



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



43^e CONSEIL DIRECTEUR

53^e SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL

Washington, D.C., E-U, 24-28 septembre 2001

Point 3.1 de l'ordre du jour provisoire

CD43/3 (Fr.)

20 juillet 2001

ORIGINAL : ANGLAIS

RAPPORT ANNUEL DU PRÉSIDENT DU COMITÉ EXÉCUTIF

Le rapport sur les activités réalisées par le Comité exécutif et ses divers sous-comités de septembre 2000 à septembre 2001 est présenté ci-après conformément à l'Article 9.C de la Constitution de l'Organisation panaméricaine de la Santé. Pendant cette période, le Comité exécutif a tenu deux sessions : la 127^e session le 29 septembre 2001 et la 128^e session du 25 au 28 juin 2001. Le Sous-Comité de la Femme, la Santé et le Développement a tenu sa 19^e session du 12 au 14 mars 2001 et le Sous-Comité de planification et de programmation a tenu sa 35^e session du 14 au 16 mars 2001.

Les Membres du Comité exécutif pendant la période couverte par ce rapport sont les suivants : Bolivie, Canada, Cuba, El Salvador, Guyana, Jamaïque, Nicaragua, États-Unis d'Amérique et Uruguay. Des délégués de tous les États membres du Comité et les observateurs de la Grenade et du Venezuela ont assisté à la 127^e session. Une organisation non gouvernementale était représentée. Des délégués de tous les États membres ont également assisté à la 128^e session. Des représentants d'Antigua-et-Barbuda, Chili, République dominicaine, France et Mexique ont également assisté en qualité d'observateur. De plus, cinq organisations intergouvernementales et six organisations non gouvernementales étaient représentées.

Les Membres qui ont été élus pour faire partie du Bureau de la 127^e et de la 128^e sessions sont : Cuba (Président), Canada (Vice-Président) et Nicaragua (Rapporteur).

Lors de la 127^e session, Cuba et El Salvador ont été élus pour faire partie du Sous-Comité de planification et de programmation à l'expiration des mandats de l'Équateur et du Mexique auprès du Comité exécutif. La Bolivie et la Jamaïque ont été élus pour faire parti du Comité permanent des Organisations non gouvernementales à l'expiration du mandat d'Antigua-et-Barbuda et de l'Équateur auprès du Comité exécutif.

Le Comité a fixé les dates pour la 19^e session du Sous-Comité sur la Femme, la Santé et le Développement; la 35^e session du Sous-Comité de Planification et de Programmation (SPP); la 128^e session du Comité exécutif et le 43^e Conseil directeur. Le Comité a également proposé des thèmes de l'ordre du jour du SPP. Un des points de l'ordre du jour, à la demande du Gouvernement du Venezuela, concerne l'examen des mécanismes d'élection des Organes directeurs de l'OPS en vue d'assurer une représentation équitable des États membres. Mais la demande a été retirée par la suite par le Gouvernement du Venezuela et cet article n'a pas été discuté par le Sous-Comité ni porté à l'attention du Comité exécutif.

Lors de sa 127^e session, le Comité a adopté huit décisions figurant de pair avec un récapitulatif des délibérations du Comité dans le Rapport final de la 127^e session (annexe A).

Lors de sa 128^e session, le Comité a nommé les délégués de Cuba et du Canada pour le représenter lors du 43^e Conseil directeur, 53^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques et a choisi les représentants de la Jamaïque et de l'Uruguay comme remplaçants respectifs de Cuba et du Canada. Il a également approuvé un ordre du jour provisoire pour le 43^e Conseil directeur. Le Comité a pris connaissance des rapports du Sous-Comité de Planification et de Programmation; du Sous-Comité sur la Femme, la Santé et le Développement, le Jury du Prix d'Administration de l'OPS et du Comité permanent des organisations non gouvernementales.

Les questions suivantes ont également été discutées lors de la 18^e session :

Questions relatives à la politique des programmes

- Avant-projet du budget programme de l'Organisation panaméricaine de la Santé pour l'exercice financier 2002-2003
- Syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) dans les Amériques
- Vaccins et immunisation
- Rapport sur la XII^e Réunion interaméricaine, au niveau ministériel, sur la Santé et l'Agriculture
- Développement et consolidation de la gestion des ressources humaines dans le secteur de la santé
- Santé, eau potable et assainissement dans le développement humain durable
- Règlement sanitaire international
- Prévention et contrôle de la dengue
- Convention-cadre sur le contrôle du tabac
- Promotion de la santé
- Santé mentale
- Rapport sur le Troisième Sommet des Amériques

- Plan stratégique pour l'Organisation panaméricaine de la Santé correspondant à la période 2003-2007

Questions administratives et financières

Rapport sur le recouvrement des contributions
Rapport financier provisoire du Directeur pour 2000
Bâtiments et locaux de l'OPS

Questions relatives au personnel

Amendements au Règlement du personnel du BSP
Déclaration du Représentant de l'Association du personnel du BSP

Questions d'ordre général

Résolutions et autres actions de la Cinquante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé revêtant un intérêt pour le Comité exécutif de l'OPS

Lors de sa 128^e session, le Comité exécutif a adopté 16 résolutions et 11 décisions qui figurent de pair avec un récapitulatif des présentations et discussions concernant chaque point de l'ordre du jour dans le Rapport final de la 128^e session (annexe B)

Annexes



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

Annexe



128^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF

Washington, D.C., E-U, 25-29 juin 2001

CE128/FR (Fr.)

28 juin 2001

ORIGINAL : ANGLAIS-ESPAGNOL

RAPPORT FINAL

TABLE DES MATIÈRES

	<i>Page</i>
Ouverture de la session	5
Questions relatives au règlement	5
Bureau	5
Adoption de l'ordre du jour et du programme des séances	6
Représentation du Comité exécutif lors du 43 ^e conseil directeur, 53 ^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques	6
Ordre du jour provisoire du 43 ^e Conseil directeur, 53 ^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques	6
Questions constitutionnelles	7
Processus d'élection du Directeur du Bureau panaméricain de la Santé	7
Questions relatives aux Comités et Sous-Comités	9
Rapport du Sous-Comité de planification et de programmation	9
Rapport du Sous-Comité sur la femme, la santé et le développement	10
Rapport du jury du prix d'administration 2001-08-22	11
Rapport du Comité permanent des organisations non gouvernementales	12
Questions relatives à la politique des programmes	13
Avant-projet du budget programme de l'Organisation panaméricaine de la Santé pour l'exercice financier 2002-2003	13
Vaccins et immunisation	17
Rapport sur la XII ^e Réunion interaméricaine, au niveau ministériel, sur la Santé et l'Agriculture	20
Règlement sanitaire international	24
Convention-cadre sur le contrôle du tabac	27
Promotion de la santé	30
Santé, eau potable et assainissement dans le développement humain durable	33
Développement et consolidation de la gestion des ressources humaines dans le secteur de la santé	37
Syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) dans les Amériques	41
Prévention et contrôle de la dengue	45

TABLE DES MATIÈRES (suite)

	<i>Page</i>
Questions relatives à la politique des programmes (suite)	
Santé mentale	48
Rapport sur le Troisième Sommet des Amériques.....	51
Plan stratégique pour l'Organisation panaméricaine de la Santé correspondant à la période 2003-2007	54
Questions administratives et financières	57
Rapport sur le recouvrement des contributions.....	57
Rapport financier provisoire du Directeur pour 2000	58
Bâtiments et autres locaux de l'OPS	59
Questions relatives au personnel	60
Amendements au Règlement du personnel du BSP	60
Déclaration du Représentant de l'Association du personnel du BSP.....	62
Questions d'ordre général	63
Résolutions et autres actions de la Cinquante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé revêtant un intérêt pour le Comité exécutif de l'OPS	63
Clôture de la session	65
Résolutions et décisions	
Résolutions	65
CE128.R1 Règlement Sanitaire International	65
CE128.R2 La XII ^e Réunion Interaméricaine, au Niveau Ministériel, Sur la santé et l'agriculture.....	67
CE128.R3 développement et consolidation de la gestion des ressources humaines dans le secteur de la santé	69
CE128.R4 Amendements au Règlement du Personnel du bureau sanitaire panaméricain.....	70
CE128.R5 Prix d'administration de l'OPS, 2001	71
CE128.R6 Organisations non gouvernementales en relations officielles avec l'OPS.....	72
CE128.R7 Ordre du jour provisoire du 43e Conseil Directeur de l'OPS, 53e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques.....	73
CE128.R8 Vaccins et immunisation.....	74

TABLE DES MATIÈRES *(suite)*

	<i>Page</i>
Résolutions <i>(suite.)</i>	
CE128.R9	Convention-cadre pour la lutte antitabac 76
CE128.R10	Santé, eau potable et assainissement dans le développement humain durable..... 78
CE128.R11	Promotion de la santé aux Amériques..... 81
CE128.R12	Santé mentale 63
CE128.R13	La dengue et la dengue hémorragique..... 86
CE128.R14	Recouvrement des contributions 88
CE128.R15	Crédits alloués à l'organisation panaméricaine de la santé pour 2002-2003 89
CE128.R16	Syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) aux Amériques 90
Décisions 92
CE128(D1) :	Adoption de l'ordre du jour 92
CE128(D2) :	Représentation du Comité exécutif lors du 43e Conseil directeur de l'OPS, 53e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques 92
CE128 (D3) :	Rapport du Sous-Comité de planification et de programmation..... 92
CE128 (D4) :	Résolutions et autres actions de la Cinquante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé revêtant un intérêt pour le Comité exécutif de l'OPS 93
CE128(D5) :	Rapport sur le Troisième Sommet des Amériques..... 93
CE128 (D6) :	Processus d'élection du Directeur du Bureau sanitaire panaméricain..... 93
CE128 (D7) :	Rapport financier intérimaire du Directeur pour 2000..... 93
CE128 (D8) :	Bâtiments et autres locaux de l'OPS..... 94
CE128 (D9) :	Déclaration du Représentant de l'Association du personnel de l'OPS/OMS..... 94
CE128 (D10) :	Plan stratégique pour l'Organisation panaméricaine de la Santé pour 2003-2007 94
CE128 (D11) :	Rapport du Sous-Comité sur la femme, la santé et le développement 94
Annexes	
Annexe A :	Ordre du jour
Annexe B :	Liste des documents
Annexe C :	Liste des participants

RAPPORT FINAL

Ouverture de la séance

La 128^e session du Comité exécutif s'est tenue au Siège de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) du 25 au 28 juin 2001. Des délégués des États membres suivants du Comité exécutif étaient présents : Bolivie, Canada, Cuba, El Salvador, Guyana, Jamaïque, Nicaragua, États-Unis d'Amérique et Uruguay. Les délégués des États membres suivants de l'Organisation ont également assisté en qualité d'observateurs : Antigua-et-Barbuda, Chili, République dominicaine, France et Mexique. De plus, cinq organisations intergouvernementales et six organisations non gouvernementales étaient représentées.

Le Docteur Carlos Dotres Martínez (Cuba, Président du Comité exécutif) a ouvert la séance et a souhaité la bienvenue aux participants. Sir George A.O. Alleyne (Directeur, Bureau sanitaire panaméricain) a réitéré cette bienvenue, soulignant le rôle important que les Organes directeurs jouent au niveau de la direction du travail du Secrétariat et de l'Organisation dans son ensemble.

Questions relatives au Règlement

Bureau

Les Membres élus lors de la 127^e session du Comité ont continué à assumer leurs positions respectives lors de la 128^e session. Par conséquent, la composition du Bureau est la suivante :

Président : Cuba (Dr Carlos Dotres Martínez)

Vice-Président : Canada (M.Edward Aiston)

Rapporteur : Nicaragua (Mme Mariángeles Argüello)

Le Directeur était le Secrétaire de droit et le Docteur David Brandling-Bennett, Directeur adjoint du Bureau sanitaire panaméricain (BSP) était le Secrétaire technique.

Adoption de l'ordre du jour et du programme des séances (documents CE128/1, Rev. 3 et CE128/WP/1, Rev.1)

Conformément à l'Article 9 de son Règlement intérieur, le Comité a adopté l'ordre du jour provisoire préparé par le Secrétariat, en plus d'un point proposé par la Délégation du Mexique : « Processus d'élection du Directeur du Bureau sanitaire panaméricain. » Le Comité a également adopté un programme des séances (décision CE128(D1)).

Représentation du Comité exécutif lors du 43^e Conseil directeur, 53^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques (document CE128/3)

Conformément à l'Article 54 de son Règlement intérieur, le Comité exécutif a nommé Cuba et le Canada, son Président et Vice-Président, respectivement, aux fins de représenter le Comité lors du 43^e Conseil directeur. La Jamaïque et l'Uruguay étaient les remplaçants de Cuba et du Canada, respectivement (décision CE128 (D2)).

Ordre du jour provisoire du 43^e Conseil directeur, 53^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques (document CE128/4)

Le Docteur Brandling-Bennett a présenté l'ordre du jour préparé par le Directeur conformément à l'Article 12.C de la Constitution de l'OPS et à l'Article 7 du Règlement intérieur du Conseil directeur. L'ordre du jour provisoire a été adopté avec l'adjonction de deux articles : « Préparations pour le Centenaire de l'Organisation panaméricaine de la Santé » qui a été inclus à la demande de la délégation de Cuba et « Processus d'élection du Directeur du Bureau sanitaire panaméricain » qui a été inclus à la demande de la Délégation du Mexique.

La Délégation du Mexique a demandé à ce que le point intitulé "Le processus d'élection du Directeur du Bureau sanitaire panaméricain" soit pris en compte. On a remarqué que le Mexique n'étant pas un Membre du Comité exécutif, il ne pouvait pas au sein du Comité, demander l'adjonction d'un point à l'ordre du jour du Conseil directeur. Mais le Directeur a noté que, conformément à l'Article 8C du Règlement intérieur du Conseil directeur, il se trouvait dans l'obligation d'inclure à l'ordre du jour provisoire tout point proposé par un État membre et, partant, le Gouvernement du Mexique pouvait lui présenter sa demande ultérieurement et que celui-ci serait incorporé à l'ordre du jour.

Le Comité a adopté la résolution CE128.R17, approuvant l'ordre du jour provisoire, avec la modification proposée.

Questions constitutionnelles

Processus d'élection du Directeur du Bureau sanitaire panaméricain (document CE128/27)

Cette question a été discutée à la demande du Gouvernement du Mexique qui a également préparé le document de travail discuté au Comité. M. Eduardo Jaramillo Navarrete (Mexique) a indiqué, conformément à la Constitution de l'OPS et aux efforts réalisés pour renforcer les procédures démocratiques et encourager une plus grande équité dans la Région, son Gouvernement pensait que l'élection du Directeur devait être guidée par les quatre principes suivants : 1) les États membres doivent diriger le processus électoral; 2) les candidats doivent être en compétition dans des conditions égales; 3) les candidats doivent proposer un programme transparent aux fins de garantir la responsabilisation; et 4) le Directeur devrait être élu par vote universel et secret.

Aux fins d'assurer l'égalité des conditions tant pour les candidats internes que ceux externes, son Gouvernement a proposé que les candidats internes quittent temporairement leur poste pendant les 6 mois qui précèdent l'élection mais ils continueront à toucher leur salaire et pourront reprendre leurs fonctions après l'élection. M. Jaramillo a noté que l'Institut interaméricain pour la coopération agricole (IICA) avait adopté récemment une procédure analogue pour prévenir tout conflit d'intérêt possible parmi les candidats. Aux fins de garantir la responsabilisation, le Mexique propose que tous les candidats présente leur programme dans le cadre de séances ouvertes pour donner aux États membres l'occasion d'écouter les idées des candidats et, partant, de voter de manière informée car ils disposeront de la base nécessaire pour évaluer la performance de la personne pouvant devenir par la suite le Directeur.

A la demande d'un délégué, le Dr Heidi Jiménez (Chef, Bureau des affaires juridiques, OPS) a clarifié les dispositions afférentes à l'inclusion de points à l'ordre du jour du Comité et la procédure d'élection du Directeur. L'Article 10 du Règlement intérieur du Comité exécutif stipule en effet que des articles supplémentaires peuvent être ajoutés à l'ordre du jour après son adoption, sous réserve d'approbation par les deux tiers des Membres du Comité. Vu qu'aucun membre n'avait objecté quand le Délégué du Mexique a cherché à inclure ce point à l'ordre du jour, le Secrétariat avait supposé que les deux tiers du Comité qui sont nécessaires aux fins d'inclure cet article avaient tacitement approuvé cette adjonction et par conséquent, l'article en question avait été porté à l'ordre du jour. Quant à l'élection du Directeur, l'Article 21 de la Constitution de l'OPS indique que le Directeur est élu lors de la Conférence sanitaire panaméricaine par une majorité de votes des gouvernements de l'Organisation. L'article 56 du Règlement intérieur de la Conférence stipule que les États membres vont élire le Directeur par vote secret lors d'une séance plénière. Les Membres et les Membres associés ont le droit de nommer une

personne qui possède selon eux les qualifications requises pour le poste. Toutefois, aucune liste officielle de candidats ne serait adoptée, aucune condition de qualifications ne serait exigée et les votes peuvent être en faveur d'une personne quelle qu'elle soit, qu'elle ait fait l'objet ou non d'une nomination officielle.

Le Comité exécutif s'est montré satisfait de l'occasion qui se présente ainsi de discuter du processus d'élection du Directeur- jugé en effet comme l'une des fonctions les plus importantes des Gouvernements membres au sein de l'Organisation – et il a remercié la Délégation du Mexique d'avoir soulevé cette question. En ce qui concerne les propositions spécifiques présentées par le Mexique, le Comité était d'accord à l'unanimité pour dire que les dispositions de la Constitution et le Règlement Intérieur de la Conférence reconnaissent clairement la souveraineté des États membres et leur confèrent plein contrôle sur le processus d'élection. Le Comité pensait également que la procédure existante à l'heure actuelle était démocratique et équitable. Certes, le Comité trouve que c'est une bonne idée de rassembler les candidats pour qu'ils présentent leur programme lors d'une séance spéciale convoquée à cette fin mais plusieurs Membres signalent que les directeurs des organisations intergouvernementales ne déterminent pas leurs propres programmes mais exécutent les programmes approuvés par les États membres de l'organisation en question. On a remarqué que la direction d'une organisation internationale n'était pas un poste politique et que le fait de tenir ainsi des séances spéciales pour la présentation de programmes et tribunes risquait de politiser le processus d'élection.

Le Comité n'était pas du tout d'accord avec la suggestion voulant que les candidats internes quittent leur poste six mois avant l'élection. Les Membres pensaient que ce n'était guère pratique et reviendrait cher pour l'Organisation qui devrait verser leurs salaires pendant un congé de six mois et de plus une telle pratique risquait fort de conférer un avantage déloyal aux candidats internes par rapport à ceux externes. De plus, si le Directeur en place souhaitait se présenter pour être réélu, il quitterait son poste pendant six mois avant l'élection et l'Organisation se retrouverait sans directeur élu pendant six mois.

Par conséquent, le Comité exécutif ne pense pas qu'il est nécessaire ni recommandable de proposer des modifications aux dispositions stipulées dans la Constitution de l'OPS et le Règlement intérieur de la Conférence sanitaire panaméricaine concernant l'élection du Directeur (décision CE128(D6)).

M. Jaramillo a indiqué que le Mexique était heureux que le Comité exécutif ait accepté de discuter de la question et appréciait les commentaires du Comité. Sa délégation pense en effet que le débat reflétant les valeurs de la démocratie, de l'équité et de la transparence était très constructif. Le Mexique pense que l'élection du Directeur

revêt une importance cruciale pour l'avenir de l'Organisation et que le processus électoral devait également être discuté dans le cadre d'un forum élargi du Conseil directeur. Par conséquent, son Gouvernement allait demander que l'article soit porté à l'ordre du jour du 43^e Conseil directeur en septembre 2001.

Questions relatives aux Comités et Sous-Comités

Rapport du Sous-Comité de planification et de programmation (document CE128/5)

Le rapport de la 35^e session du Sous-Comité de planification et de programmation (SPP) a été présenté par M. Nick Previsich (Canada, Président du Sous-Comité lors de la 35^e session). Le Sous-Comité a discuté de neuf articles qui faisaient également partie de l'ordre du jour du Comité exécutif lors de sa 128^e session, à savoir : Convention-cadre sur le contrôle du tabac; santé mentale; Avant-projet du budget programme de l'Organisation panaméricaine de la Santé pour l'exercice financier 2002-2003; gestion des ressources humaines dans le secteur de la santé; santé, eau potable et assainissement dans le développement humain durable; prévention et contrôle de la dengue; promotion de la santé; règlement sanitaire international et Plan stratégique pour l'Organisation panaméricaine de la Santé correspondant à la période 2003-2007. Le Sous-Comité a également pris connaissance de brefs comptes-rendus sur les articles suivants qui n'ont pas été transmis au Comité exécutif : flambées de cas de poliomyélite en Hispaniola, fièvre aphteuse, encéphalopathie spongiforme bovine (BSE) et réparations et reconstruction du système de santé au Salvador.

Les commentaires et les recommandations du Sous-Comité sur les neuf premiers articles ont été pris en compte en revoyant les documents pour le Comité exécutif et sont reflétés dans les présentations et dans la discussion des divers points de l'ordre du jour du présent rapport. Des récapitulatifs des présentations et des discussions de tous les points susmentionnés de l'ordre du jour se trouvent dans le rapport final de la 35^e session du Sous-Comité (document SPP35/FR)

Le Comité a remercié M. Previsich pour son rapport et a pris note des commentaires du Sous-Comité concernant les divers points de l'ordre du jour (décision CE128(D3)). Le Directeur a remercié le Président et les Membres du Sous-Comité pour leur examen minutieux des documents de travail et leurs suggestions d'amélioration qui a nettement rehaussé la qualité de la documentation préparée pour le Comité exécutif.

Rapport du Sous-Comité sur la femme, la santé et le développement (document CE128/6)

Mme Mariángeles Argüello (Nicaragua, Président du Sous-Comité lors de la 19^e session) a fait le compte rendu de la 19^e session du Sous-Comité sur la femme, la santé et le développement qui s'est tenue au siège de l'OPS du 12 au 14 mars 2001. Des

délégués des six États membres suivants du Sous-Comité étaient présents : Belize, Canada, Chili, Cuba, Nicaragua et États-Unis d'Amérique. Le septième membre, le Venezuela, se trouvait dans l'incapacité de venir. Des observateurs du Brésil, de la France, du Mexique, du Pérou et du Royaume-Uni étaient également présents au même titre que des représentants de l'OMS et d'autres organisations intergouvernementales et non gouvernementales. Le thème de la 19^e session portait sur l'incorporation de l'optique équité entre les sexes à l'analyse de la situation sanitaire pour promouvoir une plus grande équité entre les sexes dans la Région.

Le Sous-Comité a pris connaissance d'un compte rendu des activités du programme de l'OPS sur la femme, la santé et le développement et ensuite il a discuté de plusieurs points de l'ordre du jour concernant la violence à l'égard des femmes ainsi que le suivi et l'analyse de l'équité entre les sexes. Deux présentations ont été faites sur l'expérience de l'OPS concernant l'inclusion des indicateurs sur la violence à l'égard des femmes aux systèmes d'information et de suivi sanitaires en Amérique centrale et en Bolivie, en Équateur et au Pérou. Le Programme a présenté une proposition pour la mise au point d'un système dégageant des informations et faisant le suivi de l'équité entre les sexes sur le plan de la santé. Diverses expériences en matière d'analyse et de suivi de l'équité entre les sexes ont également été décrites par des représentants de l'Équateur, du Mexique, de la Division des statistiques des Nations Unies, du Fonds des Nations Unies pour la femme (UNIFEM), de la Commission économique des Nations Unies pour l'Amérique latine et les Caraïbes (ECLAC) et le Réseau de la santé des femmes pour l'Amérique latine et les Caraïbes.

Le Sous-Comité a adopté un ensemble de recommandations pour les États membres et le Directeur visant à garantir la production, l'analyse et la diffusion des statistiques sur la situation de la femme et la santé afin de réduire les inégalités entre les sexes du point de vue état de santé et conditions sanitaires. A la suggestion du Directeur, le Sous-Comité a également recommandé que le thème suivant « inégalités entre les sexes, femme, santé et développement » soit inclus comme point de l'ordre du jour des Organes directeurs en 2002.

Les recommandations du Sous-Comité sont données de pair avec un récapitulatif des commentaires sur les articles susmentionnés dans le rapport final de la 19^e session (document MSD19/FR).

Le Comité exécutif a félicité l'OPS pour son engagement face à l'amélioration de la santé de la femme – attirant également l'attention aux problèmes d'inégalités entre les sexes qui affectent la santé. Le Comité a vivement soutenu le système proposé de production de statistiques sur la situation de la femme et de suivi de l'équité entre les sexes. Le Comité a également avalisé le modèle traitant de la violence conjugale tel que décrit dans le rapport et a encouragé l'Organisation à le diffuser à grande échelle. On a

remarqué que les améliorations au niveau de la situation des femmes du point de vue santé, éducation, et capacité de mobilisation de revenus pouvaient rapporter un grand nombre d'avantages pour la famille et la société dans son ensemble, notamment réduction de la pauvreté, meilleure productivité et revenus plus importants pour la famille, meilleure santé et nutrition pour la famille et meilleurs résultats scolaires pour les enfants ainsi que participation accrue à la société civile. L'importance du rôle des hommes au niveau de la santé de la femme a également été soulignée. On propose que le Programme consacre une plus grande attention pour évaluer la manière dont le comportement des hommes se répercute sur la santé et le bien-être des femmes.

Le Docteur Marijke Velzeboer Salcedo (Coordinatrice, Programme sur la femme, la santé et le développement, OPS) indique que le Programme a démarré récemment une étude en Amérique centrale sur les connaissances, attitudes et pratiques des hommes sur le plan de la santé reproductive. L'information provenant de cette expérience sera utilisée pour mettre au point des modèles pouvant être reproduits ailleurs. Le Programme reconnaît l'importance du comportement des hommes comme déterminant de la santé des femmes et est heureux de pouvoir travailler dans d'autres pays de la région pour développer ce domaine d'étude.

Le Comité exécutif a avalisé les recommandations du Sous-Comité et a demandé que le thème « inégalités entre les sexes, femme, santé et développement » soit porté à l'ordre du jour des Organes directeurs en 2002 (décision CE128 (D11)).

Rapport du Prix d'Administration de l'OPS, 2001 (documents CE128/7 et CE128/7, Add.I)

Mme Mary Lou Valdez (Etats-Unis d'Amérique) a indiqué que les représentants des membres du Comité d'administration des prix 2001 – la Bolivie, le Nicaragua et les États-Unis d'Amérique – se sont rencontrés le 27 juin 2001. Après avoir examiné la documentation sur les candidats nommés par les États Membres, le Comité a décidé de remettre le prix au Docteur Carlos Gehlert Mata du Guatemala pour ses travaux pionniers contribuant à l'expansion des soins de santé primaires dans les zones rurales du Guatemala.

Le Comité exécutif a adopté la résolution CE128.R5, notant la décision du Comité d'administration des prix et transmettant son rapport au 43^e Conseil directeur.

Rapport du Comité permanent des Organisations non gouvernementales (documents CE128/8 et CE128/8, Add.I)

M. Gualberto Rodríguez San Martín (Bolivie) a présenté le rapport du Comité permanent sur les Organisations non gouvernementales. Le Comité permanent s'est

rencontré le 26 juin 2001 afin d'examiner les demandes de trois organisations non gouvernementales : la Société américaine de microbiologie, March of Dimes et l'Association mondiale de sexologie. Après un examen attentif de la documentation générale présentée sur chaque organisation, le Comité permanent a décidé de recommander que les trois organisations soient acceptées dans le cadre de relations officielles avec l'OPS.

Conformément aux *Principes régissant les relations entre l'Organisation panaméricaine de la Santé et les organisations non gouvernementales*, le Comité permanent a également examiné la collaboration de l'OPS avec sept ONG avec lesquelles l'Organisation avait forgé auparavant des relations de travail officielles afin de faire une recommandation au Conseil exécutif concernant le maintien de ces relations. Après avoir examiné la documentation présentée par le Directeur et par les ONG elles-mêmes, le Comité permanent a recommandé que le Comité exécutif autorise la continuation, pour une période de quatre ans, des relations officielles avec l'Association interaméricaine de l'Ingénierie sanitaire et environnementale (AIDIS), la Fédération internationale du diabète (IDF), l'Association de l'Amérique latine et des Caraïbes pour l'Éducation en santé publique (ALAESP), la Fédération de l'Industrie pharmaceutique de l'Amérique latine (FIFARMA) et la US Pharmacopoeia (USP).

Dans le cas de l'Organisation internationale des Unions de Consommateurs (CI-ROLAC) et de l'Alliance nationale pour la santé hispanique, le Comité permanent a recommandé que le statut de leurs relations officielles avec l'OPS soit examiné à nouveau en juin 2002 pour donner à ces organisations l'occasion de présenter une information complète et satisfaisante sur leurs activités.

La représentante de l'Union de l'Amérique latine contre les maladies sexuellement transmissibles (ULACETS) a mis à jour le Comité sur les mesures que son organisation a prises pour renforcer sa collaboration avec l'Organisation depuis l'examen fait l'an dernier de son statut en tant qu'ONG en relations officielles avec l'OPS. ULACETS a notamment travaillé avec l'OPS et l'OMS dans le cadre d'un projet conjoint pour l'élimination de la syphilis congénitale. L'Union a également collaboré à l'amélioration de la prise en charge des maladies sexuellement transmissibles au niveau des soins de santé primaires.

Le Comité exécutif a remercié le Comité permanent pour son examen et a approuvé ses recommandations (résolution CE128.R6). Soulignant l'importance du travail effectué par des organisations non gouvernementales au niveau de la prestation de services, le Délégué du Canada a indiqué que son Gouvernement avait l'intention d'inclure un représentant d'une ONG à sa délégation au 43^e Conseil directeur en tant qu'indication de l'importance qu'il attache à leur participation. Le Canada a encouragé d'autres pays à faire de même.

Questions relatives à la politique des programmes

Avant-projet du budget programme de l'Organisation panaméricaine de la Santé pour l'exercice financier 2002-2003 (document officiel 296 et document CE128/26)

Le Directeur a introduit le budget programme proposé qui a été formulé conformément aux orientations stratégiques et programmatiques (OSP) pour la période de 4 ans allant de 1999 à 2002, approuvé par les États membres lors de la 25^e Conférence sanitaire panaméricaine. Les grands défis confrontant le secteur de la santé de la Région restent les mêmes que lors de la période quadriennale précédente et par conséquent les OSP restent un guide valide pour le travail du Bureau. Le programme proposé a été structuré selon les cinq domaines d'activités prioritaires, identifiés par les États membres conformément aux OSP : santé et développement humain, promotion et protection de la santé, protection et développement de l'environnement, renforcement des systèmes et services de santé et prévention et contrôle des maladies. Les projets les plus importants de l'Organisation sont situés dans ces domaines prioritaires. S'agissant des projets suivants : réduction de la mortalité infantile et maternelle, maintien de l'éradication de la poliomyélite, élimination de la rougeole, réduction de l'usage du tabac, assurance d'une banque de sang sans risques, amélioration des services de santé mentale et contrôle et prévention du VIH/SIDA. Le programme reflète également les priorités et objectifs généraux fixés par l'OMS.

Le document budgétaire comprend huit sections d'allocations de crédits et non pas sept comme par le passé. Outre les cinq domaines prioritaires susmentionnés, ces sections englobent les Organes directeurs et la coordination, les services administratifs et la direction générale. Cette dernière section- faisant ressortir les activités du Bureau du Directeur et les services importants soutenant le travail du Directeur ainsi que les activités réalisées dans le cadre du Programme de développement du Directeur régional- a été ajoutée aux fins de rendre plus transparente la structure organisationnelle et le travail du Secrétariat. Chaque section définit ses résultats escomptés, reflétant les efforts de l'Organisation en vue d'utiliser la budgétisation à base de résultats. Ces résultats escomptés peuvent être perfectionnés, incorporant les commentaires du Comité, de même qu'ils ont été modifiés suivant l'examen du programme de la part du SPP.

Des présentations sur la partie programme du budget ont ensuite été données par le Docteur Carlos Castillo-Salgado (Chef, Programme spécial pour l'analyse sanitaire), le Docteur Juan Antonio Casas (Directeur, Division du Développement sanitaire et humain), le Docteur Daniel López Acuña (Directeur, Division du développement des systèmes et services de santé), le Docteur María Teresa Cerqueira (Directrice, Division de la promotion et de la protection de la santé), le Docteur Mauricio Pardón (Directeur, Division de la santé et de l'environnement), le Docteur Stephen Corber (Directeur, Division de la prévention et du contrôle des maladies) et le Docteur Ciro de Quadros

(Directeur, Division des vaccins et immunisation). Chaque directeur a passé en revue les accomplissements de la période biennale actuelle et a récapitulé le programme proposé de sa direction ou programme respectif pour 2002-2003, y compris les objectifs qui guideraient leur travail et les résultats escomptés des divers projets et programmes au sein de leur division. Des informations plus détaillées sur le programme proposé sont données dans le *Document officiel 296*.

M. Román Sotela (Chef, Section du Budget, OPS) a présenté les grandes lignes du contenu financier du budget programme proposé. Il a commencé par présenter une ventilation du budget ordinaire combiné OPS/OMS par domaine programmatique qui montre la proportion de crédits qui seraient alloués aux huit rubriques budgétaires à partir de la somme totale proposée de \$261 482 000.¹ Cette quantité a été calculée en tenant compte des déterminants suivants : le budget approuvé OPS/OMS pour 2000-2001 (\$256 245 000), la réduction dans la part de l'OMS (\$4 427 000 de moins qu'en 2000-2001) et les majorations obligatoires liées aux postes (\$9 664 000 de plus qu'en 2000-2001). La partie OMS de la proposition, approuvée par l'Assemblée mondiale de la Santé en mai 2001, était de \$74 682 000, fixant la part de l'OPS à \$186 800 000. La partie OPS sera financée à raison de \$170 300 000 au titre des recouvrements : plus \$16 500 000 en revenus divers, à savoir 2,4 millions de dollars en plus qu'en 2000-2001. L'accroissement net des contributions serait de 4,5% pour la période biennale.

Aucun accroissement de programme n'a été demandé. L'accroissement de 2% dans le budget combiné OPS/OMS représente l'accroissement net provenant de la majoration obligatoire de 6,5% dans le budget des postes et une réduction de 4,1% dans le budget hors poste. La proposition ne comprend aucune projection des augmentations inflationnistes pour la portion hors poste. Sur la quantité totale proposée, 85% (\$221,6 millions) irait au soutien direct des pays et 15% (\$39,9 millions) serait octroyés au Secrétariat.

Concluant la présentation budgétaire, le Directeur a prié les États membres d'approuver le budget programme proposé pour les trois grandes raisons suivantes : 1) l'OPS avait montré par le passé qu'elle savait faire une bonne gestion des fonds des pays et les Membres pouvaient donc être rassurés sachant fort bien que les ressources qu'ils approuvent seraient bien utilisées; 2) l'Organisation avait démontré constamment qu'elle pouvait aider et faire une différence au niveau des problèmes de santé de la Région et 3) Les États membres avaient demandé à l'OPS d'en faire de plus en plus avec de moins en moins de ressources. A la demande des pays, l'Organisation s'était chargée d'un nombre croissant de missions et certes, elle était désireuse de tenir ses engagements mais il y avait une limite à sa capacité de fonctionner efficacement alors que ses contraintes budgétaires « l'étranglent » de plus en plus.

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

Il connaît bien les difficultés économiques que traversent les pays et il ne demande certes pas qu'on en revienne aux années avant 1996 quand le budget était parfois majoré de 20%. Il demande simplement que le budget de l'Organisation corresponde aux défis et missions que lui confient les États membres.

Le Comité exécutif a trouvé le document et la présentation clairs et honnêtes et remercie le Secrétariat pour les efforts faits pour présenter un budget transparent et axé sur les résultats. Plusieurs déléguées qui avaient participé à la 35^e session du SPP se sont montrés satisfaits voyant que les résultats escomptés avaient été perfectionnés grâce à l'inclusion des commentaires du Sous-Comité. Le Comité a félicité l'OPS pour la qualité de sa coopération technique et a fait l'éloge du Directeur pour son orientation et son administration judicieuse des ressources de l'Organisation. Le Comité a également reconnu que l'Organisation avait assumé de nouvelles missions à la demande des États membres- surtout en ce qui concerne les Sommets des Amériques- et qu'il lui fallait donc des ressources suffisantes pour mener à bien ces missions et continuer à répondre aux besoins de la Région sur le plan de la santé, besoins dont avait discuté le Comité lors de sa 128^e session. Parallèlement, on a souligné la nécessité de faire un classement prioritaire rigoureux, de voir où des économies pouvaient être réalisées grâce à une plus grande efficacité et pour identifier et éliminer les activités obsolètes.

La majorité des délégations présentes ont pleinement soutenu le programme et le budget proposés. Le Délégué de Cuba a indiqué que son Gouvernement soutenait la proposition budgétaire mais qu'il était préoccupé par la majoration des contributions, surtout parce que son pays malgré sa situation économique difficile avait payé une contribution au huitième rang des plus élevées alors qu'il était classé au dix-huitième rang du point de vue coopération technique. Tel que l'avait indiqué sa délégation lors de la récente Assemblée mondiale de la Santé, Cuba était vivement opposé à toute réduction dans les contributions des pays développés si ces réductions avaient pour contrepartie une augmentation des contributions des pays en développement.

Le Délégué du Canada s'est également montré préoccupé par l'augmentation proposée des contributions, notant que les pays qui avaient déjà du mal à s'acquitter de leurs obligations actuelles auraient encore plus de difficultés à verser des contributions plus importantes. Le Canada est un ferme partisan de la politique de croissance nominale zéro des budgets de l'Organisation des États américains et des organisations des Nations Unies dont l'OPS. Toutefois, son gouvernement continuera à soutenir l'OPS par le biais d'une participation régulière à son travail et par le biais d'un financement extrabudgétaire. La Déléguée des États-Unis a indiqué que son pays recommandait également une croissance nominale zéro du budget ordinaire de l'OPS et, par conséquent, elle ne pouvait pas soutenir les accroissements proposés. Son Gouvernement est d'avis que, si l'Organisation établit un bon ordre prioritaire et réalise des gains d'efficacité, elle pourra continuer à fonctionner avec le même niveau de budget ordinaire qu'en 2000-

2001. Elle a proposé que l'OPS essaye d'économiser dans les domaines de direction générale, Organes directeurs et services administratifs, enregistrant tous des augmentations de crédits pour 2002-2003. Elle-même et le délégué du Canada souhaitent qu'il sera possible d'arriver à un consensus sous une forme ou une autre concernant la proposition budgétaire avant le Conseil directeur.

Plusieurs questions ont été posées concernant les projections des revenus divers et des fonds extrabudgétaires. En ce qui concerne ce dernier point, on a remarqué que la quantité projetée était nettement inférieure à celle de 2000-2001 et on a souligné l'importance du financement extrabudgétaire a été soulignée, surtout au vu des contraintes de ressources dans le budget ordinaire.

En ce qui concerne les revenus divers, le Directeur a noté que le Secrétariat avait fait attention à ne pas projeter plus de revenus d'investissement que ceux jugés réalistes. Le chiffre dans le document était une estimation modérée en fonction de la performance passée. De même, le Secrétariat avait été très prudent au niveau de la programmation des fonds extrabudgétaires et n'avait inclus à l'avant-projet du budget que les fonds qu'il était certain de recevoir. Il continuerait à rechercher de la manière la plus dynamique un tel financement et ferait son possible pour convaincre d'autres partenaires de soutenir le travail de l'OPS. Tout au long de la période de deux ans, des mises à jour régulières seraient présentées aux États membres sur les recettes supplémentaires obtenues au titre du financement extrabudgétaire. Toutefois, tel qu'il l'avait déjà mentionné à de nombreuses autres occasions, l'OPS n'accepterait jamais des offres d'argent pour des activités qui n'entrent pas dans le champ d'action approuvé par les États membres. De plus, l'Organisation n'accepterait pas des conditions restrictives sur la manière dont peuvent être utilisés les fonds extrabudgétaires.

Le Docteur Alleyne a remercié le Comité pour la confiance qu'il accorde à la capacité du Secrétariat en matière de gestion judicieuse des ressources de l'Organisation et pour son soutien face au programme proposé. Il est reconnaissant aux États membres qui se sont montrés d'accord avec le programme et le budget proposé pour sa mise en œuvre. De même il peut comprendre la position des Membres qui recommandent une croissance nominale zéro du budget ordinaire. Certes, il comprend bien qu'il est difficile de faire une exception pour l'OPS et pourtant il pense qu'une telle exception serait justifiée dans certaines conditions. Il aimerait en tout respect suggérer que l'on se trouve dans une telle situation. Lors des mois à venir, le Secrétariat essaierait de trouver des mécanismes pour se mettre d'accord sur le programme et le budget de l'OPS pour la prochaine période biennale.

Le Comité a adopté la résolution CE128.R15.

Vaccins et immunisation (document CE128/10)

Le Docteur Ciro de Quadros (Directeur, Division sur les vaccins et l'immunisation, OPS) a fait le bilan de la situation sur le plan des maladies pouvant être évitées par vaccin dans la Région des Amériques. Il a noté que la transmission endémique de la rougeole a été confinée en Haïti et dans la République dominicaine l'année passée mais que des cas importés de rougeole ont été confirmés dans plusieurs pays de la Région. Suite à d'intenses activités de vaccinations et de surveillance, on pense que la transmission en Hispaniola pourra être arrêtée d'ici la fin de l'année. De même, le tétanos néonatal a continué sa tendance à la baisse en 2000 et, à présent, il est confiné dans moins d'un pour cent des zones aux Amériques. Une flambée de cas de poliomyélite liés aux vaccins est survenue en République dominicaine en octobre 2000 mais la flambée de cas a été endiguée grâce à des campagnes de vaccination de masse réalisées en République dominicaine et en Haïti. Toutefois, il est troublant de noter que, dans un grand nombre de pays, les indicateurs de surveillance de la paralysie flasque aiguë étaient en dessous des niveaux nécessaires pour la certification de l'éradication de la poliomyélite et, par conséquent, outre le maintien de niveaux de couverture élevée contre la poliomyélite, les pays doivent aligner leurs indicateurs de surveillance épidémiologique sur les normes internationales.

La crainte de la réurbanisation de la fièvre jaune a été soulevée par de nombreuses flambées de cas en 1999-2000 dont certaines très proches des zones urbaines, montrant qu'il était nécessaire d'augmenter les vaccinations dans les zones à risque et de lutte contre le vecteur de l'*Aedes aegypti*. Suivant le modèle de Cuba et des pays anglophones des Caraïbes, les pays de l'Amérique latine ont intensifié leurs efforts pour lutter contre la rubéole et le syndrome de rubéole congénitale (CRS). L'OPS collabore à des projets visant à améliorer la surveillance de la rubéole et de CRS pour mieux déterminer leur impact, de sorte à pouvoir en place des politiques de vaccinations adéquates.

Dans la région des Amériques, l'écart qui séparait les pays développés et les pays en développement du point de vue nombre de vaccinations utilisées est presque comblé, grâce à une solide volonté politique concernant l'utilisation des vaccins. L'Organisation cherche à renforcer les réseaux des services nationaux de réglementation et des laboratoires nationaux de contrôle de qualité pour vérifier que les vaccins aussi bien importés que fabriqués localement ne présentent pas de risque et sont de haute qualité. L'Organisation a participé à des activités visant à garantir que les vaccins sont administrés sans risques. Afin de mettre fin aux craintes entourant les effets nuisibles liés aux vaccins, l'Organisation a travaillé avec des médias et des représentants officiels de la santé publique pour fournir une information reposant sur les faits. Les pénuries de vaccins de ces deux dernières années continueront probablement encore pendant une année ou plus. L'OPS travaille en étroite relation avec des producteurs de vaccins et avec

l'UNICEF pour vérifier qu'il n'existe pas d'enfants qui ne sont pas vaccinés à cause du manque de vaccins et l'Organisation encourage les États membres à planifier leurs besoins en matière de vaccins et à passer leurs commandes bien à l'avance.

Le Comité exécutif a félicité l'Organisation pour l'ordre prioritaire accordé aux vaccins et immunisation et a soutenu les plans présentés dans le document. Le Comité reconnaît l'importance de ne pas relâcher les efforts, se reposant sur les succès réalisés dans la Région, et il souligne la nécessité de se donner des stratégies pour encourager une participation sociale accrue afin de maintenir à des niveaux élevés la couverture vaccinale. A son avis, il faut également se donner de meilleures pratiques de marketing social de pair avec la diffusion d'une information crédible sur les vaccins pour réfuter les arguments donnés dans les médias parlant des conséquences négatives des vaccinations.

La pénurie de vaccins, actuelle et éventuelle, est chose préoccupante. On a demandé au Docteur de Quadros de parler des activités de l'OPS visant à garantir la sécurité des vaccins. On a remarqué qu'il ne servirait à rien de commander des vaccins bien à l'avance si la quantité totale de vaccins disponibles était insuffisante. Une approche stratégique à long terme est jugée essentielle pour accroître et maintenir l'offre de vaccins dans la Région. On propose de rechercher le financement nécessaire pour renforcer la capacité de production de vaccins et faciliter l'introduction de nouveaux vaccins.

Plusieurs États membres se montrés consternés du fait que les pays de la Région devront continuer à assumer la charge financière des vaccinations contre la rougeole et maintenir l'infrastructure nécessaire pour les soutenir jusqu'à ce que le reste du monde soit arrivé à l'éradication tout cela parce que l'interruption de la transmission de la rougeole n'a pas reçu la même priorité dans un grand nombre d'autres régions. Ils se sont également montrés préoccupés par le risque de cas de rougeole importés et ont demandé des directives sur la manière de réduire le risque.

Des questions ont également été posées concernant les recommandations de l'OPS pour les vaccinations contre la fièvre jaune, les barrières entravant l'étendue de la couverture vaccinale dans les régions problématiques, le fonctionnement du Fonds de renouvellement pour l'achat de vaccins et l'introduction de nouveaux vaccins, y compris l'introduction d'un vaccin possible contre le SIDA. On a proposé de s'inspirer de la réussite obtenue grâce à l'approche du fonds de roulement en tant que modèle pour le contrôle et la prévention du SIDA. Un délégué a noté que le document manquait de données des pays anglophones des Caraïbes portant sur certains thèmes.

Dans sa réponse, le Docteur de Quadros a souligné qu'il était impératif que les pays maintiennent des niveaux élevés de couverture vaccinale contre la rougeole afin de

supprimer la menace d'épidémie dans la Région. Maintenir des taux élevés de vaccination au sein de la population est également la meilleure manière d'éviter les cas importés. Les Amériques doivent encourager le reste du monde à faire les efforts possibles pour éradiquer la rougeole. Il existe plusieurs forums dans le cadre desquels les États membres peuvent encourager d'autres pays à exécuter et appliquer le plan OMS d'éradication de la rougeole – mis au point avec l'aide des Amériques- notamment les réunions de l'OMS et le Conseil de l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (GAVI). Les pays doivent continuer à dépister les poches de faible couverture des vaccins contre la rougeole et autres vaccins et doivent concentrer les ressources sur ces zones. Des résultats rapides pourraient être obtenus si les efforts et les fonds nécessaires étaient ciblés sur les régions où l'on sait que la couverture est faible.

Concernant la vaccination contre la fièvre jaune, le Conseil consultatif technique de l'OPS sur les maladies évitables par la vaccination a clairement recommandé que le vaccin contre la fièvre jaune devait être inclus dans les vaccins infantiles routiniers dans les pays où existe la fièvre jaune. Avec l'expansion du vecteur et le risque de réurbanisation du virus, il est important de vacciner la population entière plutôt que les groupes à risques classiques. Quant à l'introduction des nouveaux vaccins, avant de prendre des décisions sur l'utilisation à grande échelle de nouveaux vaccins qui sont chers contre les pneumocoques et les méningocoques, les gouvernements ont besoin de meilleures données sur l'impact de ces agents. L'OPS cherche à organiser un réseau diagnostique qui pourrait fournir ces données dans les deux à trois ans à venir. En ce qui concerne un vaccin possible contre le VIH, toute décision relative à son introduction dépendra des tests d'efficacité et il n'est certes pas recommandé de décourager d'autres mesures préventives en fournissant un vaccin qui n'est pas efficace à 100%. L'ONUSIDA ferait des recommandations sur les conditions relatives à l'efficacité.

Notant que le Brésil, Cuba et le Mexique ont renforcé leur capacité de production nationale de vaccins, le Docteur de Quadros a souligné la nécessité de forger des partenariats entre les producteurs de la Région pour arriver à une auto-suffisance régionale et garantir ainsi l'offre de vaccins. A cet effet, il mentionne qu'une réunion des producteurs de vaccins des Amériques est en train d'être organisée. La certification des processus de fabrication de vaccins est de toute première importance. Elle est presque achevée à Cuba pour le vaccin contre l'hépatite B et au Brésil, pour le vaccin contre la fièvre jaune. L'OPS est en consultation avec le Mexique pour certifier sa production de vaccins contre la poliomyélite. En ce qui concerne le Fonds de roulement, il explique la valeur des vaccins achetés par le biais du Fonds pendant l'année dépasse très nettement le niveau de capitalisation. Par conséquent, les pays sont priés de faire des versements à l'avance s'ils veulent passer des commandes importantes surtout pour les nouveaux vaccins plus onéreux.

Le Directeur a indiqué que l'OPS ne pouvait pas actuellement mettre plus de capitaux dans le Fonds de roulement et que, par conséquent, les paiements d'avance étaient une nécessité. Le thème des vaccins et immunisation a tout lieu d'être une source de fierté bien méritée pour les pays. Leur dévouement à la cause d'une couverture vaccinale élevée est symbolisé par le Salvador qui a réussi à respecter son calendrier des campagnes de vaccinations même après un grave tremblement de terre. L'Organisation était engagée à aider les responsables de la santé à contrecarrer les arguments de ceux qui s'opposent aux vaccinations car, s'ils prennent des proportions trop importantes, ces arguments peuvent causer énormément de dégâts à l'infrastructure des vaccinations. De bonnes stratégies de marketing social sont nécessaires pour que les efforts ne se relâchent pas au sein de la population. Un meilleur marketing social est également nécessaire pour convaincre le reste du monde d'utiliser la technologie disponible à faible coût concernant vaccination contre la rougeole pour sauver des vies. Quoique fasse le reste du monde, les Amériques continueront à vacciner.

Le Comité a adopté la résolution CE128.R8 sur ce point de l'ordre du jour.

Rapport sur la XII^e Réunion interaméricaine, au niveau ministériel, sur la Santé et l'Agriculture (document CE128/11)

Le Docteur Steven Corber (Directeur, Division de la prévention et du contrôle des maladies, OPS) a fait le compte rendu de la XII^e Réunion interaméricaine, au niveau ministériel, sur la Santé et l'Agriculture (RIMSA XII) qui s'est tenue à Sao Paulo au Brésil du 2 au 4 mai 2001. RIMSA XII marquait la première fois où des ministres de la santé et de l'agriculture se sont réunis pour discuter de problèmes communs depuis que les délégués de RIMSA XII avaient décidé de changer le nom de la réunion (appelée auparavant la Réunion interaméricaine, au niveau ministériel, sur la santé animale) afin de faire ressortir les liens étroits qui unissent les secteurs de la santé et de l'agriculture. Des délégations de 35 États membres sont venues assister à la réunion, la majorité d'entre elles avec à leur tête des ministres, des vices-ministres ou des ambassadeurs. Le secteur privé et d'autres organismes de collaboration étaient également représentés. Le Président du Brésil, Docteur Fernando Henrique Cardoso, a pris la parole lors de la séance de clôture.

Les participants ont discuté du rapport des activités du Programme de l'OPS concernant la santé publique vétérinaire et ont approuvé des plans d'action pour 2002-2003 de ses centres spécialisés: le Centre panaméricain de la fièvre aphteuse (PANAFTOSA) et l'Institut panaméricain pour la protection alimentaire et la lutte contre les zoonoses (INPPAZ). Des rapports ont été présentés de la huitième Réunion des Directeurs des programmes nationaux de lutte contre la rage en Amérique latine et la huitième Réunion du Comité hémisphérique pour l'éradication de la fièvre aphteuse

(COHEFA) qui s'est tenue une journée avant l'ouverture de RIMSA XII. Les délégués ont adopté une résolution avalisant la recommandation de COHEFA : à savoir que PANAFTOSA assume la responsabilité de l'examen et de l'évaluation des programmes nationaux de lutte contre la fièvre aphteuse. Deux discussions en panel se sont tenues, l'un sur la participation communautaire pour la protection alimentaire et l'autre sur les zoonoses importantes pour l'économie et la santé publique. Ce dernier panel comportait un rapport sur une consultation d'experts de l'OPS/OMS sur l'encéphalite spongiforme bovine (BSE) qui s'était tenue en Uruguay en avril 2001. Des présentations supplémentaires se sont concentrées sur la situation concernant la fièvre aphteuse en Uruguay et le mouvement des municipalités productives à Cuba.

RIMSA XII a notamment abouti à la création de la Commission panaméricaine pour la salubrité alimentaire (COPAIA) qui servirait de forum régional pour la discussion des questions de salubrité alimentaire et formulation de politiques en ce domaine. RIMSA XII a adopté 10 résolutions qui paraissent ensemble, de pair avec un compte rendu des délibérations, dans le rapport final de la réunion (document RIMSA12/FR).

Le Comité exécutif a trouvé que la réunion de Sao Paulo était très productive et a réitéré son soutien pour RIMSA en tant que mécanisme pour promouvoir la coordination et la coopération entre les secteurs de la santé et de l'agriculture sur des questions d'intérêt mutuel. La création de COPAIA et la création d'un cadre plus solide pour le contrôle de la fièvre aphteuse avec un rôle plus dynamique pour PANAFTOSA étaient jugés des accomplissements importants. Le Comité soutient pleinement COPAIA mais souligne que la Commission devait compléter et non pas reproduire le travail d'autres organismes internationaux dans le domaine de la sécurité alimentaire.

Le Délégué du Canada a noté une légère différence entre le rapport final de RIMSA XII et la résolution RIMSA12.R3 qui approuve la création de COPAIA et a demandé au Directeur de réunir un petit groupe de travail pour collecter les commentaires sur la portée, le cadre et les termes de référence de COPAIA qui avaient été fournis lors de la discussion à RIMSA XII et de les présenter à la Commission. La Commission à son tour allait évaluer les commentaires du groupe de travail et rédiger les termes de référence pour son travail. Lors de RIMSA XII, sa délégation avait proposé que les termes de référence soient formulés par les membres de la Commission lors de la première réunion complète de COPAIA, permettant ainsi la participation de représentants de producteurs, transformateurs et consommateurs ainsi que ministres de la santé et de l'agriculture. L'avant-projet des termes de référence serait ensuite circulé auprès de tous les membres aux fins d'obtenir leur accord. Cette proposition avait formé la base de la résolution RIMSA12.R3 et le Canada a demandé que soit suivi le processus ébauché dans la résolution.

Plusieurs questions ont été posées sur les liens entre COPAIA et le Réseau interaméricain des Laboratoires d'analyse alimentaire et sur les budgets de l'INPPAZ et PANAFTOSA qui n'étaient pas inclus aux plans d'action approuvés lors de RIMS A XII. On a remarqué que, par le passé, l'INPPAZ avait connu de retards importants au niveau du recouvrement des contributions et cela peut entraver la capacité de l'Institut de remplir son rôle clé comme secrétariat technique pour COPAIA. Au vu des commentaires se rapportant à la nécessité d'une coordination entre les secteurs de la santé et de l'agriculture pour l'application du Règlement sanitaire international, on a proposé que le thème soit inclus au programme de RIMS A en 2003.

Répondant aux commentaires concernant le petit groupe de travail sur les termes de référence de COPAIA, le Docteur Corber a indiqué que la réunion du groupe avait été prévue à titre préliminaire les 25 et 26 juillet au Siège de l'INPPAZ en Argentine. Une fois que le groupe aurait revu les termes de référence, ils seraient présentés aux membres de la Commission lors d'une réunion de la COPAIA, réunion qui serait convoquée aussi rapidement que possible après la réunion du groupe de travail. Ensuite, les termes de référence seraient présentés aux États membres de l'OPS au Conseil directeur en septembre 2001. Il était important de noter que COPAIA allait inclure des représentants d'associations de consommateurs et de producteurs des diverses sous-régions outre les ministres de la santé et de l'agriculture. Les membres de tous ces groupes de soutien allaient revoir les termes de référence et participeraient également aux réunions de COPAIA qui les examineraient par la suite.

L'OPS est entièrement d'accord pour dire que la Commission ne devait pas reproduire le travail d'autres organismes internationaux concernés par la salubrité alimentaire mais devait chercher à le compléter. Par exemple, il revient à la Commission Codex Alimentarius de fixer les normes. Le rôle de la COPAIA est d'aider les pays à formuler des politiques et des plans en vue d'appliquer et de respecter ces normes. Des représentants de la FAO et de la Commission Codex Alimentarius étaient présents lors de la séance d'inauguration de la COPAIA et avait soutenu sa création justement parce qu'ils pensaient que la Commission renforcerait leurs efforts et aiderait à promouvoir une plus grande sécurité alimentaire dans la Région.

Concernant les liens entre le Réseau interaméricain des Laboratoires d'analyse alimentaire, le Docteur Corber a expliqué que le Réseau cherchait à améliorer la qualité de l'analyse faite, par le laboratoire, des sources possibles de contamination alimentaire, à promouvoir la mise en place d'un réseau international de laboratoires et à renforcer la capacité d'analyse alimentaire dans les pays. Si les activités du Réseau sont certes reliées à celles de la COPAIA, la Commission par contre devait être essentiellement une entité formulant des politiques alors que le Réseau participe plus directement aux aspects techniques de la salubrité alimentaire.

Le Directeur pensait que RIMSA XII avait été véritablement remarquable et cela pour plusieurs raisons, notamment la décision des délégués de confier à PANAFTOSA l'autorité nécessaire pour faire des examens de la situation concernant la fièvre aphteuse dans les divers pays. Les ministres avaient reconnu qu'il était nécessaire d'avoir une entité indépendante dans les Amériques qui pourrait réaliser de tels audits et faire le compte rendu aux pays risquant d'être touchés par des flambées de cas de fièvre aphteuse. Un autre résultat lié à l'enthousiasme suscité par la discussion de la fièvre aphteuse au sein de RIMSA concerne la signature d'un accord des ministres de l'agriculture de MERCOSUR qui ont affirmé leur engagement à la collaboration, à la transparence et à la diffusion de l'information en relation avec cette maladie.

Concernant les budgets de PANAFTOSA et INPPAZ, il a expliqué que la coutume avait été de présenter ces budgets à RIMSA de pair avec les plans d'action pour les centres. Il pensait qu'il serait bon d'arrêter cette pratique car c'était le Conseil directeur et non pas RIMSA qui avait l'autorité nécessaire pour fixer les budgets des centres quand il approuvait le budget de l'Organisation dans son ensemble. Par conséquent, seul le plan d'action avait été présenté à RIMSA qui l'a approuvé. Néanmoins, il faudra peut-être modifier ces plans d'action pour tenir des crédits alloués par le Conseil directeur.

Concernant le recouvrement des contributions pour les centres, l'Organisation avait fait de nets progrès avec le Gouvernement du Brésil pour fixer les modalités de paiement et un plan de paiement pour les arriérés à PANAFTOSA. En outre, l'OPS cherchait à voir comment le secteur privé pouvait contribuer au soutien financier du centre. Des représentants d'éleveurs présents à RIMSA XII avaient indiqué qu'ils étaient prêts à le faire sachant qu'il était dans leur intérêt que PANAFTOSA fonctionne aussi efficacement que possible. Par conséquent, l'OPS visait à mettre au point un cadre adéquat pour les contributions du secteur privé. Cela pourrait demander certains changements au niveau de la gouvernance du centre. Il maintiendrait au courant les Organes directeurs des progrès réalisés à ce niveau.

Par contre, moins de progrès avaient été faits au niveau du recouvrement de la dette pour l'INPPAZ. L'Organisation avait engagé d'intenses discussions avec le Gouvernement de l'Argentine concernant les arriérés que lui devaient le Ministère de la Santé et le Ministère de l'Agriculture. Une partie du problème réside dans le manque de clarté quant aux entités au sein du Gouvernement de l'Argentine qui étaient responsables du budget de l'Institut. Mais l'OPS est d'avis que c'est la responsabilité du Gouvernement de l'Argentine pris dans son ensemble, et non pas d'une branche particulière, de respecter les engagements contractés avec l'INPPAZ. Il espère qu'un accord pourra être trouvé avec le Gouvernement dans un avenir proche.

Répondant aux préoccupations de la Délégation du Canada, il a affirmé que, s'il existe une différence entre le rapport final et la résolution RIMSA12.R3, c'est la résolution qui passe en premier. Conformément à cette résolution, il reviendrait à la COPAIA elle-même de prendre la décision finale concernant ses termes de référence.

Enfin, il remercie au nom de l'Organisation le Gouvernement du Brésil et tout particulièrement le Docteur João Carlos de Souza Meirelles (Secrétaire de l'Agriculture pour l'État de Sao Paulo) d'avoir été l'hôte de la réunion.

Le Comité a adopté la résolution CE128.R2 recommandant notamment que le 43^e Conseil directeur approuve les résolutions de RIMSA XII.

Règlement sanitaire international (document CE128/14)

Le Docteur Marlo Libel (Conseiller régional sur les maladies transmissibles, OPS) a fait une mise à jour pour le Comité concernant le processus de révision du Règlement sanitaire international (RSI). L'Assemblée mondiale de la Santé en 1995 avait recommandé que le Règlement soit revu afin de tenir compte des nouveaux défis et problèmes liés aux voyages et échanges commerciaux internationaux de plus en plus importants et le risque que cela comporte pour la propagation rapide des maladies infectieuses. Le Règlement actuel, adopté en 1969, était limité à plusieurs égards : seules trois maladies étaient régulées (choléra, peste et fièvre jaune), elles dépendaient de la notification d'un pays, il n'existait pas de mécanismes de collaboration entre les pays affectés et l'OMS et ce règlement ne fournit aucune incitation poussant les États membres à le respecter.

Le processus de révision du RSI n'était pas aisé. En effet, il fallait garantir la notification des risques de santé publique d'urgence internationale, éviter les incidences négatives inutiles sur les déplacements et échanges internationaux suite à des comptes rendus erronés et vérifier que le système était suffisamment sensible pour dépister de nouveaux risques de santé publique. Un concept clé du nouveau Règlement est celui des « événements revêtant une importance internationale urgente liée à la santé publique. » Contrairement au règlement actuel, le nouveau RSI ne contient pas une liste des maladies communicables et ne dépend pas seulement de la notification des syndromes de maladie, tel que proposé au départ. Au contraire, le nouveau Règlement demande aux pays de notifier toute flambée de cas ou autre événement sanitaire qui pose une menace internationale urgente pour la santé publique. Le Règlement fournira un algorithme pour aider les services de santé des pays à décider s'il s'agit d'un événement considéré urgent et international et précise également des mesures qui pourront être prises pour prévenir la propagation internationale de maladies. Le document présente les changements proposés.

Le calendrier de révision du Règlement demandait que celui-ci soit présenté à l'Assemblée mondiale de la Santé aux fins d'approbation en 2004. Un avant-projet du texte du Règlement devait être préparé en 2002. En attendant, un processus de consultation serait organisé afin d'obtenir un maximum de feed-back et pour vérifier que la prochaine version préliminaire du Règlement incorpore les suggestions des États Membres et réponde à leurs besoins. Dans le cadre de ce processus, on demandera aux pays de participer au test sur le terrain de divers aspects du Règlement, notamment l'arbre décisionnel pour déterminer si un événement de santé publique est d'une importance internationale urgente. Au niveau régional, l'OPS cherchera à faire participer les pays des Amériques à ce test afin d'évaluer notamment l'applicabilité des changements proposés dont un grand nombre demanderont des modifications au niveau de la législation nationale. En guise de conclusion, le Docteur Libel a noté que plusieurs parties concernées étaient consultées tout au long de ce processus – notamment la Commission Codex Alimentarius et l'Organisation mondiale du Commerce – vu les liens qui existent entre le commerce mondial et la transmission et notification des maladies infectieuses.

Le Comité exécutif prend note avec satisfaction du rapport d'activités sur la révision du Règlement sanitaire international mais se montre préoccupé des retards qui sont pris au niveau de ce processus. L'OMS est priée de consacrer plus de ressources et d'accélérer la cadence du processus de révision pour respecter la date d'achèvement de 2004. Tous les délégués qui ont discuté de ce point de l'ordre du jour ont indiqué que leur pays était prêt à collaborer pour faire progresser aussi rapidement que possible le processus de révision. Le Comité a souligné que le RSI revu continuera à donner la priorité à la protection de la santé publique et à la prévention des maladies, bien qu'il reconnaisse également la nécessité d'éviter des mesures inutiles qui pourraient avoir des conséquences économiques imprévues ou empiéter sur le droit des nations à s'engager dans le commerce international. Le Comité convient également du besoin de collaborer avec d'autres parties concernées. Il remarque notamment que les organisations de santé animale devraient participer au vu des connexions qui existent entre le Règlement et la production animale, les échanges alimentaires ainsi que la salubrité et la sécurité alimentaires.

La mise en place d'une capacité de réponse et le renforcement des systèmes de surveillance nationaux ont été jugés d'importance critique pour la réussite du processus de révision et le fonctionnement efficace du Règlement. Plusieurs délégations ont demandé l'assistance de l'OPS à cette fin. On a également insisté sur la nécessité de relier la surveillance nationale et internationale. Les Membres ont soulevé plusieurs points préoccupants concernant le Règlement et les mesures proposées pour l'endiguement des maladies, notamment le caractère recommandable de la pulvérisation avec des insecticides sur les avions qui atterrissent ou personnel dans les aéroports qui contrôlent

les passagers pour dépister les éventuelles maladies, les mesures pour traiter le risque d'introduction des maladies de la part d'immigrants illégaux qui ne passent pas par les points d'entrée officiels et le risque que les fournitures et équipement d'hôpitaux donnés par un pays à un autre soient des véhicules qui hébergent les pathogènes. Concernant ce dernier point, on propose que l'OPS formule un ensemble de directives pour les dons de matériel et produits hospitaliers qui ont déjà servi pour diminuer le risque de transport des pathogènes.

Plusieurs questions ont été posées concernant les aspects juridiques du processus de révision et la manière dont peut être appliqué le nouveau Règlement. Un délégué a également demandé si la révision du Règlement sanitaire international allait demander une révision du Code sanitaire panaméricain.

Le Docteur Libel a remercié les délégués pour leurs offres de participation au processus de révision. Cette participation sera capitale pour produire et évaluer le nouveau texte du Règlement afin d'atteindre l'objectif 2004. En ce qui concerne les aspects juridiques du Règlement, il a expliqué qu'ils représenteraient un accord international entre les États membres mais la plupart des dispositions seraient exercées au niveau national par l'entremise de législations et réglementations nationales plutôt que par une entité internationale. Tel qu'il l'a remarqué dans sa présentation, une partie du processus de révision demanderait une révision des lois nationales.

Il a convenu que la quantité que l'OMS avait investie dans le processus de révision était assez limitée et cela soulève des préoccupations. Mais une grande partie de la préparation aux fins d'application du Règlement révisé concerne le renforcement de la capacité nationale en matière de surveillance épidémiologique et analyse de laboratoire et de fait des sommes importantes étaient investies dans ces domaines, tant par l'OMS et l'OPS que par les pays eux-mêmes. De plus, dans les pays des Amériques, l'OPS cherchait à renforcer les capacités de surveillance et de réponse aux maladies transmissibles par le biais de divers programmes et initiatives : surveillance et contrôle du paludisme, de la dengue, de maladies pouvant être évitées par des vaccins et des zoonoses.

S'agissant de la question de l'application des insecticides aux points d'entrée, il a noté que des résultats de recherche récente corroboraient la valeur de l'utilisation d'insecticides sur l'avion qui arrive mais que la question devait être davantage débattue. Quel que soit le cas, si une recommandation devait être faite sur l'utilisation des insecticides, elle serait probablement incluse dans une annexe, et non pas dans le corps du Règlement à proprement parler. Quant au personnel des aéroports et des points de contrôle frontaliers, les faits scientifiques actuels concernant la transmission des infections indiquent que seul un personnel minimal de santé publique est nécessaire aux

points d'entrée car la période d'incubation de nombreuses maladies est assez longue et, partant, il n'existe qu'une faible probabilité de dépistage de ces maladies chez les voyageurs qui arrivent. Les questions de transmission de maladies par voie de biens donnés ou voyageurs illégaux ne sont pas des questions qui peuvent être traitées par le biais d'un règlement international. Elles doivent être traitées au niveau national en renforçant la capacité d'un pays à dépister de tels problèmes.

Le Directeur a noté avec satisfaction la transition – de l'approche syndromique vers une plus grande responsabilité au niveau du pays- fondée sur la définition d'algorithmes pour déterminer quand un événement représentait une urgence internationale en santé publique. Ce changement suppose une plus grande confiance entre les pays et entre ces derniers et le Secrétariat. Cette confiance conjuguée aux réponses rapides de la part du Secrétariat sera d'importance cruciale si l'on veut que le Règlement soit efficace.

En ce qui concerne les répercussions du Règlement sur le commerce des produits alimentaires, l'OPS est tout à fait consciente de l'impact négatif que les règlements sanitaires et phytosanitaires peuvent avoir sur les échanges, limitant à leur tour la capacité d'un pays à exploiter au maximum son potentiel économique. L'Organisation sait qu'il faut collaborer avec la Commission Codex Alimentarius, l'OMC et également avec des organisations de santé animale comme l'Institut interaméricain pour la coopération en agriculture (IICA) pour vérifier que le processus de révision tient compte des questions commerciales et économiques. En ce qui concerne le Code sanitaire panaméricain, vu qu'il s'agit d'un traité, la modification du code lui-même exigerait la ratification des législatures de tous les États membres- ce qui représenterait une procédure complexe et prenant beaucoup de temps. Il serait bien plus pratique de modifier les réglementations attachées au Code pour les adapter au Règlement sanitaire international révisé. Une fois achevé le processus de révision du RSI, le Secrétariat examinera les réglementations du Code et fera une recommandation concernant les modifications nécessaires. Tout amendement du règlement demandera l'approbation des Organes directeurs.

Le Comité a adopté la résolution CE128.R1.

Convention-cadre sur le contrôle du tabac (CE128/16)

Mme Heather Selin (Conseillère pour la prévention et le contrôle de l'usage du tabac, OPS) a fait le compte rendu de la situation concernant l'usage du tabac dans les Amériques et a parlé des mesures prises par l'OPS pour soutenir les efforts déployés par les États membres pour combattre la consommation du tabac, tant au niveau national qu'international par le biais de la convention-cadre sur le contrôle du tabac. Le tabagisme est l'une des grandes causes de décès évitables dans les Amériques. Le tabac nuit non

seulement à ceux qui l'utilisent mais également à ceux qui sont exposés à la fumée. Le tabagisme passif est particulièrement grave pour les enfants et les femmes enceintes. Les dépenses pour acheter les cigarettes diminuent la somme d'argent dont disposent les familles pour payer d'autres nécessités comme la nourriture et le logement. De plus le tabac tue les adultes dans leurs années les plus productives, privant souvent les familles de celui qui assure leur subsistance. A l'évidence, les coûts exorbitants, tant sanitaires qu'économiques, du tabac demandent que des mesures fermes soient prises pour combattre le tabagisme.

L'initiative de formuler une convention a été prise suite à la reconnaissance par les pays de la nécessité de lancer une action internationale pour contrecarrer l'énorme pouvoir mondial dont dispose l'industrie du tabac et parce que des problèmes comme la publicité sur les produits de tabac et la contrebande de ces produits exigent une réponse internationale coordonnée. L'Organisation pense que la formulation de la Convention est une occasion unique de se mettre d'accord à l'échelle internationale pour lutter contre l'usage du tabac. Mais la réussite dépendra de l'action et de l'engagement au niveau national pour canaliser l'énergie et l'élan international en action nationale. Le processus de traité et l'action nationale devraient être vus comme des processus parallèles menant au même but : réduction de l'usage du tabac et des décès et maladies imputables au tabagisme.

La majorité des pays de la Région participent au processus de négociation de la convention-cadre. Mais au niveau national seuls quelques pays ont adopté des politiques publiques intégrales visant à réduire l'usage du tabac et à limiter l'influence de l'industrie du tabac – malgré les solides faits qui montrent que certaines mesures pourraient être extrêmement efficaces par rapport aux coûts pour diminuer les décès liés à l'usage du tabac. Ces mesures concernent notamment les impôts sur les produits de tabac, l'interdiction de fumer dans des endroits publics, les interdictions sur les publicités entourant les produits de tabac et l'éducation publique. Deux mesures en particulier pourraient diminuer nettement l'usage du tabac parmi les fumeurs actuels, protéger les non-fumeurs et réduire la tolérance sociale pour le tabagisme : imposer les produits de tabac et interdire de fumer dans les endroits publics. Mme Selin a terminé sa présentation en invitant le Comité à examiner les mesures que les États membres de l'OPS pouvaient prendre pour profiter du mouvement antitabac mondial suscité par la formulation de la convention-cadre et traduire cette énergie en accomplissements réels en vue de diminuer les décès et maladies imputables au tabagisme au niveau national. Elle a prié le Comité de voir comment l'OPS pouvait les États membres à ce niveau.

Le Comité exécutif a convenu de la nécessité de se donner une approche intégrale afin d'arriver à des réductions notables de l'usage du tabac et a approuvé les trois stratégies de coopération technique dont il est question dans le document : renforcer la

capacité nationale pour mettre en œuvre des initiatives efficaces par rapport aux coûts, promouvoir les processus multisectoriels pour soutenir un cadre de politiques efficaces aux fins d'action et positionner le contrôle du tabac comme un volet clé de la réforme du secteur de la santé. Vu qu'un grand nombre des mesures de politiques recommandées ne pourront être adoptées que par le biais de la législation, on propose que l'Organisation cherche également à aider les pays à poser les fondements et à obtenir le soutien nécessaire pour effectuer les changements permettant de réduire et de prévenir la consommation de tabac, en tenant compte du contexte politique, social et culturel de chaque pays. On propose également de formuler un avertissement uniforme qui serait mis sur les paquets de cigarettes car dans certains cas le contenu ou l'apparence des ces messages d'avertissement les rendent pratiquement inutiles.

Le Comité est d'avis que le soutien à la participation des États membres au processus de négociation de la convention-cadre est un autre rôle clé pour l'OPS. Une solide convention consolidant une action internationale intégrale est jugée le seul moyen pour arriver à combattre l'usage du tabac. On a insisté sur l'importance de faire participer au processus de la convention diverses parties concernées outre le secteur de la santé. Le Comité a également soutenu la demande pour un financement supplémentaire dont il est question dans le document. Plusieurs délégations ont indiqué que leur gouvernement pouvait fournir des fonds extrabudgétaires aux activités de contrôle du tabac réalisées par l'Organisation et ils ont encouragé d'autres pays à faire de même. On a également proposé que le Secrétariat examine la possibilité de réaffecter les fonds dans le budget de l'OPS afin d'accorder plus de crédits au programme de contrôle du tabac. Notant que le Ministère de la Santé de son pays avait été contacté à plusieurs reprises par des représentants de bureaux juridiques des États-Unis, un délégué a demandé au Secrétariat de commenter sur l'efficacité des poursuites judiciaires contre l'industrie du tabac.

Le Délégué du Canada a indiqué que le Ministre de la Santé de son pays, l'Honorable Allan Rock, avait été heureux de recevoir le prix régional du concours pour un Air pur, parrainé par l'OPS dans le cadre de l'Initiative Amériques sans tabac. Sa délégation souhaitait également féliciter les autres gagnants dont le Ministre de la Santé du Brésil, le Docteur José Serra, et les ministres de la santé de la Jamaïque et du Honduras.

Répondant aux commentaires du Comité, Mme Selin a convenu qu'il était essentiel de poser le fondement politique et juridique rendant possible un contrôle efficace du tabagisme. L'Organisation savait fort bien que le contrôle du tabac était une question très politique. Les gouvernements qui cherchent à diminuer l'usage du tabac se heurtent à une solide opposition de la part d'une industrie privée puissante. À l'évidence, les pays ne pourront pas introduire du jour au lendemain des politiques intégrales de

contrôle du tabac mais leur participation aux négociations de la convention-cadre leur donne l'occasion d'accélérer ce processus.

En ce qui concerne la question des poursuites judiciaires contre l'industrie du tabac, elle a noté que les procès avaient eu des résultats mitigés en tant que stratégie de contrôle du tabac. Certes, dans certains cas les entités gouvernementales avaient obtenu des indemnités importantes à l'issue d'un procès contre l'industrie du tabac mais ce n'était pas un moyen fiable d'obtenir des ressources pour les activités de contrôle du tabac. L'un des meilleurs résultats de tels procès aux États-Unis se situe au niveau de la diffusion d'information sur l'industrie du tabac et ses produits, information qui s'est avérée utile pour formuler des stratégies pour réduire l'usage du tabac.

Le Directeur a ajouté que l'OPS avait été contactée à plusieurs reprises par des bureaux juridiques souhaitant que l'Organisation soutienne des poursuites judiciaires au nom des États membres. L'OPS n'avait ni les ressources ni l'expertise pour aider les pays dans cette capacité mais serait heureuse de partager avec eux l'information dont elle dispose sur le résultat de telles procédures judiciaires.

S'agissant de la question du financement, il a indiqué que le Secrétariat ferait son possible au vu des ressources limitées dont il dispose pour accorder plus de crédits au contrôle du tabac. Des coupes avaient été faites dans le budget pour l'exercice 2000/2001 afin d'augmenter les crédits pour le programme de contrôle du tabac et le Secrétariat chercherait à faire de même lors de la prochaine période biennale. Il a remercié les pays qui ont accepté de fournir un financement extrabudgétaire.

En ce qui concerne le soutien à la participation des pays au processus de négociations de la convention, l'OPS avait facilité des réunions sous-régionales sur la Convention cadre permettant aux pays plus petits qui ne pouvaient pas se permettre de participer aux séances de négociations internationales d'avoir voix au chapitre. L'Organisation continuera à soutenir de telles collaborations entre pays aux fins d'encourager des positions régionales communes dans la discussions concernant la convention.

Lors de la Journée mondiale Sans Tabac (31 mai 2001), l'Organisation avait lancé l'Initiative Amériques sans tabac dont le but est de sensibiliser davantage aux conséquences néfastes causées par le tabagisme passif et de mobiliser l'action pour créer des endroits où il est interdit de fumer. Il espère que les pays viendront se joindre à l'initiative et chercheront à mettre fin au mythe voulant que le tabagisme passif serait moins dangereux que l'usage du tabac. L'OPS soutient fermement la position suivante : un tabagisme sans danger, cela n'existe pas.

Le Comité exécutif a adopté la résolution CE128.R9 sur ce point de l'ordre du jour.

Promotion de la santé (document CE128/17)

Le Docteur María Teresa Cerqueira (Directrice, Division de la promotion et de la protection de la santé) a commencé sa présentation en indiquant qu'il existait une pléthore d'informations sur l'efficacité de la promotion de la santé et sur les déterminants d'activités efficaces de promotion de la santé. Mais jusqu'à présent, peu de pays de la Région avaient fait des investissements importants dans la promotion de la santé. Lors de la cinquième Conférence mondiale sur la promotion de la santé, tenue l'année précédente au Mexique, les États membres avaient avalisé la Déclaration du Mexique 2000, s'engageant à renforcer les plans nationaux de promotion de la santé dans des domaines prioritaires, notamment la campagne antitabac, la santé mentale, la maternité sans risques, la promotion de l'allaitement maternel, la santé et le développement de l'enfant et de l'adolescent, le vieillissement en bonne santé et la promotion de styles de vie sains. L'Organisation avait demandé aux États membres de fournir des directives sur l'aide qu'elle pouvait leur apporter en vue de respecter ces engagements. Le document souligne les diverses manières dont l'Organisation peut aider les pays à renforcer leur capacité de mettre en œuvre, de planifier et d'évaluer les stratégies de promotion de la santé et de mise en place de la structure adéquate.

Le Docteur Cerqueira a présenté la structure de la Division de la promotion et de la protection de la santé et les grands axes d'intervention de ses trois programmes (Population et santé familiale, santé mentale et alimentation et nutrition) ainsi que ses trois centres spécialisés (le Centre de l'Amérique latine pour la périnatalogie et le développement humain – CLAP, l'Institut de nutrition de l'Amérique centrale et de Panama- INCAP et l'Institut des Caraïbes pour l'alimentation et la nutrition-CNFI). La priorité pour la Division lors de la période biennale consiste à formuler un plan d'action stratégique sur la promotion de la santé pour les cinq années à venir. Le plan vise à une meilleure intégration entre les domaines de programmes et une étude plus approfondie des déterminants de la santé.

Le programme de coopération technique de l'OPS doit relever les défis suivants : renforcer la capacité institutionnelle du secteur de la santé et d'autres secteurs, renforcer la base de faits étayant l'efficacité de la promotion de la santé et renforcer les partenariats existants et en forger de nouveaux. Pour relever ces défis, la coopération technique de l'OPS vise à promouvoir une planification liée aux stratégies suivantes de promotion de la santé : création d'environnements sains et constructifs, mise en place d'une politique publique saine, renforcement de l'action communautaire pour la santé, acquisition de compétences utiles dans la vie, réorientation des systèmes et services de santé,

renforcement des systèmes de surveillance grâce à l'information sociale et comportementale et soutien pour la recherche et l'évaluation pour faire progresser les connaissances et perfectionner les pratiques.

Le Comité a souligné l'importance de la promotion de la santé pour réduire les inégalités sur le plan de la santé et améliorer la santé de la population entière. L'incidence croissante de divers problèmes de santé signifie que les pays doivent engager des ressources supplémentaires pour la promotion de la santé que l'on juge être un pilier essentiel du développement social et économique. Le Comité a également avalisé l'idée d'intégrer les stratégies de promotion de la santé à toutes les activités de l'Organisation. La collaboration entre les programmes de l'OPS, entre les États membres et avec des partenaires externes a été jugée d'importance capitale pour créer une synergie qui renforcerait et amplifierait l'impact de la promotion de la santé sur tous les types de problèmes de santé. Tel que le réaffirme la Déclaration du Mexique de 2000, les actions de promotion de la santé demandent la participation active de tous les secteurs de la société. Aussi, le Comité a-t-il fait l'éloge de l'approche de l'Organisation consistant à faire participer de multiples niveaux de gouvernement et d'organisations non gouvernementales. En outre, le Comité a encouragé des partenariats entre les pays de la Région comme moyen de renforcer l'infrastructure nécessaire pour faire progresser la planification et l'action pour la promotion sanitaire dans les Amériques. Un projet en cours entre l'Association de santé publique au Canada (CPHA) et la Fondation Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) au Brésil a été mentionné comme un exemple de tels partenariats.

Le Comité a convenu de l'importance de la mise en place d'une base de faits pour montrer l'efficacité des activités de promotion de la santé et accorder plus d'attention aux déterminants de la santé afin de guider les décisions sur l'ordre prioritaire et l'investissement. Le renforcement de la planification pour la promotion de la santé a été jugé essentiel. Les pays qui ne l'ont pas encore fait sont priés instamment de formuler et d'exécuter leurs propres plans d'action afin de donner à la promotion sanitaire la priorité qu'elle mérite.

On a souligné l'importance de mettre en place un personnel de la santé qui dispose de la connaissance et de l'expérience nécessaires en matière de techniques de promotion de la santé. On a indiqué de nouveaux paradigmes éducatifs étaient nécessaires pour les agents de santé qui traditionnellement sont davantage formés pour prendre en charge des problèmes de santé que pour promouvoir une bonne santé et qui n'avaient pas l'habitude qu'on leur enlève une partie de leurs responsabilités sur le plan de la santé. Encourager un changement culturel montrant que la santé entre dans la responsabilité de tout le monde est jugé vital pour assurer l'efficacité et la pérennisation des programmes de santé. La responsabilité locale pour les programmes locaux et l'utilisation des communications de masse sont vues comme des stratégies importantes de promotion de

la santé. Plusieurs membres ont donné des exemples de réponses enthousiastes aux initiatives de promotion de la santé dans leur pays, montrant que toutes les couches sociales se soucient de la prévention de la maladie et de l'amélioration de la qualité de la vie.

Le document CE128/17 est jugé un cadre de politiques utiles mais le Comité pensait qu'il devait spécifier plus clairement les objectifs de promotion de la santé dans chaque domaine de planification stratégique pour 2003-2007 afin d'aider l'Organisation et les États membres à se concentrer sur les priorités de promotion de la santé et sur la manière dont on pouvait atteindre les objectifs prioritaires. Les membres pensaient également que le document devait être plus explicite en ce qui concerne l'impact des déterminants sociaux et économiques ainsi que de la position de la femme, la race, l'éducation et l'environnement physique sur la santé de la population. Il faut insister davantage sur l'identification d'actions qui ont des effets positifs sur la santé, outre la lutte contre les facteurs à risques.

Le Représentant de la Banque interaméricaine de développement (BID) a indiqué que son organisation travaille en étroite collaboration avec l'OPS dans le cadre de projets conçus pour compléter le soutien de la Banque à la réforme du secteur de la santé en dirigeant plus de ressources vers la santé publique, notamment la promotion de la santé et la prévention des maladies. Ces projets ont mis à jour de nombreux obstacles freinant la réussite des activités de promotion de la santé, allant du manque de priorité pour la promotion de la santé au niveau de l'allocation des ressources, à la faiblesse institutionnelle au sein des unités techniques des ministères de la santé responsables de la promotion de la santé, à la résistance culturelle aux pratiques de vie saines.

Le Docteur Cerqueira a répondu que l'Organisation chercherait effectivement à être plus spécifique et détaillée en ce qui concerne le plan et les buts découlant de la Conférence du Mexique. En 2002, l'OPS prévoit d'organiser un forum au Chili où un examen sera fait des progrès réalisés au niveau des buts fixés au Mexique. Elle a noté avec satisfaction que le Comité était d'accord sur l'importance de mettre en place une base de faits sur l'efficacité de la promotion de la santé et la nécessité de réaliser plus d'activités d'évaluation. Un groupe de travail comprenant des représentants de plusieurs pays a été créé pour mettre au point un protocole pour l'évaluation sur place des expériences de promotion de la santé. La première étape consiste à valider les instruments utilisés dans ce processus et à partager ces résultats. Lors de la seconde étape, les équipes qui ont reçu une formation portant sur la méthodologie iront travailler dans les pays et la méthodologie et les études de cas seront publiées.

L'Organisation prévoit de fournir aux responsables locaux une « boîte à outils » des méthodes pour les aider à formuler des buts de promotion de la santé concernant des initiatives spéciales telles que la convention-cadre sur le contrôle du tabac. Elle approuve

vivement des partenariats tels que celui entre CPHA et FIOCRUZ et elle indique que l'Organisation continuera son projet conjoint avec la BID dans le Cône Sud dans le but de mettre en place une équipe qui collaborera avec d'autres pays en matière de planification pour la promotion de la santé.

Le Comité a adopté la résolution CE128.R11.

Santé, eau potable et assainissement dans le développement humain durable (document CE128/13)

Le Docteur Mauricio Pardón (Directeur, Division de la santé et de l'environnement) a résumé le document préparé par le Secrétariat sur ce point de l'ordre du jour se penchant sur la situation du point de vue couverture en eau et assainissement dans la région. Il a examiné les grands défis et a discuté des rôles qu'assument l'OPS et les Ministères de la santé pour traiter ces défis. Il a commencé par noter que le développement humain durable demandait une capacité accrue en matière de santé, connaissance, ressources et la jouissance des droits humains fondamentaux dont le droit de vivre dans un environnement salubre et sain. L'approvisionnement en eau potable et un assainissement adéquat étaient des éléments d'importance cruciale pour ce droit. Le manque d'eau et d'assainissement sont des dangers pour la santé (tel qu'en témoignent les épidémies de maladies hydriques dans les pays industrialisés et les pays en développement de ces dernières années). Par ailleurs, cette insuffisance entrave le développement économique durable et réduit l'impact de l'éducation en matière d'hygiène.

La Région des Amériques a fait des progrès très importants ces dix dernières années sur le plan de l'approvisionnement en eau potable et assainissement mais des millions de personnes, surtout dans les zones rurales, n'ont toujours pas accès à ces services. De plus, 14% seulement de toutes les eaux usées reçoivent un traitement minimal. Les problèmes au niveau de la qualité des services et de la sécurité microbiologique et chimique persistent et la contamination et la diminution des eaux souterraines et autres ressources en eau soulèvent de vives préoccupations. Un des objectifs de l'avenir consiste à promouvoir une plus grande participation de la part des secteurs public et privé ainsi que la société civile en matière de gestion des services d'eau et d'assainissement. Une stratégie de gestion intégrée s'avère nécessaire pour garantir non seulement une eau de boisson sans risque mais aussi des services bien gérés avec un personnel suffisant.

L'OPS a encouragé les ministères de la santé à s'engager davantage dans tous les aspects de la fourniture des services d'eau et d'assainissement y compris le plaidoyer pour l'accès universel, la surveillance et le suivi de la qualité de l'eau et de la performance des

services, la réglementation, la formulation de politiques et de normes, la création de partenariats et les négociations, la formation en ressources humaines et les interventions directes en temps d'urgence. La collaboration entre les ministères de la santé et les ministères de l'environnement était capitale pour faire des progrès dans ces domaines et serait le sujet d'une réunion proposée l'année prochaine. Pour sa part, l'OPS participe à des projets en matière de planification et de développement institutionnel, réglementation, gestion de risques et évaluation de la contamination de l'eau. Récemment, l'Organisation avait réalisé 17 analyses sectorielles de l'eau et de l'assainissement – utilisées par bien des pays comme plan de développement du secteur- et elle avait collaboré avec les pays au niveau de la préparation des rapports de l'*Évaluation 2000* sur la situation dans la Région concernant l'eau et l'assainissement.

Le Comité exécutif a remercié le Secrétariat pour avoir intégré au document les changements proposés par le SPP en mars. Le Comité a soutenu en général le rôle élargi des ministères de la santé concernant l'approvisionnement en eau et l'assainissement, vu le lien indiscutable qui relie l'eau à la santé. Par ailleurs, on a reconnu que, dans de nombreux pays, les ministères connaissaient des limitations institutionnelles et de ressources faisant qu'il est bien difficile pour eux d'assumer des fonctions plus importantes. On a proposé que l'OPS concentre sa coopération technique sur le renforcement des capacités pour permettre aux ministères de la santé d'assumer de tels rôles. Plusieurs membres ont remarqué que, dans leur pays, certaines des fonctions discutées dans le document reviendraient aux collectivités locales plutôt qu'aux services nationaux de santé publique. Cherchant à rendre les recommandations plus utiles, on a proposé que la discussion pour le Conseil directeur soit réorganisée autour des six rôles distincts liés à l'eau et à l'assainissement pour les ministères de la santé, rôles mentionnés dans le document.

La collaboration intersectorielle est jugée essentielle pour garantir un approvisionnement en eau potable en quantités adéquates et on a convenu que les services de santé publique devaient maintenir la principale responsabilité pour les activités pour lesquelles ils disposaient de la meilleure capacité technique, par exemple la formulation de politiques et la fixation de normes ainsi que l'exécution des systèmes de surveillance. Conformément à la recommandation faite dans le Plan d'action du troisième sommet des Amériques, le Comité a approuvé la convocation d'une réunion conjointe des ministres de la santé et de l'environnement au début de 2002. Le Comité a également encouragé l'OPS et les responsables de la santé des pays à travailler avec des collègues du secteur environnemental pour vérifier que la santé soit placée bien en vue à l'ordre du jour du prochain Sommet de la Terre pour un développement durable qui examinera les progrès faits depuis la Conférence des Nations Unies pour l'Environnement et le Développement tenue à Rio de Janeiro en 1992.

L'engagement de la communauté et du secteur privé a été vu comme d'importance capitale pour augmenter la couverture en eau et en assainissement. Un projet frontalier entre les États-Unis et le Mexique concernant le développement de l'infrastructure a été mentionné comme exemple de l'importance de la participation communautaire pour entretenir et maintenir les systèmes une fois qu'ils sont installés. Un approvisionnement en eau salubre et fiable et un assainissement adéquat sont des éléments nécessaires du développement économique et social ainsi que de la santé et, par conséquent, l'expansion de la couverture doit être intégrée aux efforts de développement en général. L'eau de boisson est un bien public essentiel dont les avantages pour la société dépassent de loin le prix de sa fourniture. Mais, vu la situation financière de certains pays, le secteur public ne dispose pas des ressources pour approvisionner les zones rurales pauvres qui devront être desservies par des entités privées. Par conséquent, le coût de l'eau pour les groupes qui sont les moins en mesure de payer est souvent proportionnellement bien plus élevé que les groupes plus aisés.

Le Comité pensait que les orientations futures devaient inclure la mise en place d'un réseau de laboratoire pour la surveillance et le suivi des normes bactériologiques et biochimiques de l'eau aux fins de la garantir pour la consommation humaine. Il fallait également des indicateurs régionaux allant plus loin que la qualité de l'eau pour refléter pleinement l'incidence de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement sur la santé et le développement durable. De tels indicateurs concernent notamment les mesures de qualité du service, l'utilisation de l'assainissement et du comportement d'hygiène. On a également souligné l'importance de prêter une plus grande attention à la préservation de l'environnement pour protéger les points et sources d'eau. Le délégué d'Antigua-et-Barbuda a noté que la conservation de l'eau était chose particulièrement préoccupante dans certaines petites îles des Caraïbes qui ne disposent de larges réserves d'eau mais la conservation de l'eau est importante partout, a-t-il indiqué, et ce thème devait donc être traité dans le document. On a proposé que le document se penche sur les raisons de la persistance du choléra dans la Région, dix ans après sa réapparition malgré une couverture plus étendue en eau et assainissement.

Le Docteur Pardon a indiqué que l'OPS fait déjà les efforts nécessaires pour garantir que la santé est une partie importante du programme du Sommet de la Terre pour un développement durable. Il est d'accord avec les commentaires du Comité concernant la nécessité de distinguer entre les fonctions du gouvernement national et des collectivités locales ainsi que la priorité qu'il fallait accorder aux problèmes des eaux usées et des préoccupations entourant la contamination biochimique des points d'eau. Il est important de définir les objectifs, d'identifier des domaines de collaboration entre les pays et de solliciter la participation d'institutions comme la BID et la Banque mondiale dans le cadre de projets conjoints. La mise au point de mesures de progrès était très importante pour montrer ce qui avait été accompli avec l'argent investi. De même, les indicateurs

régionaux de qualité des services et d'utilisation de l'assainissement et de l'hygiène ont aidé à guider la stratégie de coopération technique pour les programmes d'assainissement de base. Concernant le choléra, sa réémergence n'était guère surprenante considérant qu'elle avait été précédée par une décennie de négligence et d'investissements en baisse dans le domaine de l'eau et de l'assainissement au Pérou. Une telle crise pouvait être évitée à l'avenir en maintenant les niveaux d'investissement dans le secteur.

Le Directeur a donné son appui à la réunion proposée des ministres de la santé et des ministres de l'environnement bien qu'il note qu'au départ il s'était montré quelque peu sceptique quant au résultat visé. L'Organisation participerait aux préparations de la réunion et chercherait à susciter de l'enthousiasme à cet égard dans les deux secteurs des divers pays. Quant à la question de savoir qui était responsable de l'approvisionnement en eau, il indique que la responsabilité finale de garantir des biens publics essentiels incombait à l'État mais que celui-ci en appelle parfois à d'autres partenaires quand il a besoin d'aide. Cette vue s'applique notamment aux biens publics axés sur la demande (tels que l'eau et l'assainissement) qui demande une approche différente que les biens publics axés sur l'offre (tels que les vaccins). De même, tant d'activités influencent la santé qu'il n'est guère possible de demander au secteur de la santé d'être responsables pour toutes. Des distinctions doivent être faites entre les domaines pour lesquels le secteur de la santé a une responsabilité directe et les domaines où il devrait défendre la cause, faciliter et travailler avec d'autres secteurs pour garantir que les activités nécessaires sont réalisées.

Le Comité a adopté la résolution CE128.R10.

Développement et consolidation de la gestion des ressources humaines dans le secteur de la santé (document CE128/12)

Le Docteur Pedro Enrique Brito (Coordinateur, Programme de développement des ressources humaines, OPS) a présenté une vue d'ensemble de la situation des ressources humaines en santé dans la Région et a parlé des gageures au niveau de la gestion des ressources humaine, surtout au regard des changements liés à la réforme du secteur de la santé. La question des ressources humaines a rarement figuré aux programmes de la réforme sanitaire alors que ces ressources sont d'importance capitale pour la performance des systèmes de santé et la réussite des réformes lancées. De plus, la réforme du secteur de la santé a elle-même créé un certain nombre de nouveaux défis sur le plan de la gestion du personnel de santé. La gageure urgente découle de la décentralisation, composante de la réforme de la santé dans pratiquement tous les pays.

Ces nouveaux défis conjugués à des problèmes persistants tels que les déséquilibres au niveau de la composition et de la distribution de la main-d'œuvre et la

migration des agents de santé, demandent que des actions soient prises dans les sphères conceptuelles, politiques et opérationnelles afin de renforcer la capacité institutionnelle des systèmes de santé pour la gestion des ressources humaines. Le document récapitule les principaux problèmes auxquels se heurte le secteur de la santé concernant la gestion des ressources humaines et décrit les actions nécessaires pour vérifier que les entités responsables de l'exécution de cette fonction possèdent des compétences essentielles dans les domaines suivants : analyse des situations et tendances des ressources humaines et identification des besoins programmatiques, composition du personnel, performance, gestion et évaluation, gestion des relations avec la main-d'œuvre et administration du personnel, développement et formation des ressources humaines et assurance de conditions de travail sans risques.

L'OPS est d'avis que la gestion des ressources humaines est une fonction essentielle de santé publique. Par conséquent, sa coopération technique dans le domaine de la gestion des ressources humaines est liée à l'Initiative OPS de Santé publique aux Amériques ainsi qu'aux efforts faits pour améliorer la performance des services de santé, renforcer le rôle de chef de file des ministères de la santé et soutenir la réforme du secteur de la santé. Un élément clé de la stratégie de coopération technique concerne « l'Observatoire des ressources humaines dans la réforme du secteur de la santé », initiative régionale pour la production et la diffusion de l'information sur les ressources humaines avec des groupes nationaux, interinstitutionnels et intersectoriels sous la coordination des ministères de la santé et des bureaux des représentants de l'OPS/OMS dans les pays. Le but de l'Observatoire est d'aider à formuler des politiques concernant les ressources humaines et de participer à l'évaluation et au suivi du développement des ressources humaines dans le cadre de la réforme de la santé, conformément à la mission confiée à l'OPS lors du Sommet des Amériques à Miami en 1994. L'Initiative a été lancée en juin 1999 et 13 pays sont en train de participer. L'OPS espère pouvoir engager par la suite tous les pays de la Région.

Le Comité exécutif a convenu de la nécessité d'accorder une plus grande priorité au développement et à la consolidation de la gestion des ressources humaines dans le cadre de la réforme du secteur de la santé et a fait l'éloge du rôle de chef de file de l'OPS qui a su attirer l'attention à cette nécessité et mettre en place une réponse coordonnée face au défi que représente la gestion des ressources humaines pour les systèmes de santé de l'ensemble de la Région. Un délégué que la Déclaration finale et le Plan d'action du troisième Sommet des Amériques avaient reconnu la nécessité de renforcer la gestion des ressources humaines. C'était un signe positif. Le Comité a également exprimé son soutien pour l'Observatoire et a encouragé tous les États membres à participer à l'initiative.

L'Observatoire est vu comme un excellent outil de mobilisation de l'information sur la situation des ressources humaines, d'identification des problèmes et des besoins et de partage de l'information sur les expériences et les meilleures pratiques concernant des questions clés relatives aux ressources humaines. L'on reconnaît certes les avantages du partage d'expérience mais par ailleurs les délégués ont indiqué que les approches à la réforme de la santé dans les divers pays sont différentes et, par conséquent, on ne pouvait pas appliquer, dans tous les cas, les mêmes solutions aux questions de gestion des ressources humaines. Plusieurs délégués ont souligné qu'il fallait tenir compte des besoins et caractéristiques spécifiques de chaque pays.

Les délégués ont indiqué qu'un aspect important de la gestion des ressources humaines dans le contexte de la réforme de la santé consisterait à mettre sur pied des programmes de gestion des changements pour le personnel sanitaire aux changements associés à la réforme et aux nouveaux rôles que devront assumer les professionnels de la santé dans le cadre des systèmes de santé décentralisés. Par exemple, un délégué a indiqué que l'expérience de son pays avait montré que le personnel médical nécessitait une formation en matière d'administration et de gestion. Un autre délégué a fait savoir que dans le nouveau contexte créé par la réforme de la santé, les professionnels auront de plus en plus besoin de nouvelles compétences, par exemple en gestion des systèmes d'information, capacité de négociation et plaidoyer et compétences de marketing social.

Les déséquilibres au niveau de la composition du personnel de santé dans les pays de la Région a soulevé de vives préoccupations. Un délégué a noté que, en fonction d'une publication récente de l'OPS, le ratio entre médecins et infirmiers en Amérique latine (3-5 médecins pour une infirmière) était exactement le contraire de la formule idéale. On a prié instamment l'OPS de promouvoir des politiques et mesures qui corrigeraient le déséquilibre au niveau de la composition et de la distribution des professionnels de la santé. La migration du personnel de la santé était également citée comme un grave problème qui aggravait encore les pénuries de professionnels de la santé, surtout au niveau des infirmiers dans certains pays. De plus, on a jugé qu'il était d'importance capitale d'améliorer les conditions de santé, de sécurité et d'emploi des agents de santé car ces conditions influencent le nombre d'années qu'ils vont rester dans la profession, leur niveau d'engagement et de productivité et, en fin de compte, la qualité des soins fournis par les systèmes de soins de santé.

Le Comité a trouvé que les activités et les stratégies de coopération technique dont il est question dans le document sont de fait adéquates. On a proposé que l'OPS pourrait assumer deux rôles supplémentaires : évaluer l'impact des changements au niveau de la gestion des ressources humaines et aider les pays à projeter les besoins en ressources humaines surtout dans le long terme. Étant donné que la liste des stratégies est

ambitieuse, l'OPS devra donner un ordre prioritaire aux activités et choisir attentivement les méthodes qui seront utilisées pour les mettre en œuvre.

Les membres ont fait plusieurs suggestions spécifiques concernant le document. Un délégué a remarqué qu'un passage de l'introduction indiquant que les praticiens de la santé déterminaient la nature des services de santé et la mesure dans laquelle ils sont utilisés, n'a pas tenu compte du côté de la demande et du rôle central que jouent les patients et clients des services de santé influençant l'utilisation des services de soins de santé. Le même délégué a proposé que le document examine davantage la manière dont les médecins, infirmiers et autres professionnels de la santé participeraient au renforcement des capacités et de l'expertise en matière de gestion des ressources humaines aux niveaux national, régional et local. En effet, si on ne consulte pas ces groupes, on risque de compromettre l'efficacité des stratégies au niveau du pays dont il est question dans le document. Un autre délégué a proposé que le document se concentre davantage sur le rôle double qu'assument les ministères de la santé en tant que gestionnaires du secteur de la santé et aussi employeurs.

Le Docteur Brito a remercié le Comité pour ses suggestions qui seront prises en compte lors de la révision du document aux fins de présentation au Conseil directeur. L'Organisation a reconnu qu'un grand nombre de pays se heurtaient à des problèmes au niveau de la structure et de la distribution de la main-d'œuvre et de la migration de certains professionnels de la santé. La profession des soins infirmiers était particulièrement affectée. L'OPS accorde une grande importance aux soins infirmiers et cherchait à aider les pays dans ce domaine. De même, l'Organisation était très préoccupée par les conditions de santé et de travail des professionnels sanitaires et cherchait ardemment à les améliorer. La Division des systèmes de santé et services de développement travaille avec la Division de la santé et de l'environnement pour formuler une proposition interdivisionnelle concernant un programme qui traite de ce besoin.

Concernant les commentaires à propos de l'Observatoire, il a expliqué que, pour chaque pays qui participe, un plan de travail était formulé tenant compte des caractéristiques nationales spécifiques et des questions/problèmes dont il fallait tenir compte dans chaque cas. L'Observatoire comptait également une composante régionale se concentrant sur l'amélioration de l'information sur des questions se rapportant à la gestion des ressources humaines. Deux études étaient faites actuellement et deux autres seront démarrées prochainement. L'une traite de l'impact des systèmes d'incitation sur les services de santé et l'autre est une évaluation des expériences sur le plan de la formation en cours d'emploi dans les pays dans le contexte de la réforme de la santé. La troisième étude se penchera sur l'impact que comportent les changements de « paradigme » sur la gestion des ressources humaines, par exemple la décentralisation et l'auto-gestion des

hôpitaux. La quatrième étude est un examen de la situation et des tendances concernant les nouveaux protocoles de recrutement du personnel de la santé.

Le soutien aux activités de formation est une autre composante de l'Observatoire. L'OPS travaille avec plusieurs pays concernant la décentralisation de la formation des ressources humaines et a également mis en place un programme d'éducation à distance pour la gestion des ressources humaines via l'Internet. Quant à la participation des professionnels de la santé à l'Observatoire, il ne s'agissait pas simplement d'une stratégie visant à améliorer la capacité institutionnelle et la base d'information pour la prise de décisions mais c'était également un forum de discussion et de recherche de consensus sur les politiques. La création des groupes inter-institutionnels avec notamment les professionnels de la santé est une partie essentielle de l'Observatoire. Dans tous les pays concernés, les associations de professionnels de la santé et autres agents de santé participaient activement.

Le Directeur a observé que le problème de la « fuite des cerveaux » ou migration du personnel de santé s'aggravait avec l'intensification du processus de mondialisation. Les professionnels de la santé se déplacent constamment non seulement des pays en développement vers les pays développés mais aussi entre ces derniers. De fait, certains semblent accepter cet état de chose, voyant ces échanges du personnel de la santé comme une possibilité de revenus supplémentaires. A son avis, la seule solution partielle était de trouver une manière différente de réorganiser les services et d'appliquer les compétences des professionnels de la santé au sein de ces services. A l'évidence, l'argent n'était pas la réponse car les pays pauvres ne peuvent pas offrir les mêmes salaires que les pays riches. L'Observatoire est l'occasion de partager les expériences et les solutions réussies en ce qui concerne la distribution et l'utilisation des ressources humaines. Il a encouragé les pays à participer pleinement à l'Observatoire car plus on consacrerait d'efforts à la mobilisation d'une information utile, plus cela serait avantageux pour les pays.

Le Comité exécutif a adopté la résolution CE128.R3 sur ce point de l'ordre du jour.

Syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) dans les Amériques (document CE128/9 et CE128/9 Add. I)

Le Docteur Fernando Zacarías (Programme du syndrome d'immunodéficience acquise et des maladies sexuellement transmissibles) a passé en revue certaines statistiques récentes sur le VIH/SIDA dans les Amériques et d'autres parties du monde. Le taux d'infection du VIH chez des personnes de 15 à 49 ans est d'environ 1 pour 200 en Amérique du Nord et en Amérique latine et d'environ 1 sur 50 dans les Caraïbes mais le taux varie grandement entre les pays et à l'intérieur des pays. La transmission reste à un

faible niveau dans plusieurs pays (par exemple, la Bolivie, le Nicaragua et le Paraguay). Dans la plupart des pays, la transmission est concentrée dans des groupes avec des comportements à haut risques tels que les hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes et les toxicomanes qui utilisent des drogues par voie intraveineuse. Mais dans quelques pays (dont Haïti, le Honduras et plusieurs pays des Caraïbes anglophones) l'infection est généralement et se propage au sein de la population hétérosexuelle. Dans les Caraïbes anglophones en 1995, le VIH/SIDA était la cause principale de décès chez les hommes et les femmes âgés de 25 à 44 ans.

L'OPS continue à travailler avec les États membres dans les domaines de la formulation de politiques, planification, amélioration de la prise en charge, surveillance épidémiologique, prévention, communication de masse, soins complets et prévention et contrôle des infections sexuellement transmissibles (IST). Le renforcement des réponses nationales globales au VIH/SIDA/IST est le but primaire. L'expérience a montré qu'une réponse nationale réussie face au SIDA demandait une solide direction nationale avec un engagement de haut niveau, la capacité de mobiliser les ressources et la création de partenariats et d'alliances stratégiques notamment des alliances sous-régionales. Une approche polyvalente est encouragée par le Programme conjoint des Nations Unies de lutte contre le SIDA (ONUSIDA) ainsi que des mécanismes tels que le Groupe de coopération technique horizontal. Le Plan stratégique pan-Caraïbes pour la prévention et le contrôle du VIH/SIDA/IST est un bon exemple de la coopération sous-régionale. L'OPS travaille avec divers pays pour fournir une bonne information aux décideurs par le biais de la surveillance des IST et du VIH/SIDA et de la mise en place de réseaux épidémiologiques pour l'échange d'information entre pays.

La stratégie par composantes constitutives mise au point par l'OPS a reconnu que les niveaux de soins disponibles pour les patients du SIDA diffèrent en fonction des ressources du pays et devront être mis en place progressivement. Des soins améliorés signifient non seulement l'accès aux médicaments antirétroviraux mais également d'autres mesures telles que la prévention des infections opportunistes et une meilleure nutrition. En ce qui concerne la prévention, la promotion de la santé sexuelle revêt une grande importance avec les activités connexes de sensibilisation et de connaissance du risque et l'adoption de pratiques de protection telles que l'utilisation des condoms.

Évoquant la séance spéciale sur le VIH/SIDA de l'Assemblée générale des Nations Unies, qui a coïncidé avec la 128^e session du Comité exécutif, le Docteur Zacarias a noté que l'un des résultats les plus importants concerne l'adoption d'une déclaration dont le langage est acceptable pour tous les participants – gouvernements, ONG, personnes atteintes du SIDA et autres personnes- et qui pouvait être traduite en mesures concrètes, tenant compte des différences entre les pays du point de vue besoins, modes culturels et ressources de chaque pays. A son avis, les discussions menant à la

déclaration, portant sur les aspects politiques et techniques, aideront à guider les améliorations au niveau des réponses nationales au VIH/SIDA.

Le Comité a fait l'éloge du rôle directeur de l'OPS au niveau de la réponse régionale au VIH/SIDA. L'Organisation est priée instamment de travailler en relations étroites avec d'autres organismes des Nations Unies engagés dans la lutte contre le SIDA et de contribuer activement aux buts stipulés dans la Déclaration d'engagement face au VIH/SIDA, adoptée lors de la Séance spéciale de l'Assemblée générale le 27 juin 2001. On recommande que les pays abordent le SIDA comme un problème régional et regroupent leurs efforts avec l'assistance de l'OPS. Plusieurs délégués ont fait le point des programmes nationaux de lutte contre le SIDA dans leur pays. La création d'alliances avec des partenaires internes et externes, la surveillance épidémiologique au niveau national et les initiatives législatives sur la défense des droits humains, la sécurité des banques de sang et d'autres thèmes sont des aspects clés de leurs programmes.

La prévention est vue comme le pivot des programmes de lutte contre le VIH. Certains délégués pensaient que l'OPS devait insister davantage sur les activités de prévention. Mais plusieurs délégués ont insisté sur le fait que les activités de prévention étaient certainement essentielles et efficaces par rapport aux coûts mais qu'il fallait également tenir compte de la qualité de la vie et des droits humains de ceux déjà infectés. On a noté que le coût des antirétroviraux était hors de portée de la plupart des pays – situation inéquitable. Par conséquent, certains délégués pensaient qu'un des buts de l'Organisation était d'assurer l'accès de tous pays à ces médicaments. A leur avis, il faut trouver un juste équilibre entre d'une part, le contrôle, la prévention et la promotion de la santé et d'autre part, le traitement.

Les essais de mise au point de vaccins et la recherche étaient jugés d'importance critique pour la réponse à long terme face au SIDA mais dans le court terme, on a convenu que les pays et l'OPS devaient se concentrer sur les messages de prévention et investir au niveau des soins, traitement et soutien pour ceux déjà infectés. Plusieurs délégués ont souligné la nécessité de renforcer les services de santé pour qu'ils soient en mesure d'assumer des responsabilités importantes telles que la garantie d'une banque de sang sans risques, la prévention de la transmission mère à enfant et les soins appropriés pour les personnes atteintes de VIH/SIDA, y compris la fourniture de médicaments antirétroviraux. L'Organisation devait apporter un soutien supplémentaire au Centre d'épidémiologie des Caraïbes (CAREC) pour qu'il puisse continuer à fournir des services cliniques, de laboratoire et de surveillance concernant le VIH/SIDA.

Le coût du traitement – notamment des antirétroviraux- a été mentionné comme une grave préoccupation par un certain nombre de délégations. Plusieurs délégués ont recommandé des activités régionales et internationales pour améliorer la disponibilité des

médicaments contre le SIDA à un coût réduit. L'OPS est prié de collaborer à la définition d'un protocole pour l'achat de médicaments antirétroviraux pour l'Amérique centrale. Concernant cette question, le Délégué de Cuba a indiqué que son pays fabrique à présent six antirétroviraux et les distribue gratuitement aux patients atteints du SIDA dans la population. L'an prochain, 12 médicaments seraient produits.

Le Comité pense que plusieurs thèmes supplémentaires doivent être traités dans le document, notamment la tuberculose et la co-infection par le VIH, les droits humains et le rejet social des personnes atteintes de VIH/SIDA, l'expansion des stratégies efficaces pour combattre la transmission mère à enfant et les aspects se rapportant au rôle de la femme – par exemple, le fardeau bien plus lourd des femmes en ce qui concerne les soins apportés à ceux touchés par la maladie. Concernant la transmission mère à enfant, on a demandé au Docteur Zacarías de clarifier les recommandations de l'OPS concernant l'allaitement par des mères séropositives. On a également jugé important d'inclure plus d'informations sur les expériences et les actions par les pays concernant le changement de comportement et la réduction des répercussions de l'épidémie sur les personnes, familles et communautés. On a également noté que le document préparé pour le Conseil directeur devait discuter du rôle et de l'approche de l'OPS se rapportant aux mesures contenues dans la Déclaration d'engagement adoptée par la Séance spéciale de l'Assemblée générale des Nations Unies. Les délégués pensaient notamment que l'OPS devait expliquer clairement sa position relative à l'utilisation des médicaments antirétroviraux dans le contexte de toutes les options de traitement et de soins et en maintenant un bon équilibre avec les activités de prévention. On a également proposé que le document prête une plus grande attention à des interventions autres que l'administration des médicaments antirétroviraux, telles que le traitement des infections opportunistes et des soins palliatifs. L'observateur de la Confédération de l'Amérique latine pour la biochimie clinique a offert le soutien continu de son organisation en vue de garantir une offre de sang sans risques par le biais de formations à distance au personnel des banques de sang et des laboratoires. L'observatrice de l'Union de l'Amérique latine contre les maladies sexuellement transmissibles (ULACETS) a exprimé le soutien de son organisation pour la résolution concernant le SIDA et a mis en garde contre le relâchement des efforts de la Région dans le combat contre les maladies sexuellement transmissibles.

Répondant aux commentaires des délégués, le Docteur Zacarías a indiqué que son programme travaille avec le Programme régional de la tuberculose pour organiser une consultation visant à améliorer le soutien pour les pays affrontant une co-infection tuberculose-VIH. L'OPS a également publié des directives sur ce sujet. Actuellement, l'Organisation travaille avec d'autres organismes des Nations Unies au niveau régional par le biais d'un groupe interorganisations qui se rencontre périodiquement pour partager les expériences. L'OMS a adopté fermement l'approche régionale à la lutte contre l'épidémie et elle aide les pays à travailler les uns avec les autres.

En ce qui concerne les antirétroviraux, l'Organisation participe à une évaluation technique pour identifier un protocole de traitement concernant six ou sept médicaments. Le résultat sera un consensus technique sur les antirétroviraux les plus importants mais les pays doivent décider par eux-mêmes les médicaments qui sont les plus appropriés et qu'ils veulent inclure à leurs programmes de soins nationaux. L'OPS travaille également avec des pays de l'Amérique centrale pour mettre au point un protocole commun. L'Organisation connaît bien le rôle d'importance critique des antirétroviraux mais craint par ailleurs que la priorité donnée au traitement par médicaments ne relègue au second plan l'approche intégrale de soins appelée l'Approche par composantes constitutives.

En réponse à la question sur l'allaitement maternel, le Docteur Zacarias a indiqué que l'OPS soutenait les directives de l'OMS concernant l'allaitement maternel par les mères séropositives qui recommandent d'allaiter si des produits de remplacement du lait maternel ne sont pas disponibles. Mais aux Amériques, il faut chercher dans la mesure du possible de fournir des produits de remplacement du lait maternel aux enfants des mères séropositives. L'OPS et l'OMS aident les pays à renforcer la capacité des services de santé pour qu'ils puissent faire face au SIDA et ils planifient une réunion sur ce sujet. Il remarque que la réussite de Cuba au niveau de la prévention non seulement de la transmission mère-à-enfant du VIH mais aussi de la syphilis congénitale est un exemple de ce que les services de santé peuvent accomplir. Enfin, il fait l'éloge du travail important de la Confédération de l'Amérique latine pour la biochimie clinique pour le maintien d'une banque de sang sans risques.

Le Directeur indique que l'Organisation n'a pas été en mesure de négocier l'achat de médicaments antirétroviraux par le biais d'un fonds stratégique, tel que l'avait proposé la 126^e session du Comité exécutif à cause du manque de coopération des sociétés pharmaceutiques. Les sociétés ont refusé l'idée d'un tarif commun pour les pays des Amériques et elles ont insisté pour négocier les prix avec chaque pays individuellement et pour fixer leurs propres normes pour la réduction des prix. Mais l'OPS a pu tenir sa promesse du point de vue partage de l'information sur les prix des médicaments avec le soutien du Gouvernement du Brésil. Le site Web de l'OMS contient des informations données volontairement par les États membres sur les prix qu'ils ont payés pour acheter les médicaments antirétroviraux. Une présentation de cette information aidera d'autres pays dans leurs négociations avec les sociétés pharmaceutiques et permettra d'arriver à des prix plus homogènes et plus prévisibles. L'Organisation continuera à mettre au point une approche de collaboration pour l'achat des médicaments et soutiendra les arrangements sous-régionaux avec les sociétés de médicaments.

Dans le cadre d'une initiative connexe, l'OPS donne des conseils sur des protocoles de traitement communs que les pays peuvent utiliser car un protocole clair est

nécessaire pour déterminer les quantités qu'il faut acheter de tel ou tel médicament. L'OPS continuera à aider les pays à se donner des protocoles appropriés et d'autres stratégies courantes sur les médicaments utilisés pour combattre le SIDA. Le Directeur reconnaît également l'importance de la sécurité du sang et la menace continue des transfusions à risque dans la Région malgré les progrès faits.

Le Comité exécutif a adopté la résolution CE128.R16.

Prévention et contrôle de la dengue (document CE128/15)

Le Docteur Jorge Ramón Arias (Conseiller régional des maladies transmissibles, OPS) a présenté l'information sur la situation de la dengue dans la Région et a ébauché le plan d'action proposé par l'OPS pour la prévention et le contrôle de cette maladie. Suite aux efforts faits pour éliminer *Aedes aegypti* lors des années 30, le vecteur avait été quasiment éliminé dans tous les pays dans les années 70. Mais actuellement la situation était pire que dans les années 30. Les taux d'infestation de *Aedes aegypti* sont extrêmement élevés, les quatre sérotypes du virus de la dengue circulant dans les Amériques, et l'on note une augmentation régulière de l'incidence de la dengue depuis le début des années 90. L'OPS est particulièrement préoccupée par l'accroissement des cas de forme hémorragique de la maladie. Presque tous les pays de la Région notifient à présent des cas de dengue hémorragique (DHF) et, si des actions rapides n'étaient pas prises, l'on court le risque de voir la dengue hémorragique prendre un caractère endémique aux Amériques comme en Asie où certains pays déclarent des centaines de milliers de cas chaque année. Autre problème connexe, déjà discuté par le Comité exécutif, celui de la menace de réurbanisation de la fièvre jaune maladie pour laquelle *Aedes aegypti* est également le vecteur.

La solution consiste à réduire les sources du vecteur et si possible, d'éliminer *Aedes aegypti*. Le document ébauche les stratégies pour lutter contre le moustique et partant pour réduire l'incidence de la dengue dans la Région. L'engagement politique et l'investissement des ressources nécessaires sont les éléments les plus importants d'un programme réussi de prévention et de contrôle de la dengue. L'action intersectorielle revêt également une grande importance. L'expérience a montré que le contrôle efficace de la dengue n'est pas possible sans action et intervention intersectorielles visant à réduire la densité du vecteur, à éliminer les sites de reproduction, à réaliser des pulvérisations d'insecticides efficaces, à vérifier un soutien législatif pour le contrôle de la dengue et à éduquer le public sur l'importance du vecteur. Le document indique également les composantes clés de la mise en place de programmes efficaces de contrôle de la dengue et les domaines dans lesquels l'OPS concentrait sa coopération technique.

Le Comité exécutif est d'accord sur la gravité du problème de la dengue méritant une attention accrue de la part des pays et de l'Organisation. On encourage le Secrétariat à faire de la prévention et du contrôle de la dengue un domaine prioritaire dans son plan stratégique pour la prochaine période quadriennale. Le Comité a avalisé le plan d'action présenté dans le document, a souligné la nécessité de se donner une approche intégrale avec les axes suivants : réduction de sources, utilisation appropriée d'insecticides, participation communautaire, éducation et communication sanitaires et surtout action intersectorielle. On note que la dengue est liée à d'autres problèmes discutés par le Comité exigeant également une coordination intersectorielle, surtout l'eau et l'assainissement. Un délégué fait savoir qu'il serait utile que le Secrétariat donne des exemples concrets de cas où l'amélioration de l'approvisionnement en eau et gestion des déchets solides a permis de prévenir ou de contrôler la propagation de la dengue aux fins de montrer l'importance de l'approche intersectorielle. On a insisté sur la nécessité de mobiliser les ressources des bailleurs de fonds pour le contrôle de la dengue et sur le besoin d'évaluer l'efficacité des actions prises pour montrer aux bailleurs que leur investissement est justifié.

Le Délégué de Cuba n'est pas d'accord avec une déclaration faite dans le document indiquant que son pays avait connu une épidémie de dengue en 2000. De fait, seuls 138 cas s'étaient présentés dans une zone bien délimitée de la Havane et la situation avait été contrôlée par le biais d'une réponse multisectorielle avec isolement des patients, élimination des sites de reproduction, pulvérisation pour détruire les moustiques adultes et assainissement environnemental. Le Représentant de la Confédération de l'Amérique latine pour la biochimie clinique a souligné l'importance des laboratoires pour le contrôle de la dengue et a demandé quelles étaient les mesures que l'OPS prenait pour vérifier que les laboratoires de santé publique disposent des ressources nécessaires pour identifier les divers sérotypes et établir un diagnostic correct de la maladie. Le Représentant de la BID a indiqué que la Banque soutenait des efforts de contrôle de la dengue par le biais du financement de campagnes de communication et d'éducation en vue de promouvoir le changement comportemental et par le biais d'un projet pour renforcer la surveillance épidémiologique en Amérique centrale. La Banque espérait étendre le projet à d'autres régions.

Le Docteur Arias a assuré au Comité que l'Organisation était entièrement d'accord avec l'importance cruciale de l'action intersectorielle pour la prévention et le contrôle de la dengue. En effet, action intersectorielle, participation communautaire et éducation et communication sanitaires visant au changement de comportement étaient les piliers de l'approche encouragée par l'OPS. Le changement environnemental est également très important. La notification des cas est des aspects clés du contrôle de la dengue qu'il n'avait pas mentionné explicitement dans sa présentation. Afin d'améliorer le partage d'information entre pays, l'Organisation recommandait l'adoption de

notifications de cas standardisées avec déclaration de tous les cas cliniques, les cas confirmés par laboratoire, les cas de dengue hémorragique, les décès imputables à la dengue hémorragique/syndrome de choc et les sérotypes identifiés. En ce qui concerne le soutien pour les laboratoires, même si l'OPS n'a pas les ressources pour fournir les produits directement aux laboratoires, l'Organisation travaille en étroite collaboration avec deux centres de référence de la région – l'un à Porto Rico et l'autre à Cuba- pour renforcer la capacité des laboratoires et apporter une formation au personnel des laboratoires. Concernant le commentaire du Délégué de Cuba, la rapidité avec laquelle ce pays a su maîtriser la situation est une preuve en plus de l'efficacité du type d'approche intégrale et complète recommandée par l'Organisation. En outre, suite aux nombreux tests sérologiques, Cuba a pu fournir une information très importante pour estimer le nombre de cas asymptomatiques qui se peuvent se présenter lors d'une épidémie.

Le Directeur a exprimé son admiration pour Fred Soper, ancien directeur de l'Organisation. En effet, lors de son mandat, les Amériques avaient été sur le point d'éliminer *A. aegypti*. Il espérait suivre son exemple et voir le vecteur éliminé pendant son mandat de directeur mais les estimations indiquent qu'il faudrait investir des milliards de dollars pour y arriver à l'aide de méthodes traditionnelles. Aussi, fallait-il une approche différente – une approche qui insiste sur le changement de comportement. Il pense fermement que l'approche à plusieurs axes dont il est question dans le document permettra de faire une différence.

Dans la discussion de la résolution de point de l'ordre du jour, le Comité a débattu de l'inclusion d'une stipulation qui demanderait au Directeur d'accorder une attention prioritaire à la dengue et d'allouer les crédits pour répondre aux problèmes posés par la dengue, la dengue hémorragique et la réurbanisation possible de la fièvre jaune. Certains délégués pensaient qu'un tel langage placerait la dengue à un rang prioritaire pour l'octroi des ressources limitées de l'Organisation au détriment d'autres problèmes de santé de la Région tout aussi urgents. Pour éviter ce problème, le Comité a décidé d'adopter une autre formulation proposée par le Directeur qui apparaît dans le paragraphe en vigueur 2(f) de la Résolution CE128.R13. En rapport avec cette discussion, on a proposé que, lors d'une réunion future, les Organes directeurs examinent la question de la fixation des priorités au sein de l'Organisation.

Santé mentale (document 128/18)

Le Docteur José Miguel Caldas de Almeida (Coordinateur, Programme de santé mentale, OPS) a informé le Comité qu'en 2001, pour la première fois, la santé mentale était le sujet de plusieurs événements et activités de l'Organisation mondiale de la Santé, notamment la Journée mondiale de la santé, quatre sessions de l'Assemblée mondiale de la Santé et le Rapport de la santé dans le monde 2001. L'intérêt porté à la santé mentale

était dû en partie à la reconnaissance des répercussions des problèmes de santé mentale et à leur part dans la charge de morbidité globale. Les troubles mentaux sont très répandus et ils représentent une cause significative d'invalidité et de mortalité. Par exemple, en 1990, la dépression avait affecté environ 20 millions de personnes aux Amériques et le nombre grimperait probablement à 35 millions en 2010.

Un autre facteur qui explique l'attention accrue portée à la santé mentale concerne les progrès scientifiques notables réalisés au niveau de la mise au point des nouveaux traitements efficaces de santé mentale. Actuellement, il existe de nouveaux traitements pour traiter la grande majorité des personnes qui souffrent de maladies mentales. De plus, la mise en place de service de santé mentale à base communautaire montrait que les hôpitaux psychiatriques n'étaient pas les seuls ou les meilleurs endroits de traiter les troubles mentaux. Les modèles intégrant la santé mentale aux soins primaires et permettant aux patients de rester dans la communauté étaient non seulement des modèles préférés par les patients et leur famille mais aussi des approches plus efficaces par rapport aux coûts.

Mais malgré ces progrès, il reste encore un écart très important entre ce qui peut être fait et ce qui est fait. Dans les pays développés et en développement, des millions de personnes souffrant de troubles mentaux n'ont toujours pas accès à un traitement efficace et la violation de leurs droits humains continue à être chose courante. S'inspirant des réalisations passées telles que la Déclaration de Caracas en 1990, et l'élan créé par les activités et événements susmentionnés, l'Organisation et les États membres ont eu une occasion unique en 2001 de faire des progrès solides en niveau de l'amélioration des soins pour ceux affligés par des maladies mentales. Les quatre grands objectifs sur le plan de la santé mentale sont les suivants : 1) rehausser la visibilité et la valeur de la santé mentale; 2) mettre en œuvre des politiques et des programmes de santé mentale formulés par les pays lors des années 90; 3) créer ou revoir une législation sur la santé mentale pour protéger les droits humains des patients des services de santé mentale et 4) rendre l'accès aux services de santé plus équitable et assurer la parité des services de santé mentale avec d'autres types de services de santé. Le document présente un certain nombre d'actions proposées pour les États membres et le Secrétariat en vue d'atteindre ces objectifs.

Le Comité exécutif était d'accord. Effectivement, les événements de 2001 représentaient une occasion unique pour encourager et promouvoir de meilleurs soins de santé mentale et il a vivement recommandé aux États membres et à l'Organiser de profiter de l'élan et de l'enthousiasme suscité par ces événements pour souligner l'importance de la santé mentale. L'OPS devait également travailler en partenariat avec d'autres organisations s'occupant de santé mentale, telles que le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) et l'Organisation internationale du Travail (OIT). Le Comité

soutient les approches discutées dans le document notamment les soins de santé mentale à base communautaire et l'intégration des services de santé mentale aux services de soins de santé primaires. Les délégués indiquent qu'il faudra former les agents de santé pour qu'ils reconnaissent la part de la santé mentale dans des problèmes comme la toxicomanie et pour qu'ils dépistent les problèmes de santé mentale chez les patients qui viennent consulter les soins de santé primaires pour d'autres raisons. Les efforts faits par l'OPS pour mettre en place une base d'informations factuelles sur la santé mentale sont applaudis. En effet, l'on remarque qu'une meilleure base d'informations aidera à encourager les investissements nécessaires dans les activités de santé mentale.

Le Comité souligne l'importance d'intégrer la santé mentale dans les efforts plus vastes de promotion de la santé, par exemple dans les programmes de médecine du travail. A cet égard, on note que le document insiste peut-être de trop sur les maladies mentales et leur traitement et pas assez sur la promotion de la santé mentale et l'identification d'activités concrètes de promotion de la santé qui permettraient d'améliorer la santé mentale. Il s'agit également de traiter les déterminants socioéconomiques, culturels, personnels et familiaux d'une mauvaise santé mentale. Une meilleure qualité de vie et des environnements constructifs et positifs sont source de nombreux avantages sur le plan de la santé mentale, pour les individus, les familles et la société dans son ensemble.

Le Comité indique qu'il est également important de prêter une attention accrue aux problèmes de santé mentale des enfants et des adolescents afin de prévenir les problèmes par la suite qui affectent non seulement les personnes concernées mais qui ont un impact sur la santé mentale des générations à venir. Un délégué souligne l'importance de sensibiliser et d'éduquer les parents et les enseignants pour qu'ils sachent reconnaître les problèmes de santé mentale qui expliquent souvent les problèmes comportementaux, y compris les crimes et la violence parmi les jeunes. Un autre délégué note que la séance spéciale de l'Assemblée générale des Nations Unies dans le cadre du suivi du Sommet mondial de l'Enfance, prévue pour septembre 2001, représente une excellente occasion de sensibiliser davantage aux questions de santé mentale des enfants. Plusieurs délégués attirent également l'attention sur les besoins spéciaux sur le plan de la santé mentale des victimes des catastrophes et bouleversements politiques surtout les enfants et les jeunes.

Le Docteur Caldas de Almeida reconnaît que le document ne prête peut-être pas une attention suffisante à la promotion de la santé mais cela ne veut pas dire que l'Organisation n'est pas sensible à la très grande importance de ce domaine. Mais vu les énormes écarts au niveau de l'accès à un traitement approprié des problèmes de santé mentale, il était nécessaire de trouver une juste mesure entre l'attention à la promotion de la santé mentale et le traitement des maladies mentales. A son avis, la meilleure manière de le faire est de mettre en place de bons services communautaires de santé mentale. De

tels services aideront à promouvoir la santé mentale tout en fournissant également un traitement pour ceux affligés par des problèmes de santé mentale.

Au vu des ressources limitées disponibles pour les soins de santé mentale dans la plupart des pays, il est important de concentrer l'investissement sur des interventions de promotion sanitaire qui se sont avérées efficaces et d'encourager des études sur l'efficacité des activités de promotion de la santé mentale. De même, des études étaient nécessaires pour identifier des modèles servant à la formation des agents de soins de santé primaires afin qu'ils puissent reconnaître et traiter les problèmes de santé mentale. Le partage des expériences et la diffusion de l'information est d'importance capitale à cet égard et ce sont des rôles clés pour l'OPS. Un autre rôle important de coopération technique pour l'Organisation consiste à aider les pays à décider quelle est la meilleure utilisation des ressources existantes tout en cherchant à promouvoir un investissement accru pour combler le manque de financement qui a entravé pendant si longtemps les services de santé mentale. L'OPS est également en bonne position pour aider les pays avec le problème de la co-morbidité car ses programmes de santé mentale et de toxicomanie sont situés dans la même division et travaillent en étroite collaboration.

Le Directeur indique qu'il est fort reconnaissant au Comité pour ses commentaires concernant la promotion de la santé et la santé mentale. Certains s'étaient demandés pourquoi le programme de santé mentale de l'OPS faisait partie de la Division de la Promotion et de la Protection de la santé et non pas dans la Division de la Prévention et du Contrôle des maladies. C'est précisément parce que les stratégies fondamentales de promotion de la santé (adoption de politique publique saine, création de contextes positifs et constructifs, acquisition de compétences personnelles, renforcement des services communautaires et réorientation des services de santé) conviennent tellement bien à la santé mentale.

Il était convaincu que le traitement des problèmes de santé mentale au niveau des soins de santé primaires était approprié. Des psychiatres ne sont pas nécessaires pour traiter toutes les formes de santé mentale. Il faut trouver les manières dont on peut traiter au niveau des soins de santé primaires les troubles mentaux courants qui affectent tant de personnes et qui coûtent tellement chers. Pendant longtemps, on ne sait pas rendu compte de l'énorme coût d'une mauvaise santé mentale. Mais les faits montrent de plus en plus que du point de vue des effets sur le marché du travail, le coût des maladies mentales était aussi important que le coût des maladies physiques. Et, partant, il existe de solides raisons économiques outre les raisons humanitaires pour investir dans de bons programmes de santé mentale.

Il faudra un certain temps pour élever la santé mentale aux niveaux nécessaires mais en attendant, il existe plusieurs étapes que les pays et l'OPS peuvent prendre pour

améliorer la situation de ceux souffrant de problèmes de santé mentale. Une des étapes les plus importantes consiste à réaliser un plaidoyer plus dynamique pour changer la politique publique et promouvoir une politique publique saine dans le domaine de la santé mentale. Un plaidoyer de la part d'organisations comme l'OPS et ses homologues dans les divers pays est d'importance critique car ceux souffrant de maladies mentales ne peuvent pas défendre eux-même la cause. Il faudra également changer les points de vue des ministères de la santé concernant l'importance de la santé mentale et procéder à la ré-affectation budgétaire nécessaire.

Les propres ressources de l'Organisation dans le domaine de la santé mentale sont extrêmement limitées, tant du point de vue financement que personnel. Il espère que, lors de la prochaine période biennale, il sera possible de trouver un moyen de consacrer du moins certaines ressources humaines pour améliorer la santé mentale que l'OPS considère le dernier grand problème de santé publique qui n'est pas traité adéquatement dans la Région.

Le Comité a adopté la résolution CE128.R12 sur ce point de l'ordre du jour.

Rapport sur le troisième Sommet des Amériques (CE128/19)

Le Docteur Irene Klinger (chef, Bureau des Relations externes, OPS) a passé en revue les résultats des divers sommets des Amériques et le travail de l'OPS concernant ces sommets, se concentrant sur le Troisième sommet tenu du 20 au 22 avril 2001 à Québec au Canada. L'Organisation avait participé activement à tous les trois sommets cherchant à sensibiliser à l'importance de la santé et à promouvoir les priorités de santé de l'hémisphère.

Le Sommet de Miami, qui s'est tenu en 1994, avait confié à l'OPS un rôle clé au niveau de l'Initiative 17 « Accès équitable aux services de santé de base » attachant une grande importance à la Prise en charge intégrée des Maladies de l'Enfance (PCIME), la réduction de la mortalité maternelle, l'élimination de la rougeole, la réforme du secteur de la santé ainsi que la prévention et le contrôle du VIH/SIDA. Lors du second sommet des Amériques, tenu à Santiago au Chili en 1998, l'OPS avait reçu la responsabilité de mettre en place l'initiative « Technologies de santé reliant les Amériques » qui reposait sur quatre axes : élargir l'accès aux médicaments et vaccins de qualité, renforcer les systèmes d'information et de surveillance, améliorer l'accès à l'infrastructure de l'eau et de l'assainissement et la qualité de cette infrastructure et faire l'évaluation de la technologie. Des progrès ont été réalisés en vue d'atteindre les buts des Sommets de Miami et de Santiago – dont nombreux renfermaient des actions à long terme- et les travaux sont encore en cours. Le présent document décrit certaines des activités entreprises.

Le Troisième Sommet des Amériques a adopté une Déclaration et un Plan d'action où les dirigeants politiques de la Région ont affirmé leur engagement à la consolidation de la démocratie et la réduction de la pauvreté et de l'inégalité, outre le fait de poser le fondement de l'adoption de l'Accord de libre-échange dans les Amériques en 2005. La santé et les questions connexes à la santé figuraient au premier plan de la Déclaration et du Plan d'action. Par exemple, la Déclaration comprend des références particulières à l'importance de la santé dans le développement humain et la réalisation d'objectifs politiques, économiques et sociaux. Le Plan d'action comprend des engagements concernant la réforme du secteur de la santé, les maladies transmissibles, les maladies non transmissibles et la connectivité, thème général du Sommet. Le document décrit les domaines d'intervention pour les quatre composantes. L'OPS devrait continuer à intervenir pour que la santé figure comme une priorité dans le processus des sommets, pour mobiliser les engagements politiques et financiers devant faire suite aux mandats des sommets, promouvoir l'équité et le panaméricanisme et préparer le prochain sommet des Amériques qui se tiendra en Argentine en 2005.

Le Comité a félicité l'OPS pour son rôle, maintenant la santé au programme des sommets des Amériques et a encouragé l'Organisation à continuer de faire son possible pour souligner l'importance de la santé lors des rencontres internationales. Le Comité a également noté avec satisfaction les engagements pris par des instituts financiers tels que la Banque mondiale et la BID pour soutenir la mise en œuvre du Plan d'action du Troisième Sommet et a souligné l'importance de l'action conjointe et de la coordination entre toutes les institutions internationales afin d'atteindre les buts des Sommets. On a remarqué qu'outre le financement, il fallait également renforcer les capacités au niveau national pour profiter de l'élan créé par les sommets et exécuter ses missions. Le renforcement des capacités aux fins d'action national est vu comme un rôle clé pour l'OPS. L'Organisation doit également fournir des indications et directives sur le travail de compte rendu des pays concernant les plans d'action du Sommet. On a noté le besoin de disposer d'une information uniforme et comparable.

En ce qui concerne le Sommet de Québec, le Comité pense que le Plan d'action et la Déclaration reflète adéquatement l'importance de la santé. Plusieurs délégués ont observé que les priorités de la santé contenues dans le Plan d'action correspondaient de près aux priorités déjà identifiées par les États membres de l'Organisation. Tel que l'a remarqué un délégué, le Sida reste probablement le problème prioritaire lors des discussions du Sommet dans le domaine de la santé mais pour la première fois, la lutte antitabac a été incluse à un plan d'action du Sommet, ce qui renforcera certainement les négociations entourant la convention-cadre du contrôle du tabac. Cette inclusion a été possible en grande partie suite aux efforts déployés par l'OPS et le Gouvernement du Canada. Le fait de regrouper les thèmes de santé en quatre grands domaines est jugé une

étape positive qui aide les dirigeants politiques à mieux comprendre comment la santé contribue à l'avancement et au développement des pays.

Le Représentant de la BID a affirmé le soutien de la Banque pour le Plan d'action du troisième sommet et son engagement à coordonner ses efforts avec ceux des autres organisations multilatérales et bilatérales dans le domaine de la santé. Avec l'OPS et la Banque mondiale, ses partenaires du Programme commun de la santé aux Amériques, la BID a tenu des réunions de coordination périodiques sur les thèmes compris dans le Programme commun. La Banque collabore également avec l'OPS dans plusieurs autres domaines. En ce qui concerne les plans concrets pour soutenir les décisions du Sommet, la Banque a moins d'argent que par le passé pour financer des projets par le biais de dons mais le Président de la BID, M. Enrique Iglesias a introduit récemment plusieurs innovations visant à augmenter le financement des initiatives sociales, notamment celles venant des processus des sommets. L'une de ces initiatives concerne la création d'un nouveau fonds conjoint co-financé par l'Union européenne et la Banque pour des projets pilotes sur la connectivité dans le cadre des programmes sociaux. La Banque recherchera des mécanismes analogues pour soutenir les activités dans les trois autres domaines de la santé identifiés lors du Troisième Sommet.

Le Docteur Klinger a assuré aux délégués que l'OPS était engagée à vérifier que la santé reste une priorité au programme des discussions entre les dirigeants politiques de l'hémisphère. L'Organisation travaille également avec les pays et avec des partenaires bilatéraux et multilatéraux, recherchant un financement pour la réalisation des activités confiées par les Sommets. Elle a convenu que les priorités identifiées lors des sommets étaient alignées de près sur les priorités nationales et régionales. C'est justement en raison de ce rapprochement des priorités que les pays et l'OPS ont aussi bien réussi à accomplir les missions des Sommets. Quant au compte rendu sur la mise en œuvre du Plan d'Action, l'OPS chercherait à mettre au point un mécanisme ou une méthode pour que la production de l'information pour les sommets ne représente pas une charge de compte rendu supplémentaire pour les pays.

A l'avis du Directeur, il n'est pas nécessaire que le Secrétariat demande aux pays de fournir des nouvelles données concernant les missions des Sommets puisque de telles données sur toutes les questions sanitaires identifiées lors des sommets sont déjà collectées. Il n'était pas nécessaire de demander aux pays des informations supplémentaires avant le Sommet de Québec et il garantit qu'aucun rapport supplémentaire ne sera exigé, du moins dans le domaine de la santé, en rapport avec ce sommet ou les sommets à venir.

Il est très heureux de noter la position en vue de la santé au programme du troisième Sommet et il pense que des progrès notables sont faits pour persuader les

dirigeants politiques de l'importance de la santé pour le développement et la croissance économique des pays. Les Sommets donnent également l'occasion aux dirigeants de parler de leurs réussites, telles que l'éradication de la poliomyélite, et ce partage est extrêmement important. De plus, les sommets des Amériques, les sommets ibéro-américains et d'autres forums où les chefs d'État se rassemblent ont eu des résultats positifs concrets pour la santé du point de vue volonté politique et octroi de ressources. Plusieurs pays ont accordé un financement extrabudgétaire supplémentaire dans des domaines recommandés par les sommets et l'Organisation sait que les pays sont prêts à consacrer des ressources supplémentaires pour atteindre les buts du troisième sommet. Mais il souhaite expliquer clairement que tout financement extrabudgétaire que touchera l'OPS sera appliqué de manière égale entre les 38 pays des Amériques sans distinction. Même si certains de ses États membres ne participent pas aux Sommets des Amériques ou à d'autres réunions internationales, en ce qui concerne l'Organisation, chaque pays avait les mêmes droits du point de vue santé.

Le Comité a remercié le Secrétariat pour le rapport mais n'a pas jugé nécessaire d'adopter une résolution concernant ce point de l'ordre du jour (décision CE128 (D5)).

Plan stratégique pour l'Organisation panaméricaine de la Santé correspondant à la période 2003/2007 (document CE128/20)

Le Docteur Karen Sealey (Chef, Office de l'analyse et de la planification stratégique, OPS) a mis à jour le Comité sur les progrès du Secrétariat concernant la formulation du plan stratégique qui orientera son travail de 2003 à 2007. Elle a commencé par une vue générale de la planification stratégique au sein de l'OPS, notant que l'Organisation faisait de telles planifications depuis 1984. Au départ, les cadres de planification approuvés par les Organes directeurs intégraient les buts et stratégies pour les pays et le Secrétariat mais depuis 1995 ils se concentrent uniquement sur le travail du Secrétariat concernant l'assistance et le soutien aux pays. Le Directeur, au début de son second mandat, a indiqué clairement que l'une de ses priorités serait de rendre la planification au sein de l'OPS plus stratégique et anticipée.

Plusieurs études des orientations stratégiques et programmatiques actuelles (OSP) ont mis à jour certaines faiblesses du processus de planification, montrant les différents aspects que l'on pouvait changer en formulant le prochain plan stratégique. Ces analyses ont notamment montré que les OSP, cadre pourtant utile, ne guidaient pas véritablement le travail du Secrétariat et que la vision organisationnelle n'était ni explicite ni partagée par le personnel. Une évaluation de la part du Commissaire aux comptes en 1999 avait indiqué la nécessité de se donner des indicateurs de performance. Une étude séparée a montré que l'alignement des budgets-programmes biennaux sur les OPS devait être suivi plus systématiquement. Les diverses études et évaluations ont montré à l'unisson qu'il

fallait un processus de planification qui permette au Secrétariat de mettre au point et de tester des politiques et stratégies tournées vers l'avenir.

Le processus de planification stratégique relève d'un travail continu, tourné vers l'avenir, insistant sur la participation inclusive, la direction et la continuité. C'est un outil permettant de traduire les mandats en mesures et actions concrètes. Outre la production du plan stratégique pour 2003-2007, le processus vise à renforcer les capacités de projection et de planification stratégique de l'Organisation. Il traite également du développement organisationnel en cherchant à renforcer la capacité du Secrétariat du point de vue efficacité de la performance pour atteindre les objectifs stratégiques. Le point de départ du processus consiste à clarifier les valeurs, la vision et la mission du Secrétariat. Ensuite, une évaluation sera faite des environnements externes et internes menant à l'identification des questions stratégiques et des objectifs et à la formulation de stratégies pour les atteindre. Les missions confiées à l'OPS seront également intégrées au processus de planification. Le plan stratégique sera relié aux budgets des programmes biennaux et permettre de mesurer les progrès dans le temps. En outre, le volet évaluation – une des faiblesses mises à jour par les études susmentionnées- sera renforcé.

La création du Groupe de travail pour la planification stratégique avec 21 membres des services techniques et non techniques et de tous les niveaux de l'Organisation est au titre des accomplissements notés jusqu'à présent. Le processus de définition des valeurs, visions et missions est achevé au même titre que la phase initiale de l'analyse des environnements externes et internes et la première série d'une évaluation-diagnostic rapide de l'Organisation. Les étapes suivantes consistent à choisir les questions stratégiques et les domaines techniques prioritaires, ce travail sera fait en août 2000, et de formuler les objectifs stratégiques et les mesures de performance d'ici octobre 2001 à temps pour la réunion des responsables de l'OPS ce même mois. Une première version du plan stratégique sera préparée en décembre 2001 et présentée, aux fins d'examen, au Cabinet du Directeur en janvier 2002, au SPP en mars et au Comité exécutif en juin de cette même année. La version finale sera examinée par la Conférence sanitaire panaméricaine en septembre 2002.

Le Comité a remercié le Secrétariat d'avoir gardé les États membres informés de ses progrès au niveau du processus de planification stratégique. Les Membres pensaient que l'approche à la planification stratégique était solide et que le processus aiderait à combler les lacunes identifiées par le Commissaire aux comptes et les autres études mentionnées par le Docteur Sealey. Ils ont notamment trouvé que l'inclusion des indicateurs de la performance était très utile. Ils ont remarqué que ces indicateurs étaient un outil important pour donner un rang prioritaire, élément capital dans le contexte des contraintes budgétaires. Le Comité reconnaît que certes le plan stratégique guidait le travail du Secrétariat mais il a noté que le processus de planification devait en dernière

analyse bénéficié aux pays. Plusieurs délégations ont invité le Docteur Sealey à rendre visite aux pays pour discuter du processus plus dans le détail. On a demandé au Docteur Sealey d'expliquer de manière plus approfondie comment les États membres et d'autres parties concernées externes pouvaient participer au processus et comment le Secrétariat avait l'intention de traiter certaines questions, telles que le suivi de l'alignement du plan stratégique sur les budgets de programmes biennaux. On lui a également demandé de fournir plus de détails sur la nature et la composition du Groupe de travail pour la planification stratégique.

Le Docteur Sealey a expliqué que le Groupe de travail pour la planification stratégique est un groupe interne travaillant avec le Bureau de l'analyse et de la planification stratégique (DAP) pour formuler le plan stratégique. Ses membres appartiennent à diverses disciplines et ils ont été choisis sur la base de leurs capacités analytiques et expériences en matières de planification stratégique. En ce qui concerne la participation des pays au processus de planification stratégique, elle a rappelé que lors de la séance du SPP en mars, on a proposé que le Secrétariat trouve un moyen de réunir une section diversifiée des représentants de pays pour obtenir leur opinion sur le plan stratégique. Elle était très ouverte à l'idée et discuterait avec le Directeur pour savoir quand et comment il serait possible d'organiser une telle réunion avant que l'avant-projet du plan ne soit présenté au SPP. Il sera possible d'utiliser la technologie de communication électronique à cette fin, si on manque de temps ou de ressources. Quant à l'engagement d'autres parties concernées dans le processus, lors de l'analyse initiale de l'environnement externe, la DAP avait consulté plusieurs organisations de l'Amérique latine et des experts du développement social.

Concernant l'alignement des budgets-programmes biennaux sur le plan stratégique, le Secrétariat espérait qu'une nouvelle version des logiciels utilisés dans le processus de programmation permettrait de coder les activités par composante des OSP actuels et le futur plan stratégique afin de mieux montrer les connexions entre la programmation et la planification stratégique. Enfin, elle a remercié les Membres pour leurs invitations à faire des présentations sur le processus de planification stratégique dans leur pays. Elle pense que l'expérience sera avantageuse et mutuellement enrichissante car non seulement le Secrétariat engage ainsi les parties concernées mais il apprend également grâce à l'expérience de planification stratégique du personnel dans les pays.

Le Comité exécutif a pris note du rapport mais n'a pas jugé nécessaire d'adopter une résolution sur ce point de l'ordre du jour (décision CE128(D10)).

Questions administratives et financières

Rapport sur le recouvrement des contributions (document CE128/21 et CE128/21 Add. I)

M. Mark Matthews (Chef, département du budget et des finances, OPS) a indiqué, qu'en date du 31 septembre 2000, le recouvrement des contributions s'élevait à un total de \$75,3 millions dont 43,6 millions représentent le paiement des contributions de 2000 et \$31,7 millions se rapportent aux années précédentes. Le 1^{er} janvier 2001, le total des arriérés pour les années avant 2001 était de \$56,7 millions. Les paiements reçus entre le 1^{er} janvier et le 18 juin 2001 représentaient 61% de ce total, diminuant les arriérés et les faisant passer à \$22,2 millions, comparés à \$22 millions et \$20,9 millions en arriérés lors des époques correspondantes en 2000 et en 1999, respectivement. Entre le 18 juin et l'ouverture de la session du Comité, l'Organisation a reçu des paiements supplémentaires de quatre pays, réduisant encore les arriérés d'un total de plus de \$686 000.

En ce qui concerne le recouvrement des contributions en 2001, 11 États membres ont payé l'intégralité de leurs recouvrements, 5 ont fait des paiements partiels et 23 n'ont pas fait de paiement. Les recouvrements représentaient 32% des contributions de l'année actuelle et les chiffres correspondant étaient de 27% en 2000, 25% en 1999 et 25% en 1998. Pris ensemble, le recouvrement des arriérés et les contributions de l'année actuelle s'élèvent à un total de \$61,5 millions comparés à \$47 millions en 2000 et \$45 millions en 1999. Une information détaillée sur les obligations financières des États membres et les paiements des contributions en date du 18 juin 2001 est donnée dans les annexes A et B du document CE128/21, Add.I.

L'Article 6.B de la Constitution de l'OPS stipule la suspension des droits de vote si un pays a des arriérés dépassant ces contributions de deux années complètes. Les États Membres soumis éventuellement à l'application de l'Article 6.B au début de 2001 étaient les suivants : Argentine, Cuba, République dominicaine, Équateur et Pérou. L'Argentine avait présenté un plan de paiement différé qui avait été accepté par le Secrétariat en 2000; aux fins de respecter le plan, l'Argentine doit effectuer des paiements supplémentaires avant l'ouverture du 43^e Conseil directeur en septembre. Cuba respectait son plan de paiement différé qui avait été accepté par le Secrétariat en 1996. La République dominicaine était soumise à l'application possible de l'Article 6.B mais le gouvernement avait présenté un plan de paiement différé qu'il espérait voir approuvé avant la réunion du Conseil directeur en septembre. De même, l'Équateur continue à être soumis à l'application de l'Article 6.B. Le Pérou n'était plus soumis à l'application de l'Article 6.B mais devait encore faire des paiements pour 2001 aux termes du plan de paiement différé de 1999.

En réponse à une question du Comité, le Directeur a expliqué que l'Article 6.B concernait les privilèges de vote à toutes les élections tenues lors d'une session du Conseil directeur ou lors de la Conférence sanitaire panaméricaine dont l'élection du

Directeur. Il a félicité les États membres des efforts faits pour respecter leurs plans de paiement malgré les circonstances économiques difficiles, notant que le taux de recouvrement des contributions jusqu'à présent en 2001 était plus élevé que lors des trois années passées.

Le Comité a adopté la résolution CE128.R4 sur ce point de l'ordre du jour.

Rapport financier provisoire du Directeur pour 2000 (document officiel 301)

M. Matthews a également présenté *le Document officiel 301*, comprenant le rapport du Directeur sur les opérations financières de l'OPS pour la période allant du 1^{er} janvier au 31 décembre 2000 et les états financiers du Centre d'Épidémiologie des Caraïbes (CAREC), de l'Institut des Caraïbes pour l'Alimentation et la Nutrition (CFNI) et l'Institut de Nutrition de l'Amérique centrale et de Panama (INCAP). Comme de coutume pour un rapport intérimaire, il n'est pas accompagné de l'avis du Commissaire aux comptes.

Grâce à une prudente gestion financière, la position financière de l'OPS est solide. L'état de l'actif et du passif, des réserves et des soldes en date du 31 décembre 2000 reflète un solide état financier. Les avoirs en banque et les investissements s'élèvent à un total de \$144,4 millions de dollars. Les revenus du budget ordinaire pour 2000 dépassent les dépenses de l'ordre de 6,6 millions de dollars bien que les obligations contractées le 31 décembre 2000 diminuent le solde à la fin de la période biennale. Les ajustements ultérieurs, un transfert de 4,9 millions de dollars au fonds immobilier, un transfert temporaire de 2,3 millions au fonds de roulement du Programme élargi des vaccinations entraînent une diminution nette de 1,3 million dans le Fonds de roulement, avec un solde de 13, 7 millions de dollars le 31 décembre 2000. Conformément à l'Article 103,4 du Règlement financier de l'Organisation, tous les excédents de revenus par rapport aux dépenses à la fin de l'exercice financier sont versés au fonds de roulement pour rétablir son plafond autorisé de 15 millions de dollars.

Tel que noté ci-dessus, les recouvrements de contributions des années passées s'élèvent à \$31,7 millions, soit 68% des encours en date du 1^{er} janvier 2000. Quant au recouvrement des contributions pour 2000, seuls \$43,6 millions, soit 51% des contributions de 2000 ont été reçus, suite essentiellement au retard du versement des contributions d'un pays.

Les trois centres (CAREC, CFNI, et l'INCAP) enregistrent un excédent combiné de revenus par rapport aux dépenses de \$278 000. CAREC avait reçu \$3,6 millions en revenus, sans compter les arriérés des contributions, et ses dépenses s'élevaient à \$3,7 millions, d'où un excédent des dépenses sur les revenus de l'ordre de \$53 000 et une

baisse du solde de son fonds, passant de \$1,19 million à \$1,14 million. L'état du recouvrement des contributions montre que le Centre a recouvré plus en 2000 qu'en 1999, mais les sommes exigibles le 31 décembre 2000 s'élèvent à un total de \$5,4 millions, somme supérieure à celle de 1998 ou de 1996. La réception du paiement des trois pays membres qui ne sont pas encore acquittés de leurs obligations financières d'un total de plus de \$5,3 millions améliorerait nettement la position financière de CAREC.

Le CFNI et l'INCAP ont tous les deux des excédents de revenus par rapport aux dépenses en 2000 : \$93 000 dans le cas du CFNI et \$238 000 dans le cas de l'INCAP. Mais le CFNI connaît un déficit du budget ordinaire de \$51 000, portant ainsi le déficit cumulé de son fonds de roulement à \$443 000. Les arriérés des contributions ont augmenté passant à un million de dollars, comparés à \$786 000 en décembre 1998. Les contributions de l'année actuelle se sont élevées à \$103 000. L'INCAP a un excédent du budget ordinaire de \$69 000, d'où un solde du fonds de roulement de \$1,1 million. Les encours des contributions de l'Institution ont baissé, passant de \$444 000 en 1998 à \$385 000 en 2000.

En réponse à une question d'un délégué, M. Matthews a expliqué que les états financiers des deux autres centres panaméricains, PANAFTOSA et INPPAZ, étaient consolidés avec ceux de l'Organisation prise dans son ensemble car ils n'étaient pas considérés comme des centres entièrement délégués.

Le Comité a pris note du rapport mais n'a pas jugé nécessaire d'adopter une résolution concernant ce point de l'ordre du jour (décision CE128(D7)).

Bâtiments et autres locaux de l'OPS (document CE128/22)

M. Eric Boswell (Chef de l'Administration, OPS) a indiqué que les travaux de rénovation qui avaient duré plusieurs années à l'immeuble de l'OPS à Brasília au Brésil étaient achevés. Le coût total était de \$766 000. Les travaux moins importants de rénovation de l'immeuble de l'OPS à Caracas au Venezuela – financés à partir de fonds reprogrammés du budget ordinaire plutôt que du Fonds immobilier – étaient également achevés pour un coût de \$170 000.

S'agissant des travaux de rénovation du Siège de l'OPS, il est heureux d'indiquer que le projet est dans les délais et dans les limites budgétaires. La seconde phase des trois phases du projet était achevée au début de juillet 2001. A moins d'un problème grave imprévu, la rénovation devrait être entièrement achevée le 31 décembre 2001 dans les limites budgétaires de \$13 millions approuvées par le Comité exécutif lors de sa 18^e session en juin 2000. En mai 2001, la Cinquante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé a approuvé un remboursement à l'OPS de \$3 250 000, soit 25% du coût total de la rénovation.

Les plans d'organisation de l'espace et les meubles ont été revus par un médecin spécialisé en médecine du travail, identifié conjointement par le personnel et l'administration. Les nouveaux plans ont amélioré l'éclairage et confèrent un environnement correct du point de vue ergonomie qui aide à éviter le stress répété. Le personnel a été tenu au courant des principaux développements de construction par le biais du Comité consultatif conjoint et des postages sur Intranet de l'OPS et les réactions aux changements ont été favorables.

Le Directeur était très heureux de noter les réactions du personnel aux changements qui avaient demandé le déménagement d'un grand nombre des membres du personnel et qui avaient énormément dérangé le travail au Bureau. Et pourtant très peu de plaintes ont été reçues du personnel et le Secrétariat a continué d'apporter une coopération technique aux pays sans interruption. Il est également reconnaissant au Comité d'avoir reconnu la nécessité de procéder aux rénovations et d'avoir autorisé le Secrétariat à réaliser ce projet. Il a invité les délégués à se rendre dans les divers étages où les travaux sont achevés pour voir les améliorations possibles grâce au financement qu'ils ont approuvé.

Le Comité a pris note du rapport du Secrétariat (décision CE128(D8)).

Questions relatives au personnel

Amendements au Règlement du personnel du BSP (document CE128/23, Corrig.)

Le Docteur Diana LaVertu (chef, Département du personnel, OPS) a fait le compte rendu des changements proposés au Règlement du personnel conformément aux révisions adoptées par le Conseil exécutif de l'Organisation mondiale de la Santé lors de sa 107^e session (résolutions EB107.R9 et EB107.R11). Les changements contenus dans les sections 1 et 2 du document CE128/23 proviennent de décisions prises par l'Assemblée générale des Nations Unies lors de sa Cinquante-cinquième session sur la base des recommandations faites par la Commission de la Fonction publique internationale (CFPI). Les changements présentés à la section 3 sont liés aux décisions du Conseil exécutif de l'OMS.

L'Assemblée générale a approuvé, avec entrée en vigueur le 1^{er} mars 2001, la révision du traitement de base/plancher pour les postes de la catégorie professionnelle et de rang supérieur, reflétant une augmentation de 5,1% par incorporation de classes d'ajustement de pose dans le traitement de base net en fonction de la règle « ni perte-ni gain ». L'Assemblée a également approuvé, avec entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2001, une augmentation des allocations pour personne à charge de 11,8%. Les articles 330.2 et

340 du Règlement du personnel du BSP ont été modifiés en voie de conséquence. Suite à la révision des traitements de base/plancher, il convient également de modifier les traitements du Directeur adjoint, du Sous-Directeur et du Directeur.

Le Comité a également été prié de confirmer les amendements aux articles suivants du Règlement faisant suite aux changements analogues du Règlement du personnel de l'OMS : à l'Article 365 du Règlement du personnel sur les primes d'affectation, pour refléter les pratiques effectives et supprimer toute ambiguïté; à l'Article 380 sur les paiements et déductions, pour permettre des déductions pour les dettes contractées face à une tierce partie, si elles sont autorisées par le Directeur; à l'Article 620 sur les congés officiels, pour augmenter le nombre de neuf à dix par an et à l'Article 1230 pour augmenter le nombre de membres du Conseil des Appels. Des amendements ont également été faits à plusieurs articles traitant des congés. Les changements permettent une plus grande souplesse au niveau des absences pour décès d'un membre proche de la famille ou l'adoption d'un enfant (Article 650). Ils permettent également au personnel d'utiliser leurs sept jours de congé maladie non certifié pour des urgences familiales (Article 740), introduisent un maximum de cinq jours de congés paternité et permettent au père d'utiliser le congé de maternité non utilisé de la mère si les deux sont membres du personnel (Article 760) et donnent au Directeur le pouvoir d'autoriser que le conjoint et l'enfant allaité accompagnent la mère lors de déplacements officiels si c'est nécessaire (Article 820).

Le Docteur LaVertu a informé le Comité que l'impact budgétaire des amendements proposés était minime et pouvait être pris en charge à partir des affectations appropriées.

La Délégué des États-Unis d'Amérique a réitéré l'opinion exprimée par son pays au Conseil exécutif de l'OMS indiquant que l'adjonction d'une clause autorisant les congés de paternité (Article 760.5) n'était pas conforme aux normes du Système des Nations Unies et a suggéré que l'OPS suive les standards des Nations Unies même si l'OMS ne le fait pas. Le Docteur LaVertu a expliqué que l'OPS se trouvait dans l'obligation de suivre les réglementations de l'OMS, étant donné que certains de ses postes étaient financés par l'OMS.

Le Directeur pensait que la clause sur les congés de paternité était une étape positive et il espère que le Système commun des Nations Unies suivra l'exemple de l'OPS.

Le Comité a adopté la résolution CE128.R4.

Déclaration du Représentant de l'Association du personnel du BSP (document CE128/24)

M. Gustavo Strittmatter (Président, Association du personnel du BSP) a indiqué qu'un esprit de collaboration avait marqué les relations tout au long de l'année entre l'Association du personnel et l'Administration du BSP. Grâce à l'effort conjoint entre le Directeur et l'Administration, le personnel professionnel de Washington DC avait obtenu une majoration salariale, résultant de l'effet combiné des accroissements des salaires de base et de l'indice de l'ajustement des postes. Un facteur important de la réalisation de celle-ci a été la formation reçue par certains membres du personnel en matière de méthodologie pour déterminer l'ajustement de poste et il a remercié le Directeur d'avoir fourni le soutien financier nécessaire pour permettre à l'Association d'envoyer une personne à l'atelier de formation.

L'Association du personnel reste préoccupée du fait que les salaires du personnel des services généraux subissent les conséquences des mesures prises par le Système des Nations Unies cherchant à couper les dépenses liées au personnel comme moyen d'ajuster le budget. L'Association avait parrainé à ses propres frais des ateliers de formation pour aider le personnel à participer aux activités des comités d'enquête salariale au niveau national. Un grand nombre des bureaux de pays de l'OPS avaient envoyé des membres de leur personnel à ces ateliers et l'Association du personnel avait l'intention de demander au Directeur d'aider à prendre en charge le coût des ateliers.

En ce qui concerne les réformes entreprises par l'OMS, tant le personnel que l'administration auront besoin d'une formation portant sur le nouveau cadre de négociations qui résultera de ces réformes. L'Association a remercié le Directeur d'avoir soutenu le concours de l'Association à ces activités en finançant la participation d'un de ses membres à un atelier qui s'est tenu à Genève en décembre 2000. Des aspects positifs de la réforme sont notés au niveau de certains amendements au Règlement du personnel, par exemple la création des congés de paternité et l'autorisation de voyager pour le conjoint et le nouveau-né. De tels changements profiteront aux employés et à l'Organisation.

Quant à la réforme du système des contrats, des représentants du personnel de l'OMS dans le monde entier ont fait savoir qu'aucune réforme des conditions de travail n'était valide tant qu'elle ne dispose du consentement du personnel, donné par voie de négociations collectives. Les représentants du personnel se préoccupent du fait que divers arrangements contractuels adoptés par l'OMS ne respectent pas le principe d'équité qui devrait guider toutes les actions du personnel et de l'Organisation. Lors de la réunion la plus récente du comité chargé de suivre le Fonds d'assurance de maladie du personnel de l'OMS, on a annoncé que le ratio entre personnes actives et personnes à la retraite qui

participent au fonds avait diminué, passant de 1,93 en 1995 à 1,42 à la fin de 1999- soit une baisse de 25%. La viabilité à long terme du Fonds pour les retraites à venir est compromise si l'OMS continue à recruter sur contrat des personnes qui ne contribuent au Fonds. Le risque de non-solvabilité du Fonds est tout à fait inacceptable et contraire aux principes de l'Organisation.

Le Directeur a indiqué qu'il comprenait bien les préoccupations du personnel à propos du Fonds d'assurance maladie mais la coopération technique demandée par les pays exige que l'on recrute des personnes autres que les fonctionnaires internationaux. Cette politique est due à deux circonstances : 1) le niveau d'expertise disponible actuellement parmi le personnel national, et 2) le manque de ressources adéquates pour fournir une coopération technique si le personnel international est utilisé exclusivement. Il pense que le risque du Fonds d'assurance est justifié en raison par la capacité complémentaire de l'Organisation de répondre aux demandes de coopération technique. Le Directeur indique qu'il est fier des bonnes relations de travail qui ont existé entre l'Administration et l'Association du personnel lors de son mandat et note avec satisfaction l'amabilité avec laquelle les différences d'opinion ont été traitées.

Le Comité a remercié l'Association du personnel et a pris note du rapport mais n'a jugé nécessaire d'adopter une résolution sur ce point de l'ordre du jour (décision CE128(D9)).

Questions d'ordre général

Résolutions et autres actions de la Cinquante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé revêtant un intérêt pour le Comité exécutif de l'OPS (documents CE128/25).

Le Docteur Brandling-Bennett a récapitulé les aspects essentiels des 16 résolutions adoptées par la Cinquante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé (mai 2001) qui revêtent, à l'avis du Secrétariat, un intérêt particulier pour la Région des Amériques. Il souligne notamment des demandes faites au Directeur général et les activités connexes réalisées par l'OPS ou qui devront l'être à l'avenir. Il attire également l'attention du Comité sur les résolutions qui traitent de l'approbation du programme général de travail, de la nutrition infantile et du jeune enfant, de l'amplification de la réponse au VIH/SIDA, de la stratégie pharmaceutique de l'OMS, du renforcement des soins infirmiers et obstétricaux, du renforcement des systèmes de santé dans les pays en développement, de la sécurité sanitaire mondiale et alerte et action en cas d'épidémie, de la Décennie internationale des peuples autochtones, de la transparence du processus de contrôle du tabac, de la schistosomiase et géohelminthiases, de la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé, des traitements du personnel hors classe, du Fonds immobilier, des recettes diverses, du budget programme pour 2002-2003 et de la réforme des méthodes de travail du Conseil exécutif de l'OMS.

De plus, il note que, de la Région des Amériques, l'Assemblée avait élu la Colombie, Cuba et la Grenade pour nommer une personne auprès du Conseil exécutif, remplaçant le Chili, Trinité-et-Tobago et les États-Unis d'Amérique dont les mandats ont expiré.

Concernant la résolution en réponse au VIH/SIDA, le Comité exécutif prie instamment l'OPS de continuer à travailler en étroite collaboration avec l'ONUSIDA et ses collaborateurs pour garantir des interventions coordonnées. Un délégué a noté les efforts déployés dans les Caraïbes, encourageant les gouvernements à profiter des réductions récentes de prix pour les antirétroviraux, offertes par des sociétés de médicaments mais il indique que le Centre d'Épidémiologie des Caraïbes (CAREC) avait du mal à obtenir accès à ces médicaments par le biais du Fonds de roulement régional pour les produits stratégiques de santé publique. Il a également noté que les pays membres de CARICOM réalisant des projets-pilotes sur le contrôle de la transmission mère-à-enfant du VIH ont noté un manque de concordance entre les recommandations sur l'allaitement maternel par des mères séropositives et les initiatives Hôpitaux Amis des Bébé adoptées par les gouvernements. Il demande à l'Organisation d'intervenir dans cette controverse. Concernant la résolution sur le programme général de travail, le Comité encourage l'OPS à continuer son dialogue mutuellement bénéfique avec l'OMS sur l'introduction de la planification de programme soutenue par l'évaluation, notant la riche expérience de l'OPS en ce domaine.

Le Docteur Brandling-Bennett a répondu que l'OPS continue à travailler en étroite collaboration avec l'ONUSIDA et diverses autres organisations gouvernementales et non gouvernementales. Tel que noté auparavant, certains problèmes se sont présentés lors des négociations avec des sociétés pharmaceutiques concernant les prix des antirétroviraux – situation faisant qu'il a été difficile jusqu'à présent d'inclure ces médicaments au fonds. Concernant l'allaitement maternel, la position de l'OPS a été d'aider les pays à formuler des politiques qui expliquent les options et les risques à la mère et à la famille et, ensuite, de laisser la mère prendre la décision si elle veut continuer d'allaiter ou passer à des produits de remplacement du lait maternel qui sont chers. Il assure le Comité que le travail de l'OPS avec l'OMS continuera concernant l'évaluation et la planification. La structure actuelle du budget-programme de l'OMS témoigne bien de cette influence.

Le Directeur a noté que l'OPS a joué un rôle très important au niveau de la formulation et de l'acceptation du budget-programme de l'OMS et l'Organisation était le principal défenseur d'une approche plus structurée à l'évaluation au sein de l'OMS. L'OPS partage son expérience au niveau de la planification et de la programmation avec d'autres régions de l'OMS par le biais d'ateliers et de visites de sorte à ce que le processus dans toutes les régions soit conforme à la direction au niveau mondial. L'OPS espère encourager d'autres régions à adopter des systèmes analogues à l'AMPES, système

que le Commissaire aux comptes a jugé égal ou meilleur supérieur aux meilleures pratiques au sein du Système des Nations Unies.

Sur le thème de la santé autochtone, le Directeur a noté que l'OPS avait participé à un projet qui examine les effets de la discrimination raciale sur la santé aux Amériques. L'Organisation concourt à un document sur les disparités raciales au niveau de la santé préparée par l'OMS pour la Conférence mondiale sur le racisme, la discrimination raciale, la xénophobie et l'intolérance connexe, conférence qui se déroulera en Afrique du Sud plus tard cette année.

Le Comité a pris note du rapport du Secrétariat (décision CD128(D4))

Clôture de la session

Le Directeur a remercié le Comité pour ses commentaires, réitérant combien la participation des États membres était importante pour le travail de l'Organisation. Il exprime également sa reconnaissance au Président et aux autres membres du Bureau pour leur contribution à une session productive.

Le Président était certain que le travail du Comité permettra d'améliorer les conditions sanitaires des habitants de la Région. Il remercie tous les délégués, les observateurs et le personnel de l'OPS qui ont collaboré à la réussite de cette session et ensuite, il déclare la clôture de la 128^e session du Comité exécutif.

Résolutions et décisions

Les résolutions suivantes ont été adoptées et les décisions suivantes ont été prises par le Comité exécutif lors de sa 128^e session :

Résolutions

CE128.R1 : Règlement sanitaire international

LA 128^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné le rapport de situation traitant du Règlement sanitaire international : (document CE128/14);

Reconnaissant la menace permanente de la propagation transfrontière des maladies infectieuses; et

Considérant que le Règlement sanitaire international est le cadre juridique de l'alerte et de la réponse aux épidémies à l'échelle mondiale,

DÉCIDE :

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

LE 43^e CONSEIL DIRECTEUR,

Rappelant les résolutions WHA48.7 sur le Règlement sanitaire international et CD41.R14 sur les maladies infectieuses émergentes et réémergentes et la résistance antimicrobienne;

Ayant pris connaissance du rapport sur la révision du Règlement sanitaire international (document CD43/_) et reconnaissant la nécessité d'ajuster la version actuelle du Règlement sanitaire international pour qu'elle tienne compte du volume accru de déplacements et d'échanges internationaux ainsi que des tendances actuelles au niveau de l'épidémiologie des maladies transmissibles dont les menaces des maladies émergentes;

Connaissant la nécessité de protéger la santé publique et de contrôler les maladies, et parallèlement, d'éviter les mesures inutiles risquant d'avoir des conséquences sociales ou économiques imprévues; et

Reconnaissant que la possibilité d'intervenir avec des mesures de prévention et de contrôle est limitée par la rapidité avec laquelle les produits, les aliments et les gens sont mobilisés et par l'apparition de pathogènes résistant aux antimicrobiens disponibles;

DÉCIDE :

1. De prier instamment les États membres :
 - a) de participer activement au processus de révision du Règlement sanitaire international, tant à l'échelle nationale que dans le cadre des programmes régionaux d'intégration des systèmes;
 - b) d'examiner les critères pour définir un événement de santé publique pouvant revêtir une importance internationale tel que proposé dans le Règlement sanitaire international révisé;

2. De demander au Directeur :
- a) d'apporter une coopération technique afin de soutenir les pays dans leurs efforts en vue d'examiner les implications de la révision proposée du Règlement sanitaire international;
 - b) de promouvoir l'organisation des réunions sous-régionales entre partenaires disposant d'une expertise dans le domaine de l'alerte et de la réponse aux épidémies afin de faciliter l'échange de faits réunis sur le test des composantes particulières du Règlement sanitaire international révisé;
 - c) d'organiser la participation de la Région des Amériques à des réunions convoquées par l'OMS afin de traiter de questions se rapportant à la révision du Règlement sanitaire international.

(Cinquième séance, 27 juin 2001)

CE128.R2 : La XII^e Réunion interaméricaine, au niveau ministériel, sur la santé et l'agriculture

LA 128^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné le rapport final de la XII^e Réunion interaméricaine, au niveau ministériel, sur la santé et l'agriculture (document CE128/11),

DÉCIDE :

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

LE 43^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant examiné le rapport final de la XII^e Réunion interaméricaine, au niveau ministériel, sur la santé et l'agriculture (document CD43/___);

Prenant en compte la résolution CD17.R19 qui a autorisé le Directeur à convoquer ces réunions et la résolution RIMSA11.R3, ratifiée par le 41^e Conseil directeur qui a approuvé le changement de nom de la réunion à « Réunion interaméricaine, au niveau ministériel, sur la santé et l'agriculture » gardant le sigle RIMSA;

Sachant que RIMSA a été créé comme le forum intersectoriel, au niveau politique le plus élevé, afin d'établir, d'orienter et de suivre les questions revêtant un intérêt mutuel pour les secteurs de l'agriculture et de la santé; et

Connaissant l'ample réponse à l'appel lancé par le Directeur de l'OPS aux ministres de la santé et de l'agriculture des États membres leur demandant de participer pour la première fois à RIMSA;

DÉCIDE :

1. D'avaliser les résolutions de RIMSA 12.
2. De prier instamment les États membres de continuer à encourager l'action intersectorielle pour l'organisation et l'exécution de plans stratégiques régionaux pour l'éradication de la fièvre aphteuse, le contrôle et l'élimination des zoonoses et le suivi de la salubrité des aliments.
3. De remercier le Gouvernement de la République fédérative du Brésil d'avoir été l'hôte de RIMSA 12.
4. De demander au Directeur :
 - a) de continuer à convoquer tous les deux ans les ministres de l'agriculture et de la santé afin qu'ils participent à RIMSA dans le but d'évaluer la coopération technique sur le plan de la santé publique vétérinaire et le fonctionnement de ses centres spécialisés, le Centre panaméricain de la fièvre aphteuse (PANAFTOSA) et l'Institut panaméricain pour la protection alimentaire et la lutte contre les zoonoses (INPPAZ);
 - b) de continuer à inclure la salubrité des aliments, la lutte contre les zoonoses, l'éradication de la fièvre aphteuse et d'autres questions relevant de la santé animale et humaine comme points permanents de l'ordre du jour pour les réunions de RIMSA;
 - c) de soutenir la formulation et l'application du plan d'action de la Commission panaméricaine pour la salubrité des aliments.

(Cinquième séance, 27 juin 2001)

CE128.R3 : Développement et consolidation de la gestion des ressources humaines dans le Secteur de la santé

LA 128^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné le document CE128/12 qui préconise d'accorder un rang prioritaire plus élevé aux politiques des ressources humaines dans le secteur de la santé et de promouvoir de profonds changements conceptuels, politiques et opérationnels afin de développer et de consolider la gestion des ressources humaines dans les systèmes et services de santé,

DÉCIDE :

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

LE 43^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant envisagé le document CD43/_ sur le développement et la consolidation de la gestion des ressources humaines dans le secteur de la santé;

Reconnaissant que les systèmes de santé doivent accorder une priorité plus élevée aux politiques des ressources humaines ainsi qu'au développement et à la consolidation de la gestion des ressources humaines dans le cadre des réformes sectorielles actuelles; et

Sachant que l'Organisation panaméricaine de la Santé est en train de promouvoir l'initiative connue sous le nom de l'Observatoire des ressources humaines dans le cadre de la réforme du secteur de la santé au sein d'un groupe important de pays dans le but d'augmenter la disponibilité et d'améliorer la qualité de l'information et les connaissances étayant la prise de décisions dans le domaine du développement des ressources humaines;

DÉCIDE :

1. De prier instamment les États membres :
 - a) d'accorder une priorité plus élevée aux politiques de développement des ressources humaines dans le cadre de leur réforme sectorielle en général et à la gestion des ressources humaines dans les services de santé en particulier, mobilisant les mécanismes pour sensibiliser et engager les dirigeants sectoriels et autres intervenants concernés aux fins d'atteindre ce but et d'intégrer la gestion du personnel à la gestion générale des services de santé;

- b) de participer activement dans l'Initiative de l'Observatoire des ressources humaines en facilitant la création de groupes intersectoriels et interinstitutionnels dans chaque pays, dans le but d'analyser la situation, produire des données de base, et élaborer des propositions sur les politiques, la réglementation et la gestion des ressources humaines.
2. De prier le Directeur :
- a) d'engager l'intérêt en la volonté des autorités politiques du secteur dans le but d'accorder une priorité plus élevée aux politiques ayant trait aux ressources humaines et, particulièrement, au développement et la consolidation de la gestion des ressources humaines dans le secteur de la santé;
 - b) de faire avancer l'Initiative de l'Observatoire des ressources humaines, d'encourager la participation de tous les États membres, de continuer la formulation de méthodologies et d'instruments pour la gestion des ressources humaines et de promouvoir activement la formation des dirigeants de la santé publique et du personnel responsable de cette fonction afin de renforcer la capacité institutionnelle dans ce domaine;
 - c) d'encourager l'utilisation d'un groupe polyvalent de professionnels de la santé pour promouvoir les buts globaux de la santé publique.

(Cinquième séance, 27 juin 2001)

CE128.R4 : Amendements au règlement du personnel du Bureau sanitaire panaméricain

LA 128^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné les amendements au Règlement du personnel du Bureau sanitaire panaméricain présentés au Directeur dans l'annexe au document CE128/23 et son corrigendum;

Prenant en compte les actions de la Cinquante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé concernant le traitement des Directeurs régionaux, des conseillers supérieurs et du Directeur général;

Se rappelant les dispositions de l'article 020 du Règlement du personnel et de l'article 3.1 du Règlement du personnel du Bureau sanitaire panaméricain et la résolution CD20.R20 du 20^e Conseil directeur; et

Reconnaissant la nécessité d'uniformiser les conditions d'emploi du personnel du BSP et de l'OMS;

DÉCIDE :

1. De confirmer les amendements au Règlement du personnel du Bureau sanitaire panaméricain présentés par le Directeur en annexe du document CE128/23 et son corrigendum :

- a) prenant effet le 1^{er} janvier 2001, concernant les allocations pour personnes à charge pour les catégories professionnelle et hors classe;
- b) prenant effet le 1^{er} mars 2001, concernant l'échelle salariale qui sera utilisée conjointement avec les salaires bruts de base pour la catégorie professionnelle et les postes de directeurs.

2. De fixer à partir du 1^{er} mars 2001 :

- a) le montant net du traitement annuel du Directeur adjoint à \$104 341 avec personnes à charge et \$ 94 484 sans personnes à charge;
- b) le montant net du traitement annuel du Sous-Directeur à \$103 341 avec personnes à charge et \$93 484 sans personnes à charge.

3. De recommander au 43^e Conseil directeur qu'il fixe le traitement annuel du Directeur à \$113 762 avec personnes à charge et \$102 379 sans personnes à charge, à compter du 1^{er} mars 2001.

4. De confirmer les amendements aux articles 365, 380, 620, 650, 740, 760, 760.1, 760.2, 820 et 1230 du Règlement du personnel tels qu'ils paraissent en annexe du document CE128/23 et son corrigendum .

(Sixième séance, 27 juin 2001)

CE128.R5 : Prix d'Administration de l'OPS, 2001

LA 128^e SESSION DU COMITÉ EXECUTIF,

Ayant examiné le rapport du Jury du Prix d'Administration de l'OPS, 2001 (document CE128/7, Add.I); et

Considérant les dispositions des Procédures et des Directives relatives à la remise du Prix d'Administration de l'OPS, approuvées par la 18^e Conférence sanitaire panaméricaine (1970) et amendées par la 24^e Conférence sanitaire panaméricaine (1994) et la 124^e session du Comité exécutif (1999),

DÉCIDE :

1. De prendre note de la décision du Jury du Prix d'Administration de remettre le Prix d'Administration de l'OPS, 2001 au Dr Carlos Gehlert Mata, du Guatemala pour ses travaux novateurs qui ont permis d'étendre les soins de santé primaires dans les zones rurales du Guatemala lors d'époques difficiles et dans des circonstances ardues, grâce à la stratégie de préparation de techniciens de niveau intermédiaire choisis dans les mêmes communautés locales.
2. De transmettre le rapport du Jury du Prix d'Administration de l'OPS 2001 (document CE128/7, Add.I) aux fins d'examen par le 43^e Conseil directeur.

(Huitième séance, 28 juin 2001)

CE128.R6 : Organisations non gouvernementales en relations officielles avec l'OPS

LA 128^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant étudié le rapport (document CE128/8, Add. I) du Comité permanent des Organisations non gouvernementales; et

Connaissant les dispositions des *Principes régissant les relations entre l'Organisation panaméricaine de la Santé et les Organisations non gouvernementales (1995, revu 2000)*

DÉCIDE :

1. D'établir des relations officielles entre la Société américaine de microbiologie, March of Dimes et l'Association mondiale de sexologie et l'OPS.
2. De continuer pour une période de quatre ans les relations officielles avec l'Association interaméricaine d'ingénierie sanitaire et environnementale (AIDIS), la Fédération internationale du diabète (IDF), l'Association de l'Éducation en santé publique de l'Amérique latine et des Caraïbes (ALAESP), la Fédération de l'industrie pharmaceutique pour l'Amérique latine (FIFARMA) et US Pharmacopoeia (USP).

3. De continuer pour une période d'une année les relations officielles entre l'OPS et l'Organisation internationale des Unions de consommateurs (CI-ROLAC) et l'Alliance nationale pour la santé hispanique sachant que le statut de leurs activités sera examiné à nouveau par le Comité permanent lors de sa réunion en 2002.
4. De demander au Directeur :
 - a) de communiquer aux ONG respectives les décisions prises par le Comité exécutif;
 - b) de continuer à forger des relations de travail dynamiques avec des ONG interaméricaines présentant un intérêt pour l'Organisation dans des domaines entrant dans les priorités des programmes adoptées par les Organes directeurs pour l'OPS;
 - c) d'évaluer la pertinence de la relation avec des ONG interaméricaines travaillant officiellement avec l'OPS, encourageant plus de participation et de collaboration;
 - d) de continuer à encourager des relations entre les États membres et les ONG travaillant dans le domaine de la santé.

(Huitième séance, 28 juin 2001)

***CE128.R7 : Ordre du jour provisoire du 43^e Conseil directeur de l'OPS,
53^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques***

LA 128^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné l'ordre du jour provisoire (document CD43/1) préparé par le Directeur pour le 43^e Conseil directeur de l'OPS, 53^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques, présenté comme annexe au document CE128/4; et

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

DÉCIDE :

D'approuver l'ordre du jour provisoire (document CD43/1) préparé par le Directeur pour le 43^e Conseil directeur de l'OPS, 53^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques.

(Huitième séance, 28 juin 2001)

CE128.R8 : Vaccins et immunisation

LA 128^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant passé en revue le rapport du Directeur sur les vaccins et l'immunisation (document CE128/10);

Prenant en compte les progrès réalisés par tous les États membres concernant le contrôle des maladies pouvant être évitées par vaccins ainsi que l'introduction de nouveaux vaccins et sachant qu'il est nécessaire de prendre un engagement soutenu aux fins d'atteindre pleinement le but de l'éradication de la rougeole et d'étendre l'utilisation des technologies d'immunisation; et

Tenant compte des commentaires faits par les Membres du Comité exécutif;

DÉCIDE :

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

LE 43^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant envisagé le rapport du Directeur sur les vaccins et l'immunisation (document CD43/_) et prenant en compte les progrès réalisés par tous les pays sur le plan du contrôle des maladies pouvant être évitées par vaccin;

Reconnaissant l'engagement dont font preuve tous les États membres pour atteindre le but de l'endiguement de la transmission de la rougeole autochtone dans les Amériques;

Connaissant les implications liées à la flambée de cas récents de poliomyélite relative au vaccin Sabin type 1 dans l'île d'Hispaniola;

Considérant l'activité élevée de transmission de fièvre jaune dans la Région ces deux dernières années dans les régions enzootiques, entraînant de graves flambées de cas dans plusieurs pays;

Sachant que le tétanos néonatal est à présent confiné à moins d'un pour cent de toutes les régions des Amériques et que les caractéristiques épidémiologiques des cas restants indiquent qu'il s'agit de nourrissons dont les mères privées de soins prénatals ne sont pas vaccinées et accouchent en grande majorité à la maison; et

Reconnaissant les progrès notables réalisés dans la Région des Amériques du point de vue introduction des vaccins,

DÉCIDE :

1. De prier instamment les États membres :
 - a) de continuer leur ferme engagement face au maintien de l'éradication de la poliomyélite et pour atteindre le but de l'éradication de la rougeole en maintenant une couverture vaccinale de 95% ou plus élevée pour le vaccin contre la poliomyélite et la rougeole, dans chaque municipalité et communauté locale;
 - b) d'octroyer les ressources suffisantes pour maintenir les programmes nationaux de vaccinations et planifier à l'avance l'approvisionnement en vaccins et garantir des injections sans risques en mettant en place des mécanismes pour éviter la ré-utilisation de seringues et d'aiguilles ou en utilisant des seringues auto-destructibles;
 - c) de maintenir une couverture vaccinale élevée pour le vaccin contre la fièvre jaune dans les régions à caractère endémique et dans toutes les régions infectées par l'*Aedes aegypti* exposées au risque de transmission urbaine, vérifiant la vaccination de tous les voyageurs dans les régions enzootiques et mettant en place une surveillance très sensible dans les régions enzootiques;
 - d) de renforcer les efforts en vue de réduire le nombre de femmes en âge de procréer, exposées au risque de contracter la rubéole, et prévenir les cas de syndrome de rubéole congénitale (CRS) par le biais de stratégies accélérées de vaccination contre la rubéole et de surveillance renforcée de la rubéole et de CRS;
 - e) de cibler les services spéciaux de vaccination et les efforts de surveillance dans ces régions et au sein de groupes de la population exposés le plus aux risques dans les municipalités et les poches peu desservies qui notifient encore des cas isolés de tétanos néonatal;
 - f) de soutenir la mise en place d'une infrastructure épidémiologique dégageant l'information pour évaluer l'introduction et l'impact potentiel des nouveaux vaccins;
 - g) de renforcer les pouvoirs réglementaires nationaux et les laboratoires de contrôle nationaux pour vérifier que seuls les vaccins de qualité, soit importés soit produits localement et ensuite approuvés par les autorités compétentes sont utilisés par les programmes nationaux de vaccination et le secteur privé.

2. De demander au Directeur :
- a) de maintenir un dialogue constant avec les fournisseurs de vaccins pour minimiser les conséquences des pénuries mondiales de vaccins pour la Région des Amériques;
 - b) de souligner l'importance pour les gouvernements nationaux d'accorder un ordre de priorité élevé à l'octroi de ressources pour les vaccins dans leurs budgets nationaux et de promouvoir la coordination de tous les partenaires qui soutiennent les programmes nationaux de vaccination afin de faire un emploi maximal des ressources du niveau international pour compléter le cas échéant les ressources nationales;
 - c) de promouvoir l'examen national périodique et l'évaluation des programmes nationaux de vaccination pour suivre les progrès et la viabilité et ajuster les stratégies de lutte et d'éradication des maladies pouvant être évitées par vaccins;
 - d) de promouvoir une plus grande coopération entre chercheurs pour la mise au point de vaccins et de produits connexes;
 - e) de travailler en étroite collaboration avec les partenaires de l'Alliance globale pour les vaccins et l'immunisation (GAVI) afin de maximiser le soutien pour la conception, la mise en œuvre et l'évaluation des programmes nationaux de vaccination.

(Huitième séance, 28 juin 2001)

CE128.R9 : Convention-Cadre pour la lutte antitabac

LA 128^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné le rapport de la convention-cadre pour la lutte antitabac (document CE128/16),

DÉCIDE :

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

LE 43^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant envisagé le rapport concernant la convention-cadre pour la lutte antitabac (document CD43/_);

Reconnaissant les graves conséquences de l'usage du tabac et du tabagisme passif sur la santé des populations des Amériques et sur leurs systèmes de soins de santé;

Sachant qu'il existe à présent des faits étayant des mesures efficaces par rapport aux coûts pour réduire l'usage du tabac et sachant que les mesures en vue de réduire l'usage du tabac profiteront probablement aux économies de la plupart des États membres; et

Reconnaissant que la convention-cadre représente une occasion unique pour mobiliser et coordonner au plan mondial l'action en vue de réduire l'usage du tabac,

DÉCIDE :

1. De prier instamment les États membres :
 - a) de participer activement à la formulation de la convention-cadre pour la lutte antitabac par le biais de la participation aux séances de négociation de la convention-cadre et en renforçant la coordination multisectorielle nationale en vue de formuler des positions nationales cohésives par rapport à la convention-cadre;
 - b) de prévenir pour éviter que les gens commencent de fumer, notant la vulnérabilité toute spéciale des enfants et des adolescents et encourager ceux qui fument de s'arrêter en appliquant des mesures efficaces par rapport aux coûts pour réduire l'usage du tabac, fixant notamment des taxes sur le tabac à des niveaux qui réduisent la consommation et en éliminant progressivement la publicité sur les produits de tabac conformément aux constitutions nationales;
 - c) de protéger tous les non-fumeurs, notamment les enfants et les femmes enceintes, contre l'exposition à la fumée de cigarettes en interdisant de fumer dans les bureaux publics, les formations sanitaires et les établissements d'enseignement. Cette mesure est prioritaire et elle sera suivie dès que possible par l'interdiction de fumer sur les lieux du travail et dans les endroits publics sachant que ces environnements où il est interdit de fumer évitent que les gens ne commencent de fumer ou les encourager à cesser de fumer;
 - d) de mettre en place des systèmes de surveillance pour suivre la mortalité imputable au tabac et les progrès réalisés en vue d'atteindre les objectifs de réduction du tabagisme et du tabagisme passif.

2. De demander au Directeur :
- a) de continuer à faciliter la participation des États membres à la formulation de la convention-cadre pour la lutte antitabac;
 - b) d'encourager la coopération technique, dans les limites des ressources disponibles, pour renforcer la capacité des États membres à appliquer des mesures solides et efficaces pour réduire l'usage du tabac et mettre en place des systèmes de surveillance pour évaluer les progrès;
 - c) de concevoir un canevas d'action sous le nom « Amériques sans tabac » pour protéger les non-fumeurs des effets nuisibles du tabagisme passif;
 - d) d'appuyer la mise en œuvre des systèmes de surveillance pour le contrôle du tabac et la diffusion de l'information sur les mesures ou expériences réussies.

(Huitième séance, 28 juin 2001)

CE128.R10 : Santé, eau potable et assainissement dans le développement humain durable

LA 128^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné le document CE128/13 qui présente :

- des aspects conceptuels sur le développement humain durable et sur le rôle de la santé, de l'eau potable et de l'assainissement;
- des faits concernant la situation du point de vue approvisionnement en eau potable et assainissement, en fonction de *l'Évaluation 2000*, réalisée sur l'ensemble de la Région, et d'après l'étude des inégalités dans les dépenses des ménages et utilisation des services d'eau dans 11 pays de l'Amérique latine et des Caraïbes;
- une analyse indiquant que les lacunes rencontrées au niveau de la santé environnementale sont en contradiction avec les objectifs du développement humain équitable qui ont été adoptés à maintes reprises par les divers pays dans le cadre de diverses initiatives dont Rio 92 et la Charte panaméricaine de la Santé et de l'Environnement sur le Développement humain durable; et

- une étude des défis et des perspectives liées à la situation actuelle du point de vue approvisionnement en eau potable et assainissement, les fonctions des institutions concernées par la fourniture de ces services et le rôle de chef de file que les ministères de la santé peuvent jouer pour combler l'écart entre accès aux services et utilisation de ces services,

DÉCIDE :

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

LE 43^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant examiné le document CD43/_ sur la santé, l'eau potable et l'assainissement dans le cadre d'un développement humain durable;

Sachant que les ministères de la santé doivent renforcer leurs capacités et compétences pour prendre des mesures qui aideront à pallier aux limitations et inégalités au niveau de l'accès aux services d'eau et d'assainissement dans le cadre de la réforme sectorielle et des tendances actuelles au niveau de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement ainsi que de la gestion intégrée des ressources hydrauliques;

Prenant en compte le fait que les activités de coopération technique de l'Organisation panaméricaine de la Santé sur le plan de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement sont guidées par les principes de la santé et de l'environnement dans le cadre du développement humain durable et que la mise en place de partenariats, de stratégies et de priorités bénéficie d'une information pertinente et ponctuelle sur la couverture, la qualité et l'équité au niveau de la fourniture des services;

Répondant à l'appel lancé à Montréal en mars 2001 par les ministres de l'environnement des Amériques et par le Gouvernement du Canada et avalisé par le Plan d'Action du Sommet des Amériques qui se tenu à Québec en avril 2001, demandant à l'OPS et au Programme des Nations Unies pour l'environnement (PNUE) de soutenir l'organisation d'une réunion régionale des ministres de la santé et des ministres de l'environnement;

Reconnaissant l'importance de formuler une base de connaissances sur les liens entre la santé humaine et la dégradation de l'environnement, fixant des priorités pour faire avancer le programme de santé et d'environnement des Amériques, mettant en place un mécanisme de suivi pour que les ministres puissent suivre les progrès et contribuer au Sommet mondial du Développement durable prévu pour 2002 (Rio +10); et

Considérant la recommandation de la 128^e session du Comité exécutif,

DÉCIDE :

1. De prier instamment les États membres :
 - a) de renforcer les capacités des ministères de la santé et leurs activités sur le plan de la santé environnementale, d'assumer leurs responsabilités notamment sur le plan de la surveillance de la qualité de l'eau de boisson et d'améliorer la qualité des services d'eau et d'assainissement;
 - b) de promouvoir et de collaborer avec d'autres ministères ou institutions dans le cadre de réformes visant à améliorer la couverture, l'équité et la pérennisation des services d'eau potable et d'assainissement surtout dans les zones rurales, les petites villes et les quartiers urbains pauvres;
 - c) de reconnaître les efforts des pays et la coopération technique de l'OPS/OMS dans le cadre de *l'Évaluation 2000* concernant l'approvisionnement en eau potable et l'assainissement dans la Région et l'étude des inégalités au niveau des dépenses des ménages et utilisation des services d'approvisionnement en eau dans 11 pays de l'Amérique latine et des Caraïbes;
 - d) de participer activement aux activités régionales de préparation pour Rio+10 ou à d'autres activités dans ce cadre, en vérifiant que la santé est dûment représentée, en forgeant des partenariats et en identifiant des activités prioritaires qui faciliteront et feront progresser la mise en œuvre du programme de santé environnementale, tant dans la Région qu'au niveau mondial;
 - e) de participer à une réunion conjointe entre les ministres de la santé et de l'environnement des Amériques en 2002 dans le cadre d'un processus en vue de renforcer leur capacité à gérer efficacement les questions de santé et d'environnement;
 - f) de promouvoir des actions et de formuler des réglementations permettant aux services d'eau potable et d'assainissement de contribuer à la protection et à la conservation de l'environnement aux Amériques;
2. De demander au Directeur :
 - a) de continuer la coopération technique avec les pays pour renforcer les capacités des ministères de la santé, les aidant dans leur travail avec d'autres secteurs et en

- collaborant avec d'autres institutions nationales et internationales et les banques de développement qui font partie du Programme commun afin de réduire les risques de santé liés à une couverture insuffisante, au manque de qualité et à l'accès inégal en matière de services d'eau et d'assainissement;
- b) de continuer à collaborer avec les pays dans le cadre des activités régionales de préparation de Rio+10 pour promouvoir et enrichir les partenariats qui contribuent au développement humain durable basé sur la santé des populations;
 - c) de travailler avec le PNUE et le Canada pour convoquer une réunion des ministres de la santé et de l'environnement aux Amériques au début de 2002.

(Huitième séance, 28 juin 2001)

CE128.R11 : Promotion de la santé aux Amériques

LA 128^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné la proposition en vue de renforcer les plans d'action aux fins de promotion de la santé dans les Amériques (document CE128/17);

Sachant qu'il est nécessaire de renforcer les capacités des États Membres pour engager les multiples secteurs et la société civile aux niveaux national et local dans la planification, la mise en œuvre et l'évaluation des activités visant à promouvoir et à protéger la santé des individus, des familles et des communautés;

Reconnaissant que les États membres demandent de plus en plus une coopération technique permettant de renforcer leurs capacités liées aux cinq grandes stratégies de promotion de la santé, esquissées pour la première fois dans la Charte d'Ottawa : mise en place de politiques publiques favorisant la santé, création de contextes favorables, habilitation des communautés, acquisition de compétences personnelles et réorientation des services de santé; et

Notant que les États membres se sont engagés eux-mêmes au renforcement des plans d'action pour la promotion de la santé lors de la Cinquième Conférence mondiale de la Promotion de la Santé (Mexique 2000), en fonction des directives présentées sur a) la promotion de la santé basée sur les faits; b) un investissement accru pour la santé et le développement; c) une plus grande responsabilité sociale pour la santé; d) un engagement communautaire plus prononcé et un plan d'action renforcé pour la santé; e) l'élargissement de l'infrastructure pour la promotion de la santé; et f) la réorientation des services de santé,

DÉCIDE :

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

LE 43^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant examiné la proposition pour le renforcement des plans d'action aux fins de promotion de la santé dans les Amériques (document CD43/_),

DÉCIDE :

1. De prier instamment les États membres :
 - a) de porter la santé au programme politique et d'en faire une priorité dans les plans et programmes de développement aux niveaux national et local;
 - b) de mettre en œuvre des politiques publiques et des cadres juridiques pour améliorer les déterminants de la santé et réduire les inégalités du point de vue la santé des groupes et populations vulnérables;
 - c) de renforcer la collaboration intersectorielle et de vérifier la participation active de tous les secteurs et de la société civile au niveau de la formulation, de la mise en œuvre et de l'évaluation des plans d'action pour la promotion sanitaire concernant les priorités de santé identifiées conjointement;
 - d) de soutenir la recherche pour faire progresser les connaissances dans le domaine des priorités choisies, pour cerner les bonnes pratiques et augmenter la base de données étayant des interventions efficaces de promotion de la santé;
 - e) d'appuyer la formation et le développement des ressources humaines en matière de théorie et pratique de la promotion de la santé dans les diverses disciplines de santé et de sciences sociales;
 - f) de mobiliser et de désigner les ressources financières et opérationnelles nécessaires pour renforcer la capacité humaine et institutionnelle nécessaire à la formulation, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation des plans d'action de promotion de la santé aux niveaux national et local;
 - g) de créer et de renforcer les réseaux locaux, nationaux et internationaux pour promouvoir la santé;

- h) de renforcer les activités conçues pour créer des contextes sains et protéger l'environnement.
2. De demander au Directeur :
- a) de soutenir les États membres pour renforcer leurs plans d'action stratégiques de promotion de la santé, tel que le stipule la Déclaration de Mexico de 2000.
 - b) de mettre en place un mécanisme pour suivre les progrès faits en vue de respecter les engagements pris lors de la Conférence mondiale de Mexico et pour évaluer les expériences et identifier puis diffuser les meilleures pratiques;
 - c) d'intensifier les efforts pour mobiliser des ressources financières et humaines supplémentaires pour la coopération technique sur le plan de la promotion et de la protection sanitaires.

(Huitième séance, 28 juin 2001)

CE128.R12 : Santé mentale

LA 128^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF

Ayant examiné le rapport sur la santé mentale (document CE128/18),

DÉCIDE :

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

LE 43^e CONSEIL DIRECTEUR,

Reconnaissant la part croissante des troubles mentaux dans la charge de morbidité globale et les coûts sociaux et économiques associés aux problèmes de santé mentale aux Amériques;

Sachant qu'en dépit de tous les efforts déployés dans la Région pour souligner et réduire l'impact négatif des problèmes de santé mentale, les services de santé mentale dans bien des endroits sont encore mal financés et mal organisés et les personnes souffrant de problèmes mentaux n'ont toujours pas accès à un traitement correct;

Reconnaissant les nouvelles possibilités disponibles dans le domaine des soins de santé mentale grâce au développement de nouvelles procédures et interventions qui se sont avérées efficaces pour le traitement et la récupération de la plupart des troubles mentaux; et

Reconnaissant l'immense possibilité d'améliorer les soins de santé mentale et la promotion de la santé mentale dans la Région générée par l'enthousiasme entourant la célébration de la Journée mondiale de la Santé en 2001,

DÉCIDE :

1. De prier instamment les États membres :
 - a) de tirer parti de l'élan créé par la célébration de la Journée mondiale de la Santé 2001, de la discussion des thèmes de santé mentale lors de l'Assemblée mondiale de la Santé et du thème du Rapport de la Santé dans le monde 2001 aux fins de souligner l'importance de l'inclusion de la santé mentale aux priorités de santé publique;
 - b) d'intensifier les actions en vue de réduire le caractère honteux et la discrimination à l'égard des personnes souffrant de problèmes de santé mentale en apportant une information et éducation adéquates et en traitant les problèmes de parité;
 - c) de consolider les activités nationales de mise en œuvre des politiques et des plans de santé mentale dans le cadre de la réforme du secteur de la santé en renforçant les services de santé mentale dans les ministères de la santé et en mobilisant les ressources nécessaires;
 - d) de continuer à formuler des stratégies visant à transférer les soins de santé mentale des hôpitaux psychiatriques aux services à base communautaire intégrant la santé mentale aux soins primaires et en transférant les services d'hospitalisation aux hôpitaux généraux;
 - e) de promouvoir et de soutenir activement la mise en œuvre de programmes de réhabilitation psychosociale dans des domaines tels que l'habitat, la formation professionnelle et l'emploi;
 - f) de formuler et mettre à jour les dispositions juridiques protégeant les droits humains des personnes souffrant de problèmes mentaux et en encourageant la participation des consommateurs et des familles aux soins de santé mentale;

- g) de renforcer la mise sur pied de services et de programmes qui répondent aux besoins particuliers des femmes, des enfants, des personnes âgées, des réfugiés, des victimes des catastrophes et des populations autochtones;
- h) de renforcer les approches multisectorielles à la santé mentale et partant de renforcer la collaboration avec tous les autres secteurs participant aux soins de santé mentale, par exemple l'éducation, le bien-être social, la main- d'œuvre, les organisations non gouvernementales (ONG) et le secteur privé;
- i) de promouvoir la participation communautaire et familiale aux soins des personnes souffrant de problèmes mentaux et d'encourager les mesures visant à promouvoir la santé mentale.

2. De demander au Directeur :

- a) de renforcer les capacités régionales de coopération technique, surtout en prenant des mesures pour combattre la discrimination et le caractère honteux attaché aux maladies mentales, en valorisant les capacités des pays liées à la gestion des plans de santé mentale et en mobilisant les ressources des programmes de santé mentale;
- b) d'encourager les États membres de collaborer à la production et à la diffusion d'information sur les interventions de santé mentale efficaces par rapport aux coûts ainsi qu'à la conception et à l'évaluation des projets de démonstration;
- c) d'aider les États membres à fournir un traitement essentiel aux troubles mentaux les plus répandus;
- d) de continuer à soutenir l'inclusion de la santé mentale à tous les forums et activités de santé et à faciliter la création de partenariats avec d'autres institutions et organisations qui peuvent faire une contribution importante à la promotion de la santé mentale aux Amériques;
- e) de diffuser l'information sur les progrès faits dans la Région ces dernières années.

(Huitième séance, 28 juin 2001)

CE128.R13 : La Dengue et la dengue hémorragique

LA 128^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant envisagé la situation alarmante de la dengue, la menace imminente d'une augmentation de la dengue hémorragique (DHF) et la réapparition de la fièvre jaune dans les zones urbaines (document CE128/15); et

Préoccupée par l'existence d'une tendance analogue dans la Région des Amériques à celle constatée en Asie du Sud-Est où des centaines de milliers de cas de DHF se présentent chaque année,

DÉCIDE :

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

LE 43^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant examiné le rapport sur la dengue et la dengue hémorragique dans les Amériques (document CD43/_);

Prenant en acte de la tendance à l'accroissement du nombre de cas de dengue et de dengue hémorragique dans les Amériques ainsi la réurbanisation possible de la fièvre jaune dans la Région; et

Rappelant les résolutions CD38.R12, CD39.R11 et CD40.R15,

DÉCIDE :

1. De prier instamment les États membres :
 - a) de promouvoir la coordination intersectorielle, de forger des partenariats et de soutenir des réseaux pour renforcer les programmes de prévention et de contrôle de la dengue;
 - b) de stimuler des actions environnementales durables dans les domaines de la planification et des services urbains : approvisionnement en eau, évacuation des eaux usées, gestion des déchets solides et évacuation des pneus usés;

- c) d'intégrer aux programmes de prévention et de contrôle de la dengue les stratégies de participation communautaire, d'éducation sanitaire et de communication sociale pour promouvoir le changement comportemental;
- d) de fournir des soins adéquats aux patients à l'intérieur et à l'extérieur du secteur formel de la santé, notamment reconnaissance de la maladie, diagnostic et réponse correcte (dont les premiers soins à domicile ainsi que la connaissance des mesures correctes de traitement);
- e) d'uniformiser la notification des cas de dengue sur l'ensemble de la Région pour améliorer le partage d'information qui permet à tous les pays d'être au courant de la situation concernant la dengue ainsi que de la nature des virus qui circulent avec notification des cas pour inclure les cas cliniques (cas probables), les cas confirmés dans le laboratoire, les cas de dengue hémorragique, les décès imputables aux cas de dengue hémorragique/syndrome de choc et sérotypes identifiés;
- f) mettre en place des modes d'action en cas d'urgence et les mesures de préparation nécessaires en cas de flambées de cas et d'épidémies;
- g) revoir le rôle des insecticides dans le cadre des programmes de prévention et de contrôle de la dengue pour pouvoir mieux les intégrer à un programme complet.

2. De demander au Directeur :

- a) de continuer de promouvoir l'intégration des mesures de communication sociale et de participation communautaire par les États membres qui encouragent les changements comportementaux positifs au sein de leurs programmes de prévention et de contrôle de la dengue;
- b) de continuer à préconiser la nécessité de confronter la menace de la dengue et de la dengue hémorragique dans les États membres par le biais de partenariats intersectoriels;
- c) d'aider les États membres à renforcer les programmes de prévention et de contrôle de la dengue en incorporant les composantes de l'éducation sanitaire aux systèmes d'éducation formelle (de base);
- d) de renforcer les actions multisectorielles qui encouragent l'adoption d'habitudes saines dans la communauté, par exemple les clubs écologiques, l'habitat sain et autres initiatives orientées vers l'environnement;

- e) de promouvoir la formation des agents de santé à tous les niveaux pour améliorer leur capacité à prendre en charge le fardeau toujours croissant que représente la dengue pour la société;
- f) si les ressources le permettent, accorder l'attention et octroyer les ressources nécessaires, au sein du Secrétariat, et dans le cadre de la coopération technique aux pays afin de combattre le grave problème que la dengue, la dengue hémorragique et la réurbanisation possible de la fièvre jaune représentent pour la Région.

(Huitième séance, 28 juin 2001)

CE128.R14 : Recouvrement des contributions

LA 128^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné le rapport du Directeur concernant le recouvrement des contributions (document CE128/21 et Add.I) et le rapport sur les arriérés des États membres concernant le paiement de leurs contributions dans la mesure où ils sont soumis à l'application de l'article 6.B de la Constitution de l'Organisation panaméricaine de la Santé;

Notant que les dispositions de l'article 6.B de la Constitution de l'OPS concernant la suspension du droit de vote des États membres qui ne s'acquittent pas de leurs obligations financières et l'application possible de ces dispositions à l'égard de quatre États membres; et

Notant avec préoccupation que 25 États membres n'ont pas encore effectué de paiement pour s'acquitter de leur contribution de 2001 et que le montant recouvré pour les contributions de 2001 ne représente que 31% des contributions totales de l'année actuelle.

DECIDE :

1. De prendre note du rapport du Directeur concernant le recouvrement des contributions (document CD40.25 et Add.I).
2. D'exprimer sa gratitude aux États membres qui ont déjà versé leur contribution pour 2001 et d'exhorter les autres États membres qui ont des arriérés de s'acquitter dès que possible de leurs obligations financières.

3. De recommander au 43^e Conseil directeur d'appliquer strictement les restrictions du droit de vote contenues dans l'article 6.B de la Constitution de l'OPS aux États membres qui, à l'ouverture de cette séance, n'ont pas encore effectué un paiement important au titre de leur contribution et à ceux qui n'ont pas effectué les paiements échelonnés en fonction de leurs plans de paiement différé.

4. De demander au Directeur de continuer à informer les États membres de toute somme restante exigible et de faire le compte rendu au 43^e Conseil directeur sur le statut du recouvrement des contributions.

(Huitième séance, 28 juin 2001)

CE128.R15 : Crédits alloués à l'Organisation panaméricaine de la Santé pour 2002-2003

LA 128^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné le rapport du Sous-Comité de planification et de programmation (document CE128/5);

Ayant examiné le budget programme proposé de l'Organisation panaméricaine de la Santé pour la période financière 2002-2003 contenu dans le *Document officiel 296*;

Notant avec satisfaction les efforts du Directeur en vue de préparer le budget programme proposé dans un climat marqué par de constantes difficultés financières;

Notant également avec satisfaction la transparence du document de budget et l'importance continue qu'il attribue aux programmes et résultats escomptés; et

Se rappelant l'article 14.C de la Constitution de l'Organisation panaméricaine de la Santé et l'article III, paragraphes 3.5 et 3.6 du Règlement financier de l'OPS;

DÉCIDE :

1. De remercier le Sous-Comité de planification et de programmation pour son examen préliminaire et compte rendu du budget programme proposé;
2. D'exprimer sa gratitude au Directeur pour l'attention accordée aux économies de coût possibles et au renforcement des programmes lors de l'élaboration du budget programme;
3. De recommander au 43^e Conseil directeur qu'il envisage le budget programme proposé de l'Organisation panaméricaine de la Santé pour la période financière 2002-

2003 tel que présenté dans le *Document officiel 296* au regard des commentaires faits par les Membres du Comité exécutif et qu'il adopte les résolutions nécessaires concernant l'allocation de crédits.

(Huitième séance, 28 juin 2001)

CE128.R16 : *Syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) aux Amériques*

LA 128^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant analysé le rapport sur le syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) aux Amériques (documents CE128/9 et Add.I),

DÉCIDE :

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

LE 43^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant analysé et discuté du rapport sur le syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) aux Amériques (document CD43_ /);

Considérant les tendances de l'épidémie du VIH/SIDA/IST aux Amériques et les conséquences actuelles et futures sur les jeunes, les femmes et les enfants;

Sachant qu'il est nécessaire d'appliquer et d'étendre la couverture de méthodes et technologies efficaces et abordables aux populations les plus vulnérables en renforçant les systèmes et les services de santé;

Reconnaissant la nécessité pour les gouvernements et la société de prendre l'engagement nécessaire pour répondre efficacement et avec solidarité aux fins de prévention et de traitement de l'infection par le VIH, le SIDA et les infections sexuellement transmissibles dans les États membres de la Région; et

Prenant acte du Plan d'Action, l'Annexe A, #14, Santé du III^e Sommet des Amériques (Québec, Canada, 20- 22 avril 2001) de la résolution WHA54.10 de l'Assemblée mondiale de la Santé et la Déclaration de l'Engagement face au VIH/SIDA de la Séance spéciale de l'Assemblée générale des Nations Unies (New York, États-Unis, 25-27 juin 2001),

DECIDE :

1. De prier instamment les États membres :
 - a) de contribuer activement aux buts et délais fixés lors de la séance spéciale de juin 2001 de l'Assemblée générale des Nations Unies dans sa déclaration de l'Engagement face au VIH/SIDA;
 - b) d'accorder à la lutte contre le VIH/SIDA/IST la plus haute priorité parmi les questions de santé et de développement et d'octroyer les ressources nécessaires et essentielles pour leur prévention et contrôle dont les ressources financières et humaines pour endiguer la propagation du VIH/SIDA/IST;
 - c) de déployer des efforts accrus pour prévenir la transmission sexuelle du VIH et d'autres infections sexuellement transmissibles par le biais de l'éducation, des communications de masse, du marketing social, des conseils et tests volontaires et de la promotion de la santé sexuelle en ciblant notamment les jeunes adultes et les adolescents;
 - d) de renforcer leur réponse nationale, de promouvoir un engagement intersectoriel plus fort qui englobe le secteur privé et d'élargir la couverture et le champ d'action des services de prévention et de soins pour les communautés les plus touchées par l'épidémie et qui sont les plus vulnérables à cette épidémie;
 - e) de continuer à combattre le caractère honteux et la discrimination qui accompagnent le VIH/SIDA en renforçant les mesures législatives nécessaires et en sensibilisant davantage la population à la question;
 - f) de soutenir les initiatives sous-régionales tel que le Plan pan-Caraïbes pour la prévention et le traitement du VIH/SIDA/IST, les processus de coopération horizontale et le développement de réseaux pour la coopération entre pays.
2. De demander au Directeur :
 - a) de continuer à faciliter la réponse inter-organisations, inter-institutions et inter-secteurs préconisée par l'ONUSIDA afin de soutenir la conception, l'exécution et l'évaluation des plans et programmes stratégiques aux niveaux national et régional pour la prévention du VIH/SIDA/IST;
 - b) d'encourager une capacité accrue pour fournir des soins complets aux personnes souffrant de VIH/SIDA dont un accès élargi aux médicaments, tant les anti-

- rétroviraux que les médicaments contre les infections opportunistes et les fournitures de laboratoire;
- c) d'utiliser l'expérience de l'OPS et celle de ses partenaires pour traiter les questions liées à l'égalité entre les sexes dont la vulnérabilité des femmes et le rôle des hommes en tant que partie intégrante des activités de prévention du VIH.

(Huitième séance, 28 juin 2001)

Décision

CE128(D1) : Adoption de l'ordre du jour

Conformément à l'Article 9 du Règlement intérieur du Comité exécutif, l'ordre du jour proposé par le Directeur (document CE128/1, Rev.3) a été adopté.

(Première séance, 25 juin 2001)

CE128(D2) : Représentation du Comité exécutif lors du 43^e Conseil directeur de l'OPS, 53^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques

Conformément à l'Article 54 de son Règlement intérieur, le Comité exécutif a décidé de nommer le Président (Cuba) et le Vice-Président (Canada) du Comité exécutif pour le représenter lors du 43^e Conseil directeur, 53^e Session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques. Comme remplaçants, le Comité a nommé les délégués de la Jamaïque et de l'Uruguay, respectivement.

(Première séance, 25 juin 2001)

CE128 (D3) : Rapport du Sous-Comité de planification et de programmation

Le Comité exécutif a pris note du rapport de la 35^e session du Sous-Comité de planification et de programmation (document CE128/5) remerciant le Président pour son rapport et exprimant sa reconnaissance au Sous-Comité pour son travail.

(Première séance, 25 juin 2001)

CE128 (D4) : Résolutions et autres actions de la Cinquante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé revêtant un intérêt pour le Comité exécutif de l'OPS

Le Comité exécutif a pris note du rapport sur les résolutions et autres actions de la Cinquante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé revêtant un intérêt pour le comité exécutif de l'OPS (document CE128/25).

(Troisième séance, 26 juin 2001)

CE128(D5) : Rapport sur le Troisième Sommet des Amériques

Le Comité exécutif a pris note du Rapport du Troisième Sommet des Amériques (document CE128/19) remerciant le Secrétariat pour son rapport et félicitant l'Organisation pour son rôle consistant à attirer l'attention sur la santé lors des Sommets des Amériques et autres forums internationaux des dirigeants politiques.

(Troisième séance, 26 juin 2001)

CE128 (D6) : Processus d'élection du Directeur du Bureau sanitaire panaméricain

Le Comité exécutif a pris note de la proposition présentée par la Délégation du Mexique concernant le processus d'élection du Directeur du BSP (document CE128/27) mais n'a pas jugé nécessaire de recommander des modifications dans les dispositions stipulées par la Constitution de l'OPS et le Règlement intérieur de la Conférence sanitaire panaméricaine en ce qui concerne l'élection du Directeur.

(Cinquième séance, 27 juin 2001)

CE128 (D7) : Rapport financier intérimaire du Directeur pour 2000

Le Comité exécutif a pris note du Rapport financier intérimaire du Directeur pour 2000. (document officiel 301).

(Sixième séance, 27 juin 2001)

CE128 (D8) : Bâtiments et autres locaux de l'OPS

Le Comité exécutif a pris note du rapport sur les bâtiments et autres locaux de l'OPS (document CE128/22).

(Sixième séance, 27 juin 2001)

CE128 (D9) : Déclaration du Représentant de l'Association du personnel de l'OPS/OMS

Le Comité exécutif a pris note de la déclaration du Représentant de l'Association du personnel du BSP (document CE128/24).

(Sixième séance, 27 juin 2001)

CE128 (D10) : Plan stratégique pour l'Organisation panaméricaine de la Santé pour 2003-2007

Le Comité exécutif a pris note du rapport concernant le plan stratégique de l'Organisation panaméricaine de la Santé pour la période 2003-2007 (document CE128/20) remerciant le Directeur pour avoir invité les États membres à participer dès les premières étapes au processus de planification stratégique pour la prochaine période quadriennale.

(Septième séance, 28 juin 2001)

CE128 (D11) : Rapport du Sous-Comité sur la femme, la santé et le développement

Le Comité exécutif a pris note du rapport du Sous-Comité sur la femme, la santé et le développement (document CE128/6) et a avalisé les recommandations adoptées par le Sous-Comité lors de sa 19^e session, notamment la recommandation que le thème « équité entre les sexes, femmes, santé et développement » soit porté à l'ordre du jour des sessions des Organes directeurs en 2002.

(Huitième séance, 28 juin 2001)

PAR CONSÉQUENT ET EN FOI DE QUOI, le Président du Comité exécutif et le Secrétaire de droit, Directeur du Bureau sanitaire panaméricain, signe le présent Rapport final dans les langues anglaise et espagnole, les deux textes étant identiques.

FAIT à Washington, DC, Etats-Unis d'Amérique, en ce vingt-huitième jour de juin de l'an deux mille un. Le Secrétaire déposera les textes originaux dans les archives du Bureau sanitaire panaméricain et fera parvenir des exemplaires du rapport aux Etats Membres de l'Organisation.

Carlos Dotres Martínez
Délégué de Cuba
Président de la 128^e Session
du Comité exécutif

George A. O. Alleyne
Secrétaire de droit de la
128^e Session du Comité exécutif
Directeur du Bureau sanitaire panaméricain



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

Annexe AA



128^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF

Washington, D.C., E-U, 25-29 juin 2001

CE128/1, Rev. 3 (Fr.)
25 juin 2001
ORIGINAL : ANGLAIS

ORDRE DU JOUR

No. du document

1. OUVERTURE DE LA SESSION

2. QUESTIONS RELATIVES AU RÈGLEMENT

- | | | |
|-----|--|----------------------------------|
| 2.1 | Adoption de l'ordre du jour et du programme des séances
<i>(Article 9 du Règlement intérieur)</i> | CE128/2, Rev. 3
et CE128/WP/1 |
| 2.2 | Représentation du Comité exécutif lors
du 43 ^e Conseil directeur de l'OPS, 53 ^e session
du Comité régional de l'OMS pour les Amériques
<i>(Article 54 du Règlement intérieur du Comité exécutif)</i> | CE128/3 |
| 2.3 | Ordre du jour provisoire du 43 ^e Conseil directeur
de l'OPS, 53 ^e session du Comité régional de l'OMS
pour les Amériques
<i>(Article 14.B, Constitution de l'OPS)
(Article 7 du Règlement intérieur du Conseil directeur)</i> | CE128/4 |
| 2.4 | Processus d'élection du Directeur de l'Organisation
panaméricaine de la Santé
<i>(Proposé par le Gouvernement du Mexique)</i> | CE128/27 |

3. QUESTIONS RELATIVES AUX COMITÉS

- | | | |
|-----|--|-------------------|
| 3.1 | Rapport sur la 35 ^e session du Sous-Comité de planification et de programmation | CE128/5 |
| 3.2 | Rapport sur la 19 ^e session du Sous-Comité sur la femme, la santé et le développement | CE128/6 |
| 3.3 | Prix d'Administration de l'OPS, 2001 | CE128/7 et Add. I |
| 3.4 | Organisations non gouvernementales en relations officielles avec l'OPS | CE128/8 et Add. I |
| | - Examen périodique des organisations non gouvernementales en relations officielles avec l'OPS | |
| | - Considération des demandes d'admission reçues | |

(Principes régissant les relations entre l'Organisation panaméricaine de la Santé et les organisations non gouvernementales)

4. QUESTIONS RELATIVES À LA POLITIQUE DES PROGRAMMES

- | | | |
|-----|--|--------------------------------------|
| 4.1 | Avant-projet du budget programme de l'Organisation panaméricaine de la Santé pour l'exercice financier 2002-2003 | <i>Doc. off. 296*</i>
et CE128/26 |
| 4.2 | Syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) dans les Amériques | CE128/9 et Add. I |
| 4.3 | Vaccins et immunisation | CE128/10 |
| 4.4 | Rapport sur la XII ^e Réunion interaméricaine, au niveau ministériel, sur la Santé et l'Agriculture | CE128/11 |
| 4.5 | Développement et consolidation de la gestion des ressources humaines dans le secteur de la santé | CE128/12 |

*Distribué séparément

No. du document

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

- | | | |
|------|---|----------|
| 4.6 | Santé, eau potable, et assainissement dans le développement humain durable | CE128/13 |
| 4.7 | Règlement sanitaire international | CE128/14 |
| 4.8 | Prévention et contrôle de la dengue | CE128/15 |
| 4.9 | Convention-cadre pour la lutte antitabac | CE128/16 |
| 4.10 | Promotion de la santé | CE128/17 |
| 4.11 | Santé mentale | CE128/18 |
| 4.12 | Rapport sur le Troisième Sommet des Amériques | CE128/19 |
| 4.13 | Plan stratégique pour l'Organisation panaméricaine de la Santé correspondant à la période 2003-2007 | CE128/20 |

5. QUESTIONS ADMINISTRATIVES ET FINANCIÈRES

- | | | |
|-----|--|-----------------------|
| 5.1 | Rapport sur le recouvrement des contributions
<i>(Résolution CD42.R4)</i> | CE128/21 et Add. I |
| 5.2 | Rapport financier provisoire du Directeur pour 2000 | <i>Doc. off. 301*</i> |
| 5.3 | Bâtiments et autres locaux de l'OPS | CE128/22 |

6. QUESTIONS RELATIVES AU PERSONNEL

- | | | |
|-----|--|----------------------------|
| 6.1 | Amendements au Règlement du Personnel du BSP | CE128/23
et corrigendum |
| 6.2 | Déclaration du Représentant de l'Association du personnel du BSP | CE128/24 |

**Distribué séparément*

No. du document

7. QUESTIONS D'ORDRE GÉNÉRAL

- 7.1 Résolutions et autres actions de la Cinquante-Quatrième
Assemblée mondiale de la Santé revêtant un intérêt pour
le Comité exécutif de l'OPS

CE128/25

8. AUTRES QUESTIONS



128^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF

Washington, D.C., E-U, 25-29 juin 2001

LISTE DES DOCUMENTS

Documents Officiels

Document Officiel 296 Avant-projet du budget programme de l'Organisation panaméricaine de la Santé pour l'exercice financier 2002-2003

Document Officiel 301 Rapport financier provisoire du Directeur pour 2000

Documents de Travail

CE128/1, Rev. 3 Ordre du jour

CE128/2, Rev. Liste des participants

CE128/3 Représentation du Comité exécutif lors du 43^e Conseil directeur de l'OPS, 53^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques

CE128/4 Ordre du jour provisoire du 43^e Conseil directeur de l'OPS, 53^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques

CE128/5 Rapport sur la 35^e session du Sous-Comité de planification et de programmation

CE128/6 Rapport sur la 19^e session du Sous-Comité sur la femme, la santé et le développement

CE128/7 et Add. I Prix d'Administration de l'OPS, 2001

Documents de travail (suite)

CE128/8 et Add. I	Organisations non gouvernementales en relations officielles avec l'OPS
CE128/9 et Add. I	Syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) dans les Amériques
CE128/10	Vaccins et immunisation
CE128/11	Rapport sur la XII ^e Réunion interaméricaine, au niveau ministériel, sur la Santé et l'Agriculture
CE128/12	Développement et consolidation de la gestion des ressources humaines dans le secteur de la santé
CE128/13	Santé, eau potable, et assainissement dans le développement humain durable
CE128/14	Règlement sanitaire international
CE128/15	Prévention et contrôle de la dengue
CE128/16	Convention-cadre pour la lutte antitabac
CE128/17	Promotion de la santé
CE128/18	Santé mentale
CE128/19	Rapport sur le Troisième Sommet des Amériques
CE128/20	Plan stratégique pour l'Organisation panaméricaine de la Santé correspondant à la période 2003-2007
CE128/21 et Add. I	Rapport sur le recouvrement des contributions
CE128/22	Bâtiments et autres locaux de l'OPS

Documents de travail (suite)

CE128/23 et Corrigendum	Amendements au Règlement du Personnel du BSP
CE128/24	Déclaration du Représentant de l'Association du personnel du BSP
CE128/25	Résolutions et autres actions de la Cinquante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé revêtant un intérêt pour le Comité exécutif de l'OPS
CE128/26	Barème des Contributions des États Membres, États Participants et Membres Associés de L'Organisation Panaméricaine de la Santé Pour 2002-2003
CE128/27	Processus d'élection du Directeur de l'Organisation panaméricaine de la Santé
CE128/28	Rapport final



PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION
WORLD HEALTH ORGANIZATION



128th SESSION OF THE EXECUTIVE COMMITTEE

Washington, D.C., USA, 25-29 June 2001

CE128/2, Rev. 2
28 June 2001

**LIST OF PARTICIPANTS
LISTA DE PARTICIPANTES**

**Members of the Committee
Miembros del Comité**

Bolivia

Lic. Gualberto Rodríguez San Martín
Director de Relaciones Internacionales
Ministerio de Salud y Previsión Social
La Paz

***Canada
Canadá***

Mr. Edward M. Aiston
Director General
International Affairs Directorate
Health Canada
Ottawa

Mr. Nick Previsich
Senior Scientific Advisor
International Affairs Directorate
Health Canada
Ottawa

Ms. Daniele Testelin
Multilateral Branch
Canadian International Development Agency
Ottawa

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

Cuba

Dr. Carlos P. Dotres Martínez
Ministro de Salud Pública
Ministerio de Salud Pública
La Habana

Lic. Enrique Miguel Comendeiro Hernández
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

Dr. Adolfo Gerardo Alvarez Pérez
Funcionario, Oficina del Ministro de Salud
Ministerio de Salud Pública
La Habana

El Salvador

Dr. José Francisco López Beltrán
Ministro de Salud Pública y Asistencia Social
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
San Salvador

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

Guyana

Dr. Rudolph O. Cummings
Chief Medical Officer
Ministry of Health and Labour
Georgetown

Jamaica

Dr. George A. Briggs
Permanent Secretary
Ministry of Health
Kingston

Dr. Eva M. Lewis-Fuller
Director, Cooperation in Health
Ministry of Health
Kingston

Nicaragua

Lic. Mariángel Argüello
Ministra de Salud
Ministerio de Salud
Managua

Dr. Norman Jirón Romero
Director General de Acreditación, Regulación de
Medicamentos, Alimentos y Zoonosis
Ministerio de Salud
Managua

Dra. Janett Vázquez
Asesora de la Ministra de Salud
Ministerio de Salud
Managua

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

United States of America
Estados Unidos de América

Dr. Thomas Novotny
Deputy Assistant Secretary for International
and Refugee Health
Office of International and Refugee Health
Department of Health and Human Services
Rockville, MD

Ms. Ann S. Blackwood
Director for Health Programs
Bureau of International Organization Affairs
Department of State
Washington, DC

Mr. Thomas Cooney
Foreign Affairs Officer
Bureau of International Organization Affairs
Department of State
Washington, DC

Ms. Carol Dabbs
Team Leader, Health/Population/Nutrition Team
Bureau for Latin America and the Caribbean
United States Agency for International Development
Washington, DC

Ms. Lisa Jacobson
Budget Analyst
Office of United Nations System Administration
Bureau of International Organization Affairs
Department of State
Washington, DC

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

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

Mr. Michael Lyman
International Health Officer for the Americas
Office of the Americas and Middle East
Office of International and Refugee Health
Department of Health and Human Services
Rockville, MD

Dr. William Steiger
Special Assistant to the Secretary
Department of Health and Human Services
Rockville, MD

Ms. Mary Lou Valdez
Associate Director for Multilateral Affairs
Office of International and Refugee Health
Office of Public Health and Science
Department of Health and Human Services
Rockville, MD

Mr. Richard Walling
Director, Office for the Americas and Middle East
Office of International and Refugee Health
Office of Public Health and Science
Department of Health and Human Services
Rockville, MD

Uruguay

Dr. Eduardo Touya
Director General de Salud
Ministerio de Salud Pública
Montevideo

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

Uruguay (cont.)

Lic. Jorge A. Sere Sturzenegger
Ministro Consejero
Misión de Uruguay ante la OEA
Washington, DC

Observer States
Estados Observadores

Antigua and Barbuda
Antigua y Barbuda

Mr. Starret Greene
Minister Counselor
Embassy of Antigua and Barbuda
Washington, DC

Chile

Dra. Raquel Child
Oficina de Cooperación y Asuntos Internacionales
Ministerio de Salud
Santiago

Dominican Republic
República Dominicana

Dr. José Rodríguez Soldevila
Secretario de Estado de Salud Pública y
Asistencia Social
Secretaría de Salud Pública y
Asistencia Social
Santo Domingo

Observer States (cont.)
Estados Observadores (cont.)

Dominican Republic (cont.)
República Dominicana (cont.)

Dra. Alejandrina Tapia
Directora Regional de Salud Bucal
Santo Domingo

Lic. Jaime de la Rosa
Coordinador Técnico del
Proyecto Prevención VIH/SIDA/Banco Mundial
Santo Domingo

Lic. Luis Montalvo
Proyecto Prevención VIH/SIDA/Banco Mundial
Santo Domingo

France
Francia

Mme Sylvie Alvarez
Observatrice Permanente de la France
auprès de l'Organisation des États américains
Washington, DC

Mme Marie-Anne Courrian
Observatrice Permanente de la France
auprès de l'Organisation des États américains
Washington, DC

Mexico
México

Lic. Eduardo Jaramillo Navarrete
Director General
Dirección General de Asuntos Internacionales
Secretaría de Salud
México, D.F.

Observer States (cont.)
Estados Observadores (cont.)

Mexico (cont.)

México (cont.)

Lic. Guillermo Reyes
Representante Alterno
Misión de México ante la Organización
de los Estados Americanos
Washington, DC

Representatives of Intergovernmental Organizations
Representantes de Organizaciones Intergubernamentales

Economic Commission for Latin America and the Caribbean
Comisión Económica para América Latina y el Caribe

Mr. Rex García

Inter-American Development Bank
Banco Interamericano de Desarrollo

Mr. Alfredo Solari

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

Mr. John Anthony Miranda

**Representatives of Nongovernmental Organizations
Representantes de Organizaciones no gubernamentales**

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

Eng. Luiz Augusto de Lima Pontes

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

Lic. Nelly Betances de Holguín Cruz

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

Dr. Norberto Larroca

***Latin American Union against Sexually Transmitted Diseases
Unión Latinoamericana contra las Enfermedades de Transmisión Sexual***

Dra. Hilda Abreu

National Alliance for Hispanic Health

Ms. Marcela Gaitán

United States Pharmacopeial Convention, Inc.

Dr. Enrique Fefer

**World Health Organization
Organización Mundial de la Salud**

Mr. Helge K. Larsen
Director, Budget and Management Reform
Geneva, Switzerland

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

*Director and Secretary ex officio of the Council
Director y Secretario ex officio del Consejo*

Dr. George A. O. Alleyne
Director

*Advisers to the Director
Asesores del Director*

Dr. David Brandling-Bennett
Deputy Director
Director Adjunto

Dr. Mirta Roses Periago
Assistant Director
Subdirectora

Mr. Eric J. Boswell
Chief of Administration
Jefe de Administración

Dr. Juan Antonio Casas
Director, Division of Health and Human Development
Director, División de Salud y Desarrollo Humano

Pan American Health Organization (cont.)
Organización Panamericana de la Salud (cont.)

Advisers to the Director (cont.)

Asesores del Director (cont.)

Dr. María Teresa Cerqueira
Director, Division of Health Promotion and Protection
Directora, División de Promoción y Protección de la Salud

Dr. Stephen J. Corber
Director, Division of Disease Prevention and Control
Director, División de Prevención y Control de Enfermedades

Dr. Ciro De Quadros
Director, Division of Vaccines and Immunization
Director, División de Vacunas e Inmunización

Dr. Daniel López Acuña
Director, Division of Health Systems and Services Development
Director, División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud

Dr. Mauricio Pardón
Director, Division of Health and Environment
Director, División de Salud y Ambiente

Dr. Carlos Castillo-Salgado
Chief, Special Program for Health Analysis
Jefe, Programa Especial de Análisis de Salud

Dr. Irene Klinger
Chief, Office of External Relations
Jefa, Oficina de Relaciones Externas

Mr. Mark Matthews
Chief, Department of Budget and Finance
Jefe, Departamento de Presupuesto y Finanzas

Pan American Health Organization (cont.)
Organización Panamericana de la Salud (cont.)

Advisers to the Director (cont.)
Asesores del Director (cont.)

Dr. Karen Sealey
Chief, Office of Analysis and Strategic Planning
Jefa, Oficina de Análisis y Planificación Estratégica

Dr. Diana Serrano LaVertu
Chief, Department of Personnel
Jefa, Departamento de Personal

Legal Counsel
Asesora Jurídica

Dr. Heidi V. Jiménez

Chief, Department of General Services
Jefe, Departamento de Servicios Generales

Dr. Richard P. Marks

Chief, Conference and Secretariat Services
Jefa, Servicios de Conferencias y Secretaría

Ms. Janice A. Barahona