait adopté la Déclaration ministérielle sur la prévention de la violence et des traumatismes dans les Amériques (« la Déclaration de Mérida »). Au cours de la discussion qui avait suivi le rapport, le délégué du Mexique avait déclaré que son gouvernement estimait que la Déclaration de Mérida, qui mettait en exergue le rôle des ministères de la santé pour traiter de la question de la violence et des traumatismes, devrait être largement diffusée et disséminée. Il avait proposé que le Comité adopte une résolution sur la question et communique cette question au 48<sup>e</sup> Conseil directeur en vue d'accroître la visibilité de cette question dans les politiques publiques et de mobiliser un plus grand soutien financier et technique pour la prévention de la violence et des traumatismes. D'autres membres du Comité avaient appuyé la proposition du Mexique, convenant de la nécessité d'accroître la visibilité de la violence comme problème de santé publique et d'augmenter le financement d'initiatives de prévention de la violence.

139. Le Dr. Heidi Jiménez (Conseiller juridique, OPS) avait précisé que le rapport sur la réunion ministérielle était un document d'information et que des résolutions ne pouvaient pas être adoptées sur points d'information. Elle avait proposé que le Comité communique cette question au 48<sup>e</sup> Conseil directeur, qui pourrait alors, s'il le souhaitait, adopter une résolution avalisant la Déclaration. Le Comité avait accepté d'inclure ce

point à l'ordre du jour du Conseil directeur et avait demandé au Secrétariat de préparer un document et un projet de résolution sur cette question.

140. Au cours de la discussion du Conseil sur ce point, les délégués ont souligné l'importance de la réunion ministérielle et de la Déclaration de Mérida. Ils ont décrit les mesures prises dans leurs pays respectifs, soulignant la nécessité d'une approche de santé publique au problème de la violence et de politiques nationales coordonnées qui permettraient d'identifier et de mobiliser des ressources humaines, financières, et logistiques. La nécessité d'améliorer la collecte de données afin d'évaluer la véritable ampleur du problème a également été soulignée. Étant donné la causalité complexe de la violence et des traumatismes, la collaboration intersectorielle pour traiter de ces problèmes a été jugée essentielle, bien qu'il ait été souligné que le secteur de la santé devait jouer un rôle central, non seulement pour le soutien et les soins aux victimes mais également pour l'application d'un modèle de santé publique au problème. Un certain nombre d'aspects spécifiques de la question ont été mis en exergue, y compris la violence domestique, la santé mentale, l'abus de stupéfiants et d'alcool, la protection des enfants, la sécurité routière, le port des ceintures de sécurité, le moyen d'éviter des incendies et la prévention de la violence à l'école, ainsi qu'un journalisme responsable. Sur ce dernier point, il a été suggéré que les médias devraient, par l'entremise de l'organisme gouvernemental compétent dans chaque pays, être encouragés à rapporter les nouvelles portant sur des événements violents de façon éthique, dans le respect de la dignité des victimes et des autres personnes concernées.

141. Le Dr. Luiz Galvão (Chef de service, Développement durable et santé environnementale, OPS) a remercié le Ministère de la santé du Mexique pour son rôle à l'occasion de l'organisation de la réunion de Mérida et pour avoir attiré l'attention sur la question de la prévention de la violence. Il a également remercié les délégués pour leurs commentaires et suggestions sur ce point.

142. La Directrice a déclaré qu'elle souhaitait également remercier le Mexique de son initiative d'organiser la réunion des ministres de la Santé. Le Secrétariat tiendrait compte des suggestions formulées au sein du Conseil directeur pour l'élaboration d'un cadre théorique pour la coopération technique de l'OPS sur la prévention de la violence et des traumatismes.

143. Le Conseil a adopté la Résolution CD48.R11 sur ce point.

## Questions administratives et financières

### *Rapport sur le recouvrement des quotes-parts (documents CD48/21 et CD48/21, Sup. I)*

144. Le Dr. Dora Jara (Représentante du Comité exécutif) a indiqué que le Comité avait été informé au cours de sa 142<sup>e</sup> session en juin que le recouvrement global des arriérés et des contributions pour l'année en cours, au 16 juin 2008, s'était monté au total à 40,5 millions de dollars<sup>1</sup>, soit une baisse significative des recouvrements par rapport aux 70,1 millions de dollars qui avaient été recouverts au mois de juin 2007. Un total de 27 États membres avait effectué les paiements de leur quote-part en juin 2008, et plus de 63 % des arriérés avaient été payés, soit un solde d'arriérés de 13,1 millions de dollars.

145. Le recouvrement des contributions pour l'année en cours s'était monté à 18,1 millions de dollars, soit également une baisse significative par rapport à 2007. Treize États membres avaient payé leurs contributions pour 2008 intégralement, tous les États membres ayant des plans de paiement différé avaient pleinement respecté les modalités de ces plans, et seul un État membre tombait potentiellement sous le coup des restrictions de vote établies aux termes de l'article 6.B de la constitution de l'OPS.

146. Mme Sharon Frahler (Chef de division, Gestion financière et communication d'informations, OPS) a attiré l'attention sur les documents CD48/21, qui présentait l'état de recouvrement des contributions au 31 juillet 2008, et CD48/21, Sup. I, Rév. 1, qui actualisait les informations au 22 septembre, notant que depuis cette dernière date, l'Organisation avait reçu un paiement additionnel de quote-part de 71 064 dollars du gouvernement de Cuba. Le financement en temps voulu du budget programme de l'Organisation était essentiel pour l'exécution des activités techniques pour lesquelles OPS avait été créée. Ce budget programme de l'Organisation reposait sur trois sources : le recouvrement des quotes-parts des États membres, les revenus divers tirés des intérêts perçus sur les investissements, et l'allocation de l'OMS pour la mise en œuvre des activités internationales de santé publique dans la Région des Amériques. Le budget programme de l'OPS pour 2008 tel qu'approuvé par la Conférence sanitaire panaméricaine en 2007 comprenait 95,7 millions de dollars en recouvrement de quotes-parts pour 2008, 9 millions de dollars de revenus divers budgétisés, et 41 millions de dollars de l'OMS.

147. Au 1<sup>er</sup> janvier 2008, outre les 95,7 millions de dollars de recouvrement de quotes-parts dus en 2008, l'Organisation comptait 35,4 millions de dollars dus au titre des arriérés de quote-part des années précédentes. Il s'agissait du niveau le plus bas depuis plus de 10 ans. En outre, au cours de l'année 2008, l'Organisation avait reçu des

---

<sup>1</sup> Sauf indication contraire, tous les montants dans le présent rapport sont exprimés en dollars des États-Unis.

paiements de 22 millions de dollars au titre de ces arriérés, abaissant ainsi le solde dû à 13 millions de dollars.

148. Au 22 septembre 2008, 19 États membres avaient payé intégralement leurs contributions, 8 États membres avaient effectué des paiements partiels au titre de leurs contributions de 2008, et 12 États membres n'avaient effectué aucun paiement au titre de leurs contributions de 2008. En conséquence, au 22 septembre l'Organisation avait reçu 30,3 millions de dollars en contributions sur le montant total de quotes-parts pour 2008 de 95,7 millions de dollars. Cependant, cela signifiait également que près de neuf mois de l'année s'étant écoulés, 65,3 millions de dollars, soit 68 % des contributions de l'année en cours, n'avaient pas été reçus, la plus grande proportion de ces impayés concernant la contribution de 59,1 millions de dollars d'un État membre.

149. Le niveau bas des paiements de quote-part au titre des contributions de 2008, conjugué au faible niveau d'arriérés pour l'année en cours (résultant du niveau élevé des recouvrements des arriérés des années précédentes) avait eu pour conséquence le plus bas niveau de paiement des contributions en 10 ans : un total de 53 millions de dollars comparé à une moyenne de 74 millions de dollars au cours des neuf années précédentes. En outre, au 22 septembre, 8,2 millions de dollars de revenus divers avaient été reçus, ce qui donnait un revenu total de 60,9 millions de dollars. Les dépenses totales avaient été de 77,8 millions de dollars, soit un déficit de 16,9 millions de dollars. En conséquence, au début septembre, l'Organisation avait dû recourir à un emprunt interne. Cette période d'emprunt interne, la seconde dans l'histoire de l'Organisation, avait duré environ deux semaines, jusqu'à ce que la réception d'un paiement de quote-part élevé ait permis à l'Organisation de rembourser les fonds empruntés en interne.

150. À ce stade, l'Organisation avait approximativement 3 millions de dollars en fonds disponibles de budget programme, ce qui couvriraient seulement une à deux semaines de ses activités prévues. L'Organisation a continué à encourager tous les États Membres à effectuer des paiements en temps voulu au titre de leurs quotes-parts. Elle était heureuse de signaler qu'aucun État membre ne tombait actuellement sous le coup de l'article 6.B de la constitution de l'OPS, qui prévoyait de restreindre les droits de vote dans le cas d'un certain niveau de non-paiement des contributions.

151. La Directrice a remercié la majorité des États Membres de s'être acquitté promptement de leurs obligations envers l'Organisation, ainsi que les États membres qui avaient contribué aux coûts des trois centres de l'OPS.

152. Le Secrétariat comprenait qu'il était parfois difficile pour les États membres de trouver les crédits budgétaires pour payer leurs contributions obligatoires : comme le Dr. Chan l'avait indiqué précédemment, les ministères de la santé n'étaient généralement pas parmi les membres plus dominants ou les plus puissants du gouvernement d'un pays.

Appelant les États membres qui n'avaient pas encore effectué leurs paiements à le faire dans les meilleurs délais, elle a précisé que l'emprunt interne, même s'il était très rarement utilisé par l'OPS, n'était pas conforme à la discipline budgétaire qui était attendue de l'Organisation, et avait occasionné des difficultés résultant de la suspension nécessaire de certaines activités de l'Organisation.

153. Le Conseil directeur a pris note du rapport sur le recouvrement des contributions au titre des quotes-parts.

***Rapport financier du Directeur et Rapport du Commissaire aux comptes pour 2006-2007 (document officiel 331)***

154. Le Dr. Dora Jara (Représentante du Comité exécutif), a indiqué que le Comité avait discuté du rapport financier de la Directrice et du rapport du Commissaire aux comptes en juin après avoir entendu les présentations de Mme Sharon Frahler, Chef de service de la gestion financière et des rapports, et de M. Graham Miller, représentant du Commissaire aux comptes, M. Tim Burr, du Bureau national de l'audit du Royaume-Uni.

155. Mme Frahler avait indiqué que l'OPS était en position financière très favorable, ayant reçu le plus haut niveau de revenus jamais enregistré au cours de toute période biennale. Ce revenu accru résultait du paiement d'arriérés au titre des quotes-parts des États membres, d'une plus grande mobilisation des contributions volontaires, de la croissance de l'acquisition de vaccins et fournitures de santé publique essentiels pour le compte des États membres, et du financement plus élevé émanant de l'Organisation mondiale de la santé. L'Organisation avait reçu le plus haut niveau de paiement de contributions obligatoires sur 10 ans et avait enregistré une croissance énorme de ses activités de passation de marchés au nom des États membres. Les recettes pour l'exercice biennal avaient dépassé les dépenses de 38,8 millions de dollars. Sur ce montant, 5,8 millions de dollars avaient été employés pour relever le montant du fonds de roulement à son plafond autorisé de 20 millions de dollars, et 7,7 millions de dollars avaient été utilisés pour relever le montant du fonds directeur d'investissement jusqu'à son plafond autorisé de 8 millions de dollars, laissant un solde disponible de 25,3 millions sur le compte de dépôt. (L'utilisation de ce solde est discutée ci-après ; voir les paragraphes 163 à 167.)

156. M. Miller avait informé le Comité que le commissaire aux comptes n'avait trouvé aucune faiblesse ou erreur qui pourrait avoir une incidence significative sur la validité des états financiers de l'OPS en général, et il avait donc émis une opinion d'audit sans réserve sur les états financiers de la période allant du 1<sup>er</sup> janvier 2006 au 31 décembre 2007. Il avait présenté les grandes lignes du rapport du commissaire aux comptes, mettant en exergue plusieurs éléments, y compris les faiblesses dans la supervision interne au sein de l'Organisation, la mise en place du système d'intégrité et

de gestion des conflits et les enquêtes sur les notifications de fraude, la gestion des risques , et la mise en place d'une commission d'audit.

157. Le Comité exécutif avait accueilli avec satisfaction l'opinion d'audit sans réserve et la situation financière généralement saine de l'Organisation. Les membres avaient demandé des commentaires au Secrétariat sur deux points qui avaient été soulignés dans le rapport du Commissaire aux comptes : l'âge avancé et le degré élevé d'adaptation sur mesure des systèmes de technologie de l'information de l'Organisation, et les faiblesses dans la gestion des fonds transféré à de tierces parties aux termes de lettres d'accord. Mme Frahler avait répondu que le système informatique de l'Organisation répondait à ses besoins de gestion financière actuels, mais que certaines adaptations avaient été nécessaires en réponse à des événements tels que la mise en œuvre progressive des normes comptables internationales du secteur public. S'agissant des fonds qui faisaient l'objet de lettres d'accord, elle avait décrit certaines mesures adoptées par l'OPS pour améliorer les contrôles financiers internes. La Directrice avait ajouté que de nouvelles lignes directrices sur la gestion des fonds transférés dans le cadre de lettres d'accord seraient mises en application dans un délai d'un mois. Ces nouvelles lignes directrices devraient assurer que les rapports requis étaient effectivement rédigés et remis.

158. Aucun commentaire n'a été fait par des États membres à la suite de la présentation du rapport de la Représentante du comité exécutif. La Directrice a fait observer que cette absence de commentaires du Conseil indiquait vraisemblablement que les délégués étaient convaincus que ce point avait été bien examiné par le Comité exécutif. Dans la mesure où un certain nombre de délégués lui avaient fait part de leurs préoccupations concernant la façon dont la situation actuelle sur les marchés financiers mondiaux pourrait toucher les investissements de l'OPS, elle avait demandé à Mme Frahler de faire une présentation sur cette question.

159. Mme. Frahler a présenté le portefeuille d'investissements de l'Organisation au 25 septembre 2008, se montant à 379 millions de dollars. Sur ce total, 145 millions de dollars étaient détenus sous forme de certificats de dépôt émis par un certain nombre de banques différentes. L'Organisation détenait également un peu moins de 124 millions de dollars dans des fonds du marché monétaire, qui offraient de la liquidité dans un délai de 24 heures. Deux partenaires d'investissement extérieurs géraient des portefeuilles de 33 millions et 32,2 millions de dollars, respectivement. Enfin, il y avait environ 45 millions de dollars en investissements à plus long terme, qui avaient typiquement des échéances allant d'un à cinq ans et étaient détenus pour couvrir les prestations du personnel de longue durée ou des activités d'une durée supérieure à un an. Ces fonds à plus long terme étaient garantis à 100 % par le Gouvernement des États-Unis.

160. Les activités d'investissement de l'OPS étaient contrôlées par le règlement financier de l'Organisation, en particulier l'article 10 du règlement, qui traitait de la garde

des fonds, et l'article 11, qui traitait de l'investissement de ces fonds. Elle a expliqué que la supervision des fonds de l'Organisation était exercée par un Comité d'investissement, présidé par le Directeur de l'administration de l'OPS. Le Comité d'investissement était tenu de se réunir au moins deux fois par an, mais dans la pratique il se réunissait plus fréquemment. Les lignes directrices en matière d'investissement de l'Organisation stipulaient les principaux objectifs de préservation du capital, d'assurance d'une liquidité adéquate, et de maximisation du rendement total de l'investissement. Qui plus est, elles exigeaient que le portefeuille ait la plus haute qualité de crédit possible, connue sous la notation AAA. Certes, les deux gestionnaires d'investissements extérieurs mentionnés étaient autorisés à acheter des titres (des obligations, pas des actions), au nom de l'Organisation, qui pourraient avoir individuellement un niveau de qualité inférieur à AAA, mais le portefeuille global devait avoir la notation AAA. Si la notation d'un investissement diminuait, l'OPS donnerait immédiatement pour instruction de le vendre.

161. Elle espérait que sa description de la supervision des investissements de l'Organisation, leur diversification, et leur concentration dans des placements à relativement court terme rassureraient les délégués sur le fait que l'argent de l'OPS était entre de bonnes mains.

162. Le Conseil a pris note du rapport financier et de la présentation.

***Utilisation du revenu de budget programme dépassant le budget ordinaire effectif autorisé pour 2006-2007 (document CD48/22)***

163. Le Dr. María Julia Muñoz (représentante du Comité exécutif) a fait rapport sur l'examen par le Comité de ce point lors de sa 142<sup>e</sup> session, notant que la question avait d'abord été examinée par le sous-comité sur le programme, le budget, et l'administration, qui avait examiné plusieurs options pour utiliser les revenus en excédent, proposées par le Secrétariat sur la base de deux critères : que les projets financés sur les fonds en excédent devraient renforcer et soutenir les activités de santé publique prioritaires dans les pays des Amériques, et qu'ils devraient renforcer la capacité du Secrétariat à répondre aux besoins des pays des Amériques.

164. Le Comité exécutif avait examiné chacun des projets proposés par le Secrétariat individuellement, afin de déterminer lesquels il devrait recommander pour approbation au Conseil directeur. Des détails sur la discussion par le Comité de ces projets figuraient dans le rapport final de sa 142<sup>e</sup> session (document CE142/FR). Le Comité avait été fermement d'avis qu'un projet additionnel devrait être créé en vue de renforcer la capacité de l'Organisation à mettre en œuvre les normes comptables internationales du secteur public d'ici l'an 2010. Le Comité avait également suggéré que les États membres devraient soumettre des propositions additionnelles et spécifiques par pays qui seraient financées avec l'excédent. Il avait été proposé que ces projets soient examinés par le

sous-comité sur le programme, le budget, et l'administration en mars 2009 et, en cas d'approbation par le sous-comité, qu'ils soient soumis pour approbation par le Conseil directeur de septembre suivant. Le Comité avait recommandé que le Conseil directeur adopte le projet de résolution figurant dans la résolution CE142.R8.

165. La Directrice a déclaré qu'elle espérait qu'elle pouvait interpréter l'absence de commentaires du Conseil directeur comme un signe de sa confiance dans la manière dont le sous-comité sur le programme, le budget, et l'administration et le Comité exécutif travaillaient avec le Secrétariat pour identifier des projets appropriés et également pour réaliser la supervision appropriée de ceux-ci pendant leur mise en œuvre. Le Secrétariat avait pris note de trois points soulevés par les deux instances. Premièrement, il n'était aucunement nécessaire de se précipiter pour dépenser l'excédent en une seule fois ; en effet, il serait imprudent de procéder ainsi. Deuxièmement, les projets financés sur l'excédent devraient bénéficier aux États membres en renforçant la capacité du Secrétariat à fournir la coopération technique nécessaire, à élaborer des méthodologies ou des technologies, ainsi qu'à fournir un soutien à certains pays spécifiques qui avaient besoin d'une aide supplémentaire. Troisièmement, l'excédent devrait être utilisé en partie pour financer certains éléments d'infrastructure non couverts dans le cadre du plan directeur d'investissement qui amélioreraient la capacité de l'Organisation en termes de connectivité, de systèmes financiers, et d'infrastructure physique, permettant ainsi de renforcer la capacité de l'Organisation à fournir une coopération technique de haute qualité. Gardant ceci à l'esprit, il a été proposé que pour certains projets le Secrétariat pourrait utiliser une partie des revenus en excédent comme premier investissement à des fins exploratoires, puis qu'il revienne devant le sous-comité et le Comité exécutif pour examiner comment faire avancer les projets plus loin.

166. Elle a également précisé que, dans la mesure où l'Organisation avait été récemment obligée de recourir à l'emprunt interne en raison de retards dans la réception des contributions au titre des quotes-parts, une partie du revenu excédentaire serait utilisée pour financer des activités régulières en cours jusqu'à ce qu'il ait de nouveau une trésorerie fiable sur la base des paiements de quotes-parts.

167. Le Conseil directeur a adopté la résolution CD48.R1 sur ce point, approuvant sept projets proposés dans leur intégralité et la phase initiale de six autres projets.

***Traitement du Directeur du Bureau sanitaire panaméricain et amendement à l'alinéa 4.3 du statut du personnel (document CD48/23)***

168. Le Dr. María Julia Muñoz (représentante du Comité exécutif) a indiqué que le Comité exécutif avait recommandé, dans sa résolution CE142.R7, que le Conseil directeur approuve un amendement proposé à l'article 4.3 du Statut du personnel relatif à

la nomination et à la promotion du personnel et qu'il fixe le traitement brut annuel de la Directrice à 189 929 dollars, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2008.

169. Le Conseil a adopté la résolution CD48.R14, approuvant l'amendement à l'article 4.3 du Statut du personnel et fixant le traitement de la Directrice au niveau recommandé par le Comité exécutif.

### **Prix**

#### ***Prix de l'OPS en administration 2008 (document CD48/24)***

170. Le Dr. María Julia Muñoz (représentante du Comité exécutif) a déclaré que Comité des prix de l'OPS en administration, 2008, composé des représentants du Mexique, du Panama, et de Trinité-et-Tobago, s'était réuni le 25 juin 2008, au cours de la 142<sup>e</sup> session du Comité exécutif. Après avoir passé en revue les informations sur les candidats présentés par les États membres, le Comité des prix avait décidé d'attribuer le prix au Dr. Hugo Villar Teijeiro, d'Uruguay, pour sa contribution à l'amélioration des conditions de santé dans plusieurs pays des Amériques, à la décentralisation et au développement de l'administration des hôpitaux dans le cadre de l'administration de la santé, et au développement des ressources humaines pour l'administration des services de santé. Le Comité exécutif avait adopté la résolution CE142.R12, avalisant la décision du Comité des prix et communiquant son rapport, ainsi que les procédures et les lignes directrices pour l'attribution du prix, au 48<sup>e</sup> Conseil directeur.

171. Le Président a rappelé que le prix de l'OPS en administration a vu le jour grâce à un don généreux du Dr. Stuart Portner, ancien responsable de l'administration du Bureau sanitaire panaméricain. Malheureusement, le lauréat de cette année, le Dr. Hugo Villar Teijeiro, d'Uruguay, n'avait pas été en mesure d'assister à la réunion pour recevoir son prix en personne, et il avait donc demandé à la Ministre de la Santé de l'Uruguay d'accepter le prix en son nom.

172. Le Dr. María Julia Muñoz (Uruguay) a déclaré que c'était un grand honneur pour elle de recevoir le prix 2008 en administration de l'OPS au nom du Dr. Hugo Villar, même si elle craignait de ne pas pouvoir faire justice à ses réalisations. Il avait été un modèle de sagesse dans l'administration des services de santé et sur la question de la santé publique en général. Il avait imparti ses connaissances et son dévouement envers la santé publique à plusieurs générations de médecins, non seulement en Uruguay mais aussi dans l'ensemble de l'Amérique latine, puisque pendant la dictature en Uruguay il avait été obligé de s'exiler. Au cours de cette période il avait laissé sa marque à Cuba, en Bolivie, et ailleurs, et avait également travaillé pour l'OPS.

173. À son retour en Uruguay, sa principale préoccupation avait été la santé de la population uruguayenne. Il avait dirigé l'hôpital de Clínicas à Montevideo avec un brio et un dévouement sans faille dans son travail. Il avait publié de nombreux travaux sur la santé publique et l'administration, à la fois en Uruguay et ailleurs. Il avait travaillé en tant que professeur à la faculté de médecine de l'Universidad de la República, formant de nombreuses générations de médecins et d'administrateurs en science de la santé publique. Il avait également occupé des postes politiques haut placés.

174. Avec bon nombre d'autres responsables dans ce domaine, et en travaillant à la fois sur les fondements théoriques et les lignes d'action pratiques, il avait créé le programme gouvernemental qui avait débouché sur le système de santé national intégré actuel de l'Uruguay. Défenseur fidèle de la justice et de l'équité sociale, il s'était consacré à l'étude de la santé des populations des Amériques ainsi qu'à la politique comme moyen d'influer sur les déterminants sociaux de la santé.

175. Elle a exprimé ses sincères remerciements au nom du Dr. Villar, du peuple uruguayen, et du Gouvernement, qui avait présenté sa candidature pour ce prix.

176. Le Président a demandé à la Ministre de transmettre au Dr. Villar les sincères félicitations du Conseil directeur pour s'être vu décerné ce prix.

***Prix Abraham Horwitz pour la direction en santé interaméricaine 2008 (document CD48/25)***

177. Le Président a passé en revue l'historique du prix Abraham Horwitz pour la direction en santé interaméricaine et a annoncé que le prix 2008 devait être remis au Dr. Cesar Victora, du Brésil. Il a alors invité le Dr. Benjamin Caballero, Président du Conseil de fiducie de la fondation panaméricaine pour la santé et l'éducation (PAHEF), à présenter le lauréat du prix.

178. Le Dr. Caballero a déclaré que la Fondation était heureuse de remettre le prix au Dr. Victora, qui était professeur à l'école médicale de l'université fédérale de Pelotas dans l'état de Rio Grande do Sul, Brésil. Pendant de nombreuses années, le Dr. Victora et son groupe avaient conduit des recherches sur la santé infantile à l'Université de Pelotas, produisant plus de 200 publications de recherches. Il avait apporté des contributions tout à fait novatrices dans le domaine de l'allaitement maternel, de la nutrition, et de la croissance infantile et leur interaction avec le statut social et économique. Il avait coordonné la plus grande étude de cohorte de naissance dans un pays en développement, suivant près de 6 000 personnes de la naissance à l'âge de 25 ans. Son étude avait généré des informations fondamentales sur la morbidité et la mortalité périnatales, infantiles, et de la petite enfance ; sur la situation nutritionnelle ; et sur les effets des facteurs sociaux et environnementaux sur la santé. À mesure que la cohorte avait grandi, l'étude s'était

concentrée sur les comportements à risque des adolescents, la santé mentale, et l'éducation, et il explorait actuellement les interactions entre le régime alimentaire, le mode de vie, et les maladies chroniques.

179. Le Dr. Victora avait également été une voix importante de la formulation des politiques. Il avait aidé l'UNICEF et l'OMS à élaborer des stratégies pour contrôler les maladies infectieuses et réduire la mortalité infantile. Ses recherches sur le rôle de l'allaitement maternel pour réduire la morbidité et la mortalité avaient façonné la politique mondiale dans ce domaine. Il était également un éducateur et un mentor exceptionnels ; il avait fondé un programme universitaire supérieur en épidémiologie à l'Université de Pelotas, et sous sa direction, le programme était devenu un centre régional de catégorie mondiale. Le Dr. Victora avait reçu son diplôme médical de l'Université fédérale de Rio Grande do Sul et avait par la suite obtenu un doctorat en épidémiologie des soins de santé de la London School of Hygiene and Tropical Medicine. Il était membre de l'Académie brésilienne des sciences, et en 2005, il avait reçu le prix médical le plus prestigieux du Brésil, le prix Conrado Wessel de médecine. Le Dr. Victora était un exemple vibrant de ce que pouvait être la contribution d'une nouvelle génération si elle consacrait ses idées, son dévouement, et son talent à améliorer la santé dans les Amériques.

180. Le Président, ainsi que la Directrice et le Dr. Caballero, ont remis le prix au Dr. Victora. Son discours d'acceptation figure sur le site Internet du 48<sup>e</sup> Conseil directeur (document CD48/DIV/7).

### **Questions d'information**

#### ***Budget-programme biennal 2006-2007 de l'Organisation panaméricaine de la Santé : Rapport d'évaluation de la performance (document CD48/INF/1)***

181. Le Dr. María Julia Muñoz (représentante du Comité exécutif) a présenté un rapport sur la discussion de ce point par le Comité exécutif au cours de sa 142<sup>e</sup> session en juin 2008, notant que le Comité avait accueilli avec satisfaction les améliorations apportées au rapport depuis qu'une version précédente avait été examinée par le sous-comité sur le programme, l'administration, et le budget en mars 2008, mais avait exprimé des préoccupations du fait de l'absence apparente d'informations sur l'impact des projets internes financés par les Gouvernements membres, en particulier compte tenu de l'importance de ces financements. Des préoccupations avaient également été exprimées sur l'utilisation des lettres d'accord pour transférer des montants importants d'argent à des tierces parties pour l'exécution de projets, et sur les faiblesses dans le contrôle et la supervision par l'OPS de ces fonds.

182. Le Dr. Isaías Daniel Gutiérrez (Chef de service, Planification, budget, et coordination des ressources, OPS) a déclaré que les suggestions formulées par le Comité exécutif avaient été intégrées au rapport, et que la lettre d'accord type avait été révisée en vue d'améliorer le contrôle des fonds transférés aux organisations au niveau des pays pour la mise en œuvre des projets et programmes de l'OPS.

183. Le Conseil directeur a pris note du rapport.

***Cinquième Sommet des Amériques : Rapport sur les préparatifs (document CD48/INF/2)***

184. Le Dr. María Julia Muñoz (représentante du Comité exécutif) a expliqué que le Comité exécutif avait été informé au cours de sa 142<sup>e</sup> session en juin 2008 de la participation de l'OPS aux préparatifs pour le cinquième sommet, qui devait avoir lieu en avril 2009 à Trinité-et-Tobago. Le Dr. Hugo Prado (Chef de service par intérim, Relations extérieures, mobilisation des ressources, et partenariats, OPS) a alors rendu compte de plusieurs réunions préparatoires qui avaient été organisées depuis juin, y compris une organisée à la Barbade pour discuter du premier projet de la Déclaration de Port of Spain, qui serait le document politique qui résulterait du sommet. Il a annoncé que d'autres réunions se tiendraient en octobre à Antigua-et-Barbuda et en novembre à Washington, D.C, pour poursuivre les discussions sur la Déclaration. Il a encouragé les autorités nationales des États membres à travailler étroitement avec les coordonnateurs nationaux du processus du Sommet afin de s'assurer que les questions de santé étaient traitées comme il se devait au cours du cinquième sommet.

185. Le Conseil a pris note du rapport.

***Préparatifs en cas de grippe aviaire et de grippe pandémique (document CD48/INF/3)***

186. Le Dr. María Julia Muñoz (représentante du Comité exécutif) a déclaré que le Comité exécutif avait été informé pendant sa 142<sup>e</sup> session des activités récentes de coopération techniques de l'OPS sur le plan de l'état de préparation face à la grippe aviaire et à la pandémie de grippe. Le Comité avait accueilli avec satisfaction le rapport d'activité. Les délégués avaient souligné que, étant donné que la pandémie de grippe représentait une menace grave pour la sécurité de la santé mondiale, tous les États membres de la Région devraient être exhortés à augmenter leur état de préparation en évaluant leurs plans nationaux de préparation face à la grippe, avec l'aide, en fonction des besoins, du secrétariat de l'OPS. Le Comité avait fortement encouragé l'OPS à appuyer une coordination accrue entre les ministères de la santé et de l'agriculture pour améliorer l'intégration de la surveillance, de la détection et de la réponse pour les maladies animales et humaines. Les délégués avaient salué les efforts continus de l'OPS en vue d'améliorer la capacité de surveillance et d'accroître le nombre de centres nationaux

désignés pour la grippe, soulignant que le but devrait être d'avoir un centre dans chaque État membre.

187. Au cours de la discussion qui a suivi, les délégués ont décrit les activités réalisées dans leurs pays pour améliorer l'état de préparation face à la grippe aviaire et à la pandémie de grippe. Les questions mentionnées par les délégués incluaient la nécessité d'assurer la continuité des activités de l'OPS dans ce secteur et la nécessité de poursuivre la recherche sur la grippe et de développer de nouveaux médicaments et vaccins antiviraux, de renforcer la surveillance et les systèmes de réponse rapide, et d'accroître la coordination des activités des ministères de la santé et de l'agriculture. Il a également été souligné qu'il était important de tirer parti des efforts visant à se préparer face à une pandémie de grippe potentielle afin de renforcer la capacité de répondre aux urgences de santé publique dans le cadre du Règlement sanitaire international (2005).

188. Le Dr. Jarbas Barbosa da Silva (Chef de service, Surveillance sanitaire, prévention et prise en charge des maladies, OPS) a remercié les délégués pour leurs commentaires et suggestions. S'agissant de la coordination entre les ministères de la santé et les ministères de l'agriculture, il a noté que PANAFTOSA offrait maintenant une formation en gestion des urgences liées aux zoonoses et avait élargi sa capacité à fournir une coopération technique dans divers domaines, y compris dans celui de la grippe aviaire. L'OPS faisait tout son possible pour aider les pays non seulement à se préparer à une éventuelle pandémie de grippe, mais également pour renforcer les équipes de réponse rapide, accroître la capacité des laboratoires, améliorer l'intégration des services, et améliorer les programmes de surveillance de sorte qu'ils soient préparés pour répondre à d'autres urgences de santé publique.

189. Le Conseil a pris note du rapport.

***Rapport du Comité consultatif de la recherche en santé (document CD48/INF/4)***

190. Le Dr. Luis Gabriel Cuervo Amore (Responsable d'unité, Promotion de la recherche et développement, OPS) a passé en revue l'historique du Comité consultatif sur la recherche en santé (ACHR) et a récapitulé les objectifs et les recommandations formulés au cours des deux dernières réunions du Comité consultatif. Il a également rendu compte des résultats de la première conférence latino-américaine sur la recherche et l'innovation pour la santé.

191. Les objectifs de la 41<sup>e</sup> réunion du Comité consultatif, qui s'était tenue à Washington, D.C, en novembre 2007, comprenaient la présentation de la proposition de politique de recherche de l'OPS, qui devait être présentée aux Organes directeurs en 2009 ; un dialogue entre les membres de l'ACHR et les divisions techniques de l'OPS pour discuter des progrès du programme de travail de l'ACHR, y compris une nouvelle

ligne de travail potentielle liée au renforcement des recommandations et des lignes directrices de l'OPS et de l'OMS ; et l'information des membres de l'ACHR au sujet de l'évolution de la planification de la Première Conférence panaméricaine sur la recherche et l'innovation pour la santé, prévue du 16 au 18 avril 2008 à Rio de Janeiro (Brésil). Les recommandations qui avaient émergé de cette réunion ont été résumées dans le document CD48/INF/4.

192. La 42<sup>e</sup> réunion de l'ACHR, organisée à Rio de Janeiro en avril 2008, s'était centrée sur la proposition de politique de recherche de l'OPS, le processus de consultations s'y rapportant, et son alignement avec la stratégie de recherche de l'OMS. Les recommandations de la réunion avaient trait à la structure et la teneur de la politique de recherche de l'OPS.

193. La première conférence d'Amérique latine sur la recherche et l'innovation pour la santé avait cherché des réponses pratiques au défi partagé consistant à s'assurer que la recherche traitait des priorités de santé des pays et contribuait au développement équitable. L'accent avait été mis sur la création, le développement, et le renforcement des systèmes nationaux de recherche en santé, ainsi que sur le recours à la coopération régionale en tant que moyen de tirer parti des ressources existantes et de réduire les asymétries. La Conférence avait abouti à un accord préliminaire pour la coopération sous-régionale en Amérique Centrale et à un engagement à assurer un suivi avec une deuxième conférence en vue d'évaluer les progrès. Elle avait également apporté des contributions utiles pour le Forum ministériel sur la recherche pour la santé qui se tiendrait à Bamako en novembre 2008.

194. Le Conseil a pris note du rapport.

***Plan stratégique révisé pour 2008-2012 (document CD48/INF/5, Rév. 1)***

195. Le Dr. Isaías Daniel Gutiérrez (Chef de service, Planification, budget, et coordination des ressources, OPS) a résumé les révisions apportées au plan stratégique 2008-2012 suite à un exercice de planification opérationnelle entrepris par l'Organisation et l'ajout d'un nouveau résultat attendu au niveau régional sur le changement climatique pour que le plan stratégique du BSP soit conforme à la nouvelle version du plan stratégique à moyen terme 2008-2013 de l'Organisation mondiale de la santé. Il a noté que les améliorations suggérées par les États membres pendant la 27<sup>e</sup> conférence sanitaire panaméricaine avaient également été intégrées.

196. La Directrice a déclaré que le travail sur le plan stratégique se poursuivait et qu'il avait été considérablement enrichi par les suggestions faites par les États membres et le personnel technique de l'OPS. Les révisions récentes faciliteraient considérablement l'élaboration du programme et du budget pour le prochain exercice biennal.

197. Le Conseil a pris note du rapport.

***État d'avancement de la révision institutionnelle du Centre de l'Amérique latine et des Caraïbes pour l'information en sciences de la santé (BIREME) (document CD48/INF/6)***

198. Le Dr. María Julia Muñoz (représentante du Comité exécutif) a indiqué que le Comité exécutif avait été informé pendant sa 142<sup>e</sup> session en juin 2008 que le Secrétariat travaillait avec le Gouvernement du Brésil, pays hôte du BIREME, et avec le Centre lui-même, pour établir un nouveau cadre de gouvernance institutionnelle, ce qui lui permettrait par la suite de fonctionner de façon autonome, bien que le Centre continue à faire partie intégrante de l'OPS. Le Comité avait également été informé que trois documents fondamentaux étaient envisagés pour mettre en application le nouveau cadre de gouvernance : premièrement, un statut créant une nouvelle structure institutionnelle et définissant les modalités pour devenir membre du Centre ; deuxièmement, un accord de siège entre l'OPS et le Gouvernement du Brésil, définissant les engagements et les responsabilités des deux parties ; et troisièmement, un accord bilatéral avec l'Université fédérale de São Paulo, qui a fourni les équipements physiques et bon nombre des ressources humaines du centre.

199. Le Délégué du Brésil a souligné le rôle essentiel du BIREME pour la diffusion d'informations sanitaires dans toute la région. Il a précisé que le Gouvernement du Brésil s'était engagé sur le plan des réformes institutionnelles et administratives en cours, qui visaient à renforcer le rôle du Centre pour le partage d'informations de haute qualité entre les peuples des Amériques.

200. Le Conseil a pris note du rapport.

***État d'avancement de la révision institutionnelle de l'Institut pour la nutrition en Amérique centrale et Panama (INCAP) (document CD48/INF/7)***

201. Le Dr. Muñoz (représentante du Comité exécutif) a également déclaré que le Comité avait été informé que le Conseil directeur de l'INCAP avait résolu en juin 2008 que l'INCAP devrait obtenir sa pleine autonomie administrative et élire son propre Directeur, mettant ainsi un terme au rôle d'administrateur de l'Institut de l'OPS. Le document CD48/INF/7 contenait une feuille de route indiquant les prochaines étapes du processus institutionnel de renforcement menant à l'autonomie administrative. Il avait été noté que le rapport du Commissaire aux comptes pour 2006-2007 énonçait un certain nombre de recommandations au sujet des mesures devant être prises pour traiter des risques liés à la séparation de l'INCAP et de l'OPS. Les principales préoccupations consistaient à mener une transition ordonnée, en ne laissant aucun vide juridique ou administratif ; à garantir la viabilité financière de l'Institut ; et à s'assurer que l'INCAP

émergerait de ce processus comme une institution plus forte. L'INCAP devrait avoir obtenu sa pleine autonomie administrative d'ici à son sixantième anniversaire en septembre 2009.

202. Au cours de la discussion qui a suivi, plusieurs délégués ont souligné le rôle important de l'INCAP pour améliorer la nutrition et la sécurité alimentaire dans la sous-région d'Amérique centrale et ont exprimé l'espoir que le processus de transition institutionnelle actuel augmenterait encore l'efficacité et l'efficience de son travail. Les délégués ont également décrit les initiatives en matière d'alimentation et de nutrition en cours dans leurs pays. La déléguée du Costa Rica a donné des informations sur la transition et a noté que l'un des principaux objectifs du passage à l'autonomie administrative était de renforcer la capacité des ministères de la santé de la sous-région à traiter des déterminants sociaux de la nutrition et de la santé. Elle a salué la nomination récente d'un nouveau directeur de l'INCAP et a exprimé l'espoir que, sous sa direction, la transition se déroulerait de façon ordonnée, transparente, participative, et respectueuse.

203. Le Dr. Socorro Gross (Directeur adjoint, BSP) a déclaré que l'Organisation avait mis en place une équipe pour surveiller le processus de transition, en tenant compte de tous les aspects juridiques et administratifs et, en particulier, de tous les aspects techniques afin de s'assurer que le travail de l'INCAP se poursuivrait sans interruption.

204. La Directrice a indiqué que l'INCAP —de pair avec le centre des Caraïbes pour l'alimentation et la nutrition (CFNI), qui connaissait également une transition administrative— continuerait à jouer un rôle clé dans la mise en œuvre de la Stratégie et du Plan d'action régionaux sur la nutrition dans la santé et le développement, adoptés par le 47<sup>e</sup> Conseil directeur en 2006. Les deux centres joueraient également un rôle important au sein de l'alliance panaméricaine pour la nutrition dans la santé et le développement récemment établie, constituée par l'OPS et d'autres institutions du système des Nations Unies en vue d'assurer la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le développement dans les pays d'Amérique latine et des Caraïbes. Elle a affirmé l'engagement de l'Organisation à s'assurer que le processus de transition de l'INCAP était mené avec le plus grand soin pour assurer la viabilité financière de l'Institut et pour éviter toute perturbation dans ses activités de coopération technique avec des pays.

205. Le Conseil a pris note du rapport de situation.

#### ***Avant-projet de Budget programme 2010-2011 de l'Organisation mondiale de la Santé***

206. Le Dr. Namita Pradhan (Sous-directeur général, Administration générale, OMS) a présenté l'avant-projet de budget programme de l'OPS pour 2010-2011 (disponible sur le site Internet du 48<sup>e</sup> Conseil directeur : <http://www.paho.org/english/gov/cd/CD48-whobpb-e.pdf>) et le plan stratégique à moyen terme tel qu'amendé. Elle a attiré

l'attention sur les défis qu'avait rencontrés l'OMS dans l'élaboration de la proposition de budget. L'un était les partenariats et les modalités de collaboration dans lesquels l'OMS était de plus en plus active, dont bon nombre avaient leurs propres mécanismes de budgétisation, qui ont fait qu'il était difficile de prévoir le montant de financement que l'OMS pourrait escompter recevoir. Un autre défi était le fait que l'OMS avait joué un rôle croissant dans les réponses aux épidémies et aux crises, pour lesquelles les activités et les implications budgétaires étaient imprévisibles par nature. Compte tenu de ces deux considérations budgétaires, l'avant-projet de budget programme pour 2010-2011 comportait trois volets : les programmes de l'OMS, les partenariats et les modalités de collaboration, et les réponses aux crises et aux épidémies.

207. Le volet des programmes de l'OMS a été fixé provisoirement à 3,8 milliards, sans augmentation par rapport aux plans opérationnels pour l'exercice biennal 2008-2009, conformément à l'engagement de discipline budgétaire du Directeur général. Le volet partenariat était passé de 747 millions de dollars au cours de l'exercice biennal 2008-2009 à 1,05 milliard de dollars pour 2010-2011. Il a également été estimé que le volet épidémie et réponse à une situation de crise augmenterait par rapport au niveau de 2008-2009, mais un chiffre pour ce volet n'avait pas été encore inclus, compte tenu du caractère non prévisible des besoins. Une estimation serait effectuée plus près du début de l'exercice biennal.

208. Le chiffre final du budget, cependant, devrait être ajusté pour compenser la chute de la valeur du dollar des États-Unis. Dans la mesure où l'OMS recevait ses contributions obligatoires, et une grande partie de ses contributions volontaires, en dollars des États-Unis, un montant additionnel de 301 millions de dollars serait nécessaire pour assurer que les mêmes dépenses en monnaie locale que celles budgétisées pour 2008-2009 pourraient être couvertes dans toute l'Organisation. Ce chiffre ne tenait pas compte de l'inflation, qui enregistrait une tendance à la hausse nette dans le monde entier. Financer ces 301 millions de dollars exigerait une augmentation des revenus de 7,1 %, qui, si elle était appliquée proportionnellement aux contributions obligatoires et volontaires, représenterait une augmentation de 56,6 millions de dollars en contributions obligatoires. Les contributions obligatoires représenteraient environ 20 % du revenu total pour l'exercice biennal.

209. La résolution WHA60.11 avait stipulé que le plan stratégique à moyen terme devrait être passé en revue à chacun de ses trois cycles budgétaires. Tandis que la revue pour l'exercice biennal 2010-2011 n'avait pas fait apparaître la nécessité d'ajouter de nouveaux objectifs stratégiques, il y avait eu une certaine variation dans l'accent mis sur les différents éléments, reflétant la situation mondiale de la santé en évolution, avec des augmentations des montants assignés à certains objectifs stratégiques et des réductions pour d'autres. Les autres activités sur le Plan stratégique avaient trait à l'amélioration de

la qualité des mesures de la performance de l'Organisation, en modifiant certains indicateurs et en en éliminant d'autres.

210. Le Conseil a généralement accueilli avec satisfaction la division de l'avant-projet de budget programme en trois volets. Tout en reconnaissant la nécessité de refléter l'évolution de la situation, un délégué a précisé que dans une région où des catastrophes naturelles se produisaient presque chaque année dans un ou plusieurs territoires, la réduction de 7,7 % des investissements pour l'objectif stratégique n 5 était préoccupante.

211. En ce qui concerne les activités pour faire face à des crises ou à des épidémies, tout en reconnaissant qu'il était par nature difficiles de prévoir les besoins en ressources, il a été suggéré que l'OMS devrait inclure un montant de référence raisonnable pour ces activités dans le budget programme global, et qu'elle devrait envisager d'établir des fonds séparés pour la gestion des ressources pour des activités pour faire face à des crises ou à des épidémies. Ce fonds garantirait que des ressources seraient disponibles pour répondre rapidement à une crise, avant même que les fonds des bailleurs de fonds ne deviennent disponibles. Une fois que les fonds des bailleurs de fonds seraient reçus, ils pourraient être utilisés pour reconstituer le fonds. Il a été suggéré que le mandat de ces fonds pourrait être élargi pour couvrir des événements liés au changement climatique, qui pourraient avoir des impacts significatifs de santé.

212. Des informations supplémentaires ont été demandées concernant la nouvelle catégorie budgétaire pour les activités liées aux partenariats, et quelques préoccupations ont été exprimées concernant le rythme auquel l'OMS concluait de nouveaux partenariats ainsi que la ponction financière que cela pourrait représenter pour l'Organisation. Des éclaircissements ont été demandés pour ce qui était de savoir si les informations que les Organes directeurs recevaient au sujet du suivi et de la surveillance de ces fonds seraient cohérentes avec celles concernant les activités de la catégorie des programmes de l'OMS, et sur la façon dont les activités de partenariat en dehors de l'enveloppe budgétaire seraient traitées à cet égard.

213. Une déléguée, commentant la proposition de prélever une charge sur le budget pour les Objectifs stratégiques 1 à 11 afin de remédier à l'écart de financement pour les fonctions de gestion et de soutien administratif dans les objectifs stratégiques 12 et 13, s'est déclarée préoccupée de ce que la proposition était disproportionnée et montrait que l'on continuait à utiliser les fonds réguliers pour subventionner les dépenses administratives des programmes financés par des fonds volontaires. Elle estimait que cette pratique pouvait menacer les activités fondamentales de l'OMS qui reposaient sur le financement régulier. Elle recommandait que l'OMS poursuive une politique de recouvrement des coûts pour les contributions extrabudgétaires qui tiendrait compte du coût effectif des frais généraux. Tout en reconnaissant qu'il était difficile de faire des projections sur les taux de change, elle se demandait si le fait d'utiliser un taux de

juin 2008 comme base constituait une bonne approche et attendait avec intérêt de recevoir un chiffre révisé pendant la session du janvier 2009 du Conseil exécutif. L'augmentation demandée des contributions obligatoires était substantielle, et elle invitait instamment le Secrétariat à pratiquer la discipline budgétaire, l'efficacité dans la mise en œuvre, et le priorisation des programmes.

214. Le Dr. Pradhan a répondu que l'OMS s'efforcerait de fournir quelques informations additionnelles sur les partenariats, à la fois pour ceux couverts dans le budget programme et les autres. Pour ces derniers, un travail supplémentaire serait nécessaire pour définir le type de rapports nécessaires pour les Organes directeurs. La question du financement pour les Objectifs stratégiques 12 et 13 était complexe, mais elle était d'accord sur le fait que l'OMS devait avoir une politique efficace de recouvrement des coûts. Toute la question des coûts de soutien aux programmes devrait faire l'objet de discussions plus approfondies avec les États membres.

215. Le Dr. Margaret Chan (Directeur général, OMS) a déclaré qu'elle était reconnaissante aux États membres pour leurs observations et conseils concernant la proposition de budget. S'agissant de la question importante des partenariats, elle a indiqué que si le budget programme pour 2010-2011 était présenté en trois volets, c'était par souci de clarté et de transparence, en particulier pour les fonds sur lesquels les États membres, par l'entremise de l'Assemblée mondiale de la santé, n'avaient aucun contrôle. Une grande partie des financements par l'intermédiaire de partenariats entraient dans cette catégorie. C'étaient les mécanismes de gouvernance des partenaires, et non ceux de l'Assemblée mondiale de la santé, qui décidaient combien de fonds seraient disponibles et comment cet argent devait être employé. Cette situation présentait des défis pour l'Organisation.

216. Elle accueillait très favorablement la proposition d'établir un fonds de secours pour une réponse rapide en cas d'épidémie et de crises. Les budgets de l'OPS et de l'OMS étaient dans une très grande mesure assortis d'affectations spéciales, ce qui signifiait qu'en cas d'urgence, il était nécessaire d'emprunter des fonds sur les programmes afin de répondre aux besoins immédiats des pays. Emprunter ainsi puis reconstituer les ressources n'était pas une façon très efficace de travailler. Elle organiserait des consultations avec les Régions et avec les États membres en vue d'établir des fonds qui permettraient à l'OMS de répondre plus efficacement aux catastrophes et aux urgences. Elle était d'accord avec ce qui avait été dit sur l'importance du changement climatique, faisant observer que le thème de la journée mondiale de la santé pour l'année en cours avait été, en fait, les liens entre la santé et changement climatique.

217. Enfin, elle a rappelé qu'au milieu des années 90 environ 50 % des fonds de l'OMS étaient des fonds venant des contributions obligatoires et 50 % des contributions volontaires. Maintenant, la répartition était de 20 % et 80 %. La baisse dans la proportion

de contributions obligatoires pourrait être simplement due au fait que l'Organisation recevait nettement plus de contributions volontaires que dans les années 90, mais elle estimait qu'il y avait une autre raison : les États membres, en particulier les partenaires du développement et les bailleurs de fonds, ne faisaient pas vraiment confiance à l'OMS pour utiliser à bon escient leur argent, craignant qu'il ne soit gaspillé dans des secteurs qui n'étaient pas des priorités pour eux. En conséquence, les bailleurs de fonds fournissaient des fonds avec un très haut niveau d'affectations spéciales, ce qui signifiait que l'Organisation n'avait pas de latitude dans l'utilisation de ces fonds. Elle s'engageait à assurer l'honnêteté et la transparence dans la façon dont l'OMS menait ses activités, et elle espérait que les États membres seraient ainsi plus disposés à confier plus de ressources à l'Organisation sous forme de contributions obligatoires et de contributions volontaires sans affectation spéciale.

218. Le Conseil a pris note du rapport sur l'avant-projet de proposition de budget programme de l'OMS pour 2010–2011.

***Budget programme de l'Organisation mondiale de la Santé 2006-2007: Rapport d'évaluation de la performance***

219. Le Dr. Namita Pradhan (Sous-directeur général, Administration générale, OMS) a présenté le Rapport d'évaluation de la performance du Budget programme de l'OMS pour 2006-2007 (disponible sur le site Internet du 48<sup>e</sup> Conseil directeur : <http://www.paho.org/english/gov/cd/CD48-PBPA-e.pdf>). Elle a expliqué que cette évaluation s'inscrivait dans le cadre de l'approche axée sur les résultats suivie par l'OMS, et constituait donc un élément clé pour l'ensemble du cadre de performance de l'Organisation. Il y avait eu un processus progressif visant à améliorer la présentation de rapports, la responsabilisation, et la clarté en ce qui concerne le statut des programmes que les États membres avaient donné pour mission à l'OMS de mettre en œuvre. Pour la première fois, le rapport d'évaluation avait été examiné par des évaluateurs externes, et il ne s'agissait pas simplement d'une auto-évaluation comme par le passé.

220. Cette évaluation mesurait la performance du Secrétariat concernant la réalisation des résultats prévus sur l'ensemble de l'Organisation présentés dans le budget programme. Ses conclusions ont alors été utilisées pour étayer et ajuster le budget suivant. L'évaluation actuelle a montré que, sur un total de 201 résultats prévus sur l'ensemble de l'Organisation inclus au budget programme 2006-2007, 111, soit environ 56 %, avaient été entièrement réalisés ; 79 soit 38 % avaient été partiellement réalisés ; un avait été abandonné ; et deux reportés. Et dans le cas de huit résultats, les indicateurs n'avaient pas été suffisamment bons pour déterminer si en fait les objectifs avaient été ou non réalisés.

221. Le niveau global de réalisation des résultats prévus sur l'ensemble de l'Organisation a montré clairement que l'OMS devait améliorer sa capacité en termes de soutien aux pays. Il a également montré que, dans certains cas, la chronologie des flux de ressources n'était pas appropriée pour atteindre des résultats. L'OMS avait également manqué d'informations en temps réel sur la performance financière et technique qui auraient pu aider l'Organisation à prendre des mesures correctrices en temps opportun.

222. S'agissant de l'exécution financière, l'OMS avait eu un budget programme de 3,6 milliards de dollars en 2006-2007, avec un revenu total de 4,2 milliards de dollars. En dépit d'un niveau record de dépenses, presque 1,6 milliard avaient été reportés à l'exercice biennal suivant. Cependant, 68 % des montants reportés avaient une forte composante à affectation spéciale pour des activités spécifiques devant être réalisées dans des délais précis qui, parfois, n'étaient pas en concordance avec le calendrier du budget programme.

223. Sur la base de l'évaluation, il était apparu clairement que l'OMS devait renforcer ses processus de gestion globaux. Elle devait améliorer sa surveillance et son évaluation et intégrer ces fonctions à ses processus quotidiens de fourniture de programmes et de prise de décisions. Elle devait également accroître sa capacité à mettre en œuvre des programmes présentant certaines difficultés opérationnelles et de gestion, en faisant correspondre le financement et la mise en œuvre et en augmentant son action au niveau des pays. L'évaluation avait également mis en relief la nécessité de simplifier encore la gestion des ressources humaines au sein de l'OMS.

224. Au cours de la discussion qui a suivi le rapport du Dr. Pradhan, le document d'évaluation a été considéré avec satisfaction comme un élément important de la gouvernance de l'OMS. Les sections sur les enseignements tirés et les actions nécessaires pour améliorer la performance ont été jugées particulièrement utiles, car elles faisaient apparaître les obstacles rencontrés au cours de l'exercice biennal et donnaient des suggestions sur la façon de les surmonter. L'OMS a été encouragée à continuer à affiner les rapports et à les utiliser dans le contexte de la gestion axée sur les résultats.

225. Le Dr. Margaret Chan (Directeur général, OMS) a affirmé que l'OMS accordait une grande valeur au processus d'évaluation en tant qu'élément de la gestion axée sur les résultats de l'Organisation. L'évaluation avait apporté des enseignements utiles sur la façon dont l'OMS pourrait améliorer sa performance au niveau de la mise en œuvre. Elle souhaitait préciser que les 1,6 milliard de dollars reporté à l'exercice biennal suivant comportaient une grande proportion de financement de partenariats qui n'étaient pas gérés par les États membres par l'entremise de l'Assemblée mondiale de la santé. L'arrivée de ces revenus ne coïncidait pas nécessairement avec les échéances de l'exercice biennal ou du cycle budgétaire. L'Organisation pouvait, par exemple, recevoir des fonds juste à la fin d'un exercice biennal, et il était de ce fait difficile de mettre en

œuvre les projets auxquels ils étaient destinés au cours de la période couverte par le budget biennal. Qui plus est, une partie de l'argent avait été affectée pour des années au-delà de 2006-2007. Ainsi, ce report élevé ne signifiait pas que l'OMS mettait de l'argent de côté en ne mettant pas en œuvre des programmes dans les pays.

226. Elle a précisé que la gestion des fonds de partenariat exigeait des ressources, en particulier sous forme de temps en personnel. L'une des leçons tirées de l'évaluation était que ces besoins en ressources devraient être pris en compte dans le prochain budget programme.

227. Le Conseil a pris note du rapport.

***Procédures d'approvisionnement de l'OPS pour les achats stratégiques, y compris les vaccins (document CD48/INF/8)***

228. Le Dr. Socorro Gross (Sous-directeur, BSP) a présenté ce point en donnant des informations générales sur les mécanismes de passation de marchés de l'OPS : le mécanisme d'achats remboursables, le fonds renouvelable pour l'acquisition de vaccins et le fonds renouvelable régional pour les fournitures de santé publique stratégiques (le « Fonds stratégique »), créés respectivement en 1951, 1977 et 2004 dans le cadre du mandat de l'Organisation visant à coopérer avec et fournir une assistance technique aux États membres en vue d'améliorer et de maintenir des niveaux optimaux de santé au sein de leurs populations. Elle a également souligné les résultats d'un audit conduit en 2004 par le Bureau de l'audit interne et de la supervision de l'Organisation mondiale de la santé qui avait conclu que le fonds renouvelable pour l'acquisition de vaccins avait connu une grande réussite, atteignant tous ses objectifs tout en contribuant également au rôle de leadership de l'OPS dans le programme de vaccinations dans les Amériques. S'agissant du Fonds stratégique, l'audit avait déterminé qu'il avait été utilisé de façon opportune et pertinente pour favoriser efficacement l'accès aux médicaments essentiels et qu'il avait également été un outil très utile pour l'opérationnalisation des principes d'équité, d'accès, de qualité, et de durabilité en ce qui concerne la fourniture de médicaments essentiels aux États membres conformément aux Objectifs du Millénaire pour le développement.

229. Les États membres ont déclaré qu'ils appuyaient fermement les mécanismes de passation de marchés de l'OPS, en particulier le Fonds renouvelable pour l'acquisition de vaccins, comme moyen non seulement d'accroître l'accès aux vaccins et à d'autres produits de santé, mais également d'assurer la qualité de ces produits. De nombreux membres ont souligné le rôle essentiel du Fonds renouvelable pour permettre à leurs pays d'acheter les vaccins existants et en introduire de nouveaux à un prix raisonnable. Il a été précisé, par exemple, que la plupart des pays de la Région ne pourraient probablement pas introduire le vaccin contre le papillomavirus humain s'il n'était pas disponible à un prix raisonnable par l'entremise du Fonds renouvelable. La contribution du Fonds à la

réduction et/ou à l'élimination de nombreuses maladies a également été mise en exergue. Il a également été souligné que le Fonds renouvelable était un outil fondamental pour réduire les inégalités dans la santé.

230. Un délégué, tout en reconnaissant la valeur du Fonds renouvelable, a suggéré que son rôle et ses fonctions devraient être réévalués à la lumière de l'émergence de nouvelles initiatives internationales d'immunisation comme l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (GAVI), ainsi que l'augmentation de la capacité des gouvernements à gérer leurs propres achats de vaccins. Appelant à une discussion en profondeur du Fonds renouvelable par les Organes directeurs en 2009, il a déclaré que les États membres et le Secrétariat doivent travailler ensemble pour parvenir à une approche durable pour la Région dans son ensemble pour les achats de vaccins et devraient reconnaître qu'une approche unique pour tous en matière de tarification des vaccins n'était pas viable à long terme.

231. D'autres délégués ont précisé que tous les pays de la Région n'étaient pas en droit de bénéficier de financements du GAVI, et ont souligné que la viabilité continue du Fonds renouvelable doit être assurée pour que les pays puissent maintenir des niveaux élevés de couverture vaccinale et continuer à élargir leurs programmes de vaccination.

232. La Directrice a indiqué que le Secrétariat était bien conscient de la nécessité d'harmoniser les mécanismes d'acquisition du Fonds renouvelable avec ceux du GAVI et d'autres fonds créés récemment. Le Fonds renouvelable, qui avait été le précurseur pilote du GAVI, avait clairement montré l'utilité de ce type de mécanismes de solidarité. Il avait permis l'introduction de vaccins et avait facilité l'accès universel à la vaccination. Outre son impact évident sur la santé publique, il avait également contribué à réduire les inégalités énormes qui existaient dans la Région des Amériques. Le Fonds avait obtenu la confiance des producteurs de vaccins et du public, élément qui avait été essentiel à son succès. L'OPS s'engageait à analyser et appliquer les leçons apprises au cours des 30 années d'existence du Fonds afin de continuer à élargir l'accès à des vaccins de haute qualité, ce qui était le but de tous partenaires participant au GAVI.

233. Le Conseil a pris note du rapport.

### **Autres questions**

234. Le Délégué du Brésil a annoncé que son Gouvernement accueillerait une conférence internationale sur le suivi des Objectifs du Millénaire pour le développement relatifs à la santé du 18 au 20 novembre 2008 à Brasilia.

### **Clôture de la session**

235. Après l'échange habituel de courtoisies, le Dr. Douglas Slater (Saint-Vincent-et-les-Grenadines, Vice-président), en l'absence du Président, a déclaré le 48<sup>e</sup> Conseil directeur clos.

### **Résolutions et décisions**

236. Ci-après figurent les résolutions et les décisions adoptées par le 48<sup>e</sup> Conseil directeur :

#### ***Résolutions***

***CD48.R1      Utilisation du revenu de budget programme 2006-2007 dépassant le budget ordinaire effectif autorisé***

#### ***LE 48<sup>e</sup> CONSEIL DIRECTEUR,***

Ayant examiné le rapport du président de la 142<sup>e</sup> session du Comité exécutif; et

Notant le document révisé sur l'utilisation proposée du revenu du budget programme excédant le budget ordinaire de travail effectif autorisé pour la période financière 2006-2007 (document CD48/22),

#### ***DÉCIDE :***

1. De remercier le Comité exécutif pour son examen et rapport sur ce thème.
2. D'approuver les critères qui guident les projets proposés au financement par le compte de réserve, tel que contenu dans le paragraphe 15 du document CD48/22, qui stipule que :

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

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

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

- 3.C: Renforcement de la capacité de l'Organisation à se conformer aux Normes comptables internationales pour le secteur public d'ici 2010 (US\$ 300.000);
- 4.B: Améliorations des installations : mesures pour économiser l'énergie.
5. D'approuver, en principe, le financement des projets proposés contenus dans le document CD48/22 et spécifiés par les chiffres 3 et 4 ci-dessus.
6. De déléguer au Comité exécutif le pouvoir de suivre et d'approuver toutes les soumissions et resoumissions futures de propositions à l'usage des fonds du compte de réserve.
7. De demander au Bureau de soumettre au Sous-Comité des Programmes, du Budget et de l'Administration, à des intervalles appropriés, un rapport de situation pour chacun des projets approuvés cités sous le chiffre 3 et ceux sous le chiffre 4, avec une portée, un budget et un calendrier actualisés pour les phases restantes pour examen et approbation par le Comité exécutif.
8. De demander au Bureau de reformuler le projet 2.B (Adoption de stratégies de réseautage pour transformer la prestation de la coopération technique), si approprié, pour y inclure une portée et un but plus clairs, pour considération future par le Comité exécutif concernant l'utilisation des fonds du compte de réserve.
9. D'encourager les États Membres à soumettre des propositions supplémentaires de projets à considérer pour l'utilisation des fonds du compte de réserve, à être acheminées à travers le Secrétariat pour inclusion dans l'examen et le cycle d'approbation appropriés du Comité exécutif.

*(Troisième réunion, le 30 septembre 2008)*

**CD48.R2** *Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac : Opportunités et défis concernant sa mise en œuvre aux Amériques*

**LE 48<sup>e</sup> CONSEIL DIRECTEUR,**

Ayant étudié le document présenté par la Directrice, *Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac : Opportunités et défis concernant sa mise en œuvre aux Amériques* (document CD48/12);

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

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

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

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

***DÉCIDE :***

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

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

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

*(Quatrième réunion, le 30 septembre 2008)*

**CD48.R3** *Élection de trois États membres au Comité exécutif au terme des mandats d'Antigua-et-Barbuda, Chili et Panama*

**LE 48<sup>e</sup> CONSEIL DIRECTEUR,**

Ayant à l'esprit les dispositions des articles 4.D et 15.A de la Constitution de l'Organisation panaméricaine de la Santé; et

Considérant que l'Argentine, le Guatemala et Haïti ont été élus pour faire partie du Comité exécutif au terme des mandats d'Antigua-et-Barbuda, Chili et Panama,

**DÉCIDE**

1. De déclarer que l'Argentine, le Guatemala et Haïti ont été élus pour faire partie du Comité exécutif pour une période de trois ans.
2. De remercier à Antigua-et-Barbuda, Chili et Panama pour les services rendus à l'Organisation au cours des trois dernières années par leurs représentants au sein du Comité exécutif.

*(Cinquième réunion, le 1<sup>er</sup> octobre 2008)*

***CD48.R4, Rév. 1      Stratégie et plan d'action régionaux sur la santé néonatale dans le contexte des soins apportés à la mère, au nouveau-né et à l'enfant***

***LE 48<sup>e</sup> CONSEIL DIRECTEUR,***

Ayant examiné le rapport de la Directrice, *Stratégie et plan d'action régionaux sur la santé néonatale dans le contexte des soins apportés à la mère, au nouveau-né et à l'enfant* (document CD48/7);

Reconnaissant que la mortalité maternelle et néonatale continue à avoir un impact élevé sur la mortalité infantile dans la Région, et qu'il sera nécessaire de redoubler les efforts pour atteindre les buts de la Déclaration du Millénaire ayant trait à la réduction de la mortalité des enfants de moins de 5 ans pour 2015;

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

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

***DÉCIDE :***

1. D'exhorter les États Membres à :
  - a) appuyer la réduction de la mortalité maternelle et néonatale en tant que priorité des programmes de santé en étendant, renforçant ou maintenant l'exécution de la stratégie et du plan d'action régional pour la santé néonatale dans le contexte des soins apportés à la mère, au nouveau-né et à l'enfant;
  - b) considérer le plan d'action régional pour la santé néonatale dans le contexte des soins lors de la formulation des plans nationaux, et inclure des stratégies différenciées qui répondent effectivement aux multiples situations entre pays et dans les pays, pour protéger les accomplissements récents et atteindre les objectifs liés à la réduction de la mortalité des enfants de moins de cinq ans d'ici 2015 inscrits dans la Déclaration du Millénaire;

- c) considérer le renforcement des systèmes de santé basés sur les soins de santé primaires pour appuyer l'exécution de stratégies avérées visant à réduire la mortalité maternelle et néonatale, et à améliorer la collaboration entre programmes et les différents niveaux de soins;
- d) appuyer une forte participation communautaire et de la société civile de sorte qu'elles incluent, dans leurs activités, des actions destinées aux mères, aux nouveaux-nés et aux enfants, dans une approche d'équité, de genre et d'ethnicité;
- e) envisager d'entreprendre, de faciliter et d'appuyer les activités nationales qui favorisent l'accès universel aux soins de santé pour les mères, les nouveaux-nés et les enfants;
- f) considérer le renforcement des cadres nationaux qui protègent les mères, les nouveaux-nés et les enfants;
- g) établir et maintenir des systèmes de suivi et d'information de la santé néonatale de qualité, désagrégés par genre, statut socioéconomique, ethnicité et éducation de la mère;
- h) forger des partenariats et associations avec des organisations non gouvernementales, communautaires et religieuses, avec la communauté universitaire et de la recherche, ainsi qu'avec les organismes gouvernementaux concernés, pour renforcer et étendre les politiques et les programmes concernant la santé maternelle, néonatale et de l'enfant.

2. De demander à la Directrice :

- a) d'appuyer les États Membres à développer des plans d'action nationaux destinés à réduire la mortalité maternelle et néonatale, dans le contexte des soins de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, prenant en considération la stratégie et le plan d'action régional et se concentrant sur les inégalités et les groupes vulnérables et marginalisés;
- b) de collaborer aux évaluations des pays pour assurer des actions correctrices appropriées et probantes;
- c) faciliter l'échange d'expériences réussies et promouvoir la coopération technique horizontale par les États Membres dans l'exécution du plan régional.

*(Cinquième réunion, le 1<sup>er</sup> octobre 2008)*

**CD48.R5**      *Stratégie régionale pour améliorer la santé des adolescents et des jeunes*

**LE 48<sup>e</sup> CONSEIL DIRECTEUR,**

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

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

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

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

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

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

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

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

***DÉCIDE :***

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

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

*(Sixième réunion, le 1<sup>er</sup> octobre 2008)*

**CD48.R6** *Plan d'action régional pour le renforcement du recueil des données d'état civil et de santé*

**LE 48<sup>e</sup> CONSEIL DIRECTEUR,**

Ayant étudié le document présenté par la Directrice, *Plan d'action régional pour le renforcement du recueil des données d'état civil et de santé* (document CD48/9);

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

Conscient de l'importance d'améliorer la couverture et la qualité des données d'état civil et de santé en tant que composantes des Systèmes d'information en santé des pays, comme l'a reconnu et avalisé la résolution CSP27.R12 de la 27<sup>e</sup> Conférence sanitaire panaméricaine en octobre 2007;

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

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

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

**DÉCIDE :**

1. De prier instamment les États Membres de :
  - a) approuver le plan d'action régional pour conforter le recueil des données d'état civil et de santé dans les pays de l'hémisphère (PFEVS), qui leur permettra de disposer d'indicateurs dotés d'une couverture et une qualité suffisantes qui leur permettent de contribuer à la conception, au suivi et à l'évaluation des politiques sanitaires;

- b) promouvoir la participation et la coordination des bureaux de statistiques nationaux et sectoriels, des départements d'épidémiologie des ministères de la santé, et des autres acteurs publics et privés ainsi que des usagers dans le diagnostic situationnel et la préparation de plans d'action nationaux;
  - c) considérer la mobilisation des ressources humaines, technologiques et financières pour mettre en œuvre le plan d'action pour conforter le recueil des données d'état civil et de santé dans les pays de l'hémisphère;
  - d) encourager l'OPS à collaborer avec les pays dans l'exécution et le suivi du plan d'action.
2. De demander à la Directrice de :
- a) de travailler avec les États Membres pour développer leurs plans d'action nationaux et disséminer et utiliser les outils qui faciliteront la production et le renforcement des données d'état civil et de santé dans le cadre de plans stratégiques pour le développement des systèmes d'information en santé;
  - b) améliorer la coordination entre le Plan d'action et les initiatives de même nature entreprises par d'autres institutions internationales de coopération technique et de financement, ainsi que les initiatives mondiales pour renforcer les statistiques en santé dans les pays;
  - c) informer périodiquement les Organes directeurs des progrès accomplis et des contraintes à l'exécution du plan d'action.

*(Sixième réunion, le 1<sup>er</sup> octobre 2008)*

***CD48.R7 Amélioration de la disponibilité de sang et sécurité transfusionnelle aux Amériques***

***LE 48<sup>e</sup> CONSEIL DIRECTEUR,***

Ayant examiné le rapport de situation présenté par la Directrice sur la sécurité transfusionnelle (document CD48/11), qui résume les difficultés observées dans l'exécution du Plan d'action régional pour la sécurité transfusionnelle 2006-2010;

Conscient du rôle central que jouent les transfusions dans les soins médicaux appropriés des patients et dans la réduction de la mortalité parmi les mères, les

nourrissons, les victimes d'accidents du trafic et d'autres traumatismes, les patients souffrant de cancer ou de troubles de coagulation sanguine et les patients transplantés;

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

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

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

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

***DÉCIDE :***

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

- b) terminer, sauf dans des circonstances limitées imposées par une urgente nécessité médicale, le remplacement et le don rémunéré du sang avant la fin de 2010, dans une optique de don du sang 100% volontaire, altruiste, non rémunéré, en utilisant l'information obtenue d'enquêtes socio-anthropologiques menées dans les pays, étant donné que la collecte du sang ne devrait pas être la seule responsabilité des équipes médicales hospitalières;
- c) terminer, d'ici la fin de 2010, le remplacement obligatoire de sang transfusé du patient ;
- d) partager les bonnes pratiques dans le recrutement et la rétention des donneurs de sang volontaires.

2. De demander à la Directrice de :

- a) coopérer avec les États Membres dans l'exécution du Plan d'action régional pour la sécurité transfusionnelle 2006-2010 en utilisant une approche multidisciplinaire et coordonnée pour la promotion de la santé, l'éducation publique, les droits humains et des patients, l'assurance de la qualité et l'efficacité financière;
- b) travailler avec les États Membres et les organisations internationales pour évaluer l'exécution du Plan d'action régional 2006-2010 et identifier les interventions spécifiques aux pays qui sont requises pour assurer la suffisance, la qualité et la sécurité acceptables du sang pour les transfusions au niveau national;
- c) préparer des rapports annuels sur la situation de la sécurité transfusionnelle dans la Région.

(Septième réunion, le 2 octobre 2008)

**CD48.R8**      *Gestion intégrée des vecteurs : une réponse intégrée aux maladies à transmission vectorielle*

**LE 48<sup>e</sup> CONSEIL DIRECTEUR,**

Ayant examiné le rapport de la Directrice, *Gestion intégrée des vecteurs : une réponse intégrée aux maladies à transmission vectorielle* (document CD48/13), qui propose que les États Membres accomplissent des efforts dans des domaines de travail communs pour lutter contre les maladies à transmission vectorielle à travers le

renforcement de la capacité nationale afin d'utiliser les ressources de manière optimale en vue d'améliorer l'efficacité et la rentabilité des programmes nationaux de contrôle des vecteurs;

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

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

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

***DÉCIDE :***

1. D'exhorter les États Membres à :
  - a) renforcer et appuyer les programmes nationaux de contrôle des maladies à transmission vectorielle en établissant des politiques nationales et des plans opérationnels fondés sur les données probantes pour mettre en œuvre des initiatives de contrôle intégré des vecteurs et améliorer l'efficacité et la rentabilité des programmes de contrôle en place;
  - b) renforcer des approches de contrôle de maladies multiples dans la prévention et le contrôle des maladies à transmission vectorielle, telles que la surveillance

- épidémiologique et entomologique, l'usage rationnel des pesticides, la mobilisation sociale et le traitement des personnes affectées afin d'accroître les synergies entre les différents programmes de contrôle des vecteurs;
- c) considérer l'allocation de ressources internes et mobiliser des ressources supplémentaires, le cas échéant, et les utiliser efficacement dans l'exécution d'interventions appropriées de prévention et de contrôle;
  - d) évaluer le besoin de formation au contrôle intégré des vecteurs et prendre des mesures pour promouvoir le recrutement, la formation et la rétention de personnel de santé;
  - e) évaluer et renforcer les cadres législatifs nationaux, les mécanismes réglementaires et leur application en ce qui concerne la promotion de la législation du contrôle intégré des vecteurs, où besoin en est;
  - f) améliorer la collaboration avec le secteur de la santé et avec d'autres secteurs pour tirer parti des synergies et pour promouvoir une réponse coordonnée aux maladies à transmission vectorielle;
  - g) développer des activités transfrontalières pour prendre en main les maladies communes à transmission vectorielle dans la Région à travers le partage de l'expertise et le développement de plans d'action et de recherche opérationnelle conjoints.
2. De demander à la Directrice de :
- a) continuer à fournir la coopération technique et les efforts de coordination pour réduire le fardeau des maladies à transmission vectorielle;
  - b) promouvoir le contrôle intégré des vecteurs en tant que partie intégrante du contrôle des maladies à transmission vectorielle parmi les États Membres;
  - c) appuyer les pays dans la planification, l'exécution, le suivi et l'évaluation des activités de contrôle intégré des vecteurs et dans le renforcement approprié de la capacité;
  - d) doter les États Membres des orientations techniques nécessaires fondées sur les données probantes pour le contrôle intégré des vecteurs;
  - e) promouvoir et consolider la recherche sur le contrôle intégré des vecteurs en fonction des besoins et des insuffisances identifiés;

- f) contribuer au renforcement des cadres législatifs et des mécanismes réglementaires des pays selon les besoins, en ce qui concerne la promotion du contrôle intégré des vecteurs.

(Septième réunion, le 2 octobre 2008)

**CD48.R9**      ***Méthodes collectives et individuelles pour la prévention et la prise en charge du diabète et de l'obésité***

**LE 48<sup>e</sup> CONSEIL DIRECTEUR,**

Ayant examiné le rapport de la Directrice, *Méthodes collectives et individuelles pour la prévention et la prise en charge du diabète et de l'obésité* (document CD48/5),

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

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

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

Considérant la résolution WHA61.14, Prévention et contrôle des maladies non transmissibles: Exécution de la Stratégie mondiale (2008), qui exhorte les États Membres à renforcer la capacité nationale et à accroître les ressources pour la prévention et le contrôle des maladies chroniques;

Notant la Déclaration de Port-of-Spain de septembre 2007 émanée du Sommet extraordinaire des Chefs de Gouvernement de la CARICOM sur les maladies chroniques non transmissibles, laquelle Déclaration a appelé les États de la Caraïbe à prendre des mesures en vue de la prévention et le contrôle de ces maladies;

Conscient que l'obésité et le diabète du type 2 ont atteint des proportions épidémiques dans la Région et devraient continuer à augmenter si une action drastique n'est pas entreprise;

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

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

***DÉCIDE :***

1. D'exhorter les États Membres à :
  - a) améliorer la surveillance et le suivi de l'obésité et du diabète au niveau de la population, afin de développer la base de preuves pour les politiques et l'évaluation des résultats;
  - b) accorder la priorité à la prévention et à la gestion de l'obésité et du diabète et à leurs facteurs de risque communs en établissant et/ou en renforçant les politiques et les programmes, en les intégrant dans les systèmes de santé publics et privés et en veillant à assurer une affectation adéquate des ressources pour mener à bien ces politiques et ces programmes;
  - c) promouvoir l'adoption de politiques publiques qui prennent en compte les déterminants qui affectent les choix de vie saine;
  - d) créer des partenariats et s'engager avec le secteur privé et la société civile afin que les consommateurs soient mieux informés, que des choix sains soient davantage disponibles et que des programmes durables d'activité physique sur les lieux de travail et de santé scolaire soient mis en œuvre;
  - e) créer des environnements positifs qui contribuent à la prévention et la prise en charge de l'obésité et du diabète à travers de plus grandes opportunités d'activité physique et de choix d'une nutrition plus saine, en collaboration avec des secteurs

- extérieurs à celui de la santé publique qui tiennent compte de l'approche du cycle de vie;
- f) mettre en œuvre la Stratégie mondiale sur la nutrition, l'activité physique et la santé et la Stratégie régionale et le Plan d'action sur une approche intégrée de la prévention et du contrôle des maladies chroniques, y compris la nutrition, l'activité physique et la santé et, le cas échéant, la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac;
  - g) collaborer avec d'autres secteurs en vue de mettre au point des politiques qui favorisent la production et la consommation de fruits et de légumes;
  - h) améliorer l'étiquetage des aliments et l'information destinée au public qui facilitent le choix d'un régime alimentaire sain;
  - i) développer des directives et des politiques qui encouragent la commercialisation responsable des aliments pour les enfants et les adolescents;
  - j) utiliser les médias (i.e., radio, télévision, presse écrite, internet) pour réaliser des campagnes publiques d'éducation et disséminer l'information sur la prévention de l'obésité et du diabète;
  - k) promouvoir les services de santé dans le contexte des soins de santé primaires en vue d'assurer la disponibilité des ressources nécessaires pour des interventions basées sur des preuves en matière 1) de stratégies de prévention, y compris les changements de comportement, et 2) de diagnostics et de traitement pour la détection précoce de complications évitables et contrôlables du diabète en prêtant attention aux soins des pieds, à la santé oculaire, à la santé rénale, ainsi qu'au contrôle de la glycémie, du cholestérol et de la tension artérielle.
  - l) intégrer les services adéquats de soutien à la santé mentale aux programmes de traitement des maladies chroniques, comme ceux qui sont prévus pour gérer l'obésité et le diabète, fournir des conseils qui habiliteront les personnes à assumer elles-mêmes la responsabilité de leur santé et à prendre en charge leurs besoins en matière de santé mentale;
2. De demander à la Directrice :
- a) d'appuyer les Etats membres dans les efforts qu'ils déploient pour renforcer leur système d'information en santé afin de suivre l'obésité et le diabète et d'évaluer les résultats des interventions connexes en matière de santé publique ;

- b) de développer des interventions intégrées et culturellement appropriées, basées sur des preuves, pour la prévention et le contrôle de l'obésité et du diabète, y compris des normes et des protocoles, axées sur les besoins des pays à faible revenu et des populations autochtones et autres groupes vulnérables; et de les diffuser à travers le réseau CARMEN et d'autres mécanismes;
- c) d'appuyer les États Membres pour renforcer leur capacité, y compris la recherche, à adopter des décisions basées sur des preuves au sujet des moyens de diagnostic et le traitement, ainsi que les compétences du système de santé, en vue d'une prise en charge intégrée de l'obésité et du diabète;
- d) de développer de nouveaux partenariats ou renforcer les partenariats existants pour la mobilisation des ressources, le plaidoyer et la recherche collaborative relatifs à la prévention de l'obésité et du diabète.

(Huitième réunion, le 2 octobre 2008)

***CD48.R10 Stratégie et plan d'action régionaux pour la prévention et le contrôle du cancer du col de l'utérus***

***LE 48<sup>e</sup> CONSEIL DIRECTEUR,***

Ayant considéré le rapport de la Directrice, *Stratégie et plan d'action régionaux pour la prévention et le contrôle du cancer du col de l'utérus* (document CD48/6);

Notant que la résolution de l'Assemblée mondiale de la Santé sur la prévention et la lutte anticancéreuse (WHA58.22, 2005), qui invite instamment les gouvernements à développer des programmes complets de lutte contre le cancer et recommande de fixer comme priorité les programmes de prévention et de lutte contre le cancer du col de l'utérus;

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

Conscient qu'il y a environ 27.500 décès dans les Amériques de cancer du col de l'utérus, provoqués principalement par une infection persistante par certains génotypes du virus du papillome humain (VPH) et reconnaissant que même si le cancer du col de

l'utérus peut être prévenu et contrôlé au moyen d'un programme global d'éducation en santé, de dépistage, de diagnostic, de traitement et de soins palliatifs, il continue à causer des décès prématurés et qu'il affecte de façon disproportionnée les femmes dans les couches économiques plus basses, révélant les inégalités en santé existantes dans la Région;

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

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

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

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

Conscient que des efforts plus poussés doivent être déployés pour élargir l'accès des populations les plus pauvres au vaccin anti-VPH;

### ***DÉCIDE :***

1. De recommander aux États Membres de :
  - a) d'approuver le cadre de la Stratégie et plan d'action régionaux pour la prévention et la lutte contre le cancer du col de l'utérus, établi pour améliorer la capacité en vue d'une exécution soutenue de programmes complets de prévention et de lutte contre le cancer du col de l'utérus, dans le but de réduire l'incidence et la mortalité;
  - b) d'appuyer activement la mise en œuvre la stratégie et du plan d'action en les liant aux agendas nationaux de santé publique en vue de la prévention et de la lutte

- contre le cancer du col de l'utérus et de considérer l'allocation de ressources suffisantes pour leur mise en œuvre;
- c) de revitaliser et intensifier les programmes de prévention et de lutte contre le cancer du col de l'utérus pour utiliser efficacement les nouvelles technologies et approches basées sur des données probantes, en particulier dans les milieux où l'accès est difficile et les ressources limitées;
  - d) d'entreprendre des stratégies de communications sociales ajustées à l'âge pour renforcer la sensibilisation aux facteurs de risque pour le cancer du col de l'utérus et son côté évitable parmi les adolescentes et les femmes, et engager les communautés dans des efforts de prévention du cancer du col de l'utérus, en mettant spécialement l'accent sur la démarginalisation des femmes de groupes défavorisés et vulnérables, y compris les femmes autochtones;
  - e) de développer et mettre en œuvre les actions recommandées dans cette Stratégie et plan d'action régionaux qui sont appropriées aux circonstances dans leurs pays respectifs et qui travaillent sur la prévention primaire, le dépistage et le traitement précancéreux, le diagnostic et le traitement du cancer du col de l'utérus invasif et les soins palliatifs;
  - f) de renforcer les systèmes de santé fondés sur les soins de santé primaires de sorte que des programmes efficaces de prévention et de lutte contre le cancer du col de l'utérus puissent être exécutés en proximité étroite avec les communautés et avec une approche intégrée de la prévention primaire et secondaire;
  - g) d'examiner les futurs résultats des études sur les aspects qui, compte tenu du stade actuel des connaissances, pourraient limiter l'efficacité des vaccins contre le VPH, ainsi que les études sur la distribution des types de VPH prédominants dans les pays, au moyen de la recherche locale et sous-régionale, en vue de faire en sorte que les décisions basées sur des preuves concernant l'introduction de ces vaccins, en prenant en compte la nécessité d'une approche durable;
  - h) d'utiliser, chaque fois que possible, le Fonds renouvelable de l'OPS pour l'achat de vaccins, du fait qu'il joue un rôle déterminant dans l'introduction de nouveaux vaccins dans les Amériques;
  - i) d'établir et encourager des partenariats stratégiques avec des institutions dans tous les secteurs appropriés afin de mobiliser les ressources financières, techniques et autres qui amélioreront l'efficacité des programmes de prévention et de lutte contre le cancer du col de l'utérus.

2. De demander à la Directrice de :
- a) de fournir une assistance technique aux États Membres d'une manière interprogrammatique dans la revitalisation de programmes complets de prévention et de lutte contre le cancer du col de l'utérus, incorporant de nouvelles technologies et approches efficaces par rapport au coût et de suivre les progrès et de faire rapport périodiquement sur les réalisations;
  - b) de faire œuvre de sensibilisation auprès des décideurs et des professionnels de la santé afin d'accroître les engagements politiques, financiers et techniques aux programmes de prévention et de lutte contre le cancer du col de l'utérus;
  - c) d'appuyer l'accès et l'équité dans l'utilisation des nouvelles technologies (tests de dépistage VPH, vaccins anti-VPH) aux Amériques;
  - d) de fournir un appui aux études régionales et sous-régionales sur la distribution des types de VPH prédominants dans la Région et d'encourager une large diffusion des études réalisées au sujet des facteurs liés à l'efficacité des vaccins anti-VPH;
  - e) développer de nouveaux partenariats ou de renforcer les partenariats existants au sein de la communauté internationale pour la mobilisation des ressources, le plaidoyer et la collaboration en vue d'améliorer les efforts de prévention et de lutte contre le cancer du col de l'utérus dans la Région.

*(Huitième réunion, le 2 octobre 2008)*

***CD48.R11 Prévention de la violence et des traumatismes et promotion de la sécurité : appel à l'action dans la Région***

***LE 48<sup>e</sup> CONSEIL DIRECTEUR,***

Ayant examiné le rapport de la Directrice, *Prévention de la violence et des traumatismes et promotion de la sécurité : Appel à l'action dans la Région* (Document CD48/20), dans lequel il est rendu compte de la première réunion des Ministres de la Santé des Amériques, convoquée par le Ministre de la Santé du Mexique et l'Organisation panaméricaine de la santé (Mérida, Yucatán, Mexique, 14 mars 2008), visant à consolider le rôle du secteur de la santé et les activités intersectorielles pour la prévention des traumatismes intentionnels et non intentionnels, définis comme des traumatismes de cause externe (TCE) ;

Rappelant que le Conseil directeur, au cours de ses 37<sup>e</sup> session de 1993, 39<sup>e</sup> session de 1996 et 44<sup>e</sup> session de 2003, a défini et a ratifié clairement que la violence constitue un problème de santé publique, en demandant à la Directrice de poursuivre ses efforts et la coopération avec les États membres pour la recherche d'outils et de solutions pour ces problèmes ;

Tenant compte du fait que les Nations Unies, l'Organisation mondiale de la santé, l'Organisation panaméricaine de la santé, la Coalition interaméricaine pour la prévention de la violence, et le Forum d'Amérique latine et de la Caraïbe sur la sécurité routière, ont adopté des résolutions et ont publié des documents où les questions relatives à la prévention des TCE et à la promotion de la sécurité sont traitées de façon claire, avec des recommandations sur les actions à prendre ;

Soulignant la Réunion opportune des Ministres de la Santé des Amériques et la Déclaration ministérielle sur la prévention de la violence et des traumatismes dans les Amériques signée au cours de cette réunion, le 14 mars 2008, dont le contenu est important pour la prise de décisions ; et

Reconnaissant que bien que le Conseil directeur de l'OPS ait approuvé des résolutions sur la prévention de la violence, il est nécessaire d'élargir le cadre d'action à tous les traumatismes de cause externe ; non seulement du fait du nombre important de cas mais aussi en raison de la disponibilité d'interventions qui peuvent avoir des effets préventifs sur les facteurs de risque communs à diverses formes de TCE,

***DÉCIDE :***

1. D'exhorter les États membres à :
  - a) définir des actions et des plans pour la prévention des traumatismes de cause externe et la promotion de la sécurité et donner une plus grande visibilité aux programmes et aux plans qui sont en cours d'exécution ou qui seront mis en œuvre dans un avenir proche avec un budget et des mandats prédéfinis par les ministères de la santé ;
  - b) tenir compte des recommandations contenues dans la Déclaration ministérielle sur la prévention de la violence et des traumatismes dans les Amériques, Mérida, mars 2008, comme une opportunité et une consultation pour avancer sur le plan de l'engagement pris de prévenir tout type de traumatisme de cause externe et de promouvoir la sécurité ;
  - c) promouvoir ce qui entre dans le champ d'action du gouvernement, de la société civile, du secteur privé, de la justice et de la police pour que les lois, les normes et

- les règlements existants sur la violence, la sécurité routière, l'utilisation des armes à feu, l'abus d'alcool et de stupéfiants et tout autre sujet tendant à prévenir les TCE ou les décès, soient appliquées et soient respectées dans les pays ;
- d) encourager et diriger des processus comme nécessaire, et promouvoir des alliances avec d'autres secteurs pour la prévention de la violence et des traumatismes et la promotion de la sécurité compte tenu du caractère multi causal des TCE.
2. De demander à la Directrice de :
- a) renforcer les actions et les initiatives de l'OPS parmi les départements ou les projets qui sont en rapport avec la prévention des TCE, comme la sécurité humaine, la sécurité routière, la santé urbaine et les visages, les voix et les lieux ;
  - b) contribuer à ce que les pays intensifient ou perfectionnent leurs initiatives dans des secteurs tels que les systèmes d'information et les observatoires sur les TCE, l'identification des meilleures pratiques préventives et l'évaluation de celles qui sont en cours d'exécution et les études de coûts, notamment ;
  - c) soutenir les actions tendant à renforcer les programmes de prévention des TCE et la promotion de la sécurité des ministères de la santé, ainsi que la formation des points focaux de ces derniers, lorsque cela sera nécessaire ;
  - d) diriger les processus de coordination interinstitutionnels et maintenir la présence de l'OPS dans les instances de coopération intersectorielle, internationales ou nationales, qui s'occupent de la prévention des TCE et de la promotion de la sécurité ;
  - e) promouvoir des études sur les causes et les facteurs de risque des TCE et la sécurité en suivant le cadre des déterminants sociaux qui peuvent être appliqués dans la Région.

*(Huitième réunion, le 4 octobre 2007)*

**CD48.R12** *Vers l'élimination de l'onchocercose (cécité des rivières) aux Amériques*

**LE 48<sup>e</sup> CONSEIL DIRECTEUR,**

Ayant examiné le rapport de la Directrice, *Vers une élimination de l'onchocercose (cécité des rivières) aux Amériques* (document CD48/10);

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

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

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

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

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

Gardant à l'esprit que les représentants des six pays qui ont assisté à la 17<sup>e</sup> Conférence interaméricaine sur l'onchocercose en 2007 et le Comité de coordination des programmes de l'OEPA (PCC) se sont engagés à mettre fin à la transmission de l'onchocercose dans toute la Région d'ici la fin de 2012, et de mettre en place immédiatement une phase de surveillance épidémiologique de trois ans pour certifier l'élimination,

***DÉCIDE :***

1. D'exhorter les États Membres à :

- a) réaffirmer leur engagement à l'objectif proposé à l'origine en 1991 par le 35<sup>e</sup> Conseil directeur de l'Organisation panaméricaine de la Santé dans la résolution CD35.R14, qui préconise l'élimination de la morbidité due à l'onchocercose aux Amériques;

- b) achever l'élimination de la morbidité due à l'onchocercose et interrompre la transmission du parasite dans leurs frontières d'ici l'année 2012, en mobilisant tous les secteurs concernés, les communautés affectées et les ONG au moyen :
- d'un soutien financier adéquat pour assurer que les programmes nationaux obtiennent une couverture de traitement d'au moins 85% de toutes les personnes éligibles;
  - d'une utilisation efficace des traitements reçus en don;
  - de l'application des directives de certification de l'OMS pour la suspension du traitement de masse.
- c) inviter d'autres agences spécialisées du système des Nations Unies, des institutions de développement bilatérales et multilatérales, des ONG, fondations et autres parties concernées à :
- accroître la disponibilité des ressources pour les programmes nationaux d'élimination de l'onchocercose et de l'OEPA afin d'éliminer complètement la transmission de la maladie dans la Région;
  - appuyer les activités de l'OEPA et de son Comité de coordination des programmes, composé de représentants de l'OPS, des CDC, du Centre Carter, des ministères de la santé et d'experts en onchocercose;
  - soutenir la Conférence interaméricaine annuelle sur l'onchocercose (IACO) et y participer, ainsi qu'avaliser les initiatives développées par le Comité de coordination des programmes de l'OEPA (PCC) ou en coordination avec ce dernier.

## 2. De demander à la Directrice :

- a) d'appuyer l'exécution des critères de l'OMS pour certifier l'élimination de la morbidité et de la transmission dans les pays affectés;
- b) de renforcer la collaboration avec les six pays endémiques, en particulier au long de la frontière entre le Brésil et le Venezuela, où l'onchocercose affecte la population autochtone Yanomami, et d'assurer le suivi du Programme jusqu'à ce que son élimination totale soit certifiée;
- c) de promouvoir une collaboration plus étroite entre les programmes d'élimination de l'onchocercose aux Amériques, les agences spécialisées et les organisations du système des Nations Unies, les agences de développement bilatérales et les ONG, ainsi que les autres parties concernées;

- d) de faire rapport périodiquement sur les progrès relatifs à l'exécution des activités.

*(Huitième réunion, le 2 octobre 2008)*

**CD48.R13** *Quinzième réunion interaméricaine au niveau ministériel en matière de santé et d'agriculture (RIMSA) : « Agriculture et santé : une alliance pour l'équité et le développement rural aux amériques »*

**LE 48<sup>e</sup> CONSEIL DIRECTEUR,**

Ayant examiné le rapport du Secrétariat sur la Quinzième réunion interaméricaine au niveau ministériel en matière de santé et d'agriculture (RIMSA 15) (document CD48/19, Rev. 1), et

**DÉCIDE :**

1. De prendre note du rapport de RIMSA 15 et des conclusions et recommandations émanées de la Réunion internationale des Amériques libres d'acides gras trans; de la Onzième Réunion du Comité continental pour l'éradication de la fièvre aphteuse (COHEFA) 11) ; de la Cinquième Réunion de la Commission panaméricaine d'innocuité des aliments (COPAIA 5) ; et du Forum agro-santé des Ministres de l'agriculture et de la santé.
2. De prier instamment les États membres de créer ou de renforcer les partenariats et les politiques en vue d'aborder les déterminants de la santé dans le domaine partagé par les secteurs de la santé et de l'agriculture identifiés par la RIMSA 15, à savoir en particulier :
  - a) adopter l'approche des déterminants de la santé et identifier et réduire les écarts et les disparités entre des groupes de population en mettant en œuvre des stratégies convergentes et synergiques ;
  - b) plaider en faveur de politiques qui favorisent l'amélioration des conditions de vie et le développement intégral des groupes les plus vulnérables, avec des indicateurs de développement social allant au-delà des besoins insatisfaits dans les régions rurales et urbaines, en vue de canaliser le développement et atteindre les Objectifs du Millénaire pour le développement, en adhérant aux initiatives régionales comme : Visages, Voix et Lieux ; Municipalités et communautés saines et productives ; Microcrédits à l'intention des femmes rurales ; et Entreprises rurales d'agrotourisme et d'écotourisme, en préservant et en

- encourageant le maintien de la biodiversité et des pratiques agricoles des peuples originaires, en protégeant les connaissances traditionnelles, locales et autochtones, et en joignant les connaissances ancestrales aux possibilités des nouvelles pratiques;
- c) promouvoir des initiatives à l'intérieur des pays et entre eux pour prévenir et réduire la prévalence de maladies endémiques, non traitées et émergentes, et dont l'évolution a été ou peut être affectée par des déterminants sociaux et environnementaux liés au changement climatique, à la modification des écosystèmes et la transformation des systèmes de production ;
  - d) établir ou renforcer des accords multisectoriels et les réglementations effectives en vue de relever la qualité nutritionnelle des aliments et réduire ou éliminer les substances qui peuvent avoir des incidences adverses sur la santé, au moyen de l'adoption de mesures de réglementation et volontaires visant à éliminer les acides gras trans de consommation humaine pour les remplacer par des huiles saines, en vertu de politiques publiques orientées vers la promotion de modes de vie saine et la réduction des risques connexes;
  - e) exécuter et prendre les initiatives nécessaires pour éradiquer d'ici 2012 dans le Continent américain la rage humaine transmise par le chien;
  - f) mettre en œuvre des initiatives de coopération entre les pays en vue d'accélérer l'éradication de la fièvre aphteuse dans le Continent américain;
  - g) renforcer les systèmes nationaux d'innocuité des aliments ;
  - h) renforcer les mécanismes d coordination régionale et mondiale pour l'alerte et la réponse anticipée face aux risques sanitaires liés aux zoonoses, aux maladies transmises par des aliments et aux maladies animales, dans le cadre du Règlement sanitaire international (2005) lié au Réseau international des autorités de sécurité sanitaire des aliments (INFOSAN) pour la santé publique et l'Organisation mondiale de la santé animale (OIE) pour les normes liées à la santé animale.
3. De demander à la Directrice, d'entreprendre, dans le cadre du Plan stratégique 2008-2012 du Bureau sanitaire panaméricain et en association avec l'IICA et d'autres organismes internationaux de coopération, des actions en faveur de l'intégration et de la collaboration entre les secteurs de la santé et l'agriculture, en vue d'assurer et d'effectuer le suivi des recommandations et conclusions formulées dans les réunions tenues dans le cadre de la RIMSA 15.

*(Huitième réunion, 2 octobre 2008)*

***CD48.R14 Traitement du Directeur du Bureau sanitaire panaméricain et amendement à l'alinéa 4.3 du Statut du personnel***

***LE 48<sup>e</sup> CONSEIL DIRECTEUR,***

Considérant la révision de l'échelle du barème minimum pour les catégories professionnelles et de rang supérieur, avec effet au 1<sup>er</sup> janvier 2008 (CD48/23); et

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

***DÉCIDE :***

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

*(Huitième réunion, le 2 octobre 2008)*

***CD48.R15 Santé publique, Innovation et Propriété intellectuelle: une perspective régionale***

***LE 48<sup>e</sup> CONSEIL DIRECTEUR,***

Ayant examiné le rapport intitulé: *Santé publique, Innovation et Propriété intellectuelle: une perspective régionale* (document CD48/18);

Notant le haut niveau de participation de la région aux négociations qui ont débouché sur l'approbation par l'Assemblée mondiale de la santé de la résolution WHA61.21 (2008) "Stratégie mondiale et Plan d'action pour la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle";

Rappelant la Stratégie mondiale pour la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle qui établit ce qui suit en son paragraphe 15: « La Constitution de

l'OMS stipule que « le but de l'Organisation mondiale de la Santé est d'amener tous les peuples au niveau de santé le plus élevé possible ». Par conséquent, l'OMS doit jouer un rôle stratégique et central concernant le lien entre la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle dans le cadre des mandats qui lui sont confiés (notamment par les résolutions pertinentes de l'Assemblée mondiale de la Santé), de ses capacités et de ses objectifs constitutionnels en tenant compte de ceux des autres organisations internationales concernées. Dans ce contexte, l'OMS, y compris les bureaux régionaux et, le cas échéant, les bureaux de pays, devra renforcer ses compétences institutionnelles et ses programmes pertinents afin de jouer le rôle qui lui revient pour mettre en œuvre la stratégie mondiale et le plan d'action. »

Rappelant les résolutions ci-après du Conseil directeur de l'OPS, à savoir: CD45.R7 (2004) sur l'accès aux médicaments; CD45.R10 (2004) traitant de l'élargissement du traitement dans le cadre d'une réponse intégrale au VIH/SIDA; CD46.R15 (2005) relative au Plan régional stratégique pour le VIH/SIDA/MST 2006-2015 de l'Organisation panaméricaine de la santé et CD47.R7 (2006) traitant de la santé, de la recherche sur la santé, de la production et de l'accès aux médicaments essentiels ; ainsi que les résolutions ci-après de l'Assemblée mondiale de la santé, à savoir WHA59.24, Santé publique, Innovation, Recherche essentielle en santé et droits à la propriété intellectuelle: Vers une stratégie globale et un Plan d'action; et WHA60.30, Santé publique, Innovation et Propriété intellectuelle;

Rappelant également le Plan stratégique 2008-2012 pour le Bureau sanitaire panaméricain, le Programme pour santé aux Amériques 2009-2017, et

Prenant l'engagement de mettre en œuvre à l'échelle nationale la stratégie mondiale et les sections convenues du plan d'action.

***DÉCIDE:***

1. D'exhorter les États membres:
  - a) à encourager la recherche et l'innovation technologique dans les domaines de la pharmacie, de la science et de l'industrie;
  - b) à renforcer les relations et la collaboration entre des partenaires clés de différents secteurs (public, privé, universitaire, industriel et scientifique) susceptibles de jouer un rôle dans la mise en œuvre de la stratégie mondiale, conformément aux sections convenues du plan d'action;

- c) à envisager de traduire la volonté politique exprimée durant les discussions de la stratégie mondiale en proposition budgétaires qui correspondent aux priorités nationales de santé;
  - d) à renforcer la coopération entre les pays et, les cas échéant, au sein des institutions sous-régionales d'intégration, en vue de promouvoir le transfert de technologie et de stimuler la recherche et l'innovation technologique entre les pays.
2. De demander à la Directrice:
- a) de diffuser à l'intention des partenaires pertinents de la société la stratégie mondiale et les sections convenues du plan d'action;
  - b) de collaborer de manière constructive avec d'autres institutions internationales dans la Région qui sont chargées de la mise en œuvre de la stratégie aux échelons régional, sous-régional et national;
  - c) d'appuyer la promotion et la mise en œuvre effectives de la stratégie mondiale et des sections convenues du plan d'action;
  - d) de soumettre périodiquement un rapport au Conseil directeur, par le truchement du Comité exécutif, sur la mise en œuvre de la stratégie mondiale et les sections convenues du plan d'action.

*(Neuvième réunion, le 3 octobre 2008)*

***CD48.R16 La santé et les relations internationales : Leur lien avec la gestion du développement national de la santé***

***LE 48<sup>e</sup> CONSEIL DIRECTEUR,***

Ayant considéré le document soumis par la Directrice, *La santé et les relations internationales : Leur lien avec la gestion du développement national de la santé* (document CD48/15);

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

Considérant les recommandations du Groupe de travail sur l'OPS au 21<sup>e</sup> siècle;

Ayant à l'esprit les nombreux acteurs avec différentes fonctions et responsabilités qui ont un impact sur la gouvernance mondiale de la santé;

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

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

***DÉCIDE:***

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

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

*(Neuvième réunion, le 3 octobre 2008)*

## ***Décisions***

### ***Décision CD48(D1) Constitution de la Commission de vérification des pouvoirs***

En application de l'article 31 de son Règlement intérieur, le Conseil directeur a nommé le Honduras, le Pérou, et Saint-Kitts-Et-Nevis membres de la Commission de vérification des pouvoirs.

*(Première réunion, 29 septembre 2008)*

### ***Décision CD48(D2) Élection des membres du Bureau***

En application de l'article 16 de son Règlement intérieur, le Conseil directeur a élu le Brésil Président, le Panama et Saint-Vincent-et-les-Grenadines Vice-présidents, et le Mexique Rapporteur du 48<sup>e</sup> Conseil directeur.

*(Première réunion, 29 septembre 2008)*

### ***Décision CD48(D3) Adoption de l'ordre du jour***

En application de l'article 10 de son Règlement intérieur, le Conseil directeur a adopté, sans modification, l'ordre du jour soumis par la Directrice (Document CD48/1, Rév. 2).

*(Première réunion, 29 septembre 2008)*

### ***Décision CD48(D4) Constitution de la Commission générale***

En application de l'article 32 de son Règlement intérieur, le Conseil directeur a nommé le Chili, la Colombie, et les Etats-Unis d'Amérique membres de la Commission générale.

*(Première réunion, 29 septembre 2008)*

EN FOI DE QUOI, le Président du 48<sup>e</sup> Conseil directeur, Délégué du Brésil, et le Secrétaire de droit, Directeur du Bureau sanitaire panaméricain, signent le présent Rapport final dans les langues anglaise et espagnole, dont les deux textes font également foi.

FAIT à Washington, D.C., États-Unis d'Amérique, ce vingt-neuvième jour de septembre de l'an deux mille six. Le Secrétaire déposera les textes originaux dans les archives du Bureau sanitaire panaméricain et fera parvenir des exemplaires aux États Membres de l'Organisation.

---

José Gomes Temporão  
Président du 48<sup>e</sup> Conseil directeur  
Délégué du Brésil

---

Mirta Roses Periago  
Secrétaire de droit du 48<sup>e</sup> Conseil directeur  
Directrice du Bureau sanitaire  
panaméricain

## **ORDRE DU JOUR**

- 1. OUVERTURE DE LA SESSION**
  
- 2. QUESTIONS RELATIVES AU REGLEMENT**
  - 2.1 Constitution de la Commission de vérification des pouvoirs
  - 2.2 Élection du Président, de deux Vice-présidents et du Rapporteur
  - 2.3 Adoption de l'ordre du jour
  - 2.4 Constitution de la Commission générale
  
- 3. QUESTIONS RELATIVES A LA CONSTITUTION**
  - 3.1 Rapport annuel du Président du Comité exécutif
  - 3.2 Rapport annuel du Directeur du Bureau sanitaire panaméricain
  - 3.3 Élection de trois États membres au Comité exécutif au terme des mandats d'Antigua-et-Barbuda, Chili, et Panama
  
- 4. QUESTIONS RELATIVES A LA POLITIQUE DES PROGRAMMES**
  - 4.1 Méthodes collectives et individuelles pour la prévention et la prise en charge du diabète et de l'obésité
  - 4.2 Stratégie et plan d'action régionaux pour la prévention et le contrôle du cancer du col de l'utérus
  - 4.3 Stratégie et plan d'action régionaux pour la santé néonatale dans le contexte de soins à la mère, au nouveau-né et à l'enfant
  - 4.4 Stratégie régionale pour améliorer la santé des adolescents et des jeunes

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

- 4.5 Plan d'action régional pour le renforcement des statistiques de l'état civil et de la santé
- 4.6 Vers une élimination de l'onchocercose (cécité des rivières) aux Amériques
- 4.7 Amélioration de la disponibilité de sang et sécurité transfusionnelle aux Amériques
- 4.8 Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac : opportunités et défis concernant sa mise en œuvre aux Amériques
- 4.9 Gestion intégrée des vecteurs : une réponse intégrée aux maladies à transmission vectorielle
- 4.10 Panel sur les soins de santé primaires : Faire face aux déterminants de la santé et renforcer les systèmes de santé
- 4.11 La santé et les relations internationales : leur lien avec la gestion du développement national de la santé
- 4.12 Table ronde sur le changement climatique et son impact sur la santé publique : une perspective régionale
- 4.13 Contribution régionale au Forum ministériel mondial sur la recherche pour la santé
- 4.14 Santé publique, innovation et propriété intellectuelle : une perspective régionale
- 4.15 Quinzième réunion interaméricaine au niveau ministériel en matière de santé et d'agriculture (RIMSA): "Agriculture et santé: une alliance pour l'équité et le développement rural aux Amériques"
- 4.16 Prévention de la violence et des traumatismes et promotion de la sécurité : Appel à l'action dans la Région

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

- 5.1 Rapport sur le recouvrement des contributions
- 5.2 Rapport financier du Directeur et Rapport du Commissaire aux comptes pour 2006-2007
- 5.3 Utilisation du revenu de budget programme dépassant le budget ordinaire effectif autorisé pour 2006-2007
- 5.4 Traitement du Directeur du Bureau sanitaire panaméricain et amendement à l'alinéa 4.3 du statut du personnel

## **6. PRIX**

- 6.1 Prix de l'OPS en administration 2008
- 6.2 Prix Abraham Horwitz pour la direction en santé interaméricaine 2008

## **7. QUESTIONS POUR INFORMATION**

- 7.1 Budget programme biennal 2006-2007 de l'Organisation Panaméricaine de la Santé : appréciation de l'exécution
- 7.2 Cinquième Sommet des Amériques : Rapport sur les préparatifs
- 7.3 Préparatifs en cas de grippe aviaire et de grippe pandémique
- 7.4 Rapport du Comité consultatif de la recherche en santé
- 7.5 Plan stratégique pour 2008-2012, révisé
- 7.6 État de la révision institutionnelle du Centre de l'Amérique latine et la Caraïbe pour l'information en sciences de la santé (BIREME)

**7. QUESTIONS POUR INFORMATION** (*cont.*)

- 7.7 État de la révision institutionnelle de l'Institut pour la nutrition en Amérique centrale et Panama (INCAP)
- 7.8 Avant-projet de Budget programme 2010-2011 de l'Organisation mondiale de la Santé
- 7.9 Rapport sur d'appréciation de l'exécution de l'OMS 2006-2007
- 7.10 Procédures d'approvisionnement de l'OPS pour les achats stratégiques, y compris les vaccins

**8. AUTRES QUESTIONS**

**9. CLOTURE DE LA SESSION**

## LISTE DE DOCUMENTS

### Documents officiels (ci-joints en anglais)

Official Document 328	Plan stratégique
Official Document 331	Rapport financier du Directeur et rapport du Vérificateur des comptes 2006-2007

### Documents de travail

CD48/1, Rév. 2	Ordre du jour
CD48/2	Rapport annuel du Président du Comité exécutif
CD48/3, Rev. 1	Rapport annuel du Directeur du Bureau sanitaire panaméricain
CD48/4	Élection de trois États membres au Comité exécutif au terme des mandats d'Antigua-et-Barbuda, Chili, et Panama
CD48/5	Méthodes collectives et individuelles pour la prévention et la prise en charge du diabète et de l'obésité
CD48/6	Stratégie et plan d'action régionaux pour la prévention et le contrôle du cancer du col de l'utérus
CD48/7	Stratégie et plan d'action régionaux pour la santé néonatale dans le contexte du processus continu de soins à la mère, au nouveau-né et à l'enfant
CD48/7, Corrig.	Stratégie et plan d'action régionaux pour la santé néonatale dans le contexte du processus continu de soins à la mère, au nouveau-né et à l'enfant
CD48/8	Stratégie régionale pour améliorer la santé des adolescents et des jeunes

**Documents de travail** (*cont.*)

CD48/8, Corrig.	Stratégie régionale pour améliorer la santé des adolescents et des jeunes
CD48/9	Plan d'action régional pour le renforcement des statistiques de l'état civil et de la santé
CD48/10	Vers une élimination de l'onchocercose (cécité des rivières) aux Amériques
CD48/11	Amélioration de la disponibilité du sang et sécurité transfusionnelle aux Amériques
CD48/12	Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac : opportunités et défis concernant sa mise en œuvre aux Amériques
CD48/13	Gestion intégrée des vecteurs : une réponse intégrée aux maladies à transmission vectorielle
CD48/14, Rév. 1	Panel sur les soins de santé primaires : aborder les déterminants et renforcer les systèmes de santé
CD48/14, Add. 1	Panel sur les soins de santé primaires : aborder les déterminants et renforcer les systèmes de santé
CD48/14, Add. 1, Corrig.	Panel sur les soins de santé primaires : aborder les déterminants et renforcer les systèmes de santé
CD48/14, Add. II	Résumé des travaux du Groupe sur les soins de santé primaires : aborder les déterminants et renforcer les systèmes de santé
CD48/14, Add. II, Corrig.	Résumé des travaux du Groupe sur les soins de santé primaires : aborder les déterminants et renforcer les systèmes de santé
CD48/15	Santé et les relations internationales : leur lien avec la gestion du développement national de la santé

**Documents de travail** (*cont.*)

CD48/16	Table ronde sur le changement climatique et l'impact sur la santé publique : une perspective régionale
CD48/16, Add. I, Rév. 1	Table ronde sur le changement climatique et l'impact sur la santé publique : une perspective régionale
CD48/16, Add. II	Rapport final de la Table ronde sur le changement climatique et l'impact sur la santé publique : une perspective régionale
CD48/17	Contribution régionale au Forum ministériel mondial sur la recherche en santé
CD48/17, Add. I	Contribution régionale au Forum ministériel mondial sur la recherche en santé
CD48/18	Santé publique, innovation et propriété intellectuelle : une perspective régionale
CD48/19	15 <sup>e</sup> Réunion interaméricaine, à niveau ministériel, sur la Santé et l'agriculture (RIMSA) : « Agriculture et santé, une alliance pour l'équité et le développement rural aux Amériques »
CD48/20	Prévention de la violence et des traumatismes et promotion de la sécurité : Appel à l'action dans la Région
CD48/21	Rapport sur le recouvrement des contributions
CD48/21, Add. I	Rapport sur le recouvrement des contributions
CD48/22	Utilisation du revenu de budget programme dépassant le budget ordinaire effectif autorisé pour 2006-2007

**Documents de travail** (*cont.*)

CD48/23	Traitement du Directeur du Bureau sanitaire panaméricain et amendement à l'alinéa 4.3 du Statut du personnel
CD48/24	Prix de l'OPS en administration 2008
CD48/25	Prix Abraham Horwitz pour la direction en santé interaméricaine 2008

**Documents d'information** (ci-joints en anglais)

CD48/INF/1	Budget programme biennal 2006-2007 de l'Organisation Panaméricaine de la Santé : appréciation de l'exécution
CD48/INF/2	Cinquième Sommet des Amériques : Rapport sur les préparatifs
CD48/INF/3	Préparatifs en cas de grippe aviaire et de grippe pandémique
CD48/INF/4	Rapport du Comité consultatif de la recherche en santé
CD48/INF/5, Rev. 1	Plan stratégique pour 2008-2012, révisé
CD48/INF/6	État de la révision institutionnelle du Centre latino-américain et des Caraïbes pour l'information en sciences de la santé (BIREME)
CD48/INF/7	État de la révision institutionnelle de l'Institut pour la nutrition en Amérique centrale et Panama (INCAP)
CD48/INF/8	Procédures d'approvisionnement de l'OPS pour les achats stratégiques, y compris les vaccins

**LIST OF PARTICIPANTS  
LISTA DE PARTICIPANTES**

**MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS**

**ANTIGUA AND BARBUDA/ANTIGUA Y BARBUDA**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Ms. Rhonda Sealey-Thomas  
Acting Chief Medical Officer  
Ministry of Health, Sports, and Youth Affairs  
St. John's

**ARGENTINA**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Lic. Alberto Hernández  
Secretario de Determinantes de la Salud  
y Relaciones Sanitarias  
Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación  
Buenos Aires

Delegates – Delegados

Dr. Humberto Jure  
Secretario de Prevención y Control de Riesgos  
Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación  
Buenos Aires

Lic. Ernesto Bascolo  
Dirección de Economía de la Salud  
Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación  
Buenos Aires

Alternate – Alterno

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

**MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS** *(cont.)*

**BAHAMAS**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. Dr. Hubert Alexander Minnis, MP  
Minister of Health and Social Development  
Ministry of Health and Social Development  
Nassau

Delegates – Delegados

Dr. Merceline Dahl-Regis  
Chief Medical Officer  
Ministry of Health and Social Development  
Nassau

Ms. Camille Johnson  
Permanent Secretary  
Ministry of Health and Social Development  
Nassau

Alternates – Alternos

Dr. Pearl McMillan  
Medical Officer/Planning  
Ministry of Health and Social Development  
Nassau

Dr. Phillip Swain  
Acting Medical Staff Coordinator  
Ministry of Health and Social Development  
Nassau

Ms. Rhoda Jackson  
Charge'd' Affaires and Interim Representative  
Permanent Mission of The Bahamas  
to the Organization of American States  
Washington, DC

Mr. Chet Neymour  
Counselor, Alternate Representative of The Bahamas  
to the Organization of American States  
Washington, DC

**MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS** (*cont.*)

**BARBADOS**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. David Estwick, M.P.  
Minister of Health  
Ministry of Health  
St. Michael

Delegates – Delegados

Mr. Martin Cox  
Permanent Secretary  
Ministry of Health  
St. Michael

Dr. Joy St. John  
Chief Medical Officer  
Ministry of Health  
St. Michael

Alternate – Alterno

Ms. Donna Forde  
Counsellor  
Permanent Mission of Barbados to the  
Organization of American States  
Washington, D.C.

**BELIZE/BELICE**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Mrs. Kendall Belisle  
First Secretary  
Embassy of Belize  
Washington, D.C.

**MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS** (*cont.*)

**BOLIVIA**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Sr. Dr. Ramiro Tapia  
Ministro de Salud y Deportes  
Ministerio de Salud y Deportes  
La Paz

Delegates – Delegados

Dra. Maria Beatriz Cañipa  
Coordinadora de Relaciones Internacionales  
Ministerio de Salud y Deportes  
La Paz

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

Alternates – Alternos

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

Sra. Nilda Copa Candori  
Secretaria  
Federación Nacional de Mujeres de Bolivia  
La Paz

**MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)**

**BRAZIL/BRASIL**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Sr. Dr. José Gomes Temporão  
Ministro da Saúde  
Ministério da Saúde  
Brasília

Delegates – Delegados

Dr. Paulo Marchiori Buss  
Presidente da Fundação Oswaldo Cruz  
Rio de Janeiro

Dr. Rômulo Maciel Filho  
Diretor de Programa do Gabinete do Ministro  
Ministério da Saúde  
Brasília

Alternates – Alternos

Dr. Francisco Eduardo de Campos  
Secretário de Gestão do Trabalho  
e da Educação na Saúde  
Ministério da Saúde  
Brasília

Ministro Eduardo Botelho Barbosa  
Assessor Internacional  
Ministério da Saúde  
Brasília

Ministro Silvio José Albuquerque e Silva  
Chefe da Divisão de Temas Sociais  
Ministério da Saúde  
Brasília

**MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS** (*cont.*)

**BRAZIL/BRASIL**

Alternates – Alternos (*cont.*)

Dr. Eduardo Hage Carmo  
Diretor do Departamento de  
Vigilância Epidemiológica  
Ministério da Saúde  
Brasília

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

Dr. Leandro Luiz Viegas  
Assessor Técnico da Secretaria de Ciência,  
Tecnologia e Insumos Estratégicos  
Ministério da Saúde  
Brasília

Dr. Sérgio Gaudêncio  
Consultor para Assuntos Internacionais  
da Secretaria de Vigilância em Saúde  
Ministério da Saúde  
Brasília

Sr. Márcio Farias Lobato  
Oficial de Chancelaria da Divisão de Temas Sociais  
Ministério da Saúde  
Brasília

Sra. Priscila Meneghini Lambert  
Jornalista  
Assessoria de Comunicação Social  
Ministério da Saúde  
Brasília

**MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS** (*cont.*)

**BRAZIL/BRASIL**

Alternates – Alternos (*cont.*)

Sua Excelência Osmar Chohfi  
Embaixador, Representante Permanente do Brasil junto à  
Organização dos Estados Americanos  
Washington, D.C.

Sra. Ana Maria de Souza Bierrenbach  
Conselheira  
Missão Permanente do Brasil junto à  
Organização dos Estados Americanos  
Washington, D.C.

**CANADA/CANADÁ**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Karen Dodds  
Assistant Deputy Minister  
Health Canada  
Ottawa

Delegates – Delegados

Ms. Bersabel Ephrem  
Director General  
International Affairs Directorate  
Health Canada  
Ottawa

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

**MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS** (*cont.*)

**CANADA/CANADÁ** (*cont.*)

Alternates – Alternos

Ms. Kate Dickson  
Senior Policy Advisor  
PAHO/Americas  
Health Canada  
Ottawa, Ontario

Ms. Carolina Seward  
Policy Analyst  
PAHO/Americas  
Health Canada  
Ottawa, Ontario

Ms. Jane Billings  
Senior Assistant  
Assistant Deputy Minister's Office  
Public Health Agency  
Ottawa, Ontario

Ms. Kim Elmslie  
Director General  
Health Promotion and Chronic Diseases  
Prevention Branch  
Public Health Agency  
Ottawa, Ontario

Dr. Garry Aslanyan  
Principal Advisor/Manager  
International Public Health Division  
Public Health Agency  
Ottawa, Ontario

Ms. Ranu Sharma  
Policy Analyst  
Planning and Public Health Integration Branch  
Public Health Agency  
Ottawa, Ontario

**MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS** (*cont.*)

**CANADA/CANADÁ** (*cont.*)

Alternates – Alternos (*cont.*)

Ms. Amrita Paul  
Health Specialist, Americas Branch  
Canadian International Development Agency  
Gatineau, Quebec

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

Ms. Arlene Wilgosh  
Deputy Minister of Health Living  
Manitoba Health/Health Living  
Manitoba

Ms. Marie Rochette  
Director  
Minister of Health and Social Services  
Quebec

**CHILE**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dra. Jeannette Vega  
Subsecretario de Salud Pública  
Ministerio de Salud  
Santiago

**MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS** (*cont.*)

**CHILE**

Delegates – Delegados

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

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

**COLOMBIA**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Sra. María Clara Isaza  
Jefa de la Oficina de Cooperación y Relaciones Internacionales  
Ministerio de la Protección Social  
Santa Fe de Bogotá

Delegate – Delegado

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

**COSTA RICA**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dra. Rossana García  
Directora General de Salud  
Ministerio de Salud  
San José

**MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)**

**COSTA RICA**

Delegate – Delegado

Sra. Maritza Chan  
Ministra Consular  
Misión Permanente de Costa Rica  
ante la Organización de los Estados Americanos  
Washington, D.C.

**CUBA**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Joaquín García Salabarría  
Viceministro de Salud Pública  
Ministerio de Salud Pública  
La Habana

Delegates – Delegados

Dr. Néstor Marimón  
Director de Relaciones Internacionales  
Ministerio de Salud Pública  
La Habana

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

Alternates – Alternos

Sr. Jorge Bolaños  
Jefe de la Sección de Intereses  
Washington, D.C.

Sr. Damián Cordero  
Segundo Secretario  
Jefe de la Sección de Intereses  
Washington, D.C.

**MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS** (*cont.*)

**DOMINICA**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. John Fabien  
Minister for Health and Environment  
Ministry for Health and Environment  
Government Headquarters  
Roseau

Delegate – Delegado

Dr. David Johnson  
Acting Chief Medical Officer  
Ministry for Health and Environment  
Government Headquarters  
Roseau

**DOMINICAN REPUBLIC/REPÚBLICA DOMINICANA**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dra. Tirsis Quezada  
Subsecretaria de Estado de Salud  
Secretaría de Salud Pública y Asistencia Social  
Santo Domingo

Delegates – Delegados

Sr. Luis Fernández Guzmán  
Ministro Consejero, Representante Alterno de la  
República Dominicana ante la Organización  
de los Estados Americanos  
Washington, D.C.

**MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS** (*cont.*)

**DOMINICAN REPUBLIC/REPÚBLICA DOMINICANA**

Delegates – Delegados (*cont.*)

Sr. José Luis Domínguez Brito  
Consejero, Representante Alterno de la  
República Dominicana ante la Organización  
de los Estados Americanos  
Washington, D.C.

**ECUADOR**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Su Excelencia Efrén Cocíos Jaramillo  
Embajador, Representante Alterno de Ecuador  
ante la Organización de los Estados Americanos  
Washington, D.C.

Delegate – Delegado

Sra. Elizabeth Moreano  
Representante Alterno  
Misión Permanente del Ecuador ante la  
Organización de los Estados Americanos  
Washington, D.C.

**EL SALVADOR**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. José Guillermo Maza Brizuela  
Ministro de Salud Pública y Asistencia Social  
Ministerio de Salud Pública y  
Asistencia Social  
San Salvador

**MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS** (*cont.*)

**EL SALVADOR**

Delegate – Delegado

Dra. Elena Castro de Montúfar  
Asesora Médica  
Ministerio de Salud Pública y  
Asistencia Social  
San Salvador

**FRANCE/FRANCIA**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

S.E. Madame Marie-France Pagnier  
Ambassadeur, Observateur permanent de la France  
près l'Organisation des États Américains  
Washington, D.C.

Delegates – Delegados

Mme Elizabeth Connes-Roux  
Observatrice permanente adjointe de la France près  
de l'Organisation des États Américains  
Washington, D.C.

Professeur Jacques Drucker  
Conseiller santé près l'Ambassade de France  
aux États-Unis  
Washington, D.C.

Alternate – Alterno

Mlle Julie Mauvernay  
Stagiaire  
Observateur permanent de la France  
près l'Organisation des États Américains  
Washington, D.C.

**MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS** (*cont.*)

**GRENADA/GRANADA**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. Karl Hood  
Minister of Health  
Ministry of Health  
St. George's

Delegate – Delegado

His Excellence Mr. Denis Antoine  
Ambassador, Permanent Mission of Grenada  
to the Organization of American States  
Washington, D.C.

**GUATEMALA**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Sr. Dr. Celso Cerezo Mulet  
Ministro de Salud Pública  
y Asistencia Social  
Ministerio de Salud Pública  
y Asistencia Social  
Ciudad de Guatemala

Delegates – Delegados

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

Excelentísimo Sr. Lionel Valentín Maza Luna  
Embajador, Representante Permanente de Guatemala  
ante la Organización de los Estados Americanos  
Washington, D.C.

**MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS** (*cont.*)

**GUATEMALA**

Alternate – Alterno

Sra. Alexandra Brady Villagran  
Ministra Consejera  
Misión Permanente de Guatemala  
ante la Organización de los Estados Americanos  
Washington, D.C.

**GUYANA**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. Dr. Leslie Ramsammy  
Minister of Health  
Ministry of Health  
Georgetown

**HAITI/HAÏTÍ**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

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

**MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS** (*cont.*)

**HAITI/HAÏTÍ**

Delegates-Delegados (*cont.*)

M. Antonio Rodrigue  
Ambassadeur, Représentant Permanent  
Mission permanente d'Haïti près  
l'Organisation des États Américains  
Washington, D.C.

**HONDURAS**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dra. Nerza Paz  
Vice Ministra de Salud  
Secretaría de Estado en el Despacho de Salud  
Tegucigalpa, D.C.

Delegates – Delegados

Dra. Ritza Yolany Lizardo Soto  
Asesora  
Secretaría de Estado en el Despacho de Salud  
Tegucigalpa, D.C.

Dra. Claudia Elizabeth Quiroz Mejía  
Asesora  
Secretaría de Estado en el Despacho de Salud  
Tegucigalpa, D.C.

**MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS** (*cont.*)

**JAMAICA**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. Rudyard Spencer  
Minister of Health  
Ministry of Health  
Kingston

Delegates – Delegados

Dr. E. Grace Allen Young  
Permanent Secretary  
Ministry of Health  
Kingston

Dr. Sheila Campbell-Forrester  
Acting Chief Medical Officer  
Ministry of Health  
Kingston

Alternate – Alterno

Dr. Beverly Wright  
Medical Officer of Health  
Ministry of Health  
Kingston

**MEXICO/MÉXICO**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

**MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)**

**MEXICO/MÉXICO**

Delegates – Delegados

Dr. Mauricio Hernández Ávila  
Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud  
Secretaría de Salud  
México, D. F.

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

Alternates – Alternos

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

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

Lic. Francisco Hernández Aguilar  
Director General  
Dirección General de Relaciones Internacionales  
Secretaría de Salud  
México, D.F.

Ministro Luis Javier Campuzano  
Representante Alternativo de México ante la  
Organización de los Estados Americanos  
Washington, D.C.

**MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS** (*cont.*)

**MEXICO/MÉXICO** (*cont.*)

Alternates – Alternos (*cont.*)

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

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

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

Dr. Eduardo Jaramillo Navarrete  
Director Ejecutivo de Operación Internacional  
Secretaría de Salud  
México, D.F.

Sra. Claudia Camargo-Bohorquez  
Subdirectora de Gestión Interamericana  
Secretaría de Salud  
México, D.F.

**NICARAGUA**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Sra. Nadine E. Lacayo Renner  
Ministra Consejera  
Misión Permanente de Nicaragua ante la  
Organización de los Estados Americanos  
Washington D.C.

**MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS** (*cont.*)

**NICARAGUA** (*cont.*)

Delegate – Delegado

Lic. Julieta María Blandón Miranda  
Primer Secretario  
Misión Permanente de Nicaragua ante la  
Organización de los Estados Americanos  
Washington D.C.

**PANAMA/PANAMÁ**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Sra. Dra. Dora Jara  
Viceministra de Salud  
Ministerio de Salud  
Ciudad de Panamá

Delegates – Delegados

Dra. Laura de Thomas  
Subdirectora General de Salud  
Ministerio de Salud  
Ciudad de Panamá

Su Excelencia Alina Guerrero  
Embajadora, Representante Permanente de Panamá  
ante la Organización de los Estados Americanos  
Washington D.C.

Alternates – Alternos

Sr. Rafael Donado  
Consejero Económico, Representante Alternativo de Panamá  
ante la Organización de los Estados Americanos  
Washington D.C.

**MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS** (*cont.*)

**PANAMA/PANAMÁ**

Alternates – Alternos (*cont.*)

Sr. Milton Ruiz  
Consejero, Representante Alterno de Panamá  
ante la Organización de los Estados Americanos  
Washington D.C.

**PARAGUAY**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dra. Esperanza Martínez  
Ministra de Salud Pública y  
Bienestar Social  
Ministerio de Salud Pública y  
Bienestar Social  
Asunción

Delegates – Delegados

Dra. Rosa Benítez de Franco  
Directora de Coordinación de  
Regiones Sanitarias  
Ministerio de Salud Pública y  
Bienestar Social  
Asunción

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

**MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS** (cont.)

**PERU/PERÚ**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Excelentísima Sra. María Zavala Valladares  
Embajadora, Representante Permanente del Perú ante la  
Organización de los Estados Americanos  
Washington, D.C.

Delegates – Delegados

Sr. Orlando Velorio Pérez  
Ministro, Representante Alterno del Perú ante la  
Organización de los Estados Americanos  
Washington, D.C.

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

Alternate – Alterno

Mrs. Ana María Sánchez  
Ministra Consejera, Representante Alterno del Perú ante la  
Organización de los Estados Americanos  
Washington, D.C.

**SAINT KITTS AND NEVIS/ SAINT KITTS Y NEVIS**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. Rupert Emmanuel Herbert  
Minister of Health and Environment  
Ministry of Health and Environment  
Basseterre

**MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS** *(cont.)*

**SAINT KITTS AND NEVIS/ SAINT KITTS Y NEVIS**

Delegate – Delegado

Mr. Elvis Newton  
Permanent Secretary  
Ministry of Health and Environment  
Basseterre

**SAINT LUCIA/SANTA LUCÍA**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Honourable Dr. Keith Mondesir  
Minister for Health, Wellness, Human Services,  
Family Affairs and Gender Relations  
Ministry for Health, Wellness, Human Services,  
Family Affairs and Gender Relations  
Castries

Delegate – Delegado

Dr. Clenie Greer-Lacascade  
Minister Councillor  
Embassy of Saint Lucia  
Washington D.C.

**SAINT VINCENT AND THE GRENADINES/  
SAN VICENTE Y LAS GRANADINAS**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

**MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS** (*cont.*)

**SAINT VINCENT AND THE GRENADINES/  
SAN VICENTE Y LAS GRANADINAS**

Delegate – Delegado

Her Excellency La Celia A. Prince  
Ambassador, Permanent Representative of  
Saint Vincent and the Grenadines to the  
Organization of American States  
Washington, D.C.

**SURINAME**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. Dr. Celsius Waterberg  
Minister of Health  
Ministry of Health  
Paramaribo

Delegates – Delegados

Ms. Sabitadevie Nanhoe-Gangadin  
Coordinator of International Relations  
Ministry of Health  
Paramaribo

Dr. Robert Brohim  
Policy Advisor and Coordinator of Primary Health Care  
Ministry of Health  
Paramaribo

**MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS** (*cont.*)

**TRINIDAD AND TOBAGO/TRINIDAD Y TABAGO**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Senator the Honourable Jerry Narace  
Minister of Health  
Ministry of Health  
Trinidad and Tobago

Delegates – Delegados

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

Ms. Sandra Jones  
Acting Permanent Secretary  
Ministry of Health  
Port-of-Spain

Alternate – Alterno

Mr. Garth A. Lamsee  
First Secretary  
Embassy of the Republic of Trinidad and Tobago  
Washington, D.C.

**UNITED KINGDOM/REINO UNIDO**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Mr. Will Niblett  
Team Leader for Global Affairs  
Department of Health  
London

**MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS** (*cont.*)

**UNITED KINGDOM/REINO UNIDO**

Delegates – Delegados

Hon. Evan Rogers  
Minister of Social Development  
Ministry of Social Development  
Anguilla

Dr. Bonnie Richardson-Lake  
Permanent Secretary  
Ministry of Health and Social Development  
Anguilla

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

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. William Steiger  
Assistant to the Secretary for International Affairs  
Department of Health and Human Services  
Washington, D.C.

Delegates – Delegados

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

Alternates – Alternos

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

**MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS** (*cont.*)

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

Alternates – Alternos (*cont.*)

Mr. Gerald Anderson  
Deputy Assistant Secretary for  
Economic and Global issues  
Bureau of International Organization Affairs  
Department of State  
Washington, D.C.

Dr. Stephen Blount  
Director, Coordinating Office on Global Health  
Centers for Disease Control and Prevention  
Atlanta, Georgia

Mr. Michael Glover  
Director  
Office of Technical and Specialized Agencies  
Bureau of International Organization Affairs  
Department of State  
Washington, D.C.

Dr. Jay McAuliffe  
Senior Policy Officer for the Americas  
Centers for Disease Control and Prevention  
Department of Health and Human Services  
Atlanta, Georgia

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

**MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS** (*cont.*)

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

Alternates – Alternos (*cont.*)

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

Mr. Jason Donaldson  
Health Analyst  
Office of Global Health Affairs  
Department of Health and Human Services  
Washington, D.C.

**URUGUAY**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dra. María Julia Muñoz  
Ministra de Salud Pública  
Ministerio de Salud Pública  
Montevideo

Delegates – Delegados

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

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

**MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS** (cont.)

**VENEZUELA**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

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.

Sr. Alirio Delgado  
Asesor de la Oficina de Cooperación Técnica y  
Relaciones Internacionales  
Ministerio del Poder Popular para la Salud  
Caracas

Alternates – Alternos

Dra. Ana Teresa Uzcategui  
Asesora de la Oficina de Cooperación Técnica y  
Relaciones Internacionales  
Ministerio del Poder Popular para la Salud  
Caracas

T.S.U. Aura Yesire Sequera  
Asistente de la Viceministra  
de Redes de Salud Colectiva  
Ministerio del Poder Popular para la Salud  
Caracas

Lic. Maribi Loreto  
Asistente de la Viceministra  
de Redes de Salud Colectiva  
Ministerio del Poder Popular para la Salud  
Caracas

**ASSOCIATE MEMBERS/MIEMBROS ASOCIADOS**

**PUERTO RICO**

Dr. Johnny Rullán  
Secretario de Salud  
Departamento de Salud  
San Juan

Dr. Raúl G. Castellanos Bran  
Asesor del Secretario de Salud  
Departamento de Salud  
San Juan

**OBSERVER STATES/ESTADOS OBSERVADORES**

**SPAIN/ESPAÑA**

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

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

**REPRESENTATIVES OF THE EXECUTIVE COMMITTEE  
REPRESENTANTES DEL COMITÉ EJECUTIVO**

Ms. Rhonda Sealey-Thomas  
Acting Chief Medical Officer  
Ministry of Health, Sports, and Youth Affairs  
St. John's, Antigua and Barbuda

**REPRESENTATIVES OF THE EXECUTIVE COMMITTEE (cont.)**  
**REPRESENTANTES DEL COMITÉ EJECUTIVO (cont.)**

Dra. María Julia Muñoz  
Ministra de Salud Pública  
Ministerio de Salud Pública  
Montevideo, Uruguay

**AWARD WINNERS**  
**GANADORES DE LOS PREMIOS**

**PAHO Award for Administration 2008**  
**Premio OPS en Administración 2008**

Dr. Hugo Villar Teijeiro  
Uruguay

**Abraham Horwitz Award for Leadership in Inter-American Health 2007**  
**Premio Abraham Horwitz al Liderazgo en la Salud Interamericana 2007**

Dr. César Vitoria  
Brazil

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

**Caribbean Community**  
**Comunidad del Caribe**

Dr. Rudolph O. Cummings  
Dr. Edward Greene  
Dr. Jerome Walcott

**UNITED NATIONS AND SPECIALIZED AGENCIES (cont.)**  
**NACIONES UNIDAS Y AGENCIAS ESPECIALIZADAS (cont.)**

**United Nations Children's Fund**  
**Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia**

Ms. Jean Gough  
Dr. Enrique Paz

**United Nations High Commissioner for Refugees**  
*Agencia de Naciones Unidas para los Refugiados*

Ms. Jana Mason  
Ms. Tessa Valk

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

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

Dr. José Miguel Insulza

**Inter-American Development Bank**  
**Banco Interamericano de Desarrollo**

Mrs. Kei Kawabata

**REPRESENTATIVES OF NONGOVERNMENTAL ORGANIZATIONS  
REPRESENTANTES DE ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES**

**Alzheimer's Society of Canada**

Mr. Scott Dudgeon  
Mr. Mike Splaine

**American Society for Microbiology  
Sociedad Interamericana de Microbiología**

Ms. Lily Schuermann

**International Association for Dental Research  
Asociación Internacional para la Investigación Dental**

Dr. Christopher Fox

**International Council for Control of Iodine Deficiency Disorders  
Consejo Internacional para la Lucha contra los Trastornos por Carencia de Yodo**

Dr. Eduardo Pretell

**International Pediatric Association  
Asociación Internacional de Pediatría**

Dr. Sergio Augusto Cabral

**International Special Dietary Foods Industries  
Federación Internacional de Industrias de Alimentos Dietéticos**

Ms. Jackie Keith

**REPRESENTATIVES OF NONGOVERNMENTAL ORGANIZATIONS (cont.)**  
**REPRESENTANTES DE ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES (cont.)**

**International Federation of Medical Student's Associations**  
**Federación Internacional de Asociaciones de Estudiantes de Medicina**

Ms. Stéphanie Forté  
Mr. Diego Lim

**International Federation of Pharmaceutical Manufacturers Associations**  
**Federación Internacional de la Industria del Medicamento**

Ms. Cinthya Ramirez  
Mr. Richard Kjeldgaard  
Ms. Karen Hauda  
Ms. Corry Jacobs  
Ms. Maria C. García  
Mr. Michael Rush  
Ms. Jennifer Young  
Ms. Laura Efros  
Mr. Thomas Bombelles

**International Planned Parenthood Federation**  
**Federación Internacional de Planificación de la Familia**

Dr. Ilka Maria Rondinelli

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

Dr. Rubén Abete

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

Dr. Juan Larzabal

**REPRESENTATIVES OF NONGOVERNMENTAL ORGANIZATIONS (cont.)**  
**REPRESENTANTES DE ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES (cont.)**

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

Ms. Marcela Gaitán

**US Pharmacopeia**

Dr. Roger Williams  
Mr. Ed Zhao  
Dr. Damian Cairatti

**World Federation of Hemophilia**  
**Federación Mundial de Hemofilia**

Mrs. Luisa Durante  
Dr. Bruce L. Evatt

**World Self-Medication Industry**  
**Industria Mundial de la Automedicación Responsable**

Lic. Héctor Bolaños

**OTHER INVITED ORGANIZATIONS/OTRAS ORGANIZACIONES**  
**INVITADAS**

**Association of American Veterinary Medical Colleges**

Dr. Primo Arámbulo  
Dr. Michael Chaddock  
Ms. Marguerite Pappaoandu

**OTHER INVITED ORGANIZATIONS/OTRAS ORGANIZACIONES  
INVITADAS (cont.)**

**Programa para la Eliminación de la Oncocercosis en las Américas**

Dr. Mauricio Sauerbrey

**Rotary International in the Safe Blood of the Americas Program**

Dr. Elena Tscherny

**SPECIAL GUESTS/INVITADOS ESPECIALES**

Ing. Maureen Ballesteros  
Vicepresidenta, Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica

Dra. María Fernanda Espinoza  
Embajadora de Ecuador ante las Naciones Unidas

Sir Michael Marmot  
Chair, Commission on Social Determinants of Health

**WORLD HEALTH ORGANIZATION  
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD**

Dr. Margaret Chan  
Director-General  
Geneva

Mr. Ian Smith  
Advisor to the Director-General

Dr. Andreas Ullrich  
Medical Officer, Programme in Cancer

**WORLD HEALTH ORGANIZATION (cont.)**  
**ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (cont.)**

Dr. Elizabeth Mason  
Director FCH/CAH

Dr. Jorge Bermudez  
Executive Secretary UNITAID

Dr. Kazuyo Ichimori  
HTM/NTD

Dr. Janis Lazdins-Helds  
Acting Coordinator, CDS/TDR/PDE

Dr. Douglas Bettcher  
Director, a.i., Tobacco Free Initiative

Dr. Haik Nikogosian  
Head of the Convention Secretariat  
WHO Framework Convention on Tobacco Control

Dr. Win Van Lerberghe  
Cluster of Health Systems and Services

**PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION**  
**ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD**

**Director and Secretary ex officio of the Conference**  
**Directora y Secretaria ex officio de la Conferencia**

Dr. Mirta Roses Periago

**PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (cont.)**  
**ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (cont.)**

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

Dr. Cristina Beato  
Deputy Director  
Directora Adjunta

Dr. Socorro Gross  
Assistant Director  
Subdirectora

Mr. Michael A. Boorstein  
Director of Administration  
Director de Administración

---