ORGANISATION PANAMÉRICAINE DE LA SANTÉ
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

144e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF

Washington, D.C., É-U, du 22 au 26 juin 2009

CE144/FR (Fr.)
31 juillet 2009
ORIGINAL : ANGLAIS

RAPPORT FINAL

TABLE DES MATIÈRES

Page

Ouverture de la session 6

Questions relatives au Règlement
Election du Bureau 6
Adoption de l'ordre du jour et du programme des réunions 7
Représentation du Comité exécutif lors du 49e Conseil directeur, 61e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques 7
Ordre du jour provisoire du 49e Conseil directeur de l'OPS, 61e Session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques 7

Questions relatives aux Comités
Rapport de la troisième session du Sous-Comité de programme, budget et administration 8
Organisations non gouvernementales en relations officielles avec l'OPS 8
Prix de l'OPS d'administration 2009 10
Rapport annuel du Bureau chargé des questions d'éthique 2008-2009 10

Questions relatives à la politique des programmes
Projet de Budget et Programme de l'OPS 2010-2011 12
Plan stratégique de l'OPS 2008-2012 amendé (Projet) 19
Nouveau barème des contributions 22
Plan d'action pour la santé des personnes âgées y compris le vieillissement sain et actif 24
Élimination des maladies négligées et autres infections liées à la pauvreté 26
Politique sur la recherche pour la santé 29
Stratégie et plan d'action sur la santé mentale 33
Plan d'action sur la santé des adolescents et des jeunes 35
Plan d'action pour la mise en application de la politique en matière d'égalité entre les sexes 37
Cadre de politique pour le don et la transplantation d'organes humains 39
Santé et tourisme 41
Réseaux intégrés de services de santé fondés sur les soins de santé primaires 43
Réforme institutionnelle du Centre d'Information sur les Sciences de la Santé pour l'Amérique latine et les Caraïbes (BIREME) 46
Révision institutionnelle et réorganisation interne de l'Institut de nutrition de l'Amérique centrale et du Panama (INCAP) 47
Plan d'action pour la prévention de la cécité évitable et des déficiences visuelles 48
Santé familiale et communautaire 49
Fonds renouvelable pour l'achat de vaccins de l'Organisation panaméricaine de la Santé 51

TABLE DES MATIÈRES *(suite)*

Page

Questions administratives et financières
Rapport sur le recouvrement des contributions 57
Rapport financier intérimaire de la Directrice pour 2008 58
Amendements au Règlement financier et aux Règles de gestion financière 60
Projets utilisant le revenu du Budget programme excédant le Budget ordinaire de travail effectif autorisé 62
Projet de création d'un comité d'audit 63

Questions relatives au personnel
Amendements au Règlement et au Statut du personnel du Bureau sanitaire panaméricain 65
Réforme contractuelle à l'OPS 66
Déclaration du Représentant de l'Association du personnel du Bureau sanitaire panaméricain 67

Documents d'information
Projet de Budget programme de l'OMS 2010-2011 et Plan stratégique à moyen terme 2008-2013 modifié (projet) de l'OMS 68
Code de pratique pour le recrutement international du personnel de santé : document de l'OMS servant au débat 69
Rapports d'avancement sur les questions techniques :
Règlement sanitaire international, y compris un rapport sur la grippe pandémie A (H1N1) 71
Préparatifs pour la table ronde sur la sécurité des hôpitaux 73
Préparatifs du débat en panel sur l'Alliance panaméricaine pour la nutrition et le développement en vue de la concrétisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement 74
Résolutions et autres actions d'organisations intergouvernementales revêtant un intérêt pour l'OPS : 75
Rapport d'avancement des questions administratives et financières : 77
État de la mise en œuvre des Normes comptables internationales du secteur public (IPSAS) 77
Fonds directeur d'investissement 78

TABLE DES MATIÈRES *(suite)*

Page

Autres questions 79

Clôture de la session 79

Résolutions and décisions 79

Résolutions

CE144.R1	Projet de création d'un Comité d'audit	80
CE144.R2, Corrig.	Rapport sur le recouvrement des contributions	85
CE144.R3	Revue des organisations non gouvernementales en relations officielles avec l'OPS	86
CE144.R4	Plan d'action pour la mise en œuvre de la politique sur l'égalité entre les genres	87
CE144.R5	Santé familiale et communautaire	90
CE144.R6	Plan d'action sur la santé des adolescents et des jeunes	92
CE144.R7	Réseaux intégrés de services de santé fondés sur les soins de santé primaires	96
CE144.R8	Stratégie et plan d'action sur la santé mentale	99
CE144.R9	Plan d'action pour la prévention de la cécité évitable et des déficiences visuelles	101
CE144.R10	Projet de Plan stratégique de l'OPS 2008-2012 amendé	103
CE144.R11	Élimination des maladies négligées et autres infections liées à la pauvreté	104
CE144.R12	Cadre de politique pour le don et la transplantation d'organes humains	117
CE144.R13	Plan d'action pour la santé des personnes âgées y compris le vieillissement sain et actif	119
CE144.R14	Santé et tourisme	123
CE144.R15	Amendements au Règlement et au Statut du personnel du Bureau sanitaire panaméricain	125
CE144.R16	Réforme contractuelle à l'Organisation panaméricaine de la Santé	127
CE144.R17	Amendements au Règlement financier et aux Règles de gestion financière	128
CE144.R18	Nouveau barème de contributions pour la période budgétaire 2010-2011	129

TABLE DES MATIÈRES *(suite)*

Page

Résolutions

CE144.R19 Politique sur la recherche pour la santé 131
CE144.R20 Révision institutionnelle et réorganisation interne de l'Institut de nutrition de l'Amérique centrale et du Panama..... 136
CE144.R21 Projet de budget et programme de l'OPS 2010-2011 141
CE144.R22 Prix de l'OPS d'administration 2009 145
CE144.R23 Contributions des États Membres, des États Participants et des Membres Associés de l'Organisation panaméricaine de la Santé pour 2010-2011 146
CE144.R24 Réforme institutionnelle du Centre d'Information sur les Sciences de la Santé pour l'Amérique latine et les Caraïbes (BIREME) 149
CE144.R25 Ordre du jour provisoire du 49e Conseil directeur de l'OPS, 61e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques 161

Décisions

CE144(D1) Adoption de l'ordre du jour 161
CE144(D2) Représentation du Comité exécutif auprès du 49e Conseil directeur, 61e Session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques 161

Annexes

Annexe A Ordre du jour
Annexe B. Liste des documents
Annexe C. Liste des participants
Annexe D. Le fonds renouvelable de l'OPS pour l'achat de vaccins : de nouveaux défis à relever

RAPPORT FINAL

Ouverture de la Session

1. La 144e Session du Comité exécutif de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) s'est tenue au Siège de l'Organisation à Washington, D.C., du 22 au 26 juin 2009.

2. Assistaient à la Session des délégués des huit membres suivants du Comité exécutif élus par le Conseil directeur : Argentine, Bolivie, Guatemala, Haïti, Mexique, Suriname, Etats-Unis d'Amérique et Uruguay. La délégation de Trinité-et-Tobago a été dans l'incapacité d'assister à la réunion suite à des responsabilités urgentes dues à la grippe pandémique causée par le virus A (H1N1). Des représentants d'autres États Membres, États participants et États observateurs ont assisté à la Session en qualité d'observateurs : Brésil, Canada, Chili, Colombie, France, Nicaragua, Paraguay et Venezuela. En outre, cinq organisations non gouvernementales et deux organismes des Nations Unies étaient représentés.

3. Le Dr Jorge Basso (Uruguay, Président du Comité exécutif) a ouvert la Session et a souhaité la bienvenue aux membres, observateurs et au personnel de l'OPS.

4. Le Dr Mirta Roses (Directrice, Bureau sanitaire panaméricain) a également souhaité la bienvenue aux participants, notant que le Comité avait un ordre du jour bien rempli avec de nombreux thèmes d'importance cruciale pour le futur travail de l'Organisation. En outre, plusieurs événements notables se dérouleront en dehors de la session formelle dont la visite du Président du Chili, Michelle Bachelet[1] et une réunion technique spéciale du Fonds renouvelable pour l'achat de vaccins de l'Organisation panaméricaine de la Santé. Elle se réjouit à l'idée d'une semaine intéressante et productive.

Questions relatives au Règlement

Election du Bureau

5. Les Membres suivants élus au Bureau de la 143e Session du Comité ont continué à servir dans leurs capacités respectives lors de la 144e Session :

Président :	Uruguay	(Dr Jorge Basso)
Vice-président :	Suriname	(Dr Celsius Waterberg)
Rapporteur :	Mexique	(Mme Ana María Sánchez)

[1] Le texte du discours du Président Bachelet figure dans le Document CE144/DIV/2, disponible sur le site web de l'OPS.

6. La Directrice était Secrétaire de droit et le Dr Juan Manuel Sotelo (Manager de domaine, Relations externes, Mobilisation des ressources et Partenariats, Bureau sanitaire panaméricain (BSP), occupait la fonction de Secrétaire technique.

Adoption de l'ordre du jour et du Programme des réunions (Documents CE144/1, Rév. 2 et CE144/WP/1, Rév. 1)

7. Le Comité a adopté l'ordre du jour provisoire (Document CE144/1, Rév. 2) sans changement et a également adopté un programme des séances (CE144/WP/1, Rév. 1) (Décision CE144(D1)).

Représentation du Comité exécutif lors du 49e Conseil directeur, 61e Session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques

8. Conformément à l'Article 54 de son Règlement, le Comité exécutif a nommé les délégués de l'Uruguay et du Suriname, son Président et Vice-président respectivement, pour le représenter auprès du 49e Conseil directeur. Le Mexique et Trinité-et-Tobago étaient les remplaçants (Décision CE144(D2)).

Ordre du jour provisoire du 49e Conseil directeur de l'OPS, 61e Session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques (Document CE144/3, Rév. 1)

9. Mme Piedad Huerta (Conseillère, Bureau des Organes directeurs, BSP) a présenté l'ordre du jour provisoire du 49e Conseil directeur, 61e Session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques, tel qu'il figure en Annexe A du Document CE144/3 Rév.1. Elle note que le programme, à l'instar des autres années, comprend un certain nombre de questions relatives au Règlement et à la Constitution, ainsi que de nombreuses questions relatives à la politique des programmes et questions administratives et financières qui avaient été discutées par le Comité exécutif. Les questions relatives à la politique des programmes comprennent également une table ronde sur la sécurité des hôpitaux et un débat en panel sur l'Alliance panaméricaine pour la nutrition et le développement en vue de la concrétisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement.

10. La Directrice observe que l'ordre du jour est long, mais grâce au travail diligent et efficace du Comité exécutif et à ses commentaires, nul doute que le Conseil directeur pourra terminer sans problème l'ordre du jour.

11. Changement novateur de cette année : La réception organisée généralement à l'OPS le premier lundi de la session sera remplacée par un dîner de gala au siège de l'Organisation des États américains (OEA). La soirée sera organisée conjointement avec la Fondation panaméricaine de la santé et de l'éducation (PAHEF) avec remise des divers prix.

12. Le Comité exécutif a adopté la Résolution CE144.R25, approuvant l'ordre du jour provisoire du 49e Conseil directeur, 61e Session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques.

Questions relatives aux Comités

Rapport de la troisième session du Sous-comité de programme, budget et administration (Document CE144/4)

13. L'Ambassadeur Jorge Skinner-Klee (Guatemala, Vice-président du Sous-comité de programme, budget et administration) a indiqué que le Sous-comité de programme, budget et administration (SPBA) avait tenu sa troisième session du 11 au 13 mars 2009. Y avaient assisté des représentants des membres suivants du Sous-comité élus par le Comité exécutif ou nommés par la Directrice : Bolivie, Colombie, Guatemala, Mexique, Saint-Vincent et les Grenadines, Trinité-et-Tobago et les Etats-Unis d'Amérique. Des représentants du Brésil, du Canada, de l'Espagne, et du Suriname ont assisté à titre d'observateurs. Trinité-et-Tobago a été élu à la présidence du Sous-Comité. Le Guatemala a été élu vice-président et le Mexique au poste de rapporteur.

14. Le Sous-comité a été le forum d'un échange très productif de divers points de vue sur un certain nombre de questions importantes, d'ordre financier, administratif et autre, dont les budgets programmes proposés de l'OPS et de l'OMS pour la période financière 2010-2011, le rapport financier intérimaire du Directeur pour 2008, une proposition en vue de créer un Comité d'audit, des propositions de nouveaux cadres institutionnels pour deux centres panaméricains, le Plan d'action régional proposé pour la mise en œuvre de la politique de l'égalité des genres à l'OPS ainsi que les mécanismes d'approvisionnement de l'OPS, dont le Fonds renouvelable pour l'achat de vaccins. Toutes les questions discutées par le Sous-comité étant également inscrites à l'ordre du jour de la 144e Session du Comité exécutif, un compte rendu en sera fait au fur et à mesure qu'elles sont portées à l'attention du Comité.

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

Organisations non gouvernementales en relations officielles avec l'OPS (Document CE144/6)

16. L'Ambassadeur Jorge Skinner-Klee (Représentant du Sous-comité de programme, budget et administration) a informé le Comité que le Sous-comité avait tenu une session à huis clos lors de sa troisième session pour passer en revue le statut de huit organisations non gouvernementales (ONG) entretenant des relations officielles avec l'OPS et a décide de recommander au Comité exécutif d'approuver la continuation des relations officielles entre l'OPS et la Société américaine de microbiologie (American Society for Microbiology [ASM]), l'Association interaméricaine de génie sanitaire et

environnemental (Inter-American Association of Sanitary and Environmental Engineering [AIDIS]), la Fédération internationale du diabète (the International Diabetes Federation [IDF]), la Fédération latino-américaine de l'industrie pharmaceutique (Latin American Federation of the Pharmaceutical Industry (FIFARMA), La Fondation March of Dimes (MOD), United States Pharmacopeia (USP), et l'Association mondiale pour la santé sexuelle (World Association for Sexual Health [WAS]).

17. Le Sous-comité a également décidé de recommander la cessation des relations avec l'Association latino-américaine et des Caraïbes pour l'éducation en santé publique (American and Caribbean Association of Public Health Education [ALAESP]), sachant que ces relations pourraient être rétablies à l'avenir sur la base d'un nouveau plan de travail conjoint.

18. De plus, le Sous-comité a fait plusieurs recommandations sur le fond et la forme de l'information sur les ONG demandant à être admises dans les relations officielles avec l'OPS ou souhaitant renouveler de telles relations. Il a notamment recommandé que l'information soit présentée de manière plus concise, constante et conviviale en indiquant clairement la contribution qu'apporte la collaboration entre l'OPS et chaque ONG à la réalisation des objectifs stratégiques contenus dans la Plan stratégique de l'Organisation.

19. Lors de la discussion de ce thème au sein du Comité, l'idée a été avancée d'intégrer les recommandations faites par le Sous-comité sur le fond et la forme de l'information présentée sur les ONG dans la résolution proposée sur ce point de l'ordre du jour. Il a notamment été proposé de demander à la Directrice de présenter un rapport annuel sur la collaboration entre l'OPS et les ONG avec lesquelles l'Organisation entretient des relations officielles. De tels rapports présenteront une liste de toutes les ONG en relations officielles avec l'Organisation, indiquant clairement l'année prévue de leur revue. Ils devront également indiquer le type de contribution que permet d'apporter la collaboration entre l'Organisation et les ONG à la réalisation des objectifs stratégiques contenus dans le Plan stratégique. La résolution proposée a été amendée en conséquence.

20. Le Représentant de l'Association interaméricaine de génie sanitaire et environnemental (AIDIS) a indiqué que son organisation collabore depuis 1948 avec l'OPS et reste engagée à travailler en étroite collaboration avec l'Organisation dans les domaines d'intérêt commun. A l'heure actuelle, les deux organisations collaborent dans le cadre de six programmes de l'AIDIS visant à assurer, d'ici 2025, un accès universel à l'eau salubre, l'évacuation et le traitement des eaux usées et la gestion des déchets solides dans la Région, avec le but intermédiaire d'atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) sur le plan de la santé environnementale d'ici la date cible de 2015.

21. Le Comité a adopté la Résolution CE144.R3, décidant de continuer les relations officielles entre l'OPS et les sept ONG mentionnées dans le paragraphe 16 ci-dessus, et de mettre fin aux relations avec l'ALAESP.

Prix de l'OPS d'administration 2009 (Documents CE144/5 et CE144/5, Add. I)

22. Mme Ann Blackwood (Etats-Unis d'Amérique) a indiqué que le Comité de remise des prix d'administration 2009, comptant l'Argentine, la Bolivie et les Etats-Unis d'Amérique s'est rencontré le 24 et le 25 juin. Après avoir pris connaissance de l'information sur les candidats du prix nommés par les États Membres, le Comité a décidé de décerner le Prix de l'OPS d'administration 2009 au Dr Merceline Dahl-Regis, des Bahamas, pour sa contribution à la gestion et recherche en soins de santé et à l'éducation médicale dans le domaine des soins de santé primaires ainsi que pour son rôle de leadership veillant à l'institutionnalisation de la surveillance en santé publique dans l'ensemble des Bahamas ainsi qu'à l'évaluation et à la redéfinition des paramètres pour la coopération en santé des Caraïbes.

23. Le Comité exécutif a félicité le Dr Dahl-Regis et a adopté la résolution CE144.R22, notant la décision du Comité de remise des prix et transmettant son rapport au 49e Conseil directeur.

Rapport annuel du Bureau chargé des questions d'éthique 2008-2009 (Document CE144/7)

24. M. Philip MacMillan (Manager, Bureau chargé des questions d'éthique, BSP) a expliqué que ce Bureau assumait deux responsabilités essentielles. La première consiste à apporter directives et conseils au personnel afin d'assurer le respect des normes de conduite de l'OPS. Dans le cadre de cette fonction il dispense également une formation. La seconde fonction principale consiste à faire des enquêtes en cas de doléances de mauvaise conduite. De plus, le Bureau est responsable de coordonner le Système OPS de gestion de l'intégrité et des conflits.

25. La fonction consultative du Bureau repose sur le Code des principes et conduites déontologiques de l'OPS, guide important du personnel dans ses activités quotidiennes et qui détermine par ailleurs un certain nombre d'activités pour lesquelles le personnel doit obtenir l'autorisation du Bureau d'éthique. L'an dernier, le Bureau a répondu à 64 demandes du personnel, couvrant toute une gamme de thèmes dont les activités et l'emploi à l'extérieur, l'appartenance à des conseils et comités, l'obtention de cadeaux et récompenses et l'emploi de personnes de la famille. L'an dernier, le Bureau a également reçu 27 rapports sur des comportements soulevant des préoccupations d'ordre déontologique. Les détails de ces cas figurent dans le Document CE144/7. Les enquêtes menées à ce propos par le Bureau d'éthique ont abouti à diverses mesures prises par l'Organisation allant de l'avertissement au renvoi.

26. Le programme de formation du Bureau chargé des questions d'éthique est axé sur un atelier en ligne obligatoire portant le Code des principes et conduite déontologique que tout le personnel du Siège a suivi à présent. Le Bureau d'éthique a également réalisé des sessions d'information pour le personnel dans deux bureaux de pays et envisage d'autres visites dans les pays dans un avenir proche.

27. Le Bureau d'éthique a encadré la mise au point de plusieurs grandes initiatives l'année dernière. En premier lieu, une nouvelle politique vient d'être formulée pour protéger les personnes qui signalent des irrégularités ou qui collaborent à une enquête ou un audit. En second lieu, un protocole a été mis au point pour vérifier que toutes les enquêtes sur les lieux du travail soient menées, dans la mesure du possible, d'une manière uniforme, objective et transparente conformément aux normes établies. Le protocole dans son étape finale du processus de revue devrait être adopté sous peu. En troisième lieu, le Comité permanent de la protection des biens et prévention des pertes a été mis en place et chargé de contrôler que tous les cas connus de vol ou de perte soient dénoncés et enquêtés en bonne et due forme.

28. Concernant le travail à venir, le Code des principes et conduite déontologiques, communiqué en 2006, sera mis à jour pour tenir compte de l'enseignement retiré et étendre sa couverture aux vendeurs, fournisseurs et contractants. Le Bureau de l'éthique examine également la possibilité d'adopter un système d'évaluation en ligne qui ferait une évaluation de l'importance du comportement déontologique pour les personnes travaillant dans l'Organisation et de leur degré de connaissance des diverses initiatives et politiques en place à l'heure actuelle.

29. Le Comité exécutif a félicité le Bureau qui a su ainsi promouvoir le respect des normes déontologiques au sein de l'Organisation grâce à ses efforts de formation, éducation et enquête. Le Comité notait avec plaisir la mise au point d'un protocole régissant les enquêtes sur les lieux du travail et recommande vivement au Bureau de l'éthique de l'adopter incessamment. A également été accueillie favorablement la nouvelle politique assurant une protection contre les représailles à l'égard du personnel qui signale une faute de conduite et on demandait d'ailleurs à ce propos que l'Office s'assure que le personnel soit au courant des mécanismes de protection qui devront toujours faire l'objet d'une stricte application de la part de la direction. Un délégué a demandé s'il existait des dispositions pénalisant les membres du personnel qui font de fausses accusations. Une autre déléguée s'est déclarée en faveur d'une évaluation du niveau de connaissance des questions éthiques, notant qu'une enquête analogue avait été faire au sein du Bureau du Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés.

30. Plusieurs délégués ont fait part des efforts déployés par leur pays pour combattre la corruption et le comportement inapproprié ou non éthique parmi les membres de la fonction publique. On a suggéré que certains matériels de formation du Bureau d'éthique pourraient s'avérer utiles à leurs efforts.

31. M. MacMillan a réitéré que la politique conférant une protection aux personnes signalant des fautes de conduite venait juste d'être achevée. Elle sera mise en œuvre aussi rapidement que possible bien qu'il ne faille pas travailler à la va-vite avec quelque chose d'important. En effet, il est indispensable de vérifier que la politique est crédible et qu'elle ne sera appliquée que pour des raisons valides. Il a confirmé que la protection conférée aux termes de la politique ne serait pas appliquée si l'information était délibérément fausse et que toute personne accusant injustement pourra faire l'objet d'une action disciplinaire. Le Bureau chargé des questions d'éthique a déjà partagé son programme de formation avec l'OMS et la Banque mondiale et serait heureux de la communiquer à d'autres entités.

32. La Directrice a fait savoir que la proposition consistant à partager le programme de formation relevait d'une idée très intéressant reflétant bien l'interaction très étroite entre l'OPS et ses États Membres, auxquels l'Organisation a souvent demandé qu'ils lui prêtent ses outils et instruments pour son travail. Ce matériel de formation devrait notamment être remis aux ministères de la santé car ces derniers partagent avec l'OPS les mêmes missions et sont donc susceptibles de rencontre les mêmes problèmes au niveau de la déontologie sur les lieux du travail.

33. La Directrice a également ajouté qu'il serait utile, au fur et à mesure que le Bureau chargé des questions d'éthique fait ses enquêtes et accumule de l'expérience, d'ajouter les cas examinés lors de la formation, du moment que les bonnes mesures soient prises pour préserver l'anonymat des personnes en jeu. En effet, cela permettrait aux personnes qui suivent la formation de travailler dans le cadre de situations réelles qui les feraient réfléchir à leurs propres circonstances et comportements car bien souvent, les personnes qui transgressent des règles d'éthique tout simplement ne savaient pas qu'elles le faisaient. Aussi, la sensibilisation du Bureau d'éthique détenait un énorme potentiel de prévention de tels empiètements sur les règles. Le but final étant davantage de prévenir les violations déontologiques que de punir les gens une fois le mal fait. Pris dans cette optique, le travail du Bureau d'éthique ressemblait au travail de la santé publique en général : avant tout prévention. A regretter qu'il n'existe pas de vaccins contre le comportement non éthique.

34. Le Comité a pris note du rapport du Bureau chargé des questions d'éthique.

Questions relatives à la politique des programmes

Projet de Budget et Programme de l'OPS 2010-2011 (Documents CE144/30 ; CE144/30, Add. I ; Document officiel 333 et Add. I)

35. L'Ambassadeur Jorge Skinner-Klee (Représentant du Sous-comité de programme, budget et administration) a indiqué que le Sous-comité avait examiné le premier avant-projet de la proposition de budget et programme pour 2010-2011, se penchant sur trois scénarios possibles, dont les trois partaient du principe qu'un accroissement de

11.5 millions USD[2] serait nécessaire dans la portion poste du budget pour maintenir les 757 postes envisagés pour l'exercice 2010-2011. Tous les scénarios supposaient également une diminution de 2,6% dans la portion OMS du budget de l'OPS. La proposition indiquée dans la première version du budget se basait sur le Scénario B, stipulant que 67% de la majoration des coûts sera couverte, que le recouvrement des contributions augmenterait de l'ordre de 4,3%, et que la portion hors postes du budget diminuerait de 6%. Il a été expliqué que la portion hors postes du budget ordinaire représentait l'impact de chaque scénario sur la capacité d'assistance technique de l'Organisation. Le scénario B portait le budget ordinaire de l'OPS/OMS à 288 516 000 USD, soit une augmentation de 3,4% par rapport à 2008-2009, et le recouvrement des contributions à 187 816 000 UDS, soit une augmentation de 4,3%.

36. Le Sous-comité a demandé de plus amples informations sur le bien-fondé de l'accroissement proposé dans la portion postes du budget et sur les réductions prévues dans les postes et/ou changements entre les parts des portions postes et hors postes du budget. Le Sous-comité a également demandé au Bureau de faire une description de l'impact concret qu'aurait chaque scénario sur les programmes de l'Organisation et sa coopération technique avec les États Membres. En outre, on a demandé au Bureau d'indiquer les pourcentages du budget total alloué à chaque objectif stratégique, pour que les États Membres puissent voir clairement la priorité relative attachée à chacun d'entre eux et de fournir un plus grand nombre de données comparatives indiquant les tendances et changements dans les priorités de 2008-2009 à 2010-2011 ainsi qu'une répartition des différentes types de contributions volontaires de pair avec les projections spécifiques pour les fonds fiduciaires de l'OPS et autres types de fonds.

37. Les membres du Sous-comité ont exprimé leur préoccupation sur les conséquences que comportait la crise financière actuelle sur le budget de l'OPS et la capacité des États Membres à répondre à leurs obligations face à l'Organisation. Les délégués se demandaient si une augmentation de 4,3% dans le recouvrement des contributions était bien réaliste dans le climat économique actuel. A leur avis, il fallait revoir les chiffres dans l'avant-projet au vu des changements en cours dans la situation économique mondiale et des décisions prises par l'Assemblée mondiale de la Santé dans le budget programme de l'OMS pour 2010-2011.

38. Le Dr Isaías Daniel Gutiérrez (Manager de domaine, planification, budget et coordination de ressources, BSP) a introduit la proposition budgétaire revue contenue dans le *Document officiel 333*. Il a noté que, pour la première fois, le projet de budget programme était divisé en trois segments : programmes de base de l'OPS/OMS, réponse en cas d'épidémie et de crise, et projets internes financés par les gouvernements. La proposition donnait une ventilation plus détaillée du budget par niveau organisationnel

[2] A moins qu'il n'en soit indiqué autrement, tous les chiffres monétaires sont exprimés en dollars des États-Unis.

que la version présentée au Sous-comité bien qu'il s'agisse encore d'un travail en cours puisqu'il fallait attendre que se termine le processus de planification opérationnelle. Les détails finals seront présentés au 49e Conseil directeur.

39. A l'instar de la proposition examinée par le Sous-comité, la proposition qui se trouvait devant le Comité exécutif reposait sur le scénario B, stipulant une augmentation de 4,3% dans le recouvrement des contributions. La part de l'OMS dans le budget ordinaire, approuvé par l'Assemblée mondiale de la Santé en mai, diminuerait de 1%, d'où un accroissement général proposé dans le budget combiné OPS/OMS de 3,4%. Le financement estimé d'autres sources augmenterait de 2,6% d'après les projections. Le budget total proposé, y compris le budget ordinaire et la portion financée par d'autres sources, s'élève à 644 367 000 USD, soit une augmentation de 2,9% par rapport à 2008-2009. La proposition indiquait la quantité et le pourcentage alloué à chaque objectif stratégique dans le Plan stratégique 2008-2013, tel que demandé par le BSP. Il a noté que ce qui semblait être des augmentations ou diminutions importantes en pourcentages dans certains objectifs stratégiques, surtout le 11 et le 15, reflétait de fait uniquement le mouvement de postes d'un domaine de l'organisation vers l'autre. Un certain nombre de postes était passé de l'Objectif stratégique 16 à l'Objectif stratégique 15, par exemple, pour mieux refléter les efforts de présence dans les pays.

40. Attirant l'attention sur l'annexe du document du budget qui contient la justification de l'accroissement proposé dans les contributions et d'autres informations demandés par le Sous-comité, le Dr Gutierrez en revue la tendance dans les postes fixes financés par le budget ordinaire, passant de 1 222 postes en 1980-1981 à 757, nombre envisagé pour 2010-2011. Tel qu'indiqué au BSP, une augmentation de 6,3% dans le budget ordinaire serait nécessaire pour couvrir le coût de ces 757 postes. La portion postes du budget ordinaire proposé, à savoir le montant nécessaire pour financer les postes à durée déterminée, représenterait 69% du total. La portion hors postes qui représente la coopération technique de l'Organisation avec les pays serait de l'ordre de 31%.

41. L'annexe présente les trois scénarios (A, B, et C) et explique l'impact programmatique négatif, surtout dans les scénarios B et C. C'est uniquement dans le scénario A que la portion hors postes augmentera (de 1,79%). Dans les scénarios B et C, elle diminue (de l'ordre de 2,25% et 10,74%, respectivement). Le Bureau continue de recommander le scénario B. L'annexe comprend des détails sur les efforts faits par le Bureau en vue d'améliorer l'efficience et la productivité. Le Dr Gutierrez a noté que, si des gains constants d'efficacité ont pu être réalisés malgré la contraction continue dans les rangs du personnel, une analyse des tendances statistiques semble pourtant indiquer que toute coupe supplémentaire du personnel n'entraînerait plus d'améliorations supplémentaires de l'efficacité, réduirait la productivité et se répercuterait négativement sur la coopération technique de l'Organisation et sa capacité à exécuter ses fonctions essentielles, qui ne peuvent pas être déléguées au personnel à court terme.

42. Le Bureau est conscient des temps difficiles que traversent tous les États Membres suite à la crise financière bien qu'il soit indispensable, son avis, en temps de crise économique d'investir dans la santé afin de faire avancer l'Agenda de santé pour les Amériques et d'atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement, de protéger les progrès faits au niveau de la santé dans la Région, de renforcer les services de santé, notamment au vu de la pandémie de grippe A (H1N1).

43. Le Comité a discuté du projet de budget à plusieurs reprises pendant quatre jours et les délégués ont répété leurs préoccupations face à l'accroissement proposé dans les contributions. Ils se sont également montrés préoccupés par l'impact du nouveau barème des contributions (voir paragraphes 76 à 83 ci-après). Certes, les délégués reconnaissent la situation financière difficile de l'OPS et félicitent l'Organisation pour les mesures prises pour réduire les coûts et augmenter l'efficacité et la productivité mais ils ont également remarqué que leur Gouvernement fait face à de graves contraintes économiques, situation que vient encore assombrir la pandémie de grippe et il aurait bien du mal à s'acquitter d'une contribution plus élevée. Les déléguées du Canada et des Etats-Unis d'Amérique ont réaffirmé la politique de croissance nominale zéro dans les budgets des organisations internationales, de leur gouvernement. le Bureau a été prié de mettre au point un quatrième scénario (scénario D) qui traiterait de ces préoccupations.

44. Le Comité appréciait les détails donnés dans l'annexe du projet de budget et a exprimé sa reconnaissance au Bureau pour les efforts faits pour répondre aux demandes du BSP. Certaines données comparatives supplémentaires ont été demandées pour que les États Membres puissent voir plus clairement les tendances dans le temps. On a jugé particulièrement utile le tableau décrivant les impacts programmatiques des scénarios B et C dans la section II de l'Annexe bien qu'il faille clarifier certains de ces impacts, notamment l'Objectif stratégique 10. Les délégués ont convenu en général des augmentations proposées dans le financement des divers objectifs stratégiques. Ils posent des questions pourtant face aux réductions proposées des Objectifs stratégiques 13 et 14, jugés d'importance cruciale pour le renforcement des systèmes de soins de santé basés sur les soins de santé primaires et la réalisation de la couverture universelle.

45. Les délégués ont appuyé les efforts faits par le Bureau en vue d'augmenter la proportion des contributions volontaires centrales et ont demandé quelles étaient les stratégies existantes qui encourageraient les donateurs à accorder un financement non réservé. On a demandé au Bureau de ventiler les données sur les contributions volontaires par type de contribution et de présenter des projections spécifiques pour les fonds fiduciaires de l'OPS et autres types de fonds. Une information a également été demandée sur les pays engagés dans des projets internes financés par le gouvernement et sur l'impact de tels projets sur les augmentations ou réductions de financement proposées pour les divers objectifs stratégiques.

46. Le Dr Gutiérrez a indiqué que, malheureusement, la vaste majorité des contributions continuaient à être réservées à des fins spéciales. Certes, le Bureau chercherait par tous les moyens à augmenter les contributions sans réserves mais, même s'il réussissait, un accroissement dans les contributions volontaires ne pouvait pas compenser une diminution dans le budget régulier car de telles contributions, de nature imprévisible, ne pouvaient pas être utilisées pour financer les postes de durée fixe. Quant au financement reçu par l'OPS pour les projets internes financés par le gouvernement, de tels projets étaient entièrement autofinancés et ne comportaient donc pas d'implications financières pour l'OPS. Néanmoins, ils contribuent nettement à la réalisation des objectifs stratégiques de l'Organisation et partant, bien qu'ils soient mis en œuvre dans un seul pays, ils profitaient à tous les peuples des Amériques.

47. Concernant les augmentations et réductions dans le financement de certains objectifs stratégiques, il a expliqué qu'ils reflétaient essentiellement les changements dans le niveau des contributions volontaires prévues. Dans le cas de l'Objectif stratégique 13, par exemple, le niveau programmé avait été trop ambitieux, si l'on en juge d'après les fonds qui ont pu être mobilisés jusqu'à présent dans cet exercice biennal et la projection pour 2010-2011 avait donc du être ajustée en conséquence. Cette réduction n'indiquait nullement une priorité moindre accordée à cet objectif. Il s'agissait simplement d'une estimation plus réaliste.

48. Le Dr Pedro Brito (Manager de domaine, Systèmes et services de santé, BSP), se rapportant à l'Objectif stratégique 10, a expliqué que l'OPS était investie de plusieurs missions importantes concernant le renforcement et le développement des systèmes de santé, notamment l'Agenda de santé pour les Amériques 2008-2017, la Résolution CSP26.R19 sur l'expansion de la protection sociale en santé, la Résolution WHA58.33 sur le financement durable de la santé, la couverture universelle et l'assurance sociale ainsi que la Résolution WHA62 sur les soins de santé primaires et le renforcement du système de santé. Ces missions prenaient encore plus de sens dans le contexte actuel. Il devient absolument nécessaire de renforcer les systèmes de santé pour alléger le fardeau supplémentaire que leur imposaient la pandémie de grippe et les répercussions de la crise économique qui avaient amoindri la capacité du secteur privé et des systèmes de sécurité sociale d'apporter une couverture en soins de santé et avaient laissé un grand nombre de personnes dans les groupes à moyens et faibles revenus dépendant des services publics de soins de santé.

49. Ces facteurs expliquent l'accroissement proposé dans le financement de l'Objectif stratégique 10. Comme l'a expliqué le Dr Gutiérrez, cet accroissement serait financé par les contributions volontaires et non pas avec le budget ordinaire. L'Organisation est heureuse de noter une tendance à la hausse dans les contributions volontaires pour le renforcement des systèmes de santé, notamment des fonds reçus des contributions volontaires de l'OMS et un financement reçu par les pays pour le renforcement des systèmes de santé de sources comme le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la

tuberculose et le paludisme et l'Alliance GAVI. Par contre, la situation est différente pour les contributions volontaires destinées au renforcement du personnel de santé (Objectif stratégique 13) et l'expansion de la protection sociale en santé (Objectif stratégique 14). Domaines où il était difficile de mobiliser un financement extrabudgétaire.

50. La Directrice a remarqué que l'OMS avait revu à la baisse ses projections de contributions volontaires pour deux raisons, d'une part parce que les projections de telles contributions dans le climat économique actuel sont plutôt moroses et d'autre part, l'OMS n'avait pas réussi dans les cinq exercices biennaux précédents à mobiliser le niveau extrêmement ambitieux de financement volontaire projeté dans ses budgets. Concernant la proportion de financement volontaire qui n'était pas réservée à des fins spéciales, dans le cas de l'OMS, elle est de 5%. L'OPS avait donc mieux réussi à mobiliser des contributions volontaires flexibles, représentant actuellement 10% du total.

51. Cependant, il est important de comprendre que, même si les contributions volontaires n'étaient pas réservées à des fins spéciales, elles ne pouvaient pas pour autant être utilisées pour financer les postes. Il fallait également comprendre que l'Organisation devait avoir le personnel suffisant pour mobiliser un plus grand nombre de contributions volontaires, ce qui signifie un budget ordinaire suffisant pour couvrir les salaires et autres coûts imputés aux postes. C'est donc le budget ordinaire qui était le levier permettant à l'OPS d'attirer plus de financement des contributions volontaires.

52. Une réduction dans le budget ordinaire entraverait non seulement la capacité de l'Organisation à mobiliser des contributions volontaires mais chose probablement encore plus importante, sa capacité à utiliser ces fonds. L'OPS risque donc de se trouver dans la même situation que l'OMS qui a été obligée de reporter à l'exercice suivant plus d'un milliard de dollars en financement budgétaire tout simplement parce que l'Organisation n'avait pas le personnel nécessaire pour mettre en œuvre les activités pour lesquelles ces ressources avaient été octroyées. Cette situation était en rapport direct avec le ratio peu gérable entre le financement ordinaire et le financement extrabudgétaire dans le budget de l'OMS. A l'OPS, si la proportion du financement du budget ordinaire diminue depuis 2006.2007, le ratio reste pourtant gérable. Prudence est de rigueur pourtant.

53. En ce qui concerne les projets internes financés par les gouvernements, la Directrice a souligné qu'ils étaient toujours alignés parfaitement sur les priorités stratégiques de l'Organisation. La plupart des projets mis en œuvre actuellement visent à atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement ou à renforcer les systèmes de santé. Un des projets comprend un volet de coopération internationale, bénéficiant ainsi à d'autres pays de la Région. Le Dr Gutiérrez l'avait expliqué, de tels projets ne supposaient ni personnel ni financement de l'OPS. Par ailleurs, les fonds que l'Organisation reçoit à cette fin entrant dans le portefeuille d'investissement de l'Organisation et partant dans ses recettes diverses.

54. La Directrice tenait à mettre les choses au clair : l'augmentation de 6,3% dans les coûts des postes à durée déterminée ne représentait pas une majoration salariale. Un gel des salaires était appliqué depuis 12 à 15 ans. L'accroissement était du aux coûts plus élevés de l'assurance-maladie, des retraites, ajustements aux coûts de la vie et autres coûts qui n'entrent pas dans le contrôle de l'OPS. Elle a également noté que le personnel partage ces coûts, dans la part qu'il paye pour l'assurance-maladie et les pensions de retraire et qu'il paye un montant accru.

55. Le Bureau se fera un plaisir de préparer un quatrième scénario budgétaire, tel que demandé par le Comité. Toutefois, aucun scénario quel qu'il soit ne viendra changer la réalité de l'augmentation des coûts liés aux postes ou le fait que, si le budget ordinaire n'augmente pas, la capacité de coopération technique de l'Organisation ira en s'amoindrissant.

56. Le Comité exécutif a envisagé ensuite un scénario D, préparé par le Bureau, se basant sur un accroissement de 3,5% dans le recouvrement des contributions et un accroissement de 2,9% dans le budget total, y compris la part de l'OMS et les recettes diverses. Le Dr Gutiérrez a expliqué que, dans le scénario D, la portion postes du budget augmenterait de 6,3% et la portion hors postes diminuerait de 3,8%. Réparti par niveau organisationnel, le scénario D suppose une diminution de 21,86% dans le budget ordinaire hors postes pour le niveau régional, une augmentation de 11,69% pour le niveau sous-régional et une augmentation de 3,38% pour le niveau des pays.

57. La Directrice a indiqué que le scénario D laisserait une certaine marge de manœuvre au Bureau en ce qui concerne la portion hors postes du budget. L'augmentation au niveau sous-régional – environ 8 millions USD- compenserait partiellement la diminution d 22 millions USD dans la portion régionale, mitigeant ainsi l'impact négatif sur la coopération technique de l'Organisation avec les États Membres. Le Scénario C, par contre, entraînerait une réduction de 33% dans les crédits hors postes pour le niveau régional, handicapant la capacité de l'Organisation à fournir une coopération technique et à mobiliser et exécuter les contributions volontaires.

58. On a demandé au Conseil juridique de l'Organisation de déterminer s'il serait possible de présenter une résolution au 49^{e} Conseil directeur qui comprendrait entre crochets les scénarios A, B, C et D. Elle a répondu qu'il existait effectivement un obstacle d'ordre juridique puisque le Comité exécutif doit présenter une proposition aux fins d'examen par le Conseil directeur (Article III, paragraphe 3.5 du Règlement financier de l'Organisation panaméricaine de la Santé et Chapitre IV, Article 14, paragraphe C de la Constitution de l'Organisation panaméricaine de la Santé).

59. Après discussion supplémentaire et consultation par les délégués avec les autorités dans leur pays respectif, le Comité exécutif a opté pour le scénario D comme étant la proposition qui serait présentée au 49^{e} Conseil directeur aux fins de son

approbation et le barème des contributions pour 2010-2011 sur cette base (Résolutions CE144.R21 et CE144.R23).

60. La Déléguée du Mexique a observé que la longue discussion du budget au sein du Comité et sa difficulté à arriver à une décision en la matière montraient combien les États Membres étaient conscients du besoin d'assurer une utilisation responsable des ressources publiques dans le contexte actuel. Elle était reconnaissant au Bureau de reconnaître les difficultés économiques que connaissent les États Membres suite à la crise mondiale et à la pandémie de grippe A (H1N1) et de tenir compte de leurs préoccupations quant à l'accroissement proposé dans les contributions. Le scénario D, prévoyant une augmentation minimale répondait à cette préoccupation. Il enjoint au Bureau de continuer à gérer un programme responsable et prudent et une saine gestion financière, en dépit des réductions de la portion hors postes du budget.

61. La Directrice a exprimé sa reconnaissance au Comité qui a envisagé avec tant d'attention le projet de budget et qui a approuvé un scénario prévoyant une petite augmentation dans le recouvrement des contributions qui n'en aura pas moins un impact notable dans certains pays. Le Bureau assumera sa part en recherchant continuellement des gains d'efficacité pour faire plus avec moins mais elle tenait à mettre les choses au clair : l'OPS ne pourra pas continuer à faire tout ce qu'elle fait actuellement. Certaines activités devront être réduites ou éliminées.

62. Remerciant la Déléguée du Mexique pour sa remarque éloquente, elle a affirmé que le Mexique était sans nul doute le pays de la Région le plus éprouvé par l'impact combiné de la crise économique et la pandémie de grippe. Cette dernière d'ailleurs a aussi un impact positif en ce qu'elle fait ressortir l'importance de l'investissement dans la santé et une solide protection sociale. L'OPS reste convaincue que seul l'investissement dans le facteur humain permettra de sortir avec succès de la crise. Il est particulièrement critique d'investir dans la « génération de la crise » - les enfants nés aujourd'hui et qui sont l'avenir de la Région. Si les Amériques perdent une génération, non seulement la crise sera plus douloureuse et plus prolongée, mais les pays de la Région continueront à ressentir son impact pour de nombreuses années à venir.

Plan stratégique de l'OPS 2008-2012 amendé (projet) (Documents CE144/31 et Document officiel. 328)

63. Le Dr Isaías Daniel Gutiérrez (Manager de domaine, Planification, Budget, et Coordination de Ressources, BSP) a indiqué que le Plan stratégique de l'OPS 2008-2013 avait été amendé pour maintenir la conformité avec le Plan stratégique à moyen terme de l'OMS 2008-2013 également amendé (voir paragraphes 286 à 289 ci-après) et pour mettre à jour le document, en clarifiant certains des résultats escomptés et simplifier la mesure des indicateurs. Les changements proposés sont récapitulés dans le Document CE144/31 et soulignés dans le *Document officiel* 328.

64. Le Comité a fait bon accueil aux révisions du Plan stratégique, notant avec satisfaction la simplification des indicateurs et l'inclusion de nouveaux indicateurs se rapportant aux Objectifs du Millénaire pour le Développement, la priorité accordée au soutien à la recherche dans les pays et l'inclusion des paragraphes 91 à 94 traitant des stratégies de coopération nationale, jugées d'importance vitale pour la coopération technique de l'OMS et la conformité aux besoins et priorités des États Membres. Les délégués ont fait un certain nombre de suggestions pour perfectionner davantage le Plan stratégique et plusieurs délégations ont présenté des commentaires détaillés et proposé des amendements par écrit.

65. Au vu de la pandémie de grippe actuelle, on a proposé soit d'ajouter la grippe A (H1N1) à la liste des maladies potentiellement pandémiques dans le paragraphe 72(c) du Plan stratégique amendé ou de le formuler en termes plus génériques en se rapportant simplement aux « virus de la grippe pandémique » Un délégué a demandé pourquoi la cible de l'indicateur 1.7.1 (nombre de pays qui ont des plans de préparatifs nationaux et des procédures opérationnelles en place pour des équipes de réponse rapide contre la grippe pandémique) n'était pas de 100% des États Membres.

66. Les délégués ont également demandé que soit mis au clair le concept de « l'indicateur de maintien » et le bien-fondé de l'inclusion de tels indicateurs qui ne changeront pas dans le temps. Ils ont également demandé que soit clarifié le critère pour déterminer les cibles de 2009, 2011 et 2013 et le dénominateur pour les bases et les cibles dans les cas où ce chiffre n'était pas de 40, comme c'est le cas pour l'indicateur 1.7.1 susmentionné. On a proposé d'ajouter une annexe technique au Plan stratégique, donnant des explications de la méthodologie utilisée pour fixer des valeurs d'indicateurs et les raisons des différences dans les dénominateurs. On a remarqué que si on disposait d'informations sur les pays qui constituent un univers statistique pour un indicateur donné, cela faciliterait la planification de la coopération technique entre les pays, puisque les pays ayant progressé davantage dans certains domaines pourront aider ceux moins avancés.

67. Une déléguée, mentionnant le rôle important que joue l'OPS dans l'acquisition des biens de santé au nom des États Membres, par le biais de divers mécanismes d'approvisionnement et notant également que ce rôle s'était renforcé dans les dernières années, a proposé d'inclure l'approvisionnement au nom des États Membres parmi les fonctions centrales indiquées au paragraphe 76 du Plan stratégique amendé.

68. Un certain nombre de questions ont été posées et des suggestions ont été faites concernant des indicateurs spécifiques. S'agissant de l'indicateur 2.4.3 (nombre de pays notifiant des données sur la surveillance du paludisme désagrégées par sexe et par âge à l'OPS), on a remarqué qu'il était également d'importance critique de désagréger les données sur le paludisme par région et par zone géographique. Dans le cadre de l'Objectif stratégique 3, on a suggéré qu'il serait utile d'avoir des indicateurs pour les

traumatismes non intentionnels autre que les accidents de la route ainsi que pour le dépistage préventif du cancer du sein, cancer cervical, cancer du colon et autres maladies et pathologies. Dans le cadre de l'Objectif stratégique 6, une déléguée a proposé d'inclure un indicateur sur l'éducation physique et une autre a demandé pourquoi les indicateurs sur les acides gras trans et le marketing des aliments pour les enfants (indicateurs 6.5.5 et 6.5.6 dans le Plan stratégique non amendé) avaient été enlevés : l'OPS avait-elle l'intention de continuer à travailler dans ces domaines ? Se rapportant à l'indicateur 7.1.1, un délégué a demandé pourquoi l'indicateur se rapportait uniquement aux recommandations sur le plan des politiques du rapport de la Commission sur les déterminants sociaux de la santé et a proposé d'inclure les recommandations d'autres rapports fondés sur des données probantes et à revue collégiale.

69. Le Dr Gutiérrez a indiqué que le Bureau intégrerait les amendements proposés par le Comité et mettrait une version revue du document sur le site web de l'Organisation. Il a proposé une période de commentaires de 10 jours pour que les États Membres puissent faire des suggestions supplémentaires via SharePoint.

70. Répondant à certaines des questions, il a expliqué que les indicateurs de maintien se rapportaient à des objectifs qui avaient déjà été atteints mais qui demandaient une action continue pour maintenir cet accomplissement. L'éradication de la poliomyélite en était un exemple : la vaccination continue était nécessaire pour que les Amériques restent exemptes de la polio. Il fallait donc inclure de tels indicateurs au Plan stratégique pour s'assurer que les ressources continuent à être octroyées dans le cadre des budgets de l'OPS pour les activités de suivi nécessaires. Concernant les différences dans les dénominateurs de certains indicateurs, il a expliqué que si aucun dénominateur n'était donné, l'univers est jugé de 40 : les 35 pays des Amériques, plus la France, les Pays-Bas, le Royaume-Uni qui avaient des territoires dans la Région, Porto Rico qui est un membre associé de l'OPS et la région frontalière entre le Mexique et les Etats-Unis considérée une unité distincte aux fins de programmation. Si un dénominateur était inférieur à 40, c'était dû au fait que l'indicateur en question ne s'appliquait qu'à certains pays ou territoires. Le Bureau ajouterait, tel qu'on l'avait suggéré, une annexe méthodologique et pourrait également mettre des rappels en bas de page identifiant les pays ou les territoires concernés pour tous les indicateurs avec des dénominateurs de moins de 40.

71. En ce qui concerne la suggestion d'ajouter l'approvisionnement pour le compte des États Membres en tant que fonction centrale, il a fait savoir que les fonctions centrales ne pouvaient pas être changées car elles avaient été définies par l'OMS et devaient rester les mêmes, avec des ajustements mineurs nécessaires, pour le Secrétariat de l'OMS et tous les bureaux régionaux. Par contre, la fonction d'approvisionnement de l'OPS pouvait être intégrée sous l'un des objectifs stratégiques.

72. Le Dr José Luis Di Fabio (Manager de domaine, Technologie, Soins de santé, Recherche, BSP) a indiqué qu'un résultat escompté et indicateur se rapportant à

l'approvisionnement pourraient être inclus sous l'Objectif stratégique 12 : Améliorer l'accès, la qualité et l'utilisation des technologies et produits médicaux. Le Dr Gina Tambini (Manager de domaine, Santé familiale et communautaire, BSP) a noté qu'un indicateur se rapportant à l'approvisionnement en vaccins pourrait également être ajouté sous Résultat 1 escompté sur l'ensemble de la Région (RER), qui concernait l'accès aux vaccins.

73. Le Dr Jarbas Barbosa da Silva (Manager de domaine, Surveillance de la santé, Prévention et Contrôle des maladies, BSP) a indiqué que l'OPS avait bien l'intention de continuer à travailler sur les questions des acides gras trans dans les aliments et le marketing des aliments pour les enfants. Ces activités seraient délimitées individuellement dans les plans de travail biennaux du Bureau mais dans le Plan stratégique ils sont couvert par un seul indicateur général se rapportant aux facteurs risques des troubles provenant du régime alimentaire.

74. Répondant à la question sur les indicateurs se rapportant aux acides gras trans et au marketing des aliments pour les enfants, le Dr James Hospedales (Conseiller supérieur, Prévention et Contrôle des maladies chroniques, BSP) a rappelé qu'en septembre 2007, l'OPS avait organisé une réunion pivot avec d'importants producteurs de produits alimentaires à laquelle ces sociétés s'étaient engagées à éliminer les acides gras trans dans leurs produits à la fin de 2008. Le Bureau était en train de contacter les sociétés qui avaient convenu de présenter des données validant l'élimination de ces acides gras. L'OPS collaborait avec l'OMS pour la question du marketing des aliments aux enfants et organisera une consultation électronique régionale sur le sujet en août 2009.

75. La Directrice a indiqué qu'une version à jour du document serait disponible aux fins de commentaires d'ici le 8 juillet. Elle a noté que le Plan stratégique était un « document vivant » qui continuerait à être mis à jour et perfectionné chaque fois que nécessaire.

76. Le Comité exécutif a ensuite adopté la Résolution CE144.R10, recommandant qu'une fois intégrées les révisions proposées par le Comité, le 49e Conseil directeur approuve le Plan stratégique amendé 2008-2013.

Nouveau barème des contributions (Document CE144/8)

77. L'Ambassadeur Lionel Maza (Représentant du Sous-comité de programme, budget et administration) a rappelé que le Sous-comité avait discuté du nouveau barème des contributions en mars et avait demandé au Bureau de fournir des chiffres effectifs en dollars en plus des changements en pourcentage dans les contributions des États Membres. En réponse, un document informel avait été circulé, indiquant les contributions de 2008-2009 basées sur l'ancien barème et les mêmes contributions basées sur le nouveau barème. Ces chiffres figurent dans le document présenté au Comité. Le Bureau a

été prié d'expliquer comment seraient appliqués les futurs changements, vu que l'Organisation des États américains revoit ses contributions tous les trois ans alors que l'OPS a un cycle budgétaire de deux ans. On a expliqué qu'aucun changement ne serait fait en plein milieu d'une période biennale. Ils s'appliqueront à la période biennale suivant celle pendant laquelle ils ont été approuvés. Aussi, si le prochain barème des contributions de l'OEA devait être approuvé pendant l'exercice 2010-2011, les chiffres revus s'appliqueraient au budget 2012-2013 de l'OPS.

78. M. Román Sotela (Conseiller Senior, Gestion du Budget Programme) a expliqué que le changement dans les contributions était le résultat final d'un processus de trois ans. Selon sa Constitution, le barème des contributions de l'OPS était fondé sur le dernier barème approuvé à l'OEA. Cette organisation ayant adopté un nouveau barème pour ses membres pour la période 2009-2011, il a été décidé par les Organes directeurs de l'OPS que l'OPS adopterait un barème correspondant qui entrerait en vigueur pendant l'exercice biennal 2010-2011.

79. Plusieurs membres du Comité exécutif ont exprimé leurs préoccupations devant la perspective d'un accroissement dans les contributions de l'OPS dans le climat économique actuel. Ployant non seulement sous le fardeau de la récession mondiale, les économies de certains pays (surtout le Mexique) avaient été affectées directement par la grippe A (H1N1) alors que d'autres souffraient d'un effet indirect vu que la pandémie avait diminué l'activité touristique dont ils dépendent en premier lieu. Alors que différentes options et différents scénarios sont préparés aux fins de discussion du projet de budget de 2010-2011, les membres proposent qu'un scénario plus avancé soit préparé montrant l'effet si les contributions restent inchangées.

80. La Directrice a recommandé de garder séparées dans ce débat les questions du nouveau barème des contributions et le budget programme proposé. Il revient à l'Assemblée générale de l'OEA de fixer le barème des contributions. Cela n'est pas du ressort des Organes directeurs de l'OPS. S'il est un fait que les contributions de certains augmentent, en revanche pour d'autres elles diminuent, comme qu'on peut le constater dans les pays des Caraïbes. Les calculs des contributions se fondaient sur les attentes pour 2006 et ne tenaient donc pas compte de la chute du produit intérieur brut (PIB) de certains pays, dont le Mexique. Parallèlement, l'ancienne échelle se fondait parfois sur des chiffres du PIB qui remontaient à dix ou vingt ans et qui devaient être mis à jour. De toute façon, la décision concernant les contributions étaient prises après amples discussions et négociations et, à son avis, l'OPS ne peut rien changer à des chiffres qui ont été négociés par des représentants des États Membres au sein de l'OEA sur une période de trois ans.

81. Une déléguée s'est montrée pleinement d'accord avec la Directrice pour dire qu'il n'était pas possible de changer à présent le recouvrement proposé. Une autre déléguée pensait que, même si le nouveau barème finirait par être appliqué à un moment ou à un

autre, peut-être pouvait-on différer une telle application. Elle comprenait bien que les chiffres étaient approuvés par l'OEA mais en ces temps difficiles, chaque possibilité devait être examinée.

82. La Directrice a indiqué que la 140e session du Comité exécutif avait déjà décidé que l'OPS commencerait à appliquer le nouveau barème pendant l'exercice biennal 2010-2011 (Résolution CE140.R5). Le 49e Conseil directeur pourrait décider d'outrepasser cette décision si un nombre suffisant de délégations sont en faveur de remettre le changement à plus tard. Elle s'attend pourtant à une vive résistance à la non application d'un barème qui a déjà été adopté par l'OEA.

83. Dans la discussion par le Comité de la Résolution proposée sur ce point de l'ordre du jour, on a suggéré que la résolution fasse état des préoccupations soulevées par les États membres concernant l'application du nouveau barème des contributions dans le contexte économique actuel mais par la suite, on a décidé que de telles préoccupations seraient mieux placées dans une version revue du document de travail sur ce point de l'ordre du jour.

84. Au regard de la discussion qui a précédé, le Comité exécutif a adopté la Résolution CE144.R18, recommandant que le 49e Conseil directeur approuve l'application du nouveau barème des contributions au budget programme pour la période budgétaire 2010-2011.

Plan d'action pour la santé des personnes âgées y compris le vieillissement sain et actif (Document CE144/9)

85. Le Président a attiré l'attention sur le Document CE144/9 et a ouvert la discussion.

86. Le Comité a exprimé son soutien pour le Plan d'action proposé sur la santé des personnes âgées et plusieurs délégués ont noté que le Plan correspondait à leurs politiques et priorités nationales se rapportant à la santé des personnes âgées. Les délégués ont décrit la situation concernant le vieillissement dans leurs pays, notant l'impact d'une population vieillissante sur la croissance économique, le soutien social et les systèmes de soins de santé, soulignant l'urgence de se donner des programmes pour aider les personnes âgées qui vivent dans la pauvreté. Plusieurs délégués ont également décrit des programmes et initiatives réalisés par leur gouvernement pour les personnes âgées. Un délégué a mis en avant la responsabilité personnelle de planifier pour le vieil âge ainsi que la nécessité de se donner des approches plus modernes, intégrées et reposant sur des données probantes pour relever les défis que pose le vieillissement de la population. A son avis, il est très important de sensibiliser aux questions posées par une population plus âgée dans le monde et de faire des recherches scientifiques pour étayer le dialogue en matière de politiques. Un autre délégué a attiré l'attention sur l'importance de chercher des liens avec d'autres domaines comme les maladies chroniques et la santé

familiale et communautaire. A l'avis d'un délégué, on pouvait s'appuyer sur les forces socioculturelles de l'Amérique latine où le système des familles élargies et les structures sociales fournissaient un moyen de protéger et d'aider les personnes âgées. On a souligné l'importance de la recherche et la communication des connaissances en matière de santé des personnes âgées, sujet du Domaine stratégique 4 du Plan d'action.

87. Un délégué a demandé que soit mieux expliqué le terme « environnement sain » mentionné sous l'objectif 2.1 du Plan d'action et a proposé que l'activité 21.6 soit amendée de la manière suivante : « Exécuter les projets avec leurs budgets respectifs pour encourager et protéger la santé des personnes âgées par le biais de l'action au niveau communautaire. » Un délégué a suggéré que la résolution proposée sur ce point de l'ordre du jour mentionne la résolution récente de la trente-neuvième Assemblée générale de l'Organisation des Etats américains sur les droits humains des personnes âgées (voir Document CE144/INF/5-B). Une autre déléguée a proposé que la résolution fasse référence à la décision du cinquième sommet des Amériques concernant la préparation d'une convention interaméricaine sur les droits des personnes âgées (voir Document CE144/INF/5-C).

88. La Représentante du Fonds des Nations Unies pour la population a indiqué que l'UNFPA avait collaboré avec des gouvernements et d'autres organismes des Nations Unies sur le thème du vieillissement. Il serait intéressant une fois le Plan d'action concrétisé d'envisager les aspects d'équité entre les genres : le vieillissement touche-t-il différemment les hommes et les femmes.

89. Le Dr José Luis Di Fabio (Manager de domaine, Technologie, Soins de santé et Recherche, BSP) a remercié les délégués de leurs commentaires et de leur soutien pour le Plan d'action, notant que le Plan avait été mis au point en collaboration avec les États Membres le long d'une série de consultations nationales et sous-régionales et partant il était le reflet de leurs points de vue.

90. Le Dr Enrique García Vega (Conseiller régional pour le vieillissement en bonne santé, BSP) a observé, tel que le note d'ailleurs le document, que la Région disposait d'une opportunité démographique pour se préparer aux défis qu'accompagne une population vieillissante et pourtant c'était un temps relativement court pour procéder aux changements de taille dans les systèmes de soins de santé et de sécurité sociale. Aussi est-il impératif d'agir dès maintenant. Il faut aider par tous les moyens les gens à se préparer au vieil âge. Le Plan d'action reconnaissait ce besoin ainsi que le besoin de travailler pour une approche sur tout le cycle de la vie. Il s'inspire des expériences des pays de la Région en ce qui concerne la prise en charge des maladies chroniques et la capacité renforcée des personnes âgées à prendre soin d'elles-mêmes. La coopération entre les pays permettrait de partage l'enseignement retiré de ces expériences et de mobiliser des ressources venant soutenir des activités visant à améliorer la santé et le bien-être des personnes âgées. La mise au point d'indicateurs serait l'un des aspects les plus importants du travail à

effectuer en ce domaine dans les années à venir. Actuellement, on manque d'indicateurs car de nombreux pays ne disposent pas des données primaires nécessaires pour évaluer l'impact des programmes et interventions spécifiques. Les activités envisagées dans le cadre du Domaine stratégique 4 devaient renforcer la capacité des Etats Membres à cet égard.

91. La Directrice a attiré l'attention sur la question de l'espérance de vie. Si de nombreux pays ont réussi à rallonger très nettement l'espérance de vie ces 25 dernières années, dans d'autres pays par contre l'espérance de vie dans d'autres pays est encore inférieure à la barre des 60 ans. En outre, même dans les pays les plus développés de la Région, l'espérance de vie reste encore très faible dans certains groupes. C'est la raison pour laquelle BSP préconise l'approche sur le cycle entier de la vie car ainsi on pose dès le jeune âge les fondations d'un vieillissement actif et sain. Le but est de rallonger la vie mais aussi de garantir la qualité de la vie.

92. Le Comité a adopté la résolution CE144.R13, recommandant que le 49e Conseil directeur avalise le Plan d'action.

Elimination des maladies négligées et autres infections liées à la pauvreté (Document CE144/10, Rév. 1)

93. Le Dr Jarbas Barbosa da Silva (Manager de domaine, Surveillance de la santé, Prévention et Contrôle des maladies, BSP) a introduit la résolution proposée sur ce point de l'ordre du jour, contenue dans le Document CE144/10, Rév.1. Il a passé en revue les critères utilisés pour choisir les maladies qui sont jugées maladies négligées et/ou liées à la pauvreté, à savoir : a) faisabilité technique de l'élimination, b) preuves de l'élimination possible, au niveau régional, c) coût-efficacité des stratégies et outils, d) inclusion dans l'agenda non achevé et e) pertinence politique, à savoir que les maladies doivent être reconnues pour leur importance dans la santé publique et avoir un attrait international. Sur la base de ces critères, les maladies ont été réparties dans trois groupes : a) maladies susceptibles d'être éliminées d'ici 2015, b) maladies dont la charge pouvait être nettement allégée à l'aide des outils disponibles, et c) autres maladies demandant une évaluation plus poussée et pour lesquelles il fallait encore mettre au point les outils et les stratégies. Ensuite, il a donné des détails sur les buts et les stratégies envisagées pour combattre les maladies ciblées, en soulignant l'importance des efforts faits pour réduire les inégalités dans les soins de santé, sachant que les maladies en question étaient généralement liées à la pauvreté et à la marginalisation. Il a également insisté sur le fait que tous les buts d'élimination envisagés étaient les mêmes que ceux établis par les résolutions de l'Assemblée mondiale de la Santé ou le Conseil directeur de l'OPS.

94. Dans la discussion qui a suivi, les membres du Comité ont loué les efforts faits par l'OPS pour éliminer les maladies négligées et les maladies qui touchent essentiellement les groupes les plus pauvres et ceux qui ont le moins d'accès aux services

de santé. Ils ont également fait l'éloge de l'approche proposée dans le document. A l'avis d'un délégué pourtant, il fallait davantage de données initiales pour mesurer la prévalence des maladies et pour suivre les indicateurs de performance, surtout pour l'évaluation des interventions préventives de chimiothérapie. Le même délégué pensait qu'il fallait renforcer et étendre les travaux de recherche pour le contrôle des maladies en question, en renouvelant l'engagement local dans les programmes de lutte et en se donnant des stratégies qui sont alignées sur les priorités et les capacités nationales. Un autre délégué, notant avec satisfaction l'importance accordée à la prévention de la maladie de Chagas pensait pourtant qu'il fallait fournir un traitement abordable. Le Délégué d'Haïti a remis en question les chiffres indiqués dans le document sur la population à risque de contracter la filariose lymphatique dans son pays. La Déléguée des Etats-Unis d'Amérique a demandé que, dans le paragraphe d'introduction (f) de la résolution proposée « devoir éthique d'éliminer les maladies infectieuses pour lesquelles on dispose d'interventions de santé publique adéquates et efficaces par rapport aux coûts… » soit amendé de la manière suivante « l'importance de chercher à éliminer les maladies infectieuses pour lesquelles on dispose d'interventions de santé publique adéquates et efficaces par rapport aux coûts… ».

95. Le Délégué du Brésil, se rapportant à la position prise par son pays lors de la Consultation sur un Fonds fiduciaire de l'Amérique latine et des Caraïbes pour la prévention, le contrôle et l'élimination des maladies négligées et autres maladies infectieuses, tenue en décembre 2008 et aux commentaires ultérieurs présentés par écrit par son Gouvernement à la Directrice de l'OPS, a exprimé des doutes quant à certains aspects de l'approche proposée aux maladies négligées, notamment la stratégie de chimiothérapie pour la filariose lymphatique, la schistosomiase et les helminthiases transmises par le sol, que son Gouvernement juge inappropriée et non maintenable. Une meilleure approche consisterait à renforcer les systèmes de soins de santé primaires comme cadre du diagnostic et du traitement de ces maladies, combinant le dépistage passif et la recherche de cas active. Notant qu'aucun but d'élimination n'avait été fixé en ce qui concerne la leishmaniose, il a souligné qu'il fallait des mesures pour réduire la transmission de la malade et les taux de mortalité venant de sa forme viscérale. Concernant la lèpre, il note que le but d'élimination indiqué dans le Document CE144/10, Rév. 1 semble différent du but fixé dans le cadre de la stratégie mondiale de l'OMS pour 2011-2015 qui est de diminuer le taux des nouveaux cas de lèpre avec infimités au niveau 2 d'au moins 35% pour le niveau de 2011. Il a également souligné le besoin de recherche et de développement technologique pour encourager la production de nouveaux médicaments, méthodes ou matériels ou l'amélioration de ceux existants, pour le diagnostic, le traitement et le contrôle des maladies négligées.

96. Le Dr Barbosa da Silva a indiqué que les chiffres sur la filariose lymphatique dans le document s'appliquent à la population considérée à risque de contracter la maladie car ce groupe vit dans des zones où les conditions environnementales sont favorables à la

transmission, et non pas à la population effectivement infectée. Le rapport sera revu pour expliquer plus clairement la stratégie sur la filariose. L'idée n'est pas de mettre en place un traitement de masse partout mais plutôt de détecter les foyers et ensuite de réaliser un traitement de masse dans les endroits où il est jugé nécessaire. Dans le cas de l'helminthiase et de la schistosomiase, les faits nous prouvent que le traitement de masse est efficace dans certaines régions à prévalence élevée. La résolution encourage vivement l'intégration des activités d'élimination des maladies et les soins de santé primaires, chaque fois que possible.

97. En ce qui concerne la lèpre, il a indiqué que même si l'Assemblée mondiale de la Santé décidait d'ajuster la stratégie d'élimination en fonction des conclusions de la réunion récente des responsables des programmes mondiaux d'élimination de la lèpre (New Dehli, 20 au 22 avril 2009), la stratégie actuelle d'élimination était appuyée par deux résolutions de l'Assemblée de la santé qui restent valides : WHA 44.9 et WHA60.11. La dernière est la résolution adoptant le Plan stratégique à moyen terme de l'OMS 2008-2013, d'où est tiré l'indicateur de l'élimination de la lèpre figurant dans le Document CE144/10. Cet indicateur a été réaffirmé par l'Assemblée de la santé la plus récente lorsqu'elle a avalisé les amendements au Plan stratégique à moyen terme (Résolution WHA62.11).

98. Le Bureau n'a pas inclus la leishmaniose comme maladie devant être éliminée ou même contrôlée, à cause de la difficulté à se mettre d'accord sur les buts à atteindre d'ici 2015. De plus, une recherche supplémentaire s'avère nécessaire pour mettre au point les outils nécessaires pour le contrôle de la maladie.

99. En ce qui concerne le paragraphe en préambule (f) de la résolution proposée, s'il est généralement difficile de lancer des impératifs en santé, le Bureau pensait que dans le cas de maladies pour lesquelles on dispose des méthodes de diagnostic et de traitement à faible coût, il existe de fait un impératif d'ordre éthique. Répondant aux commentaires sur la recherche et le développement, il a attiré l'attention sur le paragraphe 2(e) de la résolution proposée, demandant à la Directrice de promouvoir la recherche pour le développement de nouveaux outils, méthodes et stratégies. La résolution ne se concentre pas spécifiquement sur la recherche puisque les outils de diagnostic et de traitement sont déjà disponibles pour éliminer un grand nombre des maladies négligées et certaines de fait ont déjà été éliminées dans plusieurs pays ou régions. Néanmoins, il est toujours important de soutenir le développement scientifique et technologique pour pouvoir améliorer les outils existants et/ou en créer de nouveaux.

100. Il a assuré le Comité que le document et la résolution proposée seraient revus conformément aux commentaires et suggestions des délégués.

101. La Directrice a observé que si les efforts faits pour éliminer un grand des maladies négligées ciblées par la résolution proposée n'auraient que peu d'impact sur les

indicateurs pour les Objectifs du Millénaire pour le Développement, ces efforts n'en étaient pas moins indispensables dans la lutte contre la pauvreté, sachant que ces maladies avaient un effet disproportionné sur les populations pauvres et marginalisées. Elle a convenu que l'engagement local dans la lutte contre ces maladies était d'importance critique, surtout pour améliorer les conditions environnementales qui favorisent la transmission des maladies négligées. Il est également important de travailler avec le secteur privé et de promouvoir la science et la technologie. Certes, il existe des outils pour combattre la plupart des maladies négligées mais l'innovation technologique n'en garde pas moins toute son importance pour la mise au point de nouvelles méthodes de diagnostic et de traitement. La lutte contre les maladies négligées et liées à la pauvreté était opportune car les flux migratoires accrus, de pair avec les prévisions de changement de climat, auraient un impact prononcé sur la transmission de la maladie.

102. Le Comité a adopté la Résolution CE144.R11 sur ce point de l'ordre du jour, recommandant que le 49e Conseil directeur adopte une résolution exhortant les États Membres à prendre l'engagement d'éliminer ou de réduire, d'ici 2015, les maladies négligées et autres infections liées à la pauvreté pour lesquelles existent les outils nécessaires.

Politique sur la recherche pour la santé (Document CE144/11)

103. Le Dr José Luis Di Fabio (Manager de domaine, Technologie, Soins de santé et Recherche, BSP) a observé que, dans les dernières années, les gouvernements nationaux, l'OPS/OMS, la communauté internationale de la recherche et d'autres partenaires ont préconisé le développement et le renforcement de systèmes nationaux de recherche en santé et l'amélioration de la production et de l'usage de la recherche qui porte sur la santé, l'équité et les besoins du développement. Le temps est venu maintenant pour une politique sur la recherche pour la santé pour l'Organisation panaméricaine de la Santé. Cette politique aiderait et guiderait la coopération technique de l'Organisation dans la recherche pour la santé dans les années à venir, établirait le fondement pour le développement de stratégies et plans d'action qui couvrent les besoins de la Région.

104. La politique aidera également à harmoniser, aligner et faciliter l'exécution des stratégies majeures de recherche mondiale dans la Région des Amériques, y compris la Stratégie de l'OMS sur la recherche pour la santé et la Stratégie mondiale et Plan d'action sur la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle. De plus, la politique de l'OPS sur la recherche pour la santé soutiendra les activités en cours relatives à la Déclaration de Mexico du Sommet ministériel du Mexico et encouragera une réponse régionale effective à l'Appel à l'action du Forum ministériel de Bamako sur la recherche pour la santé, au Rapport sur la Santé dans le Monde de l'OMS 2008 : Soins de santé maintenant plus que jamais et au Rapport de la Commission sur les déterminants sociaux de la santé. Il a récapitulé les six objectifs connexes contenus dans la politique proposée de l'OPS sur la recherche pour la santé, indiqués dans le Document CE144/11, et a

expliqué qu'ils étaient alignés sur les cinq buts de la Stratégie de l'OMS sur la recherche pour la santé, également mentionnée dans le document.

105. Le Comité exécutif s'est montré satisfait en général du document et de l'engagement renouvelé de l'OPS face à la recherche. Nul doute, cela aidera l'Organisation à guider la collaboration stratégique pour promouvoir l'équité en santé, combattre les maladies et améliorer la qualité de la vie des peuples des Amériques. Par ailleurs, un certain nombre de délégués ont mis en garde contre le risque de double emploi d'efforts et de gaspillage des ressources si cette expansion de la recherche devait être faite par l'OPS elle-même. Ils ont souligné que la force de l'Organisation réside dans la traduction des résultats de la recherche en directives techniques pour les États Membres plutôt que dans la réalisation des travaux de recherche.

106. Les délégués ont demandé que soient clarifiées un certain nombre de questions relatives à la politique. Par exemple, le paragraphe 25(c) de la politique stipule que l'OPS accorde des incitations aux travaux de recherche mais ne définit pas la nature de ces incitations ni la manière dont elles seront distribuées. De même, le paragraphe 27(b) stipule que l'OPS aidera les États Membres à se donner des structures adéquates de gouvernance de la recherche sans pourtant définir la nature de telles structures.

107. Les cibles de financement fixées dans les paragraphes 27(d) et 37 ont soulevé certaines préoccupations et, comme l'a noté un délégué, elles ont été fixées pour des pays en développement, alors que tous les pays de la Région ne se trouvent pas dans cette catégorie. Il propose qu'on encourage les États Membres à mettre de côté des fonds pour la recherche en santé plutôt que de leur demander de s'engager face à des cibles spécifiques. Parallèlement, un soutien a été accordé à la recommandation voulant que 5% des budgets centraux et volontaires combinés de l'OPS seraient utilisés pour la recherche mais là aussi le document ne fait pas état des implications financières effectives de cette recommandation.

108. D'après une déléguée, c'est uniquement en confiant un rôle directeur aux ministères de la santé qu'on pourra relier la recherche et l'innovation aux priorités du développement social et de la santé publique et garantir des sources sûres de financement et de formation des ressources humaines. Elle a également proposé qu'un nouvel alinéa (g) soit ajouté au paragraphe 22 de la politique, dans les termes suivants : « promouvoir des mécanismes participatifs pour l'évaluation de la politique de la recherche pour la santé.

109. Une autre déléguée souhaitait plus de détails sur le caractère complémentaire de la stratégie proposée et du Plan d'action sur la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle et la Stratégie de l'OMS sur la recherche pour la santé. Elle a également demandé comment l'OPS pourra, tel que stipulé dans le paragraphe 31(e), « faciliter la communication et la coordination entre la santé publique et le secteur industriel pour

encourager le développement de nouveaux produits et procédures ciblant les priorités pertinentes. » Elle trouve utile et pertinent le paragraphe 20 de la politique, articulant la nécessité de soutenir une approche inclusive et multisectorielle à la recherche, mettant en exergue l'importance d'approches participatives à base communautaire qui encourageront la participation des groupes autochtones à la recherche, notamment l'utilisation de la connaissance traditionnelle.

110. Le Dr Di Fabio a observé que tous les commentaires du Comité aideront à améliorer aussi bien le document que la résolution proposée. Il note que le document devra être révisé pour clarifier davantage certains des aspects budgétaires.

111. Le Dr Luis Gabriel Cuervo Amore (Conseiller senior, Promotion et Développement de la recherche, BSP) a indiqué que la politique ne cherchait aucunement à dire que l'OPS allait devenir une entité de recherche. L'Organisation doit aider à renforcer les capacités de recherche chez les États Membres pour qu'ils utilisent les résultats de la recherche afin d'identifier les domaines où des recherches supplémentaires devront être faites pour combler les lacunes en intégrant la connaissance acquise dans le processus décisionnel.

112. La Directrice a noté que, si l'Organisation a effectué des recherches pendant de nombreuses années, notamment sur les maladies tropicales, la reproduction humaine etc., il lui manquait pourtant une politique pertinente pour déterminer les priorités les plus utiles et les mécanismes qui serviraient le mieux à encourager les progrès. L'Organisation avait cherché à intégrer des volets de recherche dans ses diverses activités mais souhaitait à présent les harmoniser dans le cadre d'une seule politique afin que les États Membres sachent que la politique de l'OPS répond effectivement à leurs propres besoins nationaux et sentent que la politique est bien la leur. Aussi, était-il très important de formuler une politique qui couvrirait deux aspects distincts de la recherche : la création de la connaissance et l'utilisation de cette connaissance, une fois découverte.

113. Se rapportant à l'explication sur les incitations, elle a noté que certains pays avaient utilisé avec réussite des petites subventions pour guider la recherche vers des questions prioritaires, par exemple en apportant un soutien aux étudiants universitaires ou post-universitaires dont les thèses traitaient de ces thèmes. L'OPS travaillait également avec la Fondation panaméricaine pour la Santé et l'Education (PAHEF) qui avait un programme de petites subventions guidant la recherche vers des thèmes souvent négligés et qui devenaient pourtant des problèmes sérieux comme l'obésité des enfants ou certains aspects des maladies chroniques.

114. Quant à ce qu'on entendait par « structures de gouvernance de la recherche, », l'OPS, en partenariat avec d'autres organismes des Nations Unies et agences interaméricaines, travaillait en étroite collaboration pour soutenir et renforcer les entités nationales responsables de la science et de la technologie dont un grand nombre n'étaient

pas suffisamment reliées aux ministères de la santé et au secteur de la santé en général. Aussi, leurs programmes de recherche avaient-ils tendance à ne pas traiter des priorités du secteur de la santé, tel que l'avaient montré diverses études entreprises en préparation de conférences internationales comme celles de Mexico et de Bamako.

115. Un certain nombre de changements ont été proposés par diverses délégations dans la résolution proposée sur ce point de l'ordre du jour (Document CE144/11, Annexe C). Par exemple, une délégation souhaitait que la résolution comprenne une stipulation sur la disponibilité gratuite et sans restrictions d'informations et de données de santé fiables dans le domaine de la santé publique. Une autre délégation pensait qu'une telle disposition risquait d'empiéter sur les obligations de protection des données de l'Accord relatif aux aspects des droits de la propriété intellectuelle qui touchent au commerce (Accord TRIPS). Une délégation pensait que la résolution devrait stipuler que l'OPS accorde des ressources centrales pour la mise en œuvre de la Politique sur la recherche pour la santé, expliquant qu'ainsi on pouvait éviter que les ressources octroyées à un domaine ne signifient réduction dans un autre. Une autre délégation pensait que le financement du Plan d'action devait être une question à part et qu'il n'était pas nécessaire de mentionner la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle dans une résolution sur une politique de recherche en santé. Une délégation pensait que la résolution devait traiter de l'adoption d'une norme sur la divulgation de données économiques se rapportant aux produits pharmaceutiques destinés à la vente, notamment des informations sur le coût de la recherche-développement et les coûts des produits en précisant les taxes à la vente alors qu'une autre pensait que la divulgation de telles données serait illégale dans son pays et serait contraire aux lois anti-trust.

116. Dans la discussion qui a suivi, la délégation qui avait proposé cette dernière disposition a modifié son argument, expliquant que son intention avait été de promouvoir la création de mécanismes de transparence pour la communication d'informations pouvant s'avérer utiles pour la mise au point de produits et de relier sa proposition à plusieurs dispositions de la politique elle-même.

117. Les points de vue des délégations étant entièrement différents, un groupe de travail a été créé, comprenant les délégations de la Bolivie, du Mexique, du Suriname et des Etats-Unis d'Amérique.

118. Lors de la réunion de ce groupe de travail, les délégations ont exprimé leurs points de vue sur les questions afférentes à la propriété intellectuelle. Suivant les discussions respectives, ils ont convenu des changements qui seront faits en fonction des propositions présentés.

119. Une version amendée de la proposition formulée par ce groupe a été présentée ensuite au Comité exécutif qui l'a adoptée sans autres amendements comme la Résolution

CE144.R19, recommandant que le 49e Conseil directeur avalise la Politique de l'OPS sur la recherche pour la santé.

Stratégie et plan d'action sur la santé mentale (Document CE144/12)

120. Le Président a attiré l'attention sur le Document CE144/12 et a ouvert la discussion.

121. Le Comité a exprimé son soutien pour la Stratégie et le Plan d'action sur la santé mentale, considéré comme un bon moyen d'atteindre les buts de santé mentale, aux niveaux international et régional, de promouvoir une bonne santé mentale et de prévenir les problèmes de santé mentale et de renforcer l'accès aux services de santé mentale. Plusieurs délégués ont décrit les activités de leur pays dans le domaine de la santé mentale et ont exprimé leur souhait de collaborer avec d'autres États Membres dans le cadre d'initiatives en santé mentale. On a noté que la coopération technique, surtout la coopération technique entre pays, était nécessaire pour les programmes de santé mentale au même titre que la mobilisation de fonds pour de tels programmes. Les délégués ont appuyé la proposition dans l'Annexe F du document en vue de forger des partenariats avec d'autres organisations internationales pour mobiliser le financement.

122. La référence dans le Domaine stratégique 2 aux contextes sains comme les écoles et les communautés a été jugée pertinente et on a attiré l'attention sur l'importance du lieu du travail comme point focal des interventions de dépistage et traitement des troubles de santé mentale. On a trouvé très utile que le document reconnaisse la co-morbidité chez les patients de santé mentale. La nature transversale des problèmes de santé mentale a été relevée et on a souligné l'importance d'intégrer les interventions selon les contextes différents et les divers groupes d'âge.

123. Les délégués ont vivement soutenu les modes de santé mentale à base communautaire et des approches culturelles spécifiques, surtout pour les groupes autochtones. On a insisté sur l'importance de faire une recherche sur la santé mentale des populations autochtones et on proposé que le paragraphe 2(g) de la résolution proposée sur ce point de l'ordre du jour stipule une recherche avec approche interculturelle. Un soutien a été donné à la proposition dans le cadre de l'activité 4.1.2 pour créer un groupe de travail régional venant soutenir la conception de la formation en santé mentale. A cet égard, on a mis en avant le rôle des Centres collaborateurs de l'OMS dans la Région.

124. La collecte de données et la surveillance épidémiologique concernant la santé mentale sont indispensables. Il est particulièrement important de disposer de données exactes sur les questions de santé mentale touchant les jeunes au même titre qu'il est particulièrement utile de partager les expériences et les meilleures pratiques sur le plan de la prévention de la consommation de drogues parmi les jeunes.

125. Le Comité s'est montré préoccupé par des aspects spécifiques du Plan, notamment certains des indicateurs. Ceux concernant l'évaluation intégrale des systèmes de santé et l'amélioration des systèmes d'information nationaux et ceux du Domaine stratégique 3 ont été cités comme exemples. On a suggéré que chaque pays choisisse les indicateurs qui représentaient le mieux ses circonstances particulières. On a également remarqué qu'aucune référence n'était faite dans le document des risques de santé mentale associés au nombre croissant de personnes âgées qui prennent soin d'autres personnes âgées. Il faudrait tenir compte de cet aspect en revoyant le document. Certaines délégations ont indiqué qu'elles feraient des commentaires supplémentaires sur le plan par écrit.

126. Notant que la Stratégie et le Plan d'action se fondaient sur une vue générale de la Région, une déléguée a indiqué que chaque pays devrait évaluer son propre système de santé mentale en utilisant la méthodologie standardisée de l'OMS s'il le souhaitait pour éviter toute extrapolation automatique des concepts, modèles de soins et structures institutionnelles. Son gouvernement ne trouvait pas que l'activité nationale proposée 1.1.4 était appropriée car elle constituait une ingérence dans les politiques publiques d'un pays et n'entrait pas dans la portée de la mission de l'OPS qui est d'apporter un soutien technique aux efforts locaux.

127. Le Dr José Luis Di Fabio (Manager de domaine, Technologie, Soins de santé et Recherche, BSP) a remercié les délégués de leurs suggestions concernant le Plan d'Action et leur souhait de travailler avec le Bureau pour améliorer les indicateurs.

128. Le Dr Jorge Rodríguez (Conseiller senior, santé mentale, incapacités et réadaptation, BSP) a indiqué qu'en préparant la Stratégie et le Plan d'action, le Bureau avait reçu une information et des contributions d'un grand nombre d'États Membres ainsi que des Centres collaborateurs et autres organisations. La contribution constante des États Membres serait importante non seulement pour finaliser le Plan d'action mais également pour sa mise en œuvre, en s'inspirant de l'expérience des pays de la Région. Reconnaissant la valeur de la coopération horizontale, il a noté que certains pays de la Région étaient déjà en train de réaliser de telles activités de coopération. Il pense également que certains indicateurs doivent être perfectionnés. Le problème est complexe, au vu de l'énorme manque d'informations, faisant qu'il est ardu d'avoir des indicateurs adéquats pour tous les pays. Le Domaine stratégique 5 du Plan d'action vise précisément à combler cette lacune. Le Plan cherche également à réduire le déficit en ressources, dont la majorité sont encore concentrées dans les hôpitaux mentaux. Il est d'accord sur la nature transversale de la santé mentale exigeant des approches interprogrammatiques. De telles approches, note-t-il, faciliteront la mobilisation de ressources. L'intégration de la santé mentale dans les systèmes de santé en général est indispensable dans le processus de modernisation des services de santé mentale.

129. Le Comité a adopté la Résolution CE144.R8, sous condition de révision du Plan d'action avant la session du Conseil directeur.

Plan d'action sur la santé des adolescents et des jeunes (Document CE144/13, Rév. 1)

130. Le Président a attiré l'attention sur le Document CE144/13, Rév. 1 et a ouvert la discussion.

131. Les délégués ont exprimé leur soutien pour le Plan d'action et ont décrit certaines des initiatives de santé des adolescents et des jeunes en cours dans leur pays. L'approche intégrée et inter-programmatique du Plan a fait l'éloge d'un grand nombre. Plusieurs délégués ont noté qu'il existait un chevauchement évident entre ce Plan d'action et d'autres stratégies, plans et initiatives pour la Région et ont souligné l'importance pour le BSP et les bureaux de pays de veiller à une coordination continue et une communication fluide entre tous les programmes, ainsi qu'une collaboration avec d'autres organismes du système des Nations Unies pour mettre en œuvre le Plan. Ils ont également souligné l'importance d'intégrer les activités financées par les donateurs, de cumuler les ressources et d'harmoniser les instruments.

132. Une déléguée a noté avec plaisir que la Convention des Nations Unies sur les droits de l'enfant constituait le fondement du Plan d'action et encourageait l'engagement des jeunes. Pour un autre délégué, il s'agit de reconnaître les droits et responsabilités des parents et autres personnes juridiquement responsables des adolescents pour leur donner directives et conseils sur les questions de santé sexuelle et reproductive, l'activité physique, le régime alimentaire et les risques de toxicomanie et autres comportements. Il pense également que les écoles ont une part importante à jouer dans la santé et le bien-être des jeunes.

133. La Déléguée du Mexique en appelait à l'OPS pour aider les pays à combattre l'influence des puissances corporations multinationales dont les produits, notamment l'alcool et le tabac, avaient un effet nuisible sur la santé des mineurs. Elle a également noté que son pays aurait du mal à travailler avec la fourchette d'âges des 10 à 24 ans proposée dans le Plan d'action car le Ministère de la Santé de son pays appliquait différents critères d'âge dans le cadre de ses programmes ciblant les jeunes.

134. Un certain nombre de suggestions ont été faites concernant les cibles et les indicateurs du Plan d'action. On a également proposé plusieurs amendements à la résolution. On a notamment souligné l'importance d'utiliser avec constance les termes 'adolescents', « jeunes » et « jeunes gens » et de délimiter clairement les groupes ciblés par les activités proposées. A cet égard, un délégué a proposé que certains termes et sigles mentionnés dans le Plan d'action soient définis plus clairement dans une annexe, par exemple les termes « adolescents », « jeunes » et « pays à impact élevé ». Un autre délégué a fait savoir que son pays aurait du mal à travailler avec la fourchette d'âge des

10 à 24 ans proposée dans le Plan d'action car le Ministère de la Santé de son pays appliquait différents critères d'âges pour ses programmes ciblant les jeunes. On se demandait d'ailleurs si certaines des cibles, aussi louables qu'elles soient, ne risquaient pas d'être trop ambitieuses pour que l'OPS à elle seule s'y attaque, par exemple celle stipulant une réduction dans le nombre de décès causés par les accidents de la route. Plusieurs délégations ont indiqué qu'elles présenteraient des commentaires et suggestions supplémentaires par écrit.

135. La Représentante du Fonds des Nations Unies a félicité l'OPS pour son rôle de chef de file dans le domaine de la santé des adolescents et des jeunes notant que l'Organisation avait pris une parte importante dans la coordination entre les divers organismes des Nations Unies. Elle a passé en revue certaines initiatives de collaboration entre l'UNFPA et l'OPS au fil des ans, encourageant la santé des adolescents et des jeunes, et a indiqué qu'il fallait des programmes répondant aux besoins spéciaux de santé physique et mentale des jeunes dans le groupe d'âge des 20 à 24 ans.

136. Le Dr Gina Tambini (Manager de domaine, Santé familiale et communautaire, BSP) a indiqué que le Plan d'action avait été mis au point en participation avec les parties concernées, le personnel du BSP, les organismes des Nations Unies, des homologues aux niveaux sous-régional et national et les adolescents et jeunes eux-mêmes. L'OPS cherche par tous les moyens à vérifier que les conseils techniques au niveau des pays travaillent de manière plus intégrée pour faciliter la coordination dans des domaines importantes pour les pays, surtout par rapport aux Objectifs du Millénaire pour le Développement et les actions pour les populations vulnérables y compris les jeunes et les adolescents.

137. Répondant à un commentaire sur les ressources pour la mise en œuvre du Plan, elle a indiqué que l'OPS accordait une grande importance à l'Objectif stratégique 4 du Plan stratégique de l'Organisation. On cherchait à augmenter le soutien financier pour cet objectif, surtout par le biais de ressources extrabudgétaires. Le Bureau était engagé à travailler avec tous les pays de la Région pour partager les expériences et exploiter les possibilités de coopération horizontale. La coordination était difficile mais des progrès sont faits grâce à de nouveaux modèles de gestion. Le Plan d'action permettra aux pays et aux organisations de travailler ensemble en plus étroite collaboration encore. La création de groupes horizontaux sur l'ensemble du Bureau faciliterait également l'approche intégrée.

138. Le Dr Matilde Maddaleno (Conseillère senior, Santé des adolescents, BSP) a fait savoir qu'elle avait pris note des recommandations faites par les délégués. Elle réalise que le Plan d'action était très ambitieux mais sa grande force réside dans le fait qu'il se base sur un accord inter organisations. Le personnel de l'OPS avait rencontré des représentants de tous les organismes des Nations Unies dans la Région, qui avaient convenu des actions et du financement du Plan. Grâce au cumul des ressources pour la première enquête des Caraïbes, environ 1 million USD était disponible actuellement. Ces

fonds ne viennent pas directement au BSP mais les organismes concernés placeront des ressources dans différents pays pour la seconde enquête des Caraïbes. De plus, 9 millions USD sont disponibles au Honduras pour un projet de santé sexuelle et reproductive qui sera mis en œuvre conjointement par l'UNFPA, le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) et le BSP. Le Bureau travaillait avec l'agence de développement de l'Espagne dans le cadre d'une initiative pour les jeunes autochtones. Se rapportant à la préoccupation soulevée concernant les fourchettes d'âge, elle a expliqué que les organismes concernés cherchaient à obtenir un consensus sur les âges utilisés dans les programmes et les rapports connexes.

139. Le Dr Socorro Gross (Sous-directrice, BSP) a observé que le Plan d'action était particulièrement important dans les circonstances actuelles, considérant d'une part l'opportunité démographique dans la Région et d'autre part les taux élevés de mortalité maternelle, d'infection par le VIH/SIDA et traumatismes et suicides parmi les adolescents et les jeunes.

140. Le Comité a adopté la résolution CE144.R6 sur ce point de l'ordre du jour.

Plan d'action pour la mise en application de la politique en matière d'égalité entre les sexes (Document CE144/14)

141. L'Ambassadeur Lionel Maza (Représentant du Sous-comité de programme, budget et administration), en introduisant ce thème, indique que le Sous-comité a jugé que le Plan d'action était complet, novateur, dûment réfléchi bien que certains membres aient également noté plusieurs domaines où le Plan pourrait être renforcé. On a notamment jugé que certains des indicateurs proposés pourraient être clarifiés, élargis ou réorientés. Le Bureau a été prié d'identifier des indicateurs mis au point par d'autres organisations internationales ou par des entités nationales qui pourraient s'avérer utiles pour suivre les progrès au niveau de l'application de la politique en matière d'égalité entre les sexes. On a souligné l'importance de vérifier le caractère comparable des indicateurs entre les pays et également de retenir des indicateurs pouvant étayer la prise de décisions. Plusieurs délégués ont noté que le Plan d'action proposé offre d'amples possibilités de collaboration entre les pays et ont relevé la valeur du partage des expériences et des leçons retenues dans le cadre des initiatives d'égalité entre les genres mises en œuvre au niveau des pays.

142. Le Comité exécutif s'est montré très en faveur du Plan d'action proposé, le jugeant un solide cadre intégral pour continuer les activités vers l'équité entre les genres, tant de la part du Bureau sanitaire panaméricain que des États Membres. Les domaines stratégiques du Plan sont jugés clairs et faisables et on reconnaît la contribution éventuelle qu'il peut faire à la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement et autres buts d'égalité entre les sexes. Le Comité a insisté sur le fait que l'OPS et les États Membres doivent allouer des ressources suffisantes et assurer

l'infrastructure et les capacités nécessaires pour mettre en œuvre le Plan. Plusieurs délégués ont décrit les initiatives politiques et législatives dans leurs pays visant à arriver à l'égalité entre les sexes dans le domaine de la santé reproductive et autres domaines.

143. On s'est félicité du rôle prédominant de l'OPS dans la recherche de l'égalité entre les sexes en santé, tel que décrit dans l'Annexe A-2 au Document CE144/14, a été mis en avant. On a note que deux membres du Comité exécutif —Bolivie et Mexique—avaient remporté le prix BSP pour l'intégration des questions du genre dans le secteur de la santé. Ce type de concours est un excellent moyen de partager les expériences et de renforcer la base de données de l'Organisation sur les meilleures pratiques concernant l'intégration/transversalité des questions liées au genre.

144. On a proposé plusieurs modifications des indicateurs du Plan d'action. Il serait utile par exemple d'intégrer des indicateurs conçus pour évaluer la qualité des activités proposées. Dans le cas des indicateurs pour l'objectif 1.1, on pourrait ajouter un indicateur pour évaluer la qualité de l'analyse du genre faite dans l'édiction 2012 de la *Santé des Amériques*. Un travail plus détaillé devrait être fait de l'indicateur se rapportant aux contributions des soins de santé non rémunérés aux comptes nationaux de la santé pour spécifier la nature précise de ces contributions et déterminer leur place dans les comptes de la santé. D'autres indicateurs devront être réalignés : par exemple, l'indicateur sur les outils pour l'analyse du genre et de la santé sous l'objectif 2.1 devrait mesurer pas simplement la fréquence de l'évaluation de tels outils mais évaluer aussi s'ils profitent véritablement à l'utilisateur et aboutissent à des améliorations effectives.

145. La Déléguée des États-Unis d'Amérique a suggéré que le Bureau et les États Membres utilisent le système Quick Health Data Online de son gouvernement (http://www.healthstatus2010.com/owh/), outil utile pour obtenir et analyser rapidement les données sur le genre, la race, l'ethnie, l'âge et autres variables démographiques servant à la formulation de politiques.

146. Dans l'optique de l'approche « Une seule ONU » à l'intégration du genre dans les politiques publiques, le Délégué du Suriname a proposé d'ajouter un nouveau paragraphe à la résolution proposée sur ce point de l'ordre du jour, demandant aux États Membres et au Directeur de promouvoir et de renforcer les partenariats avec d'autres organismes des Nations Unies et avec d'autres organisations pour soutenir la mise en œuvre du Plan d'action.

147. Le Dr Marijke Velzeboer-Salcedo (Conseiller senior, Genre, Ethnie et Santé, BSP) a remercié le Comité pour son soutien au Plan d'action, notant que le Bureau avait amplement consulté les représentants des États Membres lors de la rédaction du Plan. De nature souple, celui-ci pouvait d'ailleurs être modifié et peaufiné si nécessaire au fur et à mesure qu'il sera déployé. Le Bureau savait que certains indicateurs restent faibles et cherchait à les renforcer. Dans le cas de l'indicateur sur les comptes nationaux de la

santé, une réunion était prévue avec les principales parties concernées pour ébaucher une stratégie intégrant la contribution de la main-d'œuvre non rémunérée. Cette stratégie devait dégager de meilleurs indicateurs.

148. Elle convenait de l'importance d'inclure des indicateurs pour mesurer l'impact des activités entreprises. Elle a cité comme exemple d'un tel impact l'initiative de formation en matière d'analyse du genre, réalisée dans les Caraïbes, qui a permis de dresser un profil de l'infection à VIH dans la perspective du genre, susceptible d'être utilisé pour renforcer les politiques publiques sur le VIH/SIDA. Concernant l'indicateur de l'analyse du genre dans la publication phare de l'OPS, *Santé dans les Amériques,* elle note que le volume régional avait reçu de très bons commentaires dans l'évaluation faite par l'OMS de l'édiction de 2007 mais que les chapitres des pays ne présentaient pas suffisamment de données désagrégées et ne faisaient pas non plus l'analyse de l'information dans l'optique genre et ethnie. Le Bureau s'efforçait de combler ces lacunes dans l'édition de 2012.

149. Elle a félicité la Bolivie et le Mexique qui ont remporté le prix sur l'intégration du genre, notant que la Bolivie était lauréate à deux reprises. Elle encourage vivement tous les États Membres à contribuer leurs expériences à la base de données de l'Organisation sur les meilleures pratiques.

150. En dernier lieu, elle félicite l'amendement proposé par le Suriname et assure le Comité que l'OPS travaille en étroite collaboration avec d'autres organismes dans le système des Nations Unies en ce qui concerne l'intégration/transversalité du genre.

151. La Directrice a indiqué que l'Organisation travaillait également avec d'autres organisations dans le système interaméricain et avec un réseau d'ONG engagés dans les questions de l'intégration du genre et l'autonomisation des femmes. Elle note avec plaisir le travail effectué au niveau national visant à faire avancer l'égalité entre les genres sur le plan de la santé. Les personnes prenant à ces initiatives seraient des partenaires appréciés par le Bureau dans la mise en œuvre du Plan d'action.

152. Le Comité a avalisé le Plan d'action, adoptant la Résolution CE144.R4.

Cadre de politique pour le don et la transplantation d'organes humains (CE144/15, Rév. 1)

153. Le Président a attiré l'attention sur le Document CE144/15, Rév. 1 et a ouvert la discussion.

154. Le Comité note avec satisfaction les efforts de l'OPS en vue de formuler un cadre de politique pour le don et la transplantation d'organes humains, soulignant le besoin de disposer d'un solide système de réglementations basées sur les principes éthiques afin de vérifier la sécurité et innocuité du prélèvement et transplantation d'organes et l'accès

équitable aux dons de cellules, tissus et organes. Il est également très important de décourager la commercialisation des organes et d'encourager les dons altruistes au même qu'il est important d'arriver à l'auto-suffisance au niveau des dons d'organes. Les délégués ont indiqué qu'il fallait encourager les dons des personnes décédées tout en garantissant également la protection et le suivi et soins des donneurs vivants, après la transplantation.

155. Une déléguée a remis en question l'importance accordée dans le document et la résolution proposée aux directives et recommandations du Réseau/Conseil ibéroaméricain sur les dons et transplantations (RDCIT), notant que ce ne sont pas tous les États Membres de l'OPS qui font partie de RDCIT. Elle a encouragé le Bureau à utiliser comme fondement du cadre les Principes directeurs revus de l'OMS sur la transplantation de cellules, tissus et organes humains. Elle a également remarqué qu'un grand nombre de pays européens mentionnés dans le paragraphe 4 du document, dont les taux de dons d'organes sont donnés comme niveaux à atteindre aux États Membres de l'OPS, ont des politiques de consentement présumé, contrairement à un grand nombre de pays des Amériques. Elle est d'avis qu'il faudrait encourager les États Membres de l'OPS à augmenter leurs taux de dons en sensibilisant à la question, en encourageant la formation des coordinateurs des transplantations et autres mesures.

156. Le Délégué d'Haïti a demandé pourquoi le paragraphe 2(f) de la résolution proposée se rapporte spécifiquement aux pays des Caraïbes anglophones plutôt qu'aux Caraïbes en général. Il demande également si les références dans la résolution aux « cellules humaines » englobent également les cellules souches embryonnaires. Au vu du débat animé sur ce sujet dans le monde, il pense que le texte de la résolution devrait indiquer clairement que la référence aux cellules humaines ne comprend pas les cellules embryonnaires.

157. Le Comité soutient pleinement les Principes directeurs de l'OMS sur la transplantation des cellules, tissus et organes humains. Certains membres pensaient pourtant que, si la soixante deuxième Assemblée mondiale de la Santé avait décidé d'attendre jusqu'en 2010 pour envisager les Principes directeurs revus, il serait prématuré pour les Organes directeurs de l'OPS d'adopter une résolution en la matière. Si le 49e Conseil directeur devait adopter la résolution, faudrait-il alors, tel que l'a demandé un délégué, adopter une autre résolution après l'approbation des Principes directeurs par l'Assemblée de la santé.

158. Le Dr José Luis Di Fabio (Manager de domaine, Technologie, Soins de santé, et Recherche, BSP) a noté que les Principes directeurs revus avaient été discutés par le Conseil exécutif de l'OMS et qu'une résolution avait été adoptée. Lorsque le Bureau a rédigé son document et la résolution proposée, on supposait que le document et la résolution du Conseil exécutif seraient présentés aux fins d'approbation à l'Assemblée mondiale de la Santé en mai 2009. Tel que le savaient les membres, cela n'a pas été

possible. Toutefois, au vu de l'importance de la question, on a jugé bon de continuer la discussion sur ce thème au sein de l'OPS et de présenter une résolution donnant un cadre de référence au travail fait par le Bureau et les États Membres. Le Comité pouvait bien sûr décider de remettre à plus tard l'adoption d'une résolution au niveau régional jusqu'au moment où l'Assemblée mondiale de la Santé approuve les Principes directeurs revus. Quel que soit le cas, l'OPS continuera à fournir un soutien aux États Membres concernant les dons et les transplantations des organes, en insistant sur l'importance de se donner des mesures juridiques appropriées fondés sur les Principes directeurs pour réglementer les dons et transplantations d'organes et assurer un accès équitable aux organes donnés. Répondant à la question de savoir si une nouvelle résolution serait nécessaire en 2010, il ne pensait pas que ce serait le cas puisque les Principes directeurs évoqués dans la résolution existaient déjà, ayant été adopté en 1991. L'Assemblée mondiale de la Santé fera simplement une mise à jour de ces mêmes Principes.

159. Il a expliqué que la référence dans la résolution aux « cellules humaines » ne comprenait pas les cellules souches embryonnaires, justement parce que la discussion sur ce sujet est loin d'être close et a fait savoir que la référence aux « Caraïbes anglophones » serait changée pour se rapporter à tous les pays des Caraïbes.

160. Le Comité a adopté la résolution CE144.R12 sur ce thème.

Santé et tourisme (Document CE144/16)

161. Le Président a attiré l'attention sur le Document CE144/16 et a ouvert la discussion.

162. Le Comité a souligné l'importance du tourisme pour le développement durable des pays de la Région, surtout au vu de la présente crise économique internationale, de la grippe A (H1N1) et de l'apparition ou réapparition d'autres maladies transmissibles comme la dengue. On a reconnu le rôle du tourisme comme moyen de générer des revenus et, partant, d'améliorer la santé des personnes vivant dans les régions touristiques. On a également noté la pertinence de l'initiative de l'OPS sur la santé et le tourisme face à la Déclaration de l'engagement de Port of Spain sur la sécurisation de l'avenir grâce à la prospérité humaine, à la sécurité de l'énergie et la durabilité de l'environnement, adopté récemment par le cinquième Sommet des Amériques.

163. Le tourisme de santé, surtout le tourisme pour les transplantations, a été retenu comme un problème soulevant de graves préoccupations sur le plan de l'équité et de l'accès aux soins de santé. La Déléguée de l'Argentine a noté que les pays du Marché commun du Sud (MERCOSUR) avaient signé un accord visant à mettre fin et à sanctionner le tourisme entrepris aux seules fins d'obtenir des transplants. Elle a également souligné que les touristes devaient prendre les précautions nécessaires pour éviter les éventuels risques de santé, lorsqu'ils se déplacent à l'étranger, où ils n'auront pas toujours un accès facile aux soins de santé.

164. Certains délégués pensaient que le document sur ce point de l'ordre du jour n'était pas assez clair et que son orientation devait être mieux articulée avant qu'il ne soit présenté au Conseil directeur. On a suggéré de donner des définitions de termes comme « santé touriste » et « tourisme de la santé » et d'expliquer plus clairement le lien entre l'analyse situationnelle générale et la proposition de création d'un forum régional sur le tourisme de la santé. En ce qui concerne ce dernier point, on a indiqué que si les fonctions du forum étaient données dans les grandes lignes, par contre le document n'indiquait pas comment les diverses questions soulevées seront traitées. On a également noté que la résolution proposée demandait à la Directrice de formuler un plan d'action régional alors que le document ne présente aucun objectif, indicateur ou activité pour un tel plan. Il sera important que tout éventuel plan d'action établisse le lien avec d'autres parties concernées dans le cadre de l'Organisation des Etats américains. Un délégué, mentionnant les paragraphes 4(b) et 4(e) du document, a indiqué que le tourisme durable n'entrait pas dans la portée de l'OPS. Plusieurs délégués pensaient que les implications financières de la résolution proposée avaient été sous-estimées surtout au vu de la grippe pandémique et ses coûts pour les régions touristiques. Ils ont demandé au Bureau de revoir les chiffres budgétaires avant le Conseil directeur.

165. Le Dr Luiz A. Galvão (Manager de domaine, Développement durable et santé environnementale, BSP) a remercié les délégués de leurs commentaires et suggestions. Le Bureau étudiera les accords existants dans le domaine de la santé et du tourisme qui pourraient être utiles pour préparer la version finale du document. En ce concerne la mission du BSP dans le domaine du tourisme durable, il a fait mention des questions de santé entrant dans le tourisme durable, par exemple la salubrité de l'eau et la qualité des aliments. Le Bureau remanierait le document pour montrer clairement que son soutien au tourisme durable ne concernait qu'un aspect de son travail sur la santé et le tourisme. Sur le plan des coûts, il indique que le travail du Bureau vise à soutenir les actions existantes et à faciliter le dialogue régional. Ne s'agissant pas d'une intervention technique, les estimations restent modestes. Elles devront pourtant être revues au vu de l'impact de la grippe pandémique.

166. La Directrice a indiqué que le travail de l'Organisation concernait la relation entre la santé et le tourisme mais il n'était pas prévu de mettre en place une unité spéciale dotée de son propre budget. L'OPS collaborait avec la Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes (CEPAL) pour adapter une méthodologie utilisée par les institutions financières internationales pour mesurer l'impact économique des catastrophes naturelles. La méthodologie est utilisée pour étudier l'impact de la grippe pandémique et notamment de son impact sur le secteur du tourisme. Dans le cadre de son travail sur la santé et le tourisme, l'OPS collabore avec d'autres organisations internationales, dont l'Organisation internationales du tourisme, l'Organisation des Etats américains, la Banque mondiale et diverses associations du tourisme.

167. Le Comité a adopté la résolution CE144.R14 sur ce point de l'ordre du jour, à la condition que soit révisé le document conformément aux commentaires et suggestions des membres du Comité.

Réseaux intégrés de services de santé fondés sur les soins de santé primaires (Document CE144/17)

168. Le Président a attiré l'attention sur le Document CE144/17 et a ouvert la discussion.

169. Le Comité exécutif soutient pleinement la mise en place et le renforcement des réseaux intégrés de services de santé (RISS) fondés sur les soins de santé primaires (SSP), qui sont vus comme un moyen d'améliorer l'état de santé, de réduire les inégalités sur le plan de la santé, d'étendre la couverture, de renforcer la qualité des soins et d'endiguer les coûts de soins de santé en réduisant la dépendance des soins secondaires et tertiaires qui sont onéreux. On a également noté la contribution que de tels réseaux peuvent faire à la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement. Important par ailleurs que ces soins soient disponibles aussi proches que possible du domicile des personnes. Plusieurs délégués ont décrit les efforts faits par leur pays pour garantir l'accès universel aux soins de santé par le biais des réseaux intégrés de services de soins de santé primaires. On a insisté sur le fait que toute stratégie d'amélioration des systèmes de santé devait reposer sur les meilleures données probantes disponibles.

170. Si les problèmes de segmentation et de fragmentation ont été reconnus, on est pourtant d'accord sur la valeur des partenariats publics-privés pour aider à réduire les coûts et à étendre la couverture. Le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme a été cité comme un exemple de partenariat public-privé réussi.

171. L'OPS a été encouragée à coordonner son travail en ce domaine avec celui de l'OMS et d'utiliser les stratégies et cadres existants, par exemple le cadre d'action de l'OMS présenté dans la publication *Everybody's Business : Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes*, the Making Health Systems Work series et le *Rapport sur la santé dans le monde 2008 : Soins de santé primaires—Maintenant plus que jamais*.

172. Concernant le document et la résolution proposée sur ce point de l'ordre du jour, on pensait que la définition des « réseaux intégrés de services de santé (RISS) » dans le document devait être plus détaillée avec des exemples plus clairs. On propose également d'expliquer le terme « soins appropriés ». Une déléguée, notant que le paragraphe 10 du document semble indiquer un changement par rapport aux programmes axés sur les maladies prioritaires, insiste sur le fait que ces programmes devraient continuer à faire partie intégrante des efforts inclusifs pour améliorer la santé de tous. Un autre délégué souligne la nécessité de fixer des cibles et indicateurs clairs pour arriver à mesurer les progrès faits dans le renforcement des systèmes de santé par le biais de la mise des

réseaux intégrés de services de santé. Un troisième délégué propose de changer les termes. A la place de l'équité entre les genres, le document pourrait mentionner de manière plus générale la non discrimination, l'équité et la justice sociale qui englobent le concept de l'équité entre les genres. Le même délégué propose également d'inclure des exemples sur les déterminants sociaux de la santé aux exemples des instruments de politiques et mécanismes institutionnels pour la création des réseaux intégrés de services de santé. Soulignant l'importance cruciale des ressources humaines pour la mise en place réussie des réseaux intégrés, il attire l'attention sur les questions d'équité, surtout en ce qui concerne les différences salariales entre les deux sexes. Au vu de la discussion par le Comité de la santé familiale et communautaire (voir paragraphes 199 à 205 ci-après), un délégué a suggéré que la résolution proposée encourage les États Membres à préparer un plan d'action national encourageant la création de réseaux intégrés de santé avec une approche santé familiale et communautaire comme modalité préférée pour la prestation de services de santé.

173. Le Dr Hernán Montenegro (Conseiller senior, Systèmes de santé et Protection sociale, BSP) a expliqué que le Document CE144/17 était une version abrégée d'un document de position bien plus long qui donnait une information plus complète avec la définition des termes. Le Bureau révisera le document qui sera présenté au Conseil directeur au vu des commentaires du Comité et cherchera à élargir et à clarifier certaines des définitions. Toutefois, en ce qui concerne la définition des « réseaux intégrés de services de santé », le terme était difficile à définir, car un certain nombre de définitions différentes existent dans la littérature sur le sujet. Celle donnée dans le Document CE144/17 est adaptée du travail de Stephen Shortell, éminent expert en la matière. Elle a été discutée et avalisée par les participants des diverses consultations nationales, sous-régionales et régionales mentionnées dans le paragraphe 7 du document.

174. Les définitions ont été laissées générales et vagues à dessein pour qu'elles soient suffisamment souples pour s'adapter aux différences dans l'organisation et la gestion des services de santé dans les divers pays de la Région. Ce qui constitue des « soins appropriés » peut varier en effet d'un pays à un autre bien qu'en général, le terme signifie que les soins sont dispensés dans les délais indiqués et dans un contexte approprié par le personnel approprié utilisant une technologie appropriée.

175. Bien que le document ne se destine pas être un plan d'action – précisément parce que les caractéristiques et les besoins des États Membres diffèrent grandement- le Bureau cherchera néanmoins à retenir certains indicateurs génériques, tel que proposé par le Comité. Le but du document est de proposer une stratégie pour opérationnaliser le renouvellement des soins de santé primaires au niveau des services de santé et de mettre ainsi en pratique les principes de soins de santé primaires dont fait mention le *Rapport sur la santé dans le monde 2008* et diverses résolutions de l'Assemblée mondiale de la Santé. La proposition contenue dans le Document CE144/17 devait contribuer en particulier à l'application de la Résolution WHA 62.12 dans la Région, notamment à la

priorité donnée dans la résolution à l'accès universel et aux soins de santé axés sur les gens.

176. Tel que le note le document (dans le paragraphe 18), il n'existe que peu de données empiriques sur les résultats des modèles de soins intégrés, surtout pour les pays à faibles et à moyens revenus. Le Bureau cherche à identifier les meilleures pratiques et à renforcer la base de données probantes par le biais entre autres de 11 études de cas réalisées actuellement dans divers pays. Aussi, est-il heureux de recevoir les rapports des délégués sur les expériences de leur pays et encourage-t-il d'autres États Membres à partager également l'enseignement retiré de leurs expériences concernant la mise en place des systèmes de services de santé intégrés sur la base des SSP.

177. Il est pleinement d'accord sur la valeur potentielle des partenariats publics-privés. Tel qu'indiqué dans le paragraphe 16 du document, l'intégration des réseaux permet de forger un certain nombre de partenariats entre les prestataires de soins de santé, y compris les prestataires les prestataires publics et privés, et même les prestataires d'autres pays dans le cade de régions frontalières ou les arrangements de services partagés qui existent entre certains pays des Caraïbes.

178. Concernant les ressources humaines pour les réseaux intégrés, il note que de nouvelles compétences seront nécessaires, par exemple l'aptitude à travailler dans des équipes multidisciplinaires, et de nouvelles positions devront être créées, par exemple celle du responsable des soins intégrés. Et, chose encore plus importante, les données disponibles nous montrent qu'un RISS ne fonctionnera bien que si le personnel se sent apprécié, ce qui veut dire qu'il travaille dans de bonnes conditions et avec un salaire décent. Ce personnel doit également avoir l'occasion de participer à la prise de décisions au sein du réseau.

179. La Directrice a observé que l'éducation des professionnels de la santé relevait d'un long processus et qu'il fallait donc travailler avec une vision à long terme pour former les ressources humaines et développer les compétences pour un modèle de soins intégrés. Ce n'est pas tant que les systèmes des Amériques manquent de ressources humaines, ce qui les afflige, c'est le gaspillage et les occasions ratées, à cause de l'extrême segmentation et fragmentation qui caractérisent ces systèmes.

180. Le dessein du Bureau en rédigeant le document et le guide de position plus élaboré sur lequel il se fonde est d'apporter un cadre conceptuel au renforcement des systèmes de santé basés sur les soins de santé primaires. L'intégration des services de santé est vue comme un aspect important d'un tel effort. De plus, conformément à l'approche du cycle de la vie contenue dans de nombreux plans d'action et stratégies adoptés récemment par les Organes directeurs de l'Organisation, on juge qu'il est important d'explorer les meilleures manières d'organiser les services de santé pour

répondre aux divers besoins de santé et déterminants sanitaires des différents groupes de la population.

181. Le Comité a adopté la Résolution CE144.R7 avec l'amendement concernant la santé familiale et communautaire.

Réforme institutionnelle du Centre d'Information sur les Sciences de la Santé pour l'Amérique latine et les Caraïbes (BIREME) (Documents CE144/18 ; CE144/18, Rév. 1 ; et CE144/18, Add. I)

182. L'Ambassadeur Lionel Maza (Représentant du Sous-comité de programme, de budget et d'administration) a indiqué que le Sous-comité avait pris connaissance lors de sa troisième Session d'une mise à jour sur le statut de développement d'un nouveau cadre institutionnel pour BIREME. Le nouveau cadre proposé comprend trois instruments juridiques – statut, accord du Siège et accord des installations physiques – à la base d'une nouvelle structure de gouvernance et assurant une source stable et équilibrée de financement pour le travail de BIREME. Le Sous-comité avait examiné un projet des Statuts. Certains membres du Sous-comité pensaient toutefois qu'ils n'avaient pas eu suffisamment de temps avant la session pour revoir ce projet de statuts et ils avaient proposé que les discussions continuent électroniquement via SharePoint. Le feedback obtenu lors de cette discussion électronique a été intégré dans les statuts révisés joints au Document CE144/18, Rév.1.

183. Le Dr Heidi Jiménez (Conseillère juridique, BSP) a indiqué que le Bureau avait travaillé en étroite collaboration avec le Gouvernement du Brésil et diverses autres parties intéressées à formuler et à revoir le statut proposé présenté actuellement au Comité et qui comprenait de fait les modifications suggérées par les États Membres suivant la troisième session du SPBA. Le Bureau était d'avis que le statut apporterait une base solide à la gouvernance du Centre. Le Comité était invité à envisager le Statut et à le communiquer au Conseil directeur aux fins de son approbation en septembre 2009.

184. Dans la discussion qui a suivi, plusieurs amendements ont été proposés aux articles IV (Membres), VI (Comité consultatif), VII (Comité scientifique), et VIII (Secrétariat) du projet de statut.

185. La déléguée du Brésil note avec satisfaction la mise au point d'un solide cadre institutionnel pour la gouvernance, la gestion et le financement de BIREME et fait état du solide engagement de son Gouvernement pour le travail du Centre à l'avenir. Dans ses 42 ans d'histoire, le Centre s'est avéré un excellent instrument de partage et de diffusion de l'information sanitaire. Il a amélioré grandement l'accès à l'information scientifique pour les professionnels et décideurs de la santé dans les pays de l'Amérique latine et des Caraïbes et a également renforcé les capacités des pays à produire une telle information. En facilitant et en démocratisant l'accès à l'information par le biais de sa Bibliothèque de santé virtuelle, BIREME a aidé à réduire les inégalités et à combler les lacunes entre les

pays en développement et les pays développés, contribuant par la même à la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement dans la Région. BIREME est également une importante ressource stratégique dont le potentiel devrait être pleinement exploité. Le Gouvernement du Brésil pense que les Amériques devraient formuler une politique régional d'information sanitaire, en s'inspirant de l'expérience et des réussites de BIREME.

186. La Directrice a fait mention des 42 années de riche collaboration entre l'OPS et le Gouvernement du Brésil par le truchement de BIREME. En effet, non seulement le Centre a-t-il apporté une coopération technique, renforcé les capacités et élargi l'accès à l'information scientifique et technique, mais il a également contribué de manière notable au développement et à l'uniformisation de la terminologie de l'espagnol et du portugais dans le domaine de la santé, apportant une grande aide aux pays des Amériques et aussi aux pays africains et à d'autres régions. Le Centre a joué un rôle pivot dans la mise en place de la Bibliothèque mondiale de santé de l'OMS.

187. Le Dr Jiménez avait proposé de rencontrer la délégation du Brésil et autres délégations intéressées pour revoir le Statut et intégrer les modifications proposées. Elle a annoncé par la suite que les amendements suivants avaient été portés aux articles : dans l'Article IV, paragraphe 1, les termes « états participants et membres associés » avaient été supprimés pour indiquer clairement que les États Membres de BIREME étaient tous les États Membres de l'OPS. Dans l'Article VI, le paragraphe 4(K), le mot « permanent » avait été enlevé car on souhaitait que chaque membre du Comité consultatif puisse demander à la Directrice de convoquer une session spéciale du Comité. Dans l'Article VII, paragraphe 1, la phrase « dans leur capacité individuelle » avait été effacée. Ce changement avait été fait pour indiquer clairement que les experts qui travaillent actuellement pour des organismes gouvernementaux puissent servir de membres auprès du Comité scientifique. Cependant, ces experts étaient nommés comme des spécialistes. Aussi, la dernière phrase du paragraphe indiquait que : « les membres du Comité scientifique seront nommés en tant que spécialistes avec rotation tous les trois ans. » Ces changements sont indiqués dans le Document CE144/18, Rév.1.

188. Le Comité exécutif a adopté la Résolution CE144.R24, recommandant que le 49e Conseil directeur approuve le nouveau cadre institutionnel pour BIREME, y compris le Statut proposé, tel qu'indiqué dans le Document CE144/18, Rév. 1.

Révision institutionnelle et réorganisation interne de l'Institut de nutrition de l'Amérique centrale et du Panama (INCAP) (Documents CE144/19, Rév. 1 et CE144/19, Add. I, Rév. 1)

189. L'Ambassadeur Lionel Maza (Représentant du Sous-comité de programme, budget et administration) a indiqué que le Sous-comité avait été informé qu'en janvier 2009, le Conseil directeur de l'INCAP avait assumé l'entière responsabilité de

l'administration de l'Institut, dès septembre 2009, et avait amendé en conséquence l'accord de base de l'INCAP. Le Sous-comité avait également été informé que la Directrice avait mis en place plusieurs groupes de travail pour traiter des diverses questions techniques, administratives et juridiques liées au transfert de la responsabilité administrative en cherchant à assurer une transition facile et à préserver les fonctions et leadership de l'Institut dans le domaine de la nutrition et de la sécurité alimentaire. Le Sous-comité avait pris note du rapport ainsi que de la décision du Conseil directeur de l'INCAP d'assumer la responsabilité d'une administration autonome de l'Institut en date de septembre 2009.

190. Le Dr Socorro Gross (Sous-directrice du BSP) a indiqué que le Document CE144/19, Rév.1 faisait le point du processus de réforme institutionnelle depuis la session du SPBA en mars. La plupart des documents essentiels pour le transfert de la responsabilité administrative au conseil directeur de l'INCAP avaient été approuvés. Le document donnant les termes de référence et la procédure à suivre pour choisir le prochain Directeur de l'INCAP sont en train d'être finalisés. Le Comité exécutif est prié d'adopter une résolution recommandant que le 49e Conseil directeur approuve le transfert de la responsabilité de la gestion de l'INCAP à son conseil directeur.

191. La Directrice a noté que, suivant à la recommandation de l'auditeur externe de l'OPS, également auditeur externe pour l'INCAP, l'Institut nommerait à présent son propre auditeur suite au transfert des responsabilités administratives.

192. Le Comité exécutif a pris note du rapport et a adopté la Résolution CE144.R20, recommandant que le Conseil directeur de l'OPS approuve le transfert de l'administration de l'INCAP à son conseil directeur.

Plan d'action pour la prévention de la cécité évitable et des déficiences visuelles (CE144/20)

193. Le Président a attiré l'attention sur le Document CE144/20 et a ouvert la discussion.

194. Le Comité exécutif a exprimé son ferme soutien au le Plan d'action. Plusieurs membres ont noté qu'il s'alignait parfaitement sur leurs plans nationaux pour la prévention de la cécité et des déficiences visuelles et certains ont décrit des programmes en cours dans leur pays. L'importance de la coopération entre pays dans ce domaine a été mise en avant et plusieurs délégués ont exprimé leur gratitude pour l'assistance que leur pays avait reçue par le biais de l'initiative de chirurgie oculaire de Cuba Operación Milagro (Opération Miracle).

195. Un délégué a demandé pourquoi le Plan fixait un but spécifique concernant la rétinopathie du prématuré (ROP), notant que la question n'était pas traitée explicitement dans le Plan d'action de l'OMS pour la prévention de la cécité évitable et des déficiences

visuelles (Document OMS A62/7). Le Délégué du Suriname, notant que les personnes de descendance asiatique couraient le plus de risque de rétinopathie diabétique dans son pays, a suggéré que l'objectif 1.2.2 dans le Plan, identifiant les hispaniques et les personnes d'origine africaine comme groupes à haut risques, devienne plus génériques en l'amendant et en le formulant de la manière suivante « groupes à hauts risques de certaines origines ethniques, suivant le pays. » Plusieurs délégués ont indiqué qu'ils feraient des commentaires par écrit sur le document et apporteraient des informations supplémentaires sur leurs initiatives nationales de prévention de la cécité.

196. Le Dr José Luis Di Fabio (Manager de domaine, Technologie, Soins de santé et Recherche, BSP), remerciant le Comité pour le soutien qu'il apporte au Plan d'action, a observé que la prévention de la cécité et des déficiences visuelles était inscrite au plan d'action inachevé des problèmes de santé dans la Région, considérant que 80% de la cécité peut être prévenue ou guérie à l'aide des technologies existantes.

197. Le Dr Juan Carlos Silva (Conseiller régional pour la prévention de la cécité, BSP) a expliqué que la rétinopathie du prématuré cause plus de la moitié des cécités infantiles en Amérique latine et aux Caraïbes, raison pour laquelle elle a été retenue comme priorité dans le Plan d'action qui a été mis au point conjointement avec des experts de nombreux pays de la Région. Remerciant le Délégué du Suriname de sa suggestion, il a indiqué que le Bureau allait supprimer la référence aux groupes ethniques spécifiques dans l'objectif 1.2.2. Il a affirmé que la coopération interpays était une composante importante du Plan.

198. Le Comité exécutif a adopté la Résolution CE144.R9, recommandant que le Conseil directeur approuve le Plan d'action sur la prévention de la cécité évitable et des déficiences visuelles.

Santé familiale et communautaire (Document CE144/21)

199. Le Président a attiré l'attention sur le Document CE144/21 et a ouvert la discussion.

200. Le Comité est heureux de noter l'inclusion du thème de la santé familiale et communautaire à l'ordre du jour des Organes directeurs en 2009 et souligne la nature transversale de ce point de l'ordre du jour et son lien avec d'autres questions discutées par le Comité, notamment la santé des adultes plus âgés, la santé des adolescents et des jeunes, et le renforcement des systèmes de santé basés sur les soins de santé primaires. Les délégués soulignent l'importance de renforcer les services de santé afin de répondre aux besoins particuliers des individus aux différentes étapes de leur vie, dans le contexte de leur famille et de leur communauté. Tout aussi important est le renforcement des services d'extension communautaire par le biais des équipes multidisciplinaires d'agents de santé. Le concept de la santé familiale et communautaire sera l'occasion pour de nombreux pays de passer d'une approche verticale traditionnelle aux soins de santé à une approche horizontale plus intégrée. Un délégué note l'importance d'évaluer les impacts

tant sanitaires qu'économiques des modèles de santé familiale et communautaire des pays de la Région au regard des initiatives de réforme de la santé en cours à l'heure actuelle et met en avant la valeur du partage d'expériences réussies et des meilleures pratiques. Plusieurs délégués ont décrit les expériences de leur pays concernant la mise au point et le renforcement de tels modèles et ont offert de partager l'information sur ces expériences avec le Bureau et d'autres pays de la Région.

201. Les soins de santé à base communautaire sont jugés la meilleure manière de promouvoir la santé et de renforcer le dépistage des maladies ainsi que le suivi et l'observance du traitement. En ce qui concerne la promotion de la santé, un délégué a noté l'importance de s'attacher aussi bien aux déterminants positifs de la santé qu`à ceux négatifs, par exemple la consommation d'alcool et les accidents de la route. Il met en exergue le rôle fondamental de la communauté et de la famille pour traiter ces risques, surtout parmi les adolescents et les jeunes.

202. L'approche santé familiale et communautaire est jugée particulièrement importante pour la prévention et le contrôle des maladies chroniques non transmissibles et pourtant, on a noté que de telles maladies n'étaient pas mentionnées dans l'Annexe A du Document CE144/21. On a proposé que l'Objectif stratégique 3 du Plan stratégique de l'OPS 2008-2012 soit inclus parmi les objectifs devant être renforcés et soutenus par le travail qui doit être fait en ce domaine. On a également suggéré que le document ainsi que la résolution proposée sur ce point de l'ordre du jour reconnaissent l'importance du genre et des approches interculturelles dans les services de santé familiale et communautaire.

203. La Représentante du Fonds des Nations Unies pour la population a mis en relief les approches interculturelles afin de répondre aux besoins en santé des peuples autochtones, surtout les besoins en santé reproductive des femmes autochtones. Elle souligne également l'importance d'encourager la co-responsabilité des hommes par rapport à la famille en tant que facteur crucial de la prévention de la violence et de la promotion de la santé sexuelle et reproductive.

204. Le Dr Gina Tambini (Manager de domaine, Santé familiale et communautaire, BSP) est encouragée par le soutien exprimé pour l'approche santé familiale et communautaire et remercie les délégués de leurs commentaires et suggestions, qui aideront le Bureau à renforcer son travail en ce domaine. Les expériences réussies et les meilleures pratiques constituent la base de l'approche mise en avant dans le document et le Bureau a l'intention de continuer à faciliter les échanges d'expériences entre les pays. Le Bureau pense que l'approche de santé familiale et communautaire est une ligne d'action transversale et convient de l'importance d'une telle approche pour le renforcement des systèmes et services de santé basés sur les soins primaires. Elle note le besoin de se donner une approche axée sur les gens visant à renforcer le bien-être et

l'autonomisation des individus, des familles et des communautés afin qu'ils deviennent les défenseurs et participants d'une meilleure santé.

205. Le Comité a adopté la résolution CE144.R5 sur ce point de l'ordre du jour, avalisant les approches intégrales et interculturelles à la santé familiale et communautaire.

Fonds renouvelable pour l'achat de vaccins de l'Organisation panaméricaine de la Santé (Document CE144/22, Rév. 1)

206. L'Ambassadeur Lionel Maza (Représentant du Sous-comité de programme, budget et administration) a indiqué que le Sous-comité avait discuté d'un document sur tous les mécanismes d'approvisionnement de l'OPS, dont le Fonds renouvelable pour l'achat de vaccins. On a informé le Sous-comité qu'un groupe de travail avait été créé en 2008 pour faciliter la coordination des activités de vaccinations de l'OPS avec celles de l'Alliance GAVI, surtout en ce qui concerne l'introduction de nouveaux vaccins dans les pays et les populations pauvres de la Région. Dans la discussion qui a suivi, les membres du Sous-comité ont fait savoir qu'ils soutenaient pleinement les mécanismes d'approvisionnement de l'OPS, surtout le Fonds renouvelable pour l'achat de vaccins. On a reconnu que le Fonds renouvelable avait aidé la Région à atteindre des taux de vaccination élevés, à réduire la morbidité et mortalité imputables aux maladies évitables par vaccin et à atteindre les buts d'éradication et d'élimination des maladies et qu'il avait également aidé à faciliter l'introduction de nouveaux vaccins.

207. La Déléguée des Etats-Unis, notant que son Gouvernement avait demandé que ce point soit porté à l'ordre du jour des Organes directeurs en 2009, a indiqué que, à son avis, la question clé à présent était de savoir dans quelle mesure le Fonds renouvelable était adapté à la nouvelle architecture mondiale de la santé et notamment quelle était sa relation avec GAVI. Il était très important de vérifier que le Fonds renouvelable et GAVI ne travaillent en allant dans des directions opposées et elle avait demandé que le Bureau révise le document avant la 144e Session du Comité exécutif en se concentrant uniquement sur le Fonds renouvelable et sa relation avec d'autres organisations internationales pour la santé, en particulier l'Alliance GAVI.

208. D'autres membres du Sous-comité se demandaient s'il valait la peine de tenir une discussion du Fonds renouvelable par les Organes directeurs de l'OPS puisque le Fonds était et restait satisfaisant. On a pourtant noté que certaines nuances n'étaient pas claires pour tous les États Membres et qu'une telle discussion permettrait donc une plus grande transparence et clarté sur les aspects en jeu. La Directrice tout en appréciant l'occasion de discuter du partenariat avec GAVI pensait qu'il serait préférable de tenir des discussions techniques sur le sujet ou d'organiser une réunion spéciale avec les parties intéressées, y compris les fournisseurs de vaccins.

209. Après une discussion supplémentaire, le Sous-comité a convenu que la question serait portée à l'ordre du jour du Comité exécutif, qu'une discussion technique informelle se tiendrait en dehors de la session formelle, avec la participation d'autres partenaires, dont des représentants de GAVI et que ce point de l'ordre du jour serait ensuite discuté par le Comité exécutif dans une session formelle.

210. Le Dr Socorro Gross (Sous-directrice de l'OPS) a introduit le Document CE144/22, Rév.1, notant qu'il ébauchait l'histoire, les caractéristiques et les principes conceptuels du Fonds renouvelable et ses avantages pour les États Membres de l'OPS. Puis, elle a récapitulé les points essentiels de la réunion technique spéciale qui s'est tenue sur le Fonds renouvelable le 23 juin 2009. Faisant ressortir certains des avantages du Fons renouvelable, elle a indiqué qu'il permettait aux États Membres d'acheter les vaccins au plus bas prix et permettait de prévoir la demande, aidant ainsi à accroître la production et à conférer stabilité et sécurité au marché des vaccins. Le Fonds aide également à réduire le temps d'attente entre la production d'un nouveau vaccin et son introduction dans les programmes de vaccination des États Membres. Il s'est avéré d'un rôle crucial pour les stratégies nationales et régionales de l'élimination et du contrôle des maladies évitables par vaccin et dans la réponse aux urgences épidémiologiques.

211. Se rapportant à la réunion technique spéciale, le Dr Gross a indiqué que les participants avaient exprimé un solide soutien pour le Fonds renouvelable en tant que moyen permettant d'assurer un accès universel à des vaccins de haute qualité au prix le plus bas possible. Le fonctionnement continu du Fonds a été jugé essentiel pour l'introduction de nouveaux vaccins. Une grande partie de la discussion avait porté sur le vaccin antipneumococcique conjugué ; les rôles respectifs du Fonds renouvelable, de l'Alliance GAVI et le mécanisme d'engagement à terme ou pré-engagement (Advance Market Commitment) pour le rendre disponible dans les pays des Amériques et ailleurs et le soi-disant conflit associé à une cause dans le contrat d'approvisionnement du Fonds renouvelable.

212. Elle explique qu'il existe deux types de vaccins antipneumococciques : le vaccin polysaccharide et le vaccin conjugué. Le vaccin pneumococcique polysaccharide, introduit en 2006 n'est pas recommandé pour les enfants de moins de deux. Il est administré aux personnes de plus de 65 ou aux personnes souffrant de maladies chroniques ou immunosuppressives. Le vaccin conjugué est recommandé pour les enfants de moins de 2 ans.

213. Actuellement, le vaccin polysaccharide 23-valent et le vaccin conjugué heptavalent sont achetés par l'intermédiaire du Fonds renouvelable. Le vaccin conjugué heptavalent n'est produit que par un seul fabricant. Un vaccin conjugué 10 valent, également produit par un seul fabricant, est également disponible mais n'est pas acheté par l'OPS, d'une part parce qu'il n'a pas encore été préqualifié par l'OMS et parce que le Directeur a déclaré un moratoire sur son achat en 2009. De plus, la Région attend la

préqualification en 2010 d'un vaccin 13 valent, qui serait efficace contre un plus grand de souches de virus pneumococcique circulant en Amérique latine et aux Caraïbes (84% versus 74% pour le vaccin 10 valent et 60% pour le 7 valent).

214. Le moratoire d'une année sur l'achat de vaccin 10 valent par le biais du Fonds renouvelable tenait à un soi-disant conflit venant d'une clause dans le contrat d'achat du Fonds, selon laquelle les fournisseurs du vaccin avaient convenu de vendre le vaccin au Fonds au plus bas prix. Le vaccin 10 valent est celui qui avait retenu comme vaccin cible pour lancer le mécanisme d'engagement à l'avance sur le marché dans les pays éligibles pour obtenir un financement de l'Alliance GAVI.

215. En 2007, trois des six pays éligibles pour GAVI dans les Amériques avaient formulé des propositions avec l'aide de l'OPS, aux fins d'obtenir un financement de GAVI, pour acheter le vaccin conjugué antipneumococcique 7 valent et leurs propositions avaient été approuvées. Sept des 36 pays éligibles dans la Région de l'Afrique et un des six pays éligibles dans la Région de la Méditerranée orientale avait présenté des demandes de financement à GAVI pour l'introduction du vaccin antipneumococcique, demandes qui ont également été approuvées. Ces derniers pays cherchaient à introduire le vaccin 10 valent et non pas le 7 valent car ce dernier n'offre pas de protection contre un grande de souches qui circulent en Afrique et dans la Méditerranée orientale.

216. Malgré l'approbation de leurs propositions, GAVI avait refusé d'octroyer le financement aux trois pays éligibles des Amériques pour l'achat du vaccin antipneumococcique conjugué 7 valent par le biais du Fonds renouvelable au prix négocié avec le fournisseur (26,35 USD par dose pour 2008, 21,75 USD pour 2009). Un groupe de travail OPS-GAVI avait été mis sur pied pour étudier la question et renforcer la collaboration entre l'Organisation et l'Alliance GAVI en vue de faciliter l'introduction de nouveaux vaccins et de garantir une couverture vaccinale durable et universelle dans les pays des Amériques.

217. Dans la discussion qui a suivi la présentation du Dr Gross, les délégués ont réaffirmé leur soutien pour le Fonds renouvelable et souligné l'importance de garantir un accès équitable à des médicaments et vaccins de haute qualité à des prix abordables. On a également insisté sur l'importance de la disponibilité de nouveaux vaccins par le biais du Fonds renouvelable. Une mention faite dans le document selon laquelle l'introduction de vaccin contre les rotavirus doublerait les coûts d'achat des vaccins pour les États Membres et l'introduction du vaccin antipneumococcique augmenterait de l'ordre de sept fois ces coûts a soulevé des préoccupations. Par ailleurs, on a noté les retards dans l'introduction du vaccin antipneumococcique dans les pays de la Région éligibles pour recevoir un soutien de GAVI. Ils ont demandé au Groupe de travail de chercher une résolution rapide de la situation causant ces retards et de trouver une solution au problème pouvant se présenter à l'avenir si un vaccin n'est disponible qu'auprès d'un

seul fournisseur. Les délégués souhaitaient également qu'on leur explique la nature du conflit entourant la clause de tarification dans le contrat du Fonds renouvelable.

218. Le Délégué du Suriname a indiqué que le cancer du col était une maladie prioritaire dans son pays et à demandé si le vaccin contre le papillomavirus humain (HPV), une des causes de la maladie, serait disponible par le biais du Fonds renouvelable. Les Délégués du Brésil et de l'Uruguay pensaient que le vaccin HPV devait être enlevé de la liste des vaccins à inclure sous peu dans le Fonds renouvelable car il n'existe pas suffisamment de preuves scientifiques sur le coût-efficacité lié à l'introduction du vaccin HPV.

219. La Déléguée des États-Unis a indiqué que certes était intéressante la présentation du Dr Gross axée sur le vaccin antipneumococcique mais elle n'allait pas au cœur du problème, à savoir la clause dans le contrat du Fonds renouvelable obligeant le soumissionnaire de l'appel d'offres à fournir le plus bas prix partout dans le monde pour le vaccin en question. Dans certains cas, le plus bas prix que les fournisseurs sont prêts à donner à l'Alliance GAVI risque d'être plus faible que le prix qu'ils étaient prêts à offrir au Fonds renouvelable pour les États Membres de l'OPS dont un grand nombre étaient des pays de revenus intermédiaires. Voici le problème auquel il fallait s'attaquer. Elle avait été encouragé d'entendre lors de la réunion technique que la Directrice avait l'intention de trouver un moyen de résoudre cette question et il pensait d'ailleurs qu'il serait relativement simple de le faire en modifiant le langage de la clause en question de sorte à laisser le Fonds renouvelable inchangé et de permettre aux fabricants d'offrir un prix compétitif à l'OPS sans décourager l'offre d'un prix différent à d'autres institutions internationales comme l'Alliance GAVI.

220. Le Dr Gross, rappelant la discussion du Comité sur le projet de budget pour 2010-2011 (voir paragraphes 35 à 62 ci-dessus) et les préoccupations exprimées par de nombreux délégués face à la crise économique actuelle dans leur pays, ne pensait pas que c'était un bon moment pour changer une clause contractuelle qui cherchait à vérifier le plus bas prix pour des vaccins achetés au nom des États Membres de l'OPS. Qui plus est, il n'y avait aucune raison de le faire puisque les stipulations de la clause n'empêchaient pas les pays d'autres régions à acheter le vaccin conjugué antipneumococcique 10 valent au prix convenu pour le mécanisme pilote de l'engagement à terme. Le moratoire d'une année sur l'achat du vaccin 10 valent avait été justement été établi pour permettre au mécanisme d'engagement à l'avance d'aller de l'avant. C'est la raison pour laquelle elle avait parlé d'un « soi-disant » conflit : le vaccin en jeu n'était pas le vaccin que l'OPS achetait par le biais du Fonds renouvelable et l'OPS ne chercherait pas à acheter le vaccin 10 valent même après le moratoire d'une année car l'Organisation attendait la préqualification du vaccin 13 valent.

221. Le Groupe de travail continuera à étudier diverses options pour faciliter l'introduction d'autres nouveaux vaccins avec des fournisseurs uniques qui doivent être

préqualifiés sous peu par l'OMS. Un de ces vaccins est celui contre la dengue qui revêt un grand intérêt pour les pays de la Région. Le Groupe de travail continuera à travailler sur d'autres questions liées à la viabilité une fois introduits les nouveaux vaccins.

222. Le vaccin anti-HPV n'a pas encore été préqualifié par l'OMS et partant ne peut pas être acheté par le biais du Fonds renouvelable. Selon l'information disponible actuellement pour le Bureau, le prix le plus bas auquel le vaccin est disponible dans la Région est de 30 USD la dose.

223. La Directrice a observé que si l'introduction du vaccin anti-HPV n'est pas forcément une priorité pour tous les pays des Amériques, par contre la prévention et le contrôle du cancer du col sont certainement une priorité régionale. Certains États Membres étaient encore en train de déterminer si l'utilisation du vaccin anti-HPV serait efficace par rapport aux coûts, en fonction des souches du papillomavirus humain qui circulent dans leurs territoires nationaux alors que d'autres attendent avec impatience le vaccin. De même, l'introduction des vaccins contre les rotavirus et les pneumocoques ne relevait pas d'une priorité pour certains pays car les rotavirus et *Streptococcus pneumoniae* n'étaient pas des causes majeures de maladies dans leur population infantile mais cela ne voulait pas dire que ces vaccins ne devaient pas être offerts par le biais du Fonds renouvelable.

224. Le Dr Cuauhtémoc Ruiz (Conseiller senior, Vaccinations familiales, BSP) a ajouté que l'OPS réalisait des études sur le coût-efficacité du vaccin anti-HPV dans la sous-région des Caraïbes où la charge de morbidité imputable au papillomavirus humain semble particulièrement élevée. Il a également indiqué que le vaccin anti-HPV ne devait pas être une mesure indépendante à part mais s'inscrire dans l'approche intégrale à la prévention et au contrôle du cancer du col. Que les pays optent ou non pour l'introduction du vaccin, ils auront quand même besoin de continuer les activités de promotion et d'éducation de la santé ainsi que le dépistage préventif.

225. La Déléguée des États-Unis convient que la question de tarification dans la clause du Fonds renouvelable s'est présentée pour le vaccin antipneumococcique mais le même problème risque de survenir à nouveau pour l'introduction d'autres nouveaux vaccins. Aussi, fallait-il le résoudre de la manière la plus générale possible. Elle a demandé si les Etats Membres de l'OPS pouvaient participer aux réunions du Groupe de travail OPS-GAVI. A son avis, leurs points de vue seraient utiles à la conversation. Par exemple, sa délégation se ferait un plaisir de suggérer une nouvelle formulation de la clause de tarification dans le contrat d'achat du Fonds renouvelable dans le but d'arriver à une solution qui serait satisfaisante au vu des intérêts des États Membres de l'OPS et permettrait d'arriver à une parité de prix pour les pays de la Région qui achètent par le biais du Fonds renouvelable tout en permettant parallèlement un fonctionnement harmonieux de l'Alliance GAVI et son éventuel financement de l'introduction de nouveaux vaccins dans d'autres régions. Il serait également utile que les États Membres

voient les termes de référence du Groupe de travail car ainsi ils auront une idée claire des objectifs du Groupe et seraient en meilleure position pour proposer des manières novatrices de réorienter son travail s'il ne traite pas des thèmes que jugent utiles les Etats Membres.

226. La Directrice indique qu'il lui a été difficile, à elle et à d'autres membres de l'OPS concernés par la question, de comprendre le problème qui s'est présenté au niveau de la clause de tarification du contrat du Fonds renouvelable et de l'introduction du vaccin antipneumococcique. Jamais dans les 30 années d'existence du Fonds renouvelable une cause avait-elle créé tant de difficultés pour l'achat de vaccins existants et l'introduction de nouveaux. Si le problème a été aussi difficile à saisir, c'est largement dû au manque de transparence de la part de certaines parties concernées. Le contrat du Fonds renouvelable a été retenu comme un problème dans les discussions au sein des structures de gouvernance de l'Alliance GAVI et de l'Engagement à l'avance – discussions dont l'OPS n'avaient pas eu connaissance.

227. La situation telle qu'elle la comprend est la suivante : trois des six pays éligibles pour GAVI dans la Région ont présenté des propositions pour le financement de GAVI leur introduire le vaccin antipneumococcique conjugué heptavalent et ces propositions ont été approuvées. Sept des pays éligibles pour GAVI en Afrique et un pays en Méditerranée orientale ont également présenté des propositions pour le financement de GAVI mais ces pays souhaitent introduire le vaccin 10 valent. Le problème s'est présenté lorsque le fabricant des vaccins a refusé de faire une offre à l'UNICEF (organisme chargé des achats de vaccins dans toutes les régions sauf les Amériques) car il ne voulait pas être obligé, conformément au contrat du Fonds renouvelable, d'offrir le vaccin à tous les pays des Amériques au même prix qu'il avait convenu de l'offrir aux pays éligibles pour GAVI dans le cadre du mécanisme pilote d'engagement à terme. Parallèlement, l'Alliance GAVI avait refusé d'apporter un financement aux pays éligibles dans les Amériques pour l'achat du vaccin heptavalent au prix négocié avec le fabricant par le Fonds renouvelable (actuellement de 21,60 USD la dose), considérant que le prix était trop élevé. Par conséquent, les pays éligibles pour GAVI dans les Amériques, bien que leurs propositions aient été approuvées par GAVI, n'ont pas pu introduire le vaccin antipneumococcique.

228. C'est la raison pour laquelle l'OPS se concentrait sur les questions entourant l'introduction du vaccin antipneumococcique et c'est pour ces mêmes questions que le Groupe de travail avait été mis sur pied. Quant à l'éventuelle participation des États Membres aux délibérations du groupe de travail, elle ne pouvait pas s'engager au nom des autres membres du Groupe mais l'OPS, en tant qu'organisation intergouvernementale soucieuse de transparence, n'aurait certainement aucune objection. De fait, elle serait heureuse que participe un représentant du Département des Etats-Unis pour les services sanitaires et humains car l'optique santé publique faisait grandement défaut dans un débat monopolisé jusqu'à présent par les avocats et l'aspect juridique.

Questions administratives et financières

Rapport sur le recouvrement des contributions (Documents CE144/23 et CE144/23, Add. I)

229. Mme Linda Kintzios (Trésorière et Conseillère senior, Services et systèmes financiers, BSP) a introduit ce point de l'ordre du jour, indiquant que l'information mise à jour du 15 juin 2009 avait été présentée dans le Document CE144/23, Add. I et que, depuis cette date, l'Organisation avait reçu des paiements supplémentaires, de 8 560 USD du Costa Rica, de 309 000 USD du Pérou et 18 007 USD de Saint-Kitts-et-Nevis. Le recouvrement des contributions de cette année s'élève à 13,6 millions USD. Le recouvrement combine des arriérés et les contributions de cette année s'élèvent à un total de 38 millions USD, se situant au troisième niveau le plus faible recouvré en juin lors de ces dix dernières années. Jusqu'à présent en 2009, 19 États Membres ont fait des paiements pour s'acquitter de leurs arriérés ou contributions actuelles.

230. Suite à la stratégie de la Directrice en vue d'augmenter le taux de recouvrement des contributions et l'engagement démontré par les États Membres de l'OPS, plus de 79% des arriérés ont pu être recouvrés, d'où un solde restant de l'ordre de 6,6 millions USD seulement. Les États Membres ont profité d'un grand nombre d'options différentes disponibles pour répondre à leurs engagements face à l'Organisation dont le paiement en monnaie locale, le paiement échelonné sur l'ensemble de l'année et les plans de paiement différé pour le règlement des sommes importantes dues.

231. Un total de 12 États Membres ont versé entièrement leurs contributions de 2009. Tous les États Membres avec des plans de paiement différé se sont conformés à ces plans et seul un État est susceptible d'être soumis aux restrictions de vote aux termes de l'Article 6.B de la Constitution de l'OPS.

232. La Directrice a ajouté que l'Organisation était pleinement consciente de la situation de chaque pays concernant les paiements et nullement surprise donc d'observer des retards. En effet, de tels retards étaient dus à divers facteurs dont le fait que certains pays avaient changé leurs cycles ou procédures budgétaires. Par ailleurs l'Organisation se maintenait au courant des progrès de l'approbation budgétaire par les autorités législatives de ces pays, et dans le cas de presque tous les contributeurs importants, elle avait une date définitive à laquelle elle pouvait attendre le paiement escompté.

233. Il était important de noter que tous les pays avec des plans de paiement étaient à jour avec leurs paiements. Vu que leur priorité était de s'acquitter des dettes qu'ils avaient envers l'Organisation, on pouvait s'attendre dans certains cas que cela cause un retard de paiement dans les contributions de l'année en cours. On s'est préoccupé des répercussions qu'aurait la situation économique dans le monde sur la capacité des États Membres à honorer leurs engagements face à l'Organisation mais jusqu'à présent cela ne semblait pas être le cas, du moins pas en 2009.

234. Le Comité exécutif a adopté la Résolution CE144.R2, Corrig., remerciant les États Membres qui avaient déjà fait leurs paiements pour 2009, exhortant les autres États Membres de s'acquitter des contributions redevables dès que possible et recommandant au 49e Conseil directeur que les restrictions du droit de vote contenues dans l'Article 6.B de la Constitution de l'OPS soient strictement appliquées à tout État Membres qui n'aura pas fait de paiement substantiel vers ses engagements au moment de l'ouverture de cette séance.

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

235. L'Ambassadeur Jorge Skinner-Klee (Représentant du Sous-comité de programme, budget et administration) a indiqué que le Sous-comité avait discuté du rapport financier intérimaire en mars et avait noté avec satisfaction que l'OPS occupait une solide position financière. Le Sous-comité était heureux de noter la position améliorée de l'Organisation sur le plan du recouvrement des arriérés. Plusieurs délégués ont indiqué leurs appréciations pour les avantages recueillis par la Région grâce aux fonds de l'Organisation, surtout le Fonds renouvelable pour l'achat des vaccins. Le Sous-comité appréciait également la manière dont l'OPS avait géré la croissance récente dans son volume de ressources. Notant les résultats impressionnants dans les recettes diverses, le Sous-comité avait félicité l'OPS pour avoir su préserver son capital dans les temps difficiles actuels.

236. Mme Sharon Frahler (Manager de domaine, Gestion des ressources financières, BSP), récapitulant le contenu du rapport financier intérimaire, a indiqué que l'Organisation avait connu un net accroissement de ses ressources financières ces dernières années, avec un total passant de 537 millions USD en 2006, première année de la période biennale précédente, à 718,5 millions USD, soit un accroissement de 181,5 millions USD ou 33,8%. En 2008, l'Organisation avait reçu un total de 100,1 millions USD en contributions de l'année courante et des années précédentes, ainsi que 16,1 millions USD en recettes diverses et 3 millions USD prêtés auparavant au Fonds renouvelable pour l'achat de vaccins. Après déduction de 94 millions USD pour les dépenses du budget programme et 5,6 millions USD pour le Fonds de péréquation, les revenus dépassent les dépenses en 2008 de l'ordre de 19,6 millions USD. Par ailleurs, ce chiffre ne reflète pas les 11 millions USD en obligations que l'Organisation avait contractées en 2008 mais qui ne seraient exécutées qu'en 2009, conformément aux Normes comptables internationales du secteur public (voir paragraphes 326 à 333 ci-après).

237. Un total de 24 États Membres s'étaient acquittés entièrement de leurs contributions de 2008, huit avaient effectué des paiements parties et sept n'avaient pas fait de paiement pour 2008. En date du 31 décembre 2007, il restait un encours de 35,4 millions USD au titre des obligations dues et ce montant avait diminué de 31 millions USD en date du 31 décembre 2008, ce qui représentait une nette diminution

des arriérés par rapport aux années précédentes. Tel qu'indiqué ci-dessus, jusqu'à présent en 2009, l'Organisation avait reçu plus de 24 millions USD au titre des arriérés, d'où une solde actuel des arriérés de 6,6 millions USD uniquement.

238. En 2008, l'Organisation avait reçu 48 millions USD pour les fournitures stratégiques en santé publique qui devaient être achetées par le biais du Fonds stratégique et du Fonds des achats remboursables. Cela représentait une augmentation de 56% par rapport au chiffre correspondant pour 2006. L'Organisation avait également reçu 322 millions USD pour l'achat de vaccins et de seringues par le biais du Fonds renouvelable, soit une augmentation de 58% par rapport à 2006.

239. Les recettes du Fonds fiduciaire s'élevaient à un total 165 millions USD, comprenant 62 millions USD des gouvernements pour les projets externes, 91 millions USD des gouvernements pour les projets internes dans leur propre pays, 4,4 millions USD des organisations internationales et 7,4 millions USD des organisations des secteurs privé et public. Les recettes pour les autres fonds de l'OPS s'élevaient à 30 millions USD. Les crédits biennaux de l'OMS à la Région des Amériques s'élevaient à un total de 81,5 millions USD, dont l'OPS avaient exécuté 37 millions USD en 2008. L'Organisation avait également exécuté 27 millions USD des fonds volontaires et autres fonds de l'OMS.

240. Les dépenses générales de l'OPS en 2008 s'élevaient à 679 millions USD. Les achats de vaccins et de seringues par le biais du Fonds renouvelable représentaient 312 millions USD. Les dépenses du budget ordinaire étaient de l'ordre de 94 millions USD. Sur cette somme, 61,4 millions USD, soit 65%, avaient été utilisés pour les salaires et prestations des membres du personnel et 9,6 millions USD avaient servi à payer les consultants. Les déplacements, les services contractuels et les séminaires et ateliers représentaient un total de 13,9 millions USD et la technologie de l'information, les dépenses générales de fonctionnement et autres coûts s'élevaient à 9,1 millions USD.

241. La position financière du Centre d'épidémiologie des Caraïbes (CAREC) était solide, les recettes dépassant les dépenses de l'ordre de 355 000 USD. Dans le cas de l'Institut de nutrition de l'Amérique centrale et de Panama (INCAP), les recettes dépassaient les dépenses de 213 256 USD. La position de l'Institut des Caraïbes pour l'alimentation et la nutrition (CFNI) était plus précaire. Ses recettes au titre du budget ordinaire avaient été de 528 052 USD, ses dépenses de 292 446 USD, et partant les recettes dépassaient les dépenses de 235 606 USD. Par contre, l'Institut avait accumulé un déficit dans son Fonds d'investissement que l'OPS finançait, diminuant l'excès des recettes sur les dépenses à 268 670 USD.

242. La Directrice a attiré l'attention sur trois domaines financiers qui s'étaient nettement accrus. Deux d'entre eux concernent les mécanismes d'achat, notamment le Fonds renouvelable et le Fonds stratégique. Les accroissements dans ces fonds reflètent

l'importance toujours plus grande que les pays accordent à l'achat de fournitures médicales à des prix avantageux et ils étaient une expression concrète de la coopération technique que l'OPS apporte à ses États Membres.

243. Le troisième domaine est celui de l'affectation à la Région par l'OMS d'une part accrue de ses contributions volontaires. Elle indique qu'il est très important pour les pays de la Région, dans leur rôle d'États Membres de l'OMS, de rester vigilants – tant à l'Assemblée mondiale de la Santé qu'au Conseil exécutif- pour s'assurer que la Région recevait sa juste part des contributions volontaires de l'OMS. Elle a noté que l'OPS avait effectivement réussi à obtenir davantage de contributions volontaires ces dernières années.

244. Le Comité a pris note du Rapport financier intérimaire de la Directrice.

Amendements au Règlement financier et aux Règles de gestion financière (Document CE144/24 et Rév. 1)

245. L'Ambassadeur Jorge Skinner-Klee (Représentant du Sous-comité de programme, budget et administration) a rappelé que le Sous-comité avait pris connaissance en mars d'un rapport sur les amendements au Règlement financier et aux Règles de gestion financière de l'OPS au vu de l'introduction des Normes comptables internationales du secteur public (normes IPSAS). Le Sous-comité avait été informé de la mise sur pied d'un groupe de travail interne chargé d'analyser le contenu du Règlement financier et des Règles de gestion financière par rapport aux stipulations de l'IPSAS et de rédiger les nouvelles Réglementations financières aux fins de les présenter à la prochaine session du Comité exécutif. Le Sous-comité avait pris note du rapport et avait recommandé que le Comité exécutif approuve les amendements portés au Règlement financier et aux Règles de gestion financière.

246. Mme Sharon Frahler (Manager de domaine, Gestion des ressources financières, BSP) a noté quatre grandes raisons pour lesquelles des changements seront portés au Règlement financier. Premièrement, l'introduction des Normes comptables internationales exigera une nouvelle terminologie et l'introduction de meilleures pratiques. Deuxièmement, la vérification annuelle des états financiers et un budget programme biennal supposent une modification des états financiers. Troisièmement, le passage d'une comptabilité de caisse à une comptabilité d'exercice a des implications pour le passif, les surplus et les emprunts internes et enfin, la capitalisation des biens et équipement, et les dépenses d'amortissement, aura un impact sur la valeur de l'actif avec effet budgétaire parallèle.

247. Ensuite, elle a revu les changements proposés en Annexe A du Document CE144/24 Rév.1, notant qu'ils seront présentés au 49^{e} Conseil directeur en septembre. Si le Conseil directeur les approuve, alors les amendements qui en résulteront dans les

Règles financières seront présentés à la 145e Session du Comité exécutif de suite après le Conseil directeur.

248. Une déléguée, tout en indiquant qu'elle soutenait les changements proposés pour faciliter l'introduction des normes IPSAS, a observé que le changement proposé dans l'Article 4.6 conférant à la Directrice l'autorité de décider de reporter un excédent de recettes aux périodes suivantes, n'exige pas l'engagement des Organes directeurs. Aussi, propose-t-elle d'ajouter à la fin de la première phrase « sous condition de l'approbation par le Comité exécutif ». Observant que les Articles 15.1 et 15.2 étaient supprimés dans leur intégralité, en raison du fait que leur contenu était couvert dans les Articles III et 7.4, elle aimerait savoir si ces derniers articles confèrent la même discipline budgétaire.

249. Mme Frahler a expliqué les deux concepts différents d'excédent budgétaire, dont l'utilisation serait décidée par les États Membres, comme ce fut toujours le cas. Le nouveau concept était celui de l'excédent de recettes. Si l'Organisation obtient un meilleur rendement des investissements que celui escompté, on propose que ces recettes supplémentaires soient utilisées pour financer les parties non financées du Plan stratégique. Aux fins d'application rapide, la Directrice aura le pouvoir de décider de l'affectation d'un tel excédent de recettes et ainsi les fonds pourront commencés à être dépensés dès janvier. S'il fallait soumettre la question au Comité exécutif, il faudrait attendre six mois en plus avant de passer à l'action.

250. Concernant les Articles 15.1 et 15.2, elle se rappelle que les États Membres avaient demandé des amendements il y a plusieurs années de cela, stipulant que des rapports détaillés sur l'impact financier seraient présentés avant que de nouvelles initiatives soient présentées aux fins d'approbation au Comité exécutif.

251. La Directrice a indiqué qu'il existait une procédure bien établie au sein de l'Organisation pour identifier les portions non financées du Plan stratégique. Dans le cas où des recettes supplémentaires sont obtenues, elle dispose de l'autorité nécessaire pour affecter ces recettes dans le but de démarrer aussi rapidement que possible la mise en œuvre. Autre option encore que celle consistant à présenter la question au Comité exécutif qui ne se réunit qu'au mois de juin de chaque année serait de demander l'autorisation de l'affectation des excédents au SPBA, de sorte à démarrer en mars la mise en œuvre de l'activité financée par un tel excédent.

252. Le Comité exécutif a envisagé par la suite une résolution proposée sur la question. Mme Frahler a attiré l'attention sur le Document CE144/24, Rév.1, contenant une nouvelle version des amendements proposés. Des modifications ont été portées aux changements proposés à l'Article 4.6, autorisant la Directrice de décider de la manière dont seront affectés les excédents de recettes aux parties non financées du Plan stratégique, avec l'accord du SPBA. Des changements ont également été portés aux

Articles 9.5 et 12.1 (d) et le texte original de l'Article 15.1 et 15.2 a été remis dans son intégralité.

253. Le Comité exécutif a adopté la Résolution CE144.R17, recommandant que le 49e Conseil directeur approuve les changements proposés au Règlement financier.

Projets utilisant le revenu du Budget programme excédant le Budget ordinaire de travail effectif autorisé (Document CE144/25, Rév. 1)

254. L'Ambassadeur Jorge Skinner-Klee (Représentant du Sous-comité de programme, budget et administration) a indiqué que le Sous-comité avait pris connaissance d'une mise à jour, en mars, sur l'état d'avancement des projets approuvés par le 48e Conseil directeur pour le financement à partir du Fonds du compte de réserve pendant 2008-2009. Il a été indiqué que, sur les cinq projets qui ont été démarrés, trois nécessitaient une autorisation pour obtenir des fonds supplémentaires dépassant le chiffre projeté pour la période biennale. Ce n'est pas que le total des coûts ait été dépensé mais plutôt qu'une autorisation était nécessaire pour dépenser en 2009 l'argent qui devait être dépensé lors d'une année ultérieure. La Directrice a expliqué que le Bureau avait attendu de prendre des actions concrètes pour certains des projets approuvés à cause de problèmes de trésorerie provenant des versements tardifs dans les contributions de certains pays.

255. Le Sous-comité était heureux de noter qu'il n'y aurait pas de dépassement des coûts et n'a rien à objecter à l'accélération des calendriers d'exécution. Les Membres ont reconnu que les coûts des projets pouvaient effectivement changer au fur et à mesure de la mise en œuvre tout en relevant par ailleurs l'importance d'obtenir des chiffres exacts aussi rapidement que possible.

256. M. Román Sotela (Conseiller senior, Gestion du Budget Programme, BSP) a rappelé que le 48e Conseil directeur par voie de la Résolution CD48.R1, avait approuvé l'utilisation du Fonds du compte de réserve pour financer les projets prioritaires, tel qu'indiqué dans le document CD48/22. La Résolution stipule également que le Bureau présente au Comité exécutif, à intervalles donnés, une mise à jour sur l'utilisation des fonds.

257. Un total de 14 projets ont été approuvés, dans quatre catégories et huit d'entre eux sont en cours actuellement : 1.A, Opérations du Centre des urgences (EOC) et du Centre des connaissances (KC) ; 2.A, Renforcement des systèmes d'information en santé publique de l'OPS ; 3.A, Modernisation du système de gestion du BSP ; 3.C, Renforcement de la capacité organisationnelle pour conformité aux normes IPSAS d'ici 2010 ; 4.A Amélioration des locaux, mise à jour des normes de sécurité dans les bureaux de pays ; 4.B, Amélioration des locaux et mesures d'économies d'énergie ; 4.E, Amélioration des locaux toit de l'immeuble du Siège et 4.F, Amélioration des locaux, équipement du Siège de l'Organisation. Tel qu'indiqué, trois de ces projets demandent un ajustement des coûts. Le premier était celui du Centre des opérations d'urgence dont

l'estimation initiale pour l'exercice actuel s'élevait à 1 million USD mais dont l'estimation était portée actuellement à 1,5 million USD. Toutefois, ce dernier chiffre représentait le coût total du projet qui restait donc inchangé. Autrement dit, le projet restait dans ses limités budgétaires, l'accroissement de coût tenant uniquement à une exécution accélérée. Dans le cas de la conformité aux normes de l'IPSAS, on avait estimé au départ un coût de 200,000 USD pour l'exerce biennal actuel, et 100 000 USD en plus qui seraient utilisés par la suite. A présent, il était prévu de dépenser le montant entier de 300 000 USD en 2008-2009. Là aussi, le projet ne dépassait pas son budget. Dans le cas du projet 4.B, Mesures d'économie d'énergie, le total estimé était de 2,9 millions USD dont 500,000 USD pour le remplacement des fenêtres dans l'immeuble du Siège, avait été octroyé à l'exercice biannuel. L'accroissement à 620 000 USD venait d'une décision de terminer tous les travaux de cette partie du projet pendant la période biennale actuelle, remplaçant toutes les fenêtres en une opération plutôt que d'en remplacer certaines maintenant et d'autres par la suite.

258. Le Fonds du compte de réserve contient actuellement 25,29 millions USD, placés dans ce compte à la fin de l'exercice 2006-2007. Les huit projets en cours sont de l'ordre de 5 045 000 USD, et les six approuvés mais pas encore démarré portent les dépenses totales pour 2008-2009 à 7 millions USD, d'où un solde de 18,29 millions USD.

259. Dans la discussion qui a suivi, une déléguée a demandé à la Directrice combien de temps sera nécessaire pour utiliser tout l'argent dans le Fonds du compte de réserve.

260. La Directrice a répondu qu'en principe, les premières phases de la plupart des projets en cours seraient achevées en 2010, et qu'à ce moment, des calendriers de projets supplémentaires seraient présentés au BSP et au Comité exécutif. Le Bureau avait retenu des projets qui utiliseront pratiquement tout le montant du Fonds du compte de réserve et, bien sûr, on pouvait s'attendre à ce que certains coûts augmentent. De plus, il existait certains projets approuvés pour lesquels le Bureau n'avait pas encore le coût final estimé et pour lesquels certaines études préliminaires étaient en cours afin de pouvoir déterminer le budget total final. La plupart des projets d'infrastructure devaient être achevés pendant la période biennale 2010-2011 pendant laquelle il était prévu qu'on dépenserait environ le même montant qu'en 2008-2009, dans d'autres mots environ 7 millions USD ou un peu plus. Aussi, le total du Fonds du compte de réserve serait utilisé pendant trois exercices biennaux environ.

261. Le Comité a pris note du rapport sur l'état d'avancement des projets qui utilisent les revenus dépassant le budget ordinaire autorisé.

Projet de création d'un comité d'audit (Document CE144/26, Rév. 1 et CE144/26, Rév. 1, Add. I)

262. L'Ambassadeur Jorge Skinner-Klee (Représentant du Sous-comité de programme, budget et administration) a rappelé que le Sous-comité avait été informé en mars de la

démarche suivie par l'OPS pour la création d'un comité d'audit. Des consultations étaient organisées pour déterminer la manière dont les fonctions du comité d'audit étaient gérées par des organismes à l'intérieur et à l'extérieur du système des Nations Unies et des bureaux d'audit nationaux. Le Sous-comité avait également examiné le projet des termes de référence pour le Comité d'Audit de l'OPS.

263. Plusieurs membres étant d'avis qu'ils n'avaient pas eu suffisamment de temps pour revoir les termes de référence avant la session, le Sous-comité avait recommandé de prendre des arrangements pour une présentation électronique des commentaires sur une période de six semaines suivant la session.

264. Le Dr Heidi Jiménez (Conseillère juridique, BSP) a expliqué que la création d'un Comité d'audit avait pour objet d'appliquer les recommandations des auditeurs externes de l'Organisation en mettant en place un cadre de gouvernance recueillant les meilleures pratiques internationales. Le but spécifique du Comité d'audit proposé est de servir de comité consultatif expert prêtant assistance à la Directrice et aux États Membres, par le truchement du Comité exécutif, en donnant des conseils et en faisant une évaluation indépendante du bon fonctionnement des structures de contrôle et compte rendu financiers, de ses processus de gestion de risques et de l'adéquation de ses systèmes de contrôle interne et externe. Les termes de référence présentés au Comité exécutif avaient été revus attentivement par les États Membres et par les auditeurs externes. Ils tiennent compte de tous les commentaires reçus par les Membres du BSP pendant la période de consultation électronique de six semaines.

265. Dans la discussion qui a suivi, les membres du Comité ont approuvé les termes de référence revus et ont remercié le Bureau pour la révision des termes conformément aux commentaires présentés par les Etats Membres. Deux suggestions supplémentaires ont été faites : dans le paragraphe 4 (c) de la résolution proposée contenue dans le Document CE144/26, Rév.1, sous le titre de « Critères de qualité de membre », on a proposé d'ajouter « enquête » après « gestion des risques », et dans le troisième paragraphe préliminaire de la proposition proposée aux fins d'approbation par le 49e Conseil directeur, « le souhait d'établir une entité » devrait être changé à « la proposition d'établir une entité ».

266. Le Comité exécutif a adopté, avec ces deux amendements, la Résolution CE144.R1, recommandant que le 49e Conseil directeur mette en place un Comité d'audit et approuve ses termes de référence.

Questions liées au personnel

Amendements au Règlement et au Statut du personnel du Bureau sanitaire panaméricain (Document CE144/27)

267. L'Ambassadeur Lionel Maza (Représentant du Sous-comité de programme, budget et administration) a rappelé que le Sous-comité avait envisagé les amendements proposés au Règlement et Statut du personnel et avait recommandé que le Comité exécutif approuve les amendements proposés audit Règlement. Le Sous-comité avait également recommandé que le Comité adopte la résolution proposée contenue dans le Document CE144/27 concernant le salaire du Directeur et l'amendement à l'Article 11.2 du Règlement du personnel.

268. Mme Nancy Machado (Conseillère des ressources humaines, BSP) a expliqué que, lors des années précédentes, les amendements au Règlement et Statut du personnel étaient proposés soit en fonction des décisions prises par l'Assemblée générale des Nations Unies conformément aux recommandations faites par la Commission de la Fonction publique internationale (ICSC) ou en fonction de l'expérience de l'OPS concernant l'application du Règlement et Statut du personnel ainsi que dans l'intérêt d'une bonne gestion des ressources humaines.

269. On a proposé sur la base des décisions de l'Assemblée générale des Nations Unies et des recommandations de l'ICSC d'intégrer les points d'ajustement des postes dans le salaire de base du personnel dans les catégories professionnelles et de rang supérieur, y compris du Directeur, Directeur adjoint et sous-Directeur. Des ajustements ont également été faits dans les frais d'étude.

270. Dans la catégorie des amendements proposés en fonction de l'expérience de l'OPS et dans l'intérêt d'une bonne gestion des ressources humaines, un certain nombre de changements éditoriaux ont été faits aux fins de clarté et de constance avec les règlements du système des Nations Unies. Des changements ont été proposés aux statuts concernant la mobilité et les difficultés des conditions de vie ainsi que pour les congés dans les foyers afin d'accorder ces avantages au personnel temporaire. On a proposé de changer la définition « d'enfants à charge » et de modifier l'article sur les primes d'affectation pour indiquer que cela ne s'appliquait pas aux enfants de 21 ans ou plus âgés. On a également proposé d'amender les frais d'étude pour égaliser davantage entre le personnel touchant des frais d'étude et ceux touchant des frais d'études spéciales.

271. De plus, on a proposé de revoir le salaire du Directeur et d'amender le Règlement du personnel concernant la conduite des mesures disciplinaires pour reconnaître le Tribunal administratif de l'Organisation internationale du Travail comme étant le tribunal d'appels pour le personnel de l'OPS.

272. En réponse à un commentaire d'un délégué, elle a noté que le terme « nominations de services » dans le Règlement du personnel serait remplacé par la suite par « nominations continues, » conformément à la mise en œuvre de la réforme contractuelle à l'OPS (voir paragraphes 274 à 278 ci-après).

273. Le Comité exécutif a adopté la Résolution CE144.R15, approuvant tous les changements proposés dans le Règlement du personnel et recommandant que le 49e Conseil directeur approuve le traitement annuel du Directeur au niveau proposé ainsi que l'amendement à l'Article 11.2 du Règlement.

Réforme contractuelle à l'OPS (Document CE144/28)

274. L'Ambassadeur Lionel Maza (Représentant du Sous-comité de programme, budget et administration) a indiqué que le Sous-comité avait été informé qu'en décembre 2008 l'Assemblée générale des Nations Unies avait approuvé de nouveaux arrangements contractuels pour le système entier des Nations Unies, comprenant trois types de contrats : contrats à durée limitée, contrats permanents et contrats temporaires. L'OPS a procédé à des changements dans ses contrats de consultation à court terme le 1er janvier 2009 et le Bureau demandait l'autorisation d'appliquer deux modifications aux contrats temporaires avec entrée en vigueur le 1er juillet 2009. Le Sous-comité a pris note des décisions prises par l'Assemblée générale des Nations Unies et a décidé de faire savoir au Bureau qu'il pouvait procéder de même et appliquer les changements pertinents.

275. Mme Nancy Machado (Conseillère des ressources humaines, BSP) a expliqué que le Document CE144/27 apportait des détails sur les changements approuvés par l'Assemblée générale des Nations Unie en décembre 2008. Au vu de ces changements, on demandait à présent l'approbation du Comité exécutif pour appliquer les modifications aux nominations temporaires qui avaient été approuvées lors de la 140e Session du Comité, modifications que le Bureau n'avait pas pu mettre en œuvre tant que l'Assemblée générale n'avait pas approuvé un cadre analogue pour le système des Nations Unies. Les modifications demandées permettront à l'OPS d'accorder des contrats temporaires pour une période allant jusqu'à deux ans et d'harmoniser les avantages fournis au personnel temporaire avec ceux du système commun des Nations Unies.

276. La Déléguée des États Unis d'Amérique a indiqué que son Gouvernement soutenait la mise en place des nouveaux arrangements contractuels mais que tout comme l'Assemblée générale des Nations Unies qui avait demandé qu'aucun contrat continu ne soit exécuté avant le 1er janvier 2010, les États-Unis demandaient également que l'exécution des contrats continus de l'OPS soient remise jusqu'en 2010. Elle demandait que la résolution proposée contenue dans le Document CE144/27 soit modifiée pour tenir compte de cet ajournement.

277. Mme Machado a affirmé que l'OPS n'exécuterait aucun contrat continu avant le 1er juillet 2010 au plus tôt.

278. Le Comité exécutif a adopté ensuite la Résolution CE144.R16, intégrant l'amendement proposé par la Déléguée des États-Unis et recommandant que le 49e Conseil directeur autorise la Directrice à procéder aux changements demandés.

Déclaration du Représentant de l'Association du personnel du Bureau sanitaire panaméricain (Document CE144/29)

279. Le Dr Ballayram (Représentant de l'Association du personnel du BSP) a récapitulé les questions que l'Association du personnel souhaitait porter à l'attention du Comité exécutif, en notant que le Document CE144/29 faisait une description plus détaillée des questions et préoccupations de l'Association du personnel. Ces questions concernent l'emploi, les plans de carrière, une bonne gouvernance et le système de gestion de l'intégrité et des conflits.

280. Dans le vaste domaine de l'emploi, il existe trois sous-domaines : recrutement, placement et maintien ; dispositions contractuelles et bien-être du personnel. Dans tous les sous-domaines, les améliorations étaient en bonne voie et sur le point d'être achevées. Le domaine de la gestion de carrière se divise également en trois sous-domaines : développement et formation du personnel, gestion de la performance et programme de primes. Dans le cadre du développement et de la formation du personnel, des efforts devront être faits pour que le personnel et la direction soient davantage au courant de l'existence du fonds de développement du personnel de l'OMS. Dans les deux autres sous-domaines, tous les développements étaient positifs et l'Association du personnel en a pris note.

281. Le troisième domaine était celui d'une bonne gouvernance où certaines préoccupations sont soulevées quant au rôle des représentants du personnel. Il fallait reconnaître davantage les rôles des représentants du personnel, surtout de la part de certains administrateurs au même titre qu'il faut renforcer la communication entre l'administration et l'Association du personnel. Le quatrième domaine, celui de la gestion de l'intégrité et des conflits était celui où la situation était la moins positive. Il fallait prendre une prompte action pour garantir le principe du recours et du jugement et le droit aux garanties de voies et de procédures. Il serait également bon de mettre en place aussi rapidement que possible le protocole d'enquête sur les lieux du travail (présenté avec de plus amples détails ans le Rapport annuel du Bureau d'éthique, voir paragraphes 24 à 34 ci-dessus). En guise de conclusion, il a réitéré l'engagement continu de l'Association du personnel face à la mission de l'Organisation.

282. Le Comité exécutif apprécie l'engagement du personnel face à l'Organisation et reconnaît sa contribution aux gains de santé publique que l'OPS a pu obtenir dans son travail avec les États Membres. Il prend note des préoccupations de l'Association du personnel face au système juridique interne l'Organisation et fait savoir que la mise en œuvre d'un protocole d'enquête sur les lieux du travail devrait être prioritaire.

283. La Directrice sait gré à l'Association du personnel pour son travail au sein de l'Organisation. Elle pense que la participation des représentants du personnel aux réunions de l'administration est utile puisqu'elle permet d'échanger les vues et de discuter librement des politiques et des programmes de l'Organisation. Elle reconnaît à sa juste valeur la part qu'a joué le personnel dans les nombreux changements positifs au sein de l'Organisation, notant que tout le travail de l'Association du personnel était réalisé sur une base volontaire, en dehors des heures de travail rémunérées.

284. Le D. Ballayram a remercié les délégués de leurs commentaires encourageants et sait gré à la Directrice de ses mots aimables. L'Association du personnel est heureuse de continuer à travailler avec elle pour améliorer les conditions de travail, domaine dans lequel un grand pas en avant a déjà été fait. Il pense lui aussi qu'il est utile que le Représentant de l'Association du personnel prenne part à des forums comme la réunion actuelle du Comité exécutif, car cela lui permet de rendre compte aux membres de l'Association des politiques et questions qui sont débattues.

285. Le Comité exécutif prend note de la déclaration du Représentant de l'Association du personnel du BSP.

Documents d'information

Projet de Budget programme de l'OMS 2010-2011 et Plan stratégique à moyen terme 2008-2013 modifié (projet) de l'OMS (Documents CE144/INF/1 et CE144/INF/2

286. Le Dr Isaías Daniel Gutiérrez (Manager de domaine, Planification, Budget et Coordination de ressources, BSP), a introduit le point de l'ordre du jour, notant que le Projet du Plan stratégique à moyen terme modifié de l'OMS avait été présenté à la Soixante-deuxième Assemblée mondiale de la Santé conjointement avec le projet de budget de l'OMS pour 2010-2011. Les deux documents ont été adoptés, avec des amendements, par l'Assemblée mondiale de la Santé en mai 2009. Le budget approuvé s'élève à 4 539 914 000 USD, reflétant une réduction de 10% dans les programmes de base par rapport à l'exercice biennal 2008-2009.

287. La Directrice a expliqué que les documents présentés au Comité étaient les versions préliminaires reçues par l'Assemblée de la Santé en mai. Ils ont été discutés et amendés avant d'être adoptés mais les versions amendées n'ont pas encore été éditées et publiées sur le site web de l'OMS. Ils sont présentés au Comité car ils servent à éclairer la discussion du Plan stratégique de l'OPS 2008-2012 tel qu'amendé (projet de plan) et du budget programme proposé pour 2010-2011.

288. La discussion qui a suivi a permis d'apprécier les efforts de l'OMS pour garder les contributions des États Membres au niveau de 2008-2009 et réduire le budget par

rapport au niveau original anticipé qui avait été proposé en janvier 2009 au Conseil exécutif de l'OMS.

289. Le Comité exécutif a pris note des rapports sur le Plan stratégique à moyen terme de l'OMS 2008-2013 (modifié) et le Projet de Budget Programme de l'OMS pour 2010-2011.

Code de pratique pour le recrutement international du personnel de santé : document de l'OMS servant au débat (Document CE144/INF/3, Rév. 1)

290. Le Président a attiré l'attention sur le Document CE144/INF/3, Rév. 1 et a ouvert la discussion.

291. Le Comité exécutif a reconnu la grande importance de la question du recrutement international du personnel de santé et sa relation avec la question plus globale du renforcement des systèmes de santé. Les délégués ont apprécié l'occasion de dresser un code mondial de pratique et ont mentionné un certain nombre de caractéristiques qu'un tel code devrait avoir. On a souligné que le code devait être volontaire, équilibrant les intérêts des pays de la source et ceux de destination et il devait également tenir compte des facteurs qui poussent le personnel de santé à chercher un travail hors de leur pays, qu'il s'agisse par exemple des mauvaises conditions de travail ou du manque de valorisation de la profession des infirmiers. On a également insisté sur le fait que le code ne devait pas contenir de dispositions qui limitent le droit des gens à émigrer légalement en quête d'une meilleure vie pour eux-mêmes et leur famille.

292. Parallèlement, on a insisté sur le besoin de contrôler la migration du personnel de santé et de réglementer les pratiques des organismes de recrutement pour décourager les flux migratoires unilatéraux. Il a été jugé important que les pays de destination créent des incitations pour assurer la suffisance et la durabilité de leur personnel de santé national et on a souligné que les efforts faits par les pays pour combler les lacunes du personnel ne devaient pas creuser davantage le clivage entre les pays ou entraver la capacité d'un pays à offrir un accès suffisant aux soins de santé pour ses ressortissants. A cet égard, un délégué a indiqué être en faveur de l'inclusion de dispositions dans le code de pratique se rapportant à la réglementation et au suivi des activités des organismes de recrutement et des employeurs du personnel de santé recruté à l'échelle internationale. Il pensait également qu'il fallait fixer des limites sur le recrutement international du personnel de santé venant de pays connaissant de graves pénuries en la matière et a proposé qu'une des manières d'arriver à un bon équilibre entre les intérêts des pays de source et de destination serait justement de fixer des seuils de migration à ne dépasser pour certaines catégories de professionnels et de demander au personnel de santé de travailler pendant un certain nombre d'années dans leur pays d'origine avant qu'ils n'aient le droit d'émigrer. Le même délégué favorisait également l'idée de la compensation financière pour les pays de source de la part des pays de destination afin de permettre aux premiers

de récupérer leur investissement dans la formation du personnel de santé recruté pour travailler à l'étranger. Toutefois, il faudra formuler avec beaucoup de soin toute disposition régissant une telle compensation avant de l'inclure dans le code de pratique. A son avis, une des possibilités serait de créer un fonds mondial de compensations qui serait administré au niveau régional. Un système de bourses éducatives serait une autre possibilité de garantir la mutualité des avantages puisqu'il aiderait à financer la formation du personnel de santé.

293. On a jugé que l'OPS pouvait jouer un rôle important au niveau de la coopération technique en vue de soutenir la recherche et la compilation d'informations sur la migration du personnel de santé et également de la facilitation du processus de compilation sur le projet de code de pratique. A cet égard, plusieurs délégués pensent que les délais proposés pour les consultations nationales et régionales ne sont guère réalistes pensant qu'il ne sera pas possible de discuter adéquatement de toutes les questions qui entrent en jeu et d'arriver à un consensus sur un projet de code de pratique d'ici mai 2010. A cet égard, il faudrait d'ailleurs utiliser au maximum des mécanismes nationaux et sous-régionaux, surtout les observatoires des ressources humaines en santé, ainsi que le groupe de travail sur la migration des agents de santé, mis sur pied lors de la huitième Conférence ibéro-américaine des Ministres de la santé (2006) afin de faire avancer le processus de consultation.

294. Plusieurs délégués ont présenté les mesures prises par leur pays pour traiter des questions relatives au personnel de santé et atteindre les buts régionaux concernant les ressources humaines de la santé 2007-2015, fixés par la 27e Conférence sanitaire panaméricaine (Résolution CSP27.R7).

295. Le Dr Charles Godue (Conseiller senior, Développement des ressources humaines pour la santé, BSP) a remercié le Comité de sa contribution et assuré les délégués que leurs commentaires seraient transmis au Secrétariat de l'OMS qui était chargé de formuler le code mondial de pratique. Celui-ci devait être volontaire et s'appliquer à toutes les catégories du personnel, tant dans le secteur public que privé. Le document présenté au Comité n'était pas le code lui-même mais un document de données générales préparé par l'OMS pour faciliter la discussion des dispositions qu'il faudrait inclure dans le texte final du code. Il est particulièrement important de tenir des discussions au niveau national avec l'engagement de toutes les parties concernées, notamment des représentants du gouvernement, du secteur privé et des recruteurs et employeurs du personnel de santé.

296. Le Bureau fera son possible pour faciliter ces discussions mais il était d'accord que le temps était bien limité. De plus, les États Membres devaient s'occuper d'un certain nombre de questions importantes actuellement – particulièrement la grippe A (H1N1)- ce qui risque encore de restreindre davantage le temps disponible pour organiser des consultations nationales avant la discussion de cette question lors du 49e Conseil directeur en octobre.

297. La Directrice a observé que le temps disponible pour la discussion lors du Conseil directeur serait également limité car le Conseil avait un ordre du jour bien rempli avec une table ronde et une discussion en panel sur d'autres questions importantes. A son avis, il serait préférable de déplacer la date de présentation du code à l'Assemblée mondiale de la Santé en mai 2011 afin de laisser suffisamment de temps pour la discussion approfondie aux niveaux national, sous-régional et régional. Elle a encouragé les États membre de l'OPS, surtout ceux qui sont membres du Conseil exécutif de l'OMS, de communiquer au Secrétariat de l'OMS leurs préoccupations à propos du calendrier prévu pour la discussion et le développement du code de pratique mondial.

298. Le Comité exécutif a pris note du document servant au débat sur le recrutement international du personnel de santé et a demandé au Bureau de communiquer ses commentaires à l'OMS.

Rapport d'avancement sur les questions techniques (Documents CE144/INF/4- A, B, et C) :

Règlement sanitaire international, y compris un rapport sur la grippe pandémique A (H1N1) (Document CE144/INF/4-A)

299. Le Dr Jarbas Barbosa da Silva (Manager de domaine, Surveillance sanitaire et Prévention et Contrôle de maladies, BSP) a présenté un rapport faisant le point de l'application du Règlement sanitaire international (2005) dans la Région et une mise à jour du statut de la grippe pandémique A (H1N1) en date du 22 juin 2009.

300. Concernant la pandémie H1N1, il a rappelé que l'OMS avait fait passer le niveau d'alerte pandémique à la phase 6 le 11 juin 2009, car des flambées de cas se présentaient dans de nombreux pays de plusieurs régions et qu'à l'évidence la tendance était à la hausse dans les notifications de cas et dans le nombre de pays notifiant des cas. En date du 22 juin, plus de 52 160 cas et 231 décès avaient été notifiés dans 99 pays ou territoires, Les Amériques notaient plus de 43 000 cas dans 28 pays.

301. On s'est rendu compte très tôt que les efforts de la Région tant pour intensifier les préparatifs en cas de pandémie que pour mettre en œuvre le Règlement sanitaire international (2005) avaient obtenu les effets désirés. La réponse aux flambées initiales de cas de grippe A (H1N1) a été rapide, transparente et hautement coopérative. Au niveau régional, le Centre des opérations d'urgence avait été activé immédiatement et les équipes de réponse rapide ont été mobilisées de suite. Au niveau national, les autorités sanitaires au Mexique où la pandémie a commencé ont pris des actions décisives pour enrayer la propagation de la maladie, comme l'ont fait les autorités aux États-Unis et au Canada, pays affectés dès le début. L'OPS a apporté un soutien continu aux pays de l'ensemble de la Région au fur et à mesure que la pandémie a progressé, cherchant à renforcer la capacité de surveillance, à s'assurer que les services étaient prêts à prendre

en charge les cas de grippe A (H1N1) et à élargir l'accès aux vaccins contre la grippe et aux agents antirétroviraux, surtout pour les groupes vulnérables. Il a souligné qu'il fallait rester vigilant à la menace que représente la grippe A (H5N1) (grippe aviaire) alors que continue le combat contre la grippe A (H1N1).

302. La pandémie de grippe causée par le virus A (H1N1) s'est avérée le premier véritable test du Règlement sanitaire international (RSI) adopté en 2005 et en a démontré l'efficacité. Les dispositions autorisant l'OMS et l'OPS à prendre en compte les rapports non officiels d'événements de santé publique ont permis une réponse bien plus rapide aux premières flambées de cas de la maladie. La création de points focaux nationaux du RSI et du point de contact RSI OMS dans la Région (au Siège de l'OPS) a servi de canal de communication efficace entre l'Organisation et les pays affectés. De plus, les mécanismes créés suite au Règlement, comme le Réseau mondial d'alerte et de réponse aux épidémies (GOARN), a permis de mobiliser rapidement des équipes d'experts, venant des Amériques et d'autres régions, pour soutenir les pays touchés. Le GOARN a également permis une réponse internationale bien plus organisée et coordonnée, ce qui est d'importance critique pour éviter tout double emploi d'efforts et vérifier que l'aide est effectivement apportée dans les endroits où elle est plus nécessaire.

303. L'expérience acquise en confrontant la pandémie a également mis à jour des lacunes dans les capacités nationales de réponse en santé publique et a fait ressortir le besoin de continuer à renforcer les capacités centrales, surtout en ce qui concerne les aéroports, les ports et les points frontaliers afin de permettre aux États Membres de répondre aux stipulations du RSI d'ici la date cible de 2012.

304. A cet égard, il signale que 27 des 35 pays de la Région avaient terminé l'évaluation des capacités centrales de surveillance et de réponse, mais seuls 17 des 35 avaient des capacités évaluées concernant les points d'entrée. Vingt sept des 35 avaient préparé des plans d'action pour s'assurer que les capacités centrales étaient en place. Tous les 35 pays avaient nommé un point focal national du RSI. Lors du test le plus récent pour évaluer la communication entre l'OPS et les points focaux nationaux, des réponses ont été reçues de 28 des 35. Vingt-six de ces 28 points focaux nationaux fonctionnent 24 heures sur 24, 7 jours par semaine. Cependant, il a noté que ces chiffres avaient été compilés avant la pandémie de grippe par le virus A (H1N1). Nul doute que les chiffres actuels étaient plus élevés. A l'évidence, les mesures prises pour mettre en place le Règlement lors de la pandémie avaient préparé les États Membres non seulement à traiter l'urgence actuelle mais aussi aux futurs problèmes de santé publique à échelle internationale.

305. La Directrice a ajouté que l'OPS travaillait en collaboration avec l'OMS pour formuler des directives visant à l'application des dispositions du RSI concernant les points frontaliers et ces directives seront éprouvées dans la région frontalière entre le Mexique et les États-Unis.

306. Dans la discussion qui a suivi, les membres du Comité ont été contents de noter les progrès faits à ce jour au niveau de l'application du Règlement sanitaire international (2205) et ont remercié l'OPS et l'OMS pour le soutien apporté dans la réponse à la pandémie de grippe causée par le virus A (H1N1). On a souligné l'importance d'une communication exacte et équilibrée du risque. A cet égard, on a noté qu'une lacune du système de l'OMS pour la classification des alertes en cas de pandémie, c'est qu'il ne dispose pas d'un moyen d'apporter une information sur la gravité de la maladie causée par un virus pandémique. Les professionnels de la santé savaient que la phase 6 actuelle indique la portée mondiale de la propagation de la grippe A (H1N1) mais le public et les médias ont tendance à interpréter un niveau d'alerte plus élevé comme un signe que le virus est devenu plus virulent, déclenchant ainsi une peur et panique non justifiées dans certains endroits. L'OPS devait collaborer avec l'OMS pour rectifier ce problème et adapter la classification de sorte à ce qu'elle devienne plus compréhensible pour le public.

307. La Déléguée du Mexique a convenu que la pandémie de grippe causée par le virus A (H1N1) avait effectivement servi de test au Règlement sanitaire international (2005). Son Gouvernement avait commencé à mettre en œuvre le Règlement, sur un pied d'égalité avec un traité international, de suite après son adoption en 2005. Son Gouvernement avait également dressé un plan de préparatifs en cas de pandémie. Grâce à ces mesures, il a pu répondre rapidement et endiguer la propagation de la maladie. Son Gouvernement était reconnaissant du soutien qu'il avait reçu de l'OPS et de l'OMS ainsi que d'autres États Membres.

308. Si le Mexique avait été bien préparé pour faire face aux aspects de santé publique de la pandémie, il était par contre moins bien préparé pour confronter ses répercussions économiques et les dégâts causés, par exemple, au tourisme et au commerce. Le Règlement sanitaire international devrait également faire une place à ce type de problèmes, peut-être sous la forme d'un fonds de soutien venant en aide aux pays affligés et de mécanismes facilitant la coordination intersectorielle en réponse à une pandémie, défi de taille qui s'était posé au Mexique.

309. Le Comité exécutif a pris note du rapport sur l'avancement de la mise en œuvre du Règlement sanitaire international (2005) et de la mise à jour sur la grippe pandémique A (H1N1).

Préparatifs pour la table ronde sur la sécurité des hôpitaux (Document CE144/INF/4-B)

310. Le Dr Jean-Luc Poncelet (Manager de domaine, Préparatifs en cas d'urgence et assistance en cas de catastrophe, BSP) a présenté le rapport préparant la discussion en table ronde sur la sécurité des hôpitaux qui doit se tenir lors du 49^{e} Conseil directeur. Il a indiqué que les hôpitaux étaient un aspect important des préparatifs en cas de catastrophe

et a observé que le sujet des préparatifs hospitaliers revêtait une importance particulière dans la conjoncture actuelle de la pandémie de grippe par le virus A (H1N1). La table ronde avait été organisée dans le contexte de l'initiative régionale sur la sécurité des hôpitaux, démarrée par le Conseil directeur en 2004, la Campagne de l'ONU pour la prévention des catastrophes dans le monde 2008-2009, sous le thème des « Hôpitaux à l'abri des catastrophes » et la Journée mondiale de la Santé consacrée à la sécurité et solidité des établissements de santé.

311. La table ronde comprendra trois discussions en panel, portant sur des aspects particuliers entrant dans le thème général : Comment mobiliser la volonté politique garantissant la sécurité des hôpitaux. Les arrangements pour les panels sont décrits dans le rapport. On invite les États Membres à partager leurs expériences conjointement avec la table ronde. Ils auront l'occasion de les présenter dans les audiovisuels, à la télévision, sur les affiches et dans d'autres médias.

312. Le Comité a pris note du rapport.

Préparatifs du débat en panel sur l'Alliance panaméricaine pour la nutrition et le développement en vue de la concrétisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement (Document CE144/INF/4-C)

313. Le Dr Gina Tambini (Manager de domaine, Santé familiale et communautaire, BSP) a présenté le rapport sur les préparations pour la discussion en panel, expliquant que l'Alliance panaméricaine se destinait aux questions afférentes à la nutrition et au développement par le biais d'une approche intersectorielle intégrée. L'Alliance avait été mise en place par les directeurs des organismes des Nations Unies dans la Région en juillet 2008 lors d'une réunion tenue à Washington D.C, à l'initiative de la Directrice du BSP. Lors de cette réunion, les directeurs régionaux avaient revu les progrès faits par les pays en vue d'atteindre les cibles nutritionnelles des Objectifs du Millénaire pour le Développement. L'initiative de l'Alliance avait été proposée pour faciliter le travail conjoint de tous les organismes des Nations Unies, surtout par le biais des équipes nationales, pour combattre la malnutrition et promouvoir la réalisation des Objectifs.

314. Le rapport apporte une information générale et décrit les objectifs, les résultats escomptés et la méthodologie pour la discussion en panel. Le Bureau a retenu les éventuelles personnes qui pourraient participer au panel, notamment le Ministre de la Santé du Pérou, le Président de l'Uruguay, le Directeur du Programme alimentaire mondial et le Président de Care International.

315. Dans la discussion qui a suivi, les délégués ont mis en relief le problème croissant de l'obésité dans la Région et ont demandé si l'Alliance pouvait également traiter ce problème.

316. Le Dr Tambini a indiqué qu'une équipe technique régionale avait été mise en place avec des représentants de divers organismes des Nations Unies. L'idée était d'adopter une approche intégrée, en traitant tant de la malnutrition que des déséquilibres du régime alimentaire à l'origine du poids excessif et de l'obésité.

317. La Directrice a indiqué que l'Alliance panaméricaine traitait surtout du problème de la malnutrition chronique. Toutefois, les faits scientifiques nous montrent que les enfants sous-alimentés qui récupèrent deviennent souvent obèses par la suite, à cause des déséquilibres causés par la malnutrition, des régimes à base de glucides et des carences en micronutriments. L'Alliance travaille surtout avec les populations très vulnérables, essentiellement les groupes autochtones. Les taux de malnutrition dans la Région restent très rigides, malgré les progrès faits ces 20 dernières années pour faire reculer la mortalité infantile. La Région disposait d'amples fournitures alimentaires mais l'accès restait difficile. L'Alliance prendra un certain nombre de mesures dans des domaines comme la santé maternelle, l'éducation, les soins prénatals, les conditions environnementales, l'accès à l'eau et l'assainissement. Elle cherchera à aider les gouvernements à formuler des politiques sociales intégrées ciblant les groupes vulnérables avec une approche sur le cycle de la vie.

318. Le Comité a pris note du rapport.

Résolutions et autres actions d'organisations intergouvernementales revêtant un intérêt pour l'OPS (Documents CE144/INF/5-A, B, and C)

319. Le Dr Juan Manuel Sotelo (Manager, Relations externes, Mobilisation de ressources et Partenariats, BSP) a fait le compte rendu des résolution et autres actions de la soixante-deuxième Assemblée mondiale de la Santé et de la 125e Session du Conseil exécutif de l'OMS, de la trente-neuvième session régulière de l'Assemblée générale de l'Organisation des États américains et du cinquième Sommet des Amériques, revêtant un intérêt particulier pour les Organes directeurs de l'OPS. Il a indiqué que les documents respectifs contenaient des tableaux mentionnant les activités de l'OPS auxquelles étaient reliées les résolutions ou actions.

320. La Soixante-deuxième Assemblée mondiale de la Santé s'était déroulée dans un climat très préoccupant suite à la crise économique mondiale et à la pandémie de grippe causée par le virus A (H1N1). Dix huit points figuraient à l'ordre du jour dont la plupart traitaient de questions de politiques sanitaires. L'Assemblée a adopté 16 résolutions. Celles intéressant les Amériques sont indiquées dans le Document CE144/INF/5-A. La 125e Session du Conseil exécutif avait eu lieu immédiatement après l'Assemblée de la Santé. Les membres du Conseil exécutif provenant des Amériques étaient les Bahamas, le Brésil, le Canada, le Chili, le Paraguay et le Pérou. Le Conseil s'était notamment penché sur les questions suivantes : élimination de la rougeole, innocuité et qualité des produits sanguins et malformations congénitales.

321. La trente-neuvième Assemblée générale de l'OEA, qui s'est tenue au Honduras en juin 2009, a adopté la Déclaration de Sand Pedro Sula : Vers une culture de non violence qui cherche à promouvoir une culture de paix et non violence en insistant sur le respect des droits humains et des principes de la liberté, démocratie, solidarité et tolérance. Le Document CE144/INF/5-B a mis en exergue les résolutions adoptées par la trente-neuvième Assemblée générale revêtant un intérêt particulier pour les Organes directeurs de l'OPS. L'Assemblée avait également discuté d'un suivi des décisions prises lors du cinquième Sommet des Amériques, tenu à Trinité-et-Tobago en avril 2009.

322. Lors du cinquième Sommet, les Chefs d'Etat et le Gouvernement de la Région ont adopté l'engagement de Port-of-Spain : Assurer l'avenir de nos citoyens à travers la promotion de la prospérité humaine, la sécurité énergétique et la durabilité environnementale. Onze des 97 paragraphes de la Déclaration traitent de questions liées à la santé, notamment l'accès universel aux soins de santé surtout pour les groupes les plus vulnérables, le renforcement des systèmes de santé basés sur les soins de santé primaires ainsi que la prévention et le contrôle des maladies chroniques non transmissibles. Les engagements des Chefs d'Etat et du Gouvernement dans le domaine de la santé témoignent bien du soutien politique pour les stratégies et les plans d'action adoptés par les Organes directeurs de l'OMS et de l'OPS. En tant que Membre du Groupe de travail conjoint sur les sommets, l'OPS aidera à préparer le rapport sur le suivi des engagements et rendra compte aux Organes directeurs de l'OPS.

323. La Directrice note avec satisfaction l'attention portée aux questions de santé lors de la trente-neuvième Assemblée générale de l'OEA et du cinquième Sommet des Amériques et met en exergue l'influence unifiante que peut avoir la santé. Notant que Cuba est un États Membre de l'OPS, elle approuve la décision prise par la trente-neuvième Assemblée générale de l'OEA de réintégrer Cuba dans la famille interaméricaine. Le fait que la Déclaration adoptée au Sommet comprenait plusieurs paragraphes sur les questions de santé peut être attribué à l'étroite collaboration entre l'OPS et le Secrétariat de l'OEA avant, pendant et après le Sommet. L'OPS a concouru à la formulation de la résolution de l'OEA sur la grippe pandémique qui s'était déclenchée au Mexique. De plus, l'OPS était responsable de la surveillance épidémiologique pendant la réunion du Somment, d'où l'étroite collaboration avec le Centre d'épidémiologie des Caraïbes (CAREC) et le Canada, qui a envoyé un laboratoire portable à la réunion. United States Southern Command a pris en charge les services médicaux d'urgence.

324. La Directrice souhaite attirer l'attention sur le fait que les deux dernières séances du Comité de programme, budget et administration du Conseil exécutif de l'OMS ont été présidées par le Dr Merceline Dahl Regis des Bahamas, se distinguant comme représentante des Amériques.

325. Le Comité exécutif a pris note des rapports.

Rapport d'avancement des questions administratives et financières (Documents CE144/INF/6- A et B) :

État de la mise en œuvre des Normes comptables internationales du secteur public (IPSAS) (Document CE144/INF/6-A)

326. L'Ambassadeur Lionel Maza (Représentative du Sous-comité de programme, budget et administration) a indiqué que le Sous-comité avait été informé que l'OPS avait l'intention d'appliquer intégralement les Normes comptables internationales du secteur public d'ici janvier 2010. La tâche essentielle en cours concernant l'estimation actuarielle du passif à long terme, notamment les primes de départ et l'assurance-maladie après l'emploi pour le personnel de l'OPS qui ont pris la retraire. Un actuaire externe serait chargé de faire ces calculs. Les étapes restantes pour 2009 concernent la présentation aux Organes directeurs des changements proposés dans le Règlement financier et les Règles de gestion financières, la mise au point de manuels comptables, la formation portant sur les normes IPSAS, la détermination sur la reconnaissance des contributions en nature des États Membres dans les états financiers, l'identification des stocks à la vente, la détermination des entités qui seraient consolidées dans les états financiers de l'OPS avec estimations possibles des immeubles et terrains de l'OPS et coordination de l'interprétation des normes IPSAS de l'Organisation avec celles de l'Auditeur externe. Certaines tâches devront également être effectuées sur les systèmes informatiques de l'Organisation pour répondre aux conditions fondamentales de l'IPSAS.

327. Mme Sharon Frahler (Manager de domaine, Gestion des ressources financières, BSP) a indiqué que la conversion aux normes IPSAS était dans les délais bien qu'il s'agisse d'un défi de taille exigeant énormément de temps de la part du personnel de l'OPS. L'Organisation avait recruté un responsable pour cette conversion et un bureau d'actuaires pour le calcul du passif susmentionné. Ces chiffres seront disponibles en principe mi-juillet 2009.

328. En mai 2009, l'OPS avait organisé une formation d'une semaine dispensée par le Dr Andreas Bergman, membre du Conseil de l'IPSAS et Mme Frahler avait assisté à une réunion de l'équipe spéciale IPSAS/Nations Unies.

329. Un autre organisme des Nations Unies, le Programme alimentaire mondial (PAM), avait déjà adopté les normes IPSAS, et fait l'objet d'une opinion d'audit non qualifiée sur son processus de mise en œuvre. L'OPS travaille en étroite collaboration avec le PAM pour s'inspirer de son expérience concernant la conversion en question, qui avait coûté plus de 3 millions USD au PAM.

330. Dans la discussion qui a suivi, une déléguée a attiré l'attention sur le paragraphe 7 du Document CE144/INF/6-A, concernant les limitations des divers systèmes financiers et comptables de l'OPS. Elle cherchait à savoir quels seraient les coûts pour traiter ces

limitations et si le système comptable de l'OPS serait relié au Système de gestion globale de l'OMS (SGG).

331. Mme Frahler a indiqué que l'OPS avait consulté le Programme alimentaire mondial lui demandant s'il serait préférable de mettre à jour son système informatique avant la mise en œuvre des normes IPSAS ou s'il valait se lancer en improvisant par la suite. Le PAM avait décidé d'opter pour les improvisations dont chacune avait été approuvée par les auditeurs externes. L'OPS avait décidé d'adopter la même stratégie à court terme bien qu'Organisation ait besoin par la suite d'un nouveau système financier, soutenant la comptabilité d'exercice et la capitalisation du capital fixe. Un groupe de travail était en train de concevoir un tel système et avait finalisé récemment les principes directeurs financiers.

332. L'OPS n'avait eu aucun problème à télécharger ses données dans le système SGG/GSM. De fait, les spécialistes de l'OPS semblaient même mieux comprendre le Système de gestion globale que le propre personnel GSM de l'OMS. Certaines difficultés s'étaient présentées en téléchargent l'information à partir du système. Mais là aussi, le problème semblait davantage dû au GSM et à son système de téléchargement et non pas à la capacité de l'OPS de recevoir des données.

333. Le Comité a pris note du rapport sur l'état d'avancement de l'adoption des Normes comptables internationales du secteur public.

Fonds directeur d'investissement (Document CE144/INF/6-B)

334. L'Ambassadeur Lionel Maza (Représentative du Sous-comité de programme, budget et administration) a indiqué que le Sous-comité avait examiné un rapport sur les projets financés par le Fonds directeur d'investissement qui avaient soit démarré ou qui devaient être réalisés à l'avenir. Le Sous-comité a pris note du rapport, demandant que les versions futures de ces rapports montrent la relation entre les projets financés par le Fonds directeur d'investissement et ceux du compte de réserve.

335. M. Michael Boorstein (Directeur de l'Administration, BSP) a remercié les États Membres d'avoir accepté de créer le Fonds, qui sert de mécanisme d'investissement dans l'infrastructure de l'OPS et de décaissement pour les paiement des dépenses liées aux licences des logiciels et autres soutiens des systèmes d'information de l'Organisation. Les détails des projets financés à partir du Fonds directeur d'investissement se trouvent dans le Document CE144/INF/6B, faisant état de la situation en avril 2009. Les annexes au document apportent une information plus à jour.

336. Commençant par le Fonds immobilier, il attire l'attention sur le fait que 97 000 USD avaient été dépensés pour la rénovation du bureau au Brésil. Vu que le Gouvernement brésilien avait pris à sa charge ces frais, le Fonds disposait encore du montant prévu pour ces dépenses. Il était prévu de rénover les ascenseurs au Siège de

l'Organisation à Washington D.C. pendant l'exercice actuel mais le projet était remis jusqu'en 2010, pour que les ascenseurs puissent être utilisés pour transporter les matériaux servant à un autre projet, le remplacement des fenêtres dans l'immeuble. Il a également noté l'impact de l'approbation du financement accéléré, par le Comité, pour le remplacement des fenêtres ainsi que pour le Centre des opérations d'urgence (voir paragraphes 254 à 261, ci-dessus).

337. Concernant le Fonds de technologie de l'information, il a attire l'attention sur les dépense de 42 000 USD au Chili suite à un cambriolage du bureau et à la perte de pratiquement tout le matériel informatique.

338. Le Comité exécutif a pris note du rapport sur l'avancement du Fonds directeur d'investissement.

Autres questions

339. La Directrice a rappelé que le Bureau des services de contrôle et évaluation interne de l'OPS se trouvait sans auditeur senior depuis presque quatre ans, ce qui préoccupait les États Membres. L'Organisation avait essayé de plusieurs manières à attirer le bon candidat, notamment en revoyant la description et le titre du poste et en le mettant à une position D-1 mais en vain. A présent, enfin, l'Organisation semble disposer d'un certain nombre de candidats avec les qualifications requises. Ils ont terminé les examens en vue de déterminer s'ils conviennent pour le poste, ont passé les interviews et, à présent, l'OPS vérifie les références. On espère qu'un candidat pourra être choisi d'ici la fin juillet 2009.

340. Notant que la Colombie avait annoncé lors de la session de mars du SPBA qu'elle souhaitait siéger auprès du Comité exécutif, elle encourageait les diverses sous-régions à réfléchir aux pays qu'ils souhaitent nommer pour l'élection qui se tiendra pendant le Conseil directeur.

Clôture de la Session

341. Suivant l'échange coutumier de politesses, le Président a déclaré la clôture de la 144^{e} Session du Comité exécutif.

Résolutions et décisions

342. Les résolutions et décisions suivantes ont été adoptées par le Comité exécutif lors de sa 144^{e} Session :

Résolutions

CE144.R1 : **Projet de création d'un Comité d'audit**

LA 144e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant revu le document intitulé *Projet de création d'un Comité d'audit* (document CE144/26, Rév. 1) et ayant envisagé l'avant-projet des attributions pour ledit Comité qui y figurent ; et

Notant le rapport préparé par le Secrétariat sur cette question,

DÉCIDE :

De recommander au 49e Conseil directeur d'adopter une résolution formulée selon les termes suivants :

CRÉATION D'UN COMITÉ D'AUDIT

LE 49e CONSEIL DIRECTEUR,

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

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

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

DÉCIDE :

1. De créer un Comité d'audit pour l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS).

2. D'approuver les attributions suivantes pour le Comité d'audit de l'OPS :

Principe directeur

1. Un comité d'audit sera mis en place par le Conseil directeur de l'Organisation panaméricaine de la Santé (« OPS ») en vue d'exercer une fonction consultative indépendante, donnant au Directeur du Bureau sanitaire panaméricain (« le Directeur»)

et aux États membres de l'OPS, par le biais du Comité exécutif, des avis sur le fonctionnement des structures de contrôle et de compte rendu financiers de l'Organisation, de ses mécanismes de gestion des risques et des autres contrôles liés à l'audit. Le Comité exécutera ses fonctions en procédant à des examens indépendants des activités réalisées par le système de contrôles internes et externes de l'OPS, notamment le Bureau des services d'évaluation et de surveillance internes de l'OPS (« IES »), l'Auditeur externe et l'administration et la gestion de l'Organisation. Le travail du Comité d'audit sera réalisé conformément aux normes acceptées internationalement et aux meilleures pratiques existantes et en observant les politiques, réglementations et règlements de l'OPS. Le Comité d'audit ne se substitue pas à la fonction du Comité exécutif de l'OPS ou de son Sous-comité de programme, budget et administration (« SPBA »).

Rôle du Comité

2. Le Comité d'audit de l'OPS sera chargé des fonctions suivantes :

a) examiner et contrôler l'adéquation, l'efficience et l'efficacité des mécanismes d'évaluation et de gestion des risques de l'Organisation, de son système de contrôles internes et externes (notamment la fonction de surveillance interne et de l'Auditeur externe de l'OPS) ainsi que l'application ponctuelle et efficace des recommandations de l'audit par la direction ;

b) émettre des avis sur les questions se rapportant au système des contrôles internes et externes, leurs stratégies, plans de travail et performance ;

c) rendre compte de toute question liée aux politiques et procédures de l'OPS nécessitant la prise de mesures correctives et faire état des améliorations recommandées dans le domaine des contrôles, notamment l'évaluation, l'audit et la gestion du risque ;

d) émettre des observations sur les plans de travail et le budget proposé des fonctions d'audit interne et externe ;

e) donner des conseils sur les implications opérationnelles des questions et tendances se dégageant des états financiers de l'Organisation et les principales questions de politique de compte rendu financier ;

f) donner des conseils sur l'adéquation et l'efficacité des politiques comptables et des règles de divulgation des informations et évaluer les changements et les risques de ces politiques ; et

g) conseiller le Directeur concernant le choix du commissaire aux comptes de l'OPS et le Comité exécutif concernant le choix de l'auditeur externe.

Membres du Comité

3. Le Comité d'audit sera composé de trois membres témoignant du niveau le plus élevé d'intégrité et étant entièrement indépendants de l'OPS. Le Comité d'audit sera nommé par le Comité exécutif de l'OPS. Les membres serviront en leur capacité personnelle. Chaque membre sera président du Comité à tour de rôle pendant une année.

Critères de qualité de membre

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

a) une expérience concernant la préparation, l'audit, l'analyse ou l'évaluation des états financiers qui soit d'une diversité et d'une complexité en matière de comptabilité généralement comparable à la diversité et à la complexité des questions de comptabilité auxquelles l'OPS doit faire face, notamment une bonne connaissance des principes comptables appropriés et couramment acceptés ;

b) une connaissance et, si possible, une expérience appropriée concernant les processus d'inspection, de suivi et d'évaluation ;

c) une connaissance de contrôle interne, de gestion des risques, d'enquête et des procédures de compte rendu financier ; et

d) une connaissance générale de l'organisation, de la structure et du fonctionnement des organisations internationales du système des Nations Unies.

Durée du mandat

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

Appels de propositions

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

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

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

Responsabilité des membres

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

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

Réunions et règlement interne

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

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

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

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

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

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

directement au Président concernant les questions en rapport avec le travail du Comité d'audit.

Divulgation d'informations

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

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

Accès

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

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

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

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

Compte rendu

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

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

Ressources

24. Le Comité d'audit recevra les ressources nécessaires pour mener à bien sa tâche. Des fonds seront affectés au budget biennal de l'Organisation aux fins d'un soutien administratif et pour assumer les coûts de déplacement et d'hébergement encourus dans

le cadre du travail des membres du Comité. De tels déplacements seront traités conformément au Règlement de l'OPS. Les membres serviront sans rémunération de l'OPS.

Revue des attributions

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

(Deuxième réunion, le 22 juin 2009)

CE144.R2, Corrig. : **Rapport sur le recouvrement des contributions**

LA 144e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant considéré le rapport de la Directrice sur le recouvrement des contributions (documents CE144/23 et Add. I), incluant un rapport sur le statut du fonds spécial intitulé *Contributions volontaires pour les programmes prioritaires : Surveillance, prévention et prise en charge des maladies chroniques ; Santé mentale et toxicomanie ; Tabagisme ; Grossesse sans risques ; VIH/SIDA ; et Direction* ;

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

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

Notant avec préoccupation que 22 États membres ne se sont acquittés d'aucun paiement sur leurs contributions de 2009 et que le montant recouvré pour les contributions de 2009 représente seulement 14% des contributions totales de l'année en cours,

DÉCIDE :

1. De prendre note du rapport de la Directrice sur le recouvrement des contributions, incluant un rapport sur le statut du fonds spécial intitulé *Contributions volontaires pour les programmes prioritaires : Surveillance, prévention et prise en charge des maladies chroniques ; Santé mentale et toxicomanie ; Tabagisme ; Grossesse sans risques ; VIH/SIDA ; et Direction* (documents CE144/23 et Add.1).

2. D'encourager les États membres à continuer à apporter un soutien financier venant soutenir le fonds spécial intitulé *Contributions volontaires pour les programmes prioritaires : Surveillance, prévention et prise en charge des maladies chroniques ; Santé mentale et toxicomanie ; Tabagisme ; Grossesse sans risques ; VIH/SIDA ; et Direction*.

3. De remercier les États membres qui se sont déjà acquittés de leurs paiements pour 2009 et d'exhorter les autres États membres à s'acquitter de toutes leurs contributions impayées dès que possible.

4. De prier la Directrice de continuer à informer les États membres de tout montant dû et de faire rapport au 49e Conseil directeur sur le statut du recouvrement des contributions.

5. De recommander au 49e Conseil directeur que les restrictions sur le droit de vote contenues dans l'Article 6.B de la Constitution de l'OPS soient strictement appliquées à tout État membre qui à l'ouverture de cette session ne s'est pas acquitté d'un paiement substantiel de sa contribution.

(Deuxième réunion, le 22 juin 2009)

CE144.R3 Revue des organisations non gouvernementales en relations officielles avec l'OPS

LA 144e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant considéré le rapport du Sous-Comité des programmes, du budget et de l'administration (document CE144/6); et

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

DÉCIDE :

1. De continuer les relations officielles entre l'OPS et *American Society of Microbiology* (ASM), *Inter-American Association of Sanitary and Environmental Engineering* (AIDIS), *International Diabetes Federation* (IDF), *Latin American Federation of the Pharmaceutical Industry* (FIFARMA), *March of Dimes Foundation* (MOD), *U.S. Pharmacopeia* (USP), et *World Association for Sexual Health* (WAS).

2. De cesser les relations officielles entre l'OPS et *Latin American and Caribbean Association of Public Health Education* (ALAESP).

3. De demander à la Directrice de :

a) faire connaître aux ONG respectives les décisions prises par le Comité exécutif ;

b) continuer de forger des relations de travail dynamiques avec des ONG interaméricaines présentant un intérêt pour l'Organisation dans des domaines relevant des priorités que les Organes directeurs ont adoptées pour l'OPS ;

c) présenter un rapport annuel sur les interrelations entre l'OPS et les organisations non gouvernementales en relations officielles pour pouvoir évaluer la contribution de cette collaboration aux objectifs stratégiques définis par l'Organisation dans le cadre du Plan stratégique 2008-2012 ; et

d) de continuer à encourager des relations entre les États membres et les ONG dans le domaine de la santé.

(Deuxième réunion, le 22 juin 2009)

CE144.R4 : **Plan d'action pour la mise en œuvre de la politique sur l'égalité entre les genres**

LA 144e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné le rapport de la Directrice intitulé *Plan d'action pour la mise en œuvre de la politique sur l'égalité entre les genres* (document CE144/14),

DÉCIDE :

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

PLAN D'ACTION POUR LA MISE EN ŒUVRE DE LA POLITIQUE SUR L'ÉGALITÉ ENTRE LES GENRES

LE 49e CONSEIL DIRECTEUR,

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

Rappelant le Programme d'Action de la Conférence internationale sur la Population et le Développement (le Caire, 1994), la Déclaration et le programme d'action

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

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

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

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

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

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

DÉCIDE :

1. De recommander vivement aux États membres :

a) d'adopter et de promouvoir l'exécution du Plan d'action pour la mise en application de la Politique en matière d' égalité des sexes comme cadre pour atteindre l'égalité entre les sexes sur le plan de la santé ;

b) de formuler des plans d'action, politiques et lois en matière de santé pour intégrer l'égalité entre les genres dans les systèmes de santé, de formuler des politiques, programmes et lois spécifiques en santé avec la perspective de l'égalité entre les sexes et de vérifier qu'elles sont mises en œuvre par le biais de la création ou du renforcement d'un bureau du genre au sein du Ministère de la santé ;

c) de mettre au point des rapports systématiques sur l'inégalité entre les genres sur le plan de la santé aux fins de planification, plaidoyer et suivi grâce à la production, à l'analyse et à l'utilisation de l'information désagrégée par sexe et autres variables pertinentes ;

d) de faciliter la création de groupes intersectoriels nationaux qui comprennent des organisations de la société civile pour soutenir le secteur de la santé au niveau de la mise en œuvre du Plan d'action ; et

e) de promouvoir et renforcer les partenariats avec d'autres organismes des Nations Unies et avec d'autres organisations pour soutenir le Plan d'action.

2. De demander à la Directrice :

a) de vérifier la mise en œuvre du Plan d'Action et de soutenir les États membres au niveau de la mise en application de leur plans d'action intégrant l'égalité entre les genres dans les systèmes de santé ;

b) de partager les connaissances sur les progrès et les meilleures pratiques pour atteindre l'égalité des genres en santé ainsi que les problèmes pouvant l'entraver ;

c) de faciliter le suivi des progrès de la mise en application du Plan d'action dans le cadre du travail et la collaboration technique du Secrétariat ;

d) de soutenir un Groupe de consultation technique et autres mécanismes internes et externes qui incluent la participation de la société civile pour la mise en œuvre et le suivi du Plan d'action ; et

e) de promouvoir et renforcer la collaboration avec les autres organismes des Nations Unies et autres organisations pour soutenir la mise en œuvre du plan d'action.

(Quatrième réunion, le 24 juin 2009)

CE144.R5 : **Santé familiale et communautaire**

LA 144e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant pris connaissance du document de réflexion intitulé *Santé familiale et communautaire* (Document CE144/21),

DÉCIDE :

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

SANTÉ FAMILIALE ET COMMUNAUTAIRE

LE 49e CONSEIL DIRECTEUR,

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

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

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

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

DÉCIDE :

1. De prier instamment les États membres de :

a) adopter une approche de santé familiale et communautaire globale et interculturelle qui servira de contexte efficace pour la promotion et l'intégration des politiques sociales, des stratégies de développement local, des programmes de

santé publique et des services de soins de santé visant à renforcer les capacités de prise en charge et de responsabilisation des familles et des collectivités et à assurer la santé et le bien-être de leurs membres ;

b) intensifier leurs efforts visant à offrir un accès universel à des services et des programmes de santé individuels et collectifs de qualité en tant que composante primordiale du programme de protection sociale, par le biais de la mise en place de systèmes de santé intégrés fondés sur les soins de santé primaire ;

c) renforcer la mise en place, la gouvernance, la gestion et la performance de réseaux intégrés de services de santé dans une optique favorisant la population pour répondre aux besoins de santé spécifiques des individus aux différentes étapes de leur vie et dans le contexte de leurs familles et de leurs communautés ; et

d) investir dans la formation des ressources humaines nécessaires pour garantir la portée et l'expansion des services de soins de santé primaire multidisciplinaires et reposant sur des équipes, ainsi que des programmes et des interventions de santé publique ayant une approche globale et interculturelle de la santé familiale et communautaire.

2. De demander à la Directrice de :

a) soutenir la mise au point de modèles de soins et de formation des ressources humaines ainsi que l'organisation, la gestion et la prestation de services de santé axés sur la famille et la communauté afin de fournir des soins de santé de qualité, complets, continus et intégrés, dans une perspective interculturelle et de genre ;

b) promouvoir l'intégration de l'approche de santé familiale et communautaire dans les programmes de l'OPS ;

c) encourager la participation et l'engagement des organisations internationales, des institutions scientifiques et techniques, des organismes de la société civile, du secteur privé et d'autres intervenants afin qu'ils soutiennent les initiatives nationales et locales en matière de santé familiale et communautaire, notamment dans les pays prioritaires et dans les régions ou au sein de populations des Amériques privés de protection sociale ; et

d) faciliter l'échange entre les pays d'expériences et de bonnes pratiques en matière de santé familiale et communautaire et de renforcer les mécanismes servant à la recherche opérationnelle et à l'évaluation et au suivi uniformisés des activités de santé familiale et communautaire pour permettre des comparaisons internationales et longitudinales de leur efficacité.

(Cinquième réunion, le 24 juin 2009)

CE144.R6 **Plan d'action sur la santé des adolescents et des jeunes**

LA 144e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné le rapport de la Directrice intitulé *Plan d'action sur la santé des adolescents et des jeunes* (Document CE144/13, Rév. 1), fondé sur le Plan stratégique de l'OPS 2008-2012,

DÉCIDE :

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

PLAN D'ACTION SUR LA SANTÉ DES ADOLESCENTS ET DES JEUNES

LE 49e CONSEIL DIRECTEUR,

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

Prenant note de la résolution de l'Assemblée mondiale de la Santé sur la Stratégie pour la santé et le développement de l'enfant et de l'adolescent (WHA56.21, 2003), qui appelle les gouvernements à renforcer et à élargir leurs efforts en vue d'obtenir une couverture totale des services et de favoriser l'accès des adolescents à un large éventail d'informations sur la santé ; du Plan ibéro-américain de coopération et d'intégration des jeunes pour 2009-2015 et de la résolution CD48.R5 du Conseil directeur de l'OPS sur la Stratégie régionale pour améliorer la santé des adolescents et des jeunes pour la période 2010-2018, dans laquelle les gouvernements ont officiellement reconnu les besoins différenciés des jeunes et ont approuvé l'élaboration d'un plan d'action ;

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

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

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

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

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

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

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

DÉCIDE :

1. D'avaliser le Plan d'action sur la santé des adolescents et des jeunes pour répondre de façon efficace et effective aux besoins actuels et émergents dans le domaine de la santé des adolescents et des jeunes en tenant spécifiquement compte des inégalités qui existent sur le plan de l'état de santé, et de renforcer la réponse des système de santé pour développer et mettre en œuvre des politiques, des lois, des plans, des programmes et des services pour les adolescents et les jeunes.

2. D'exhorter les États membres à :

a) accorder la priorité à l'amélioration de la santé des adolescents et des jeunes et à réduire les facteurs de risque, en établissant des programmes nationaux et/ou en

les renforçant et en garantissant des ressources appropriées et une coordination améliorée avec le secteur sanitaire et avec les partenaires dans d'autres secteurs pour garantir la mise en œuvre des actions et des initiatives en matière de santé et de développement des adolescents et des jeunes, tout en minimisant la duplication des efforts et en maximisant l'impact des ressources limitées ;

b) élaborer et à mettre en œuvre des plans nationaux et à favoriser l'exécution de politiques publiques guidées par le Plan d'action en se concentrant sur les besoins des populations à faible revenu et vulnérables ;

c) coordonner avec d'autres pays de la Région la mise en œuvre des activités contenues dans leurs plans d'action et la diffusion et l'utilisation d'outils qui favorisent la santé des adolescents et des jeunes ;

d) mettre en œuvre le Plan d'action, suivant la nécessité, selon une approche intégrée de systèmes de santé fondées sur les soins de santé primaires, en mettant l'accent sur l'action intersectorielle, sur le suivi et l'évaluation de l'efficacité des programmes et sur l'allocations des ressources ;

e) promouvoir la collecte et l'utilisation des données sur la santé des adolescents et des jeunes ventilées en fonction de l'âge, du sexe et de l'appartenance ethnique et l'utilisation d'une analyse fondée sur le genre, de nouvelles technologies (par exemple, les systèmes d'informations géographiques) et de modèles de projections pour renforcer la planification, l'exécution et la surveillance des plans, des politiques, des programmes, des lois et des interventions au niveau national liés à la santé des adolescents et des jeunes ;

f) promouvoir et à mettre en place des environnements propices qui encouragent la santé et le développement des adolescents et des jeunes ;

g) élargir la couverture des services de santé de qualité, comme la promotion, la prévention, le traitement efficace et les soins continus, et leur accès pour en accroître la demande et l'utilisation par les adolescents et les jeunes ;

h) soutenir le renforcement des capacités des décideurs, directeurs de programmes et prestataires de soins de santé en vue de l'élaboration de politiques et de programmes visant à favoriser le développement de la communauté et à fournir des services de santé efficaces et de qualité répondant aux besoins de santé des adolescents et des jeunes et aux déterminants de santé qui s'y rapportent ;

i) faire participer les adolescents et les jeunes, leurs familles, les collectivités, les écoles et d'autres institutions et organismes appropriés à l'offre de programmes de promotion et de prévention tenant compte des sensibilités culturelles et de

l'âge dans le cadre de l'approche globale pour l'amélioration de la santé et du bien-être des adolescents et des jeunes ;

j) mettre en place des partenariats avec les médias pour promouvoir des images positives au sujet des adolescents et des jeunes et favorisant des comportements appropriés et la responsabilité en matière de santé ; et

k) promouvoir la collecte, l'utilisation et le partage des données concernant la santé des adolescents et des jeunes pour renforcer, aux niveaux local et régional, la planification, la mise en œuvre et le contrôle des plans, des programmes et des interventions de santé publique liés aux adolescents et aux jeunes.

3. De demander à la Directrice de :

a) nommer pour une durée limitée un groupe consultatif technique qui fournira un appui relatif aux questions concernant la santé et le développement des adolescents et des jeunes ;

b) encourager la coordination et l'exécution du Plan d'action par l'intégration des actions des unités programmatiques de l'OPS aux niveaux national, sous-régional, régional et interinstitutionnel ;

c) collaborer avec les États membres pour la mise en œuvre du Plan d'action en fonction de leur situation nationale et de leurs priorités et pour promouvoir la diffusion et l'utilisation des produits qui en découlent aux niveaux national, sous-régional, régional et interinstitutionnel ;

d) encourager le développement de projets de recherche collaborative susceptibles d'établir la base d'éléments de preuves requise pour mettre sur pied et faire fonctionner des programmes et des interventions efficaces et appropriés quant au développement et à l'âge en faveur des adolescents et des jeunes ;

e) mettre en place de nouveaux partenariats ou de renforcer les partenariats existants, au sein de la communauté internationale pour identifier les ressources humaines, la technologie et les besoins financiers afin de garantir la mise en œuvre du Plan d'action ;

f) encourager la coopération technique entre pays, sous-régions, organisations internationales et régionales, entités gouvernementales, organisations privées, universités, médias, société civile, organisations de la jeunesse, organisations confessionnelles et communautés, dans le cadre d'activités ayant pour but de promouvoir la santé des adolescents et des jeunes ;

g) encourager la coordination du Plan d'action par l'entremise d'initiatives similaires menées par d'autres agences internationales de coopération technique et de financement en vue d'améliorer et de promouvoir la santé des adolescents et des jeunes dans les pays ; et

h) faire périodiquement rapport aux organes directeurs de l'OPS sur les progrès et les contraintes concernant l'exécution du Plan d'action, et d'envisager l'adaptation de ce Plan pour répondre à l'évolution de la situation et aux nouveaux défis dans la Région.

(Cinquième réunion, le 24 juin 2009)

CE144.R7 : **Réseaux intégrés de services de santé fondés sur les soins de santé primaires**

LA 144e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné le rapport de la Directrice intitulé *Réseaux intégrés de services de santé fondés sur les soins de santé primaires* (document CE144/17) dans lequel est résumé le problème de la fragmentation des services de santé et est proposé la création de réseaux intégrés de services de santé pour y remédier ;

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

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

DÉCIDE :

De recommander que le Conseil Directeur approuve une résolution rédigée comme suit :

RÉSEAUX INTÉGRÉS DE SERVICES DE SANTÉ FONDÉS SUR LES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES

LE 49e CONSEIL DIRECTEUR,

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

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

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

Reconnaissant que les réseaux intégrés de services de santé constituent l'une des principales expressions opérationnelles de l'approche axée sur les soins de santé primaires au niveau de la prestation de services de santé, qu'ils contribuent à concrétiser plusieurs de leurs éléments essentiels comme la couverture et l'accès universels ; le premier contact ; les soins intégrés ; les soins de santé appropriés ; l'organisation et la gestion optimales et l'action intersectorielle, entre autres ;

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

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

DÉCIDE :

1. D'exhorter les États Membres à :

a) prendre conscience du problème de la fragmentation des services de santé dans le système de santé, et le cas échéant, dans les sous-systèmes qui le composent ;

b) promouvoir un dialogue avec toutes les parties prenantes, et en particulier avec les prestataires de services de santé et les personnes qui administrent les soins à domicile et dans la communauté en général, sur le problème de la fragmentation des services et les stratégies pour y remédier ;

c) élaborer un plan national d'action visant à promouvoir la mise en place de réseaux intégrés de services de santé, intégrant une approche de la santé familiale et communautaire, comme modalité préférentielle de prestation de services de santé au niveau national ;

d) promouvoir la formation et la gestion des ressources humaines compatibles avec la création des réseaux intégrés de services de santé ; et

e) mettre en œuvre et évaluer périodiquement le plan national d'action pour le développement des réseaux intégrés de services de santé.

2. Demander à la Directrice de :

a) soutenir les pays de la Région dans l'élaboration de leurs plans nationaux d'action pour la création des réseaux intégrés de services de santé ;

b) promouvoir la création de réseaux intégrés de services de santé au niveau des frontières communes, ce qui comprend, le cas échéant, des mécanismes de coopération et de compensation pour les services fournis entre différents pays (ou « services partagés » dans le cas des pays des Caraïbes) ;

c) élaborer des cadres conceptuels et analytiques, des outils, des méthodes et des guides qui facilitent la mise en place de réseaux intégrés de services de santé ;

d) soutenir la formation et la gestion de ressources humaines de la santé compatibles avec la mise en place de réseaux intégrés de services de santé, y compris des personnes qui ne perçoivent aucune rémunération et fournissent des soins de santé à domicile et dans la communauté ;

e) mobiliser des ressources à l'appui de la mise en place de réseaux intégrés de services de santé dans la Région, ce qui recouvre la documentation des bonnes pratiques et l'échange d'expériences couronnées de succès entre les pays ;

f) surveiller et évaluer les progrès des réseaux intégrés de services de santé dans les pays de la Région ; et

g) promouvoir un dialogue avec la communauté des organismes de coopération/bailleurs de fonds internationaux dans le but de favoriser une prise de conscience du problème de la fragmentation des services de santé et de chercher à obtenir leur appui pour la mise en place de réseaux intégrés de services de santé dans la Région.

(Cinquième réunion, le 24 juin 2009)

CE144.R8 : **Stratégie et plan d'action sur la santé mentale**

LA 144e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné le rapport de la Directrice intitulé *Stratégie et plan d'action sur la santé mentale* (document CE144/12),

DÉCIDE :

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

LE 49e CONSEIL DIRECTEUR,

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

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

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

Considérant le contexte et le fondement pour l'action que nous offrent le Programme d'action sanitaire pour les Amériques, le Plan stratégique de l'OPS 2008-2012 et le Programme d'action Combler les lacunes en santé mentale (*mhGAP*) :

élargir l'accès aux soins pour lutter contre les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'abus de substances psychoactives, qui témoignent de l'importance du thème et qui définissent les objectifs stratégiques pour l'approche de la santé mentale ; et

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

DÉCIDE :

1. D'approuver le contenu du document *Stratégie et plan d'action sur la santé mentale* et à son application dans le cadre des conditions particulières de chaque pays pour répondre de manière appropriée aux nécessités actuelles et futures en matière de santé mentale.

2. D'exhorter les États membres à :

a) inclure la santé mentale comme une priorité dans les politiques nationales de santé, au moyen de l'exécution de plans de santé mentale en accord avec les diverses problématiques et priorités des pays, afin de maintenir les réalisations obtenues et de progresser vers de nouveaux objectifs, en particulier ceux concernant la réduction des lacunes des traitements existants ;

b) promouvoir l'accès universel et équitable aux soins de santé mentale pour toute la population, au moyen du renforcement des services de santé mentale dans le cadre des systèmes fondés sur les soins de santé primaire et les réseaux intégrés de services et à poursuivre des activités pour éliminer le modèle ancien axé sur les hôpitaux psychiatriques ;

c) continuer à travailler au renforcement des cadres légaux des pays dans l'objectif de protéger les droits de l'homme des personnes atteintes de troubles mentaux et de réaliser l'application efficace des lois ;

d) stimuler des initiatives intersectorielles pour la promotion de la santé mentale, avec une attention particulière aux enfants et aux adolescents, et pour faire face à la stigmatisation et la discrimination dont souffrent les personnes atteintes de troubles mentaux ;

e) soutenir la participation efficace de la communauté et des associations d'usagers et de parents à des activités destinées à promouvoir et à protéger la santé mentale de la population ;

f) considérer le renforcement des ressources humaines en matière de santé mentale comme une composante clé de l'amélioration des plans et des services, par la formulation et l'exécution de programmes systématiques de formation ;

g) réduire le déficit d'information existant dans le domaine de la santé mentale, par l'amélioration de la production, de l'analyse et de l'usage de l'information, ainsi que la recherche, avec une approche interculturelle et de genre ; et

h) renforcer les alliances du secteur public avec d'autres secteurs, ainsi qu'avec des organisations non gouvernementales, institutions académiques et acteurs sociaux clés, mettant l'accent sur leur participation à la formulation des plans de santé mentale.

3. De demander à la Directrice de :

a) appuyer les États membres dans l'élaboration et l'exécution de plans nationaux de santé mentale dans le cadre de leurs politiques de santé, en tenant compte de la stratégie et du plan d'action, en s'efforçant de corriger les inégalités et en accordant la priorité aux soins administrés aux groupes de personnes vulnérables et ayant des besoins particuliers ;

b) collaborer aux évaluations des services de santé mentale des pays pour obtenir que soient appliquées les mesures correctives appropriées qui sont fondées sur des preuves scientifiques ;

c) faciliter la dissémination de l'information et l'échange d'expériences positives et novatrices et de promouvoir la coopération technique entre les États membres ; et

d) développer les alliances avec les organisations gouvernementales et non gouvernementales, ainsi qu'avec des organismes internationaux et d'autres acteurs régionaux en appui à la réponse multisectorielle qui est requise dans le processus d'exécution de la stratégie et du plan d'action.

(Cinquième réunion, le 24 juin 2009)

CE144.R9 : **Plan d'action pour la prévention de la cécité évitable et des déficiences visuelles**

LA 144e SESSION DU COMITE EXECUTIF,

Ayant examiné le projet de Plan régional d'action pour la prévention de la cécité évitable et des déficiences visuelles (document CE144/20),

DÉCIDE :

De recommander au Conseil directeur d'adopter une résolution suivant le modèle ci-dessous :

PLAN D'ACTION POUR LA PRÉVENTION DE LA CÉCITÉ ÉVITABLE ET DES DÉFICIENCES VISUELLES

LE 49e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant examiné le document CD49/__ relatif au Plan d'action pour la prévention de la cécité évitable et des déficiences visuelles ;

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

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

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

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

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

DÉCIDE :

1. D'approuver le Plan d'action pour la prévention de la cécité évitable et des déficiences visuelles.

2. D'exhorter les États membres à :

a) mettre sur pied des comités nationaux de coordination qui auront pour tâche d'aider au développement et à la mise en œuvre de plans nationaux de prévention de la cécité ;

b) inclure la prévention de la cécité évitable et des déficiences visuelles dans les plans et objectifs nationaux de développement ;

c) faire avancer le processus d'intégration de la prévention de la cécité et des déficiences visuelles dans les plans et programmes actuels de soins primaires de santé sur le plan national, tout en veillant à ce qu'ils soient sensibles aux questions de parité hommes-femmes et d'ethnicité ;

d) appuyer la mobilisation des ressources en vue de l'éradication de la cécité évitable ;

e) encourager des partenariats entre le secteur public, les organisations non gouvernementales, le secteur privé, la société civile et les communautés, en vue de la réalisation de programmes et d'activités qui visent à promouvoir la prévention de la cécité ; et

f) encourager la coopération entre pays dans les domaines de la prévention de la cécité et des déficiences visuelles et des soins y afférent.

3. De demander à la Directrice de :

(a) fournir son appui à la mise en œuvre du Plan d'action pour la prévention de la cécité évitable et des déficiences visuelles ;

(b) maintenir et renforcer la collaboration du Secrétariat de l'OPS avec les États membres en matière de prévention de la cécité ; et

(c) promouvoir la coopération technique entre les pays ainsi que la mise en place de partenariats stratégiques pour la réalisation d'activités visant à protéger la santé oculaire.

(Cinquième réunion, le 24 juin 2009)

CE144.R10 : **Projet de plan stratégique de l'OPS 2008-2012 amendé**

LA 144e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

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

En prévoyant que le Bureau a considéré les observations du Comité Exécutif afin de finaliser l'avant-projet pour modifier le Plan stratégique,

DÉCIDE :

De recommander au 49e Conseil directeur d'adopter une résolution rédigée dans les termes suivants :

LE PLAN STRATEGIQUE DE L'OPS 2008-2012 AMENDÉ

LE 49e CONSEIL DIRECTEUR,

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

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

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

DÉCIDE :

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

(Sixième réunion, le 25 juin 2009)

CE144.R11 : **Élimination des maladies négligées et autres infections liées à la pauvreté**

LA 144e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant revu le document intitulé *Elimination des maladies négligées et autres infections liées à la pauvreté* (document CE144/10),

DÉCIDE :

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

ÉLIMINATION DES MALADIES NÉGLIGÉES ET AUTRES INFECTIONS LIÉES À LA PAUVRETÉ

LE 49e CONSEIL DIRECTEUR,

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

a) l'existence de résolutions et mandats précédents de l'OPS et de l'OMS pour lutter contre les maladies négligées et autres infections liées à la pauvreté qui peuvent être éliminées ou fortement réduites ;

b) la vaste expérience de la Région des Amériques sur le plan de la mise en œuvre de stratégies d'élimination des maladies transmissibles et les progrès encourageants notés dans la réduction du fardeau de ces maladies ;

c) la nécessité de terminer le « programme inachevé » au vu de la proportion élevée de personnes affectées dans les groupes les plus pauvres et les plus marginalisés des Amériques ;

d) le besoin de traiter les déterminants sociaux de la santé pour réduire le fardeau sanitaire, social et économique des maladies négligées et autres maladies liées à la pauvreté ;

e) la possibilité actuelle d'éliminer ou de réduire nettement le fardeau de ces maladies avec les outils disponibles ; et

f) l'importance d'œuvrer en faveur de l'élimination des maladies infectieuses pour lesquelles il existe des interventions de santé publique appropriées et efficaces par rapport aux coûts mais qui continuent pourtant à affliger les populations de la Région des Amériques.

DÉCIDE

1. De recommander instamment aux États membres de :

a) prendre l'engagement d'éliminer ou de réduire, d'ici 2015, les maladies négligées et autres infections liées à la pauvreté pour lesquelles existent les outils nécessaires, les ramenant à des niveaux tels qu'elles ne sont plus considérées comme étant des problèmes de santé publique ;

b) identifier les maladies négligées prioritaires, les populations vulnérables en retard, les écarts dans l'information épidémiologique et les zones géographiques d'intervention prioritaires (« hot spots »), aux niveaux infranationaux des pays ;

c) revoir les plans nationaux existants pour le contrôle ou l'élimination de ces maladies et, le cas échéant, de se doter de nouveaux plans s'appuyant sur une approche globale et prenant en compte les déterminants sociaux de santé, les stratégies inter-programmatiques et l'action intersectorielle ;

d) œuvrer pour que des ressources suffisantes soient disponibles afin d'assurer la pérennité des programmes de lutte aux niveaux national et infranational, y compris le personnel, l'approvisionnement en médicaments, le matériel et autres besoins ;

e) mettre en œuvre des stratégies de prévention, de diagnostic, de traitement, de contrôle des vecteurs et d'élimination d'une manière intégrée qui contribue au renforcement des systèmes de santé nationaux, y compris les systèmes de soins de santé primaire et le système de vigilance sanitaire ;

f) considérer, et si approprié, favoriser un éventail de régimes encourageant la recherche et le développement, et considérant, si nécessaire, la séparation des coûts de recherche et de développement du prix des médicaments, par exemple par l'octroi de récompenses, afin de combattre des maladies qui affectent les pays en développement de manière disproportionnée ;

g) mobiliser des ressources supplémentaires et d'engager les partenaires potentiels à niveau national ainsi que des organismes de développement bilatéraux et multilatéraux, des organisations non gouvernementales, des fondations et autres parties concernées ;

h) fournir un soutien à la promotion de la recherche et du développement scientifique en matière d'outils, de stratégies, de technologies et de méthodes, qu'ils soient nouveaux ou aient été perfectionnés, pour prévenir et contrôler les maladies négligées, comme le développement de tests de diagnostic bon marché, de médicaments plus sûrs et de mécanismes de diagnostic opportun pour permettre la réduction des complications ultérieures dues à ces maladies ;

i) approuver les objectifs et les indicateurs pour l'élimination et la réduction des maladies négligées et autres infections liées à la pauvreté, considérées comme des priorités par les États membres et mentionnées aux Annexes A et B.

2. De demander à la Directrice de :

a) continuer à veiller à la mobilisation active des ressources et à encourager une étroite collaboration pour forger des partenariats afin de soutenir la mise en œuvre de la présente résolution ;

b) apporter une coopération technique aux pays pour la préparation des plans d'action nationaux ;

c) promouvoir l'identification, la mise au point et l'utilisation d'interventions reposant sur des données probantes étayées par une solide base technique et scientifique ;

d) encourager l'application des directives actuelles de l'OPS et de l'OMS pour la prévention et le contrôle des maladies incluses ;

e) encourager la recherche et le développement scientifique axée sur des outils, des stratégies, des technologies et des méthodes, qu'ils soient nouveaux ou aient été perfectionnés, pour la prévention et le contrôle des maladies négligées ;

f) soutenir le renforcement des systèmes de surveillance et des soins de santé primaire, ainsi que le suivi et l'évaluation des plans d'action nationaux qui sont mis en œuvre ;

g) renforcer la collaboration inter frontalière entre les pays affectés par les mêmes maladies ; et

h) continuer à soutenir et à renforcer les mécanismes d'achat de médicaments, comme le Fonds stratégique, pour traiter les maladies négligées au meilleur coût afin d'augmenter l'accès.

Annexes

(*Sixième réunion, le 25 juin 2009*)

Présence de maladies négligées et autres infections liées à la pauvreté, par pays, et nombre total de pays où survient chaque maladie, Amérique latine et Caraïbes, selon les critères indiqués ci-après[3]

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

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

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

[a] Dans ces pays, la maladie est uniquement présente en tant que problème de santé publique [b] Région auparavant endémique
- Pas de données … Pas d'information

Critères :

Maladie de Chagas :	indication de tout type de transmission ces 10 dernières années. (1998-2007)
Schistosomiase :	indication de la maladie ces 10 dernières années (1998-2007)
Filariose lymphatique :	indication de la maladie ces 3 dernières années (2005-2007)
Géohelminthiase :	indication de la maladie ces 10 dernières années (2005-2007)
Lèpre :	indication de la maladie ces 3 dernières années (2005-2007)
Onchocercose :	indication de la maladie ces 3 dernières années (2005-2007)
Rage humaine transmise par les chiens :	indication de la maladie ces 3 dernières années (2006-2008)
Trachome :	indication de la maladie ces 10 dernières années (1998-2007)
Tétanos néonatal :	indication de la maladie ces 3 dernières années (2005-2007)
Syphilis congénitale :	indication de la maladie ces 3 dernières années (2005-2007)
Paludisme :	indication de la transmission locale continue ces 5 dernières années
Peste :	indication de la maladie ces 3 dernières années (2006-2008)

Situation épidémiologique, objectifs d'élimination et stratégie d'élimination primaire pour certaines maladies négligées et autres infections liées à la pauvreté.[4]

GROUPE 1 : Maladies avec de meilleures possibilités d'être éliminées (avec interventions disponibles efficaces par rapport aux coûts)			
Maladie	**Situation épidémiologique**	**Objectifs**	**Stratégie primaire**
Maladie de Chagas	– Indications de transmission dans 21 pays des Amériques. – On estime que 8 à 9 millions de personnes sont infectées actuellement. – 40 000 nouveaux cas de transmission par vecteur chaque année. – La transmission par les principaux vecteurs a été interrompue dans plusieurs pays (Uruguay, Chili et Brésil, Guatemala) et dans certaines régions (Argentine et Paraguay). – La plupart des pays d'Amérique latine sont en passe d'atteindre l'objectif de réalisation du dépistage de la maladie de Chagas dans 100% de leurs banques de sang.	– Interrompre la transmission nationale par vecteur de *T. cruzi* (index d'infestation par les triatomes domestiques de moins de 1% et séroprévalence négative chez les enfants jusqu'à l'âge de cinq ans, à l'exception du minimum représenté par des cas parmi les enfants de mères séropositives). – Interrompre la transmission transfusionnelle de *T. cruzi* (100% couverture de dépistage du sang).[5] – Intégrer le diagnostic de la maladie de Chagas dans le système de soins de santé primaire, afin de mettre à la disposition des patients un traitement et des soins médicaux pour les phases sévères et chroniques et pour consolider l'offre de traitements au niveau national, accroissant ainsi leur disponibilité. – Prévenir le développement des cardiomyopathies et des problèmes intestinaux liés à la maladie de Chagas, en offrant des soins de santé appropriés à ceux qui sont affectés par les différentes phases de la maladie.	– Eliminer les vecteurs dans les maisons par le contrôle chimique. – Programmes de gestion environnementale. – Information/Education/Communication (IEC). – Dépistage d'échantillons de sang dans les banques de sang pour éviter la transmission par transfusion sanguine. – Dépistage des femmes enceintes et traitement pour éviter la transmission congénitale. – Bonnes pratiques de préparation alimentaire pour éviter la transmission par voie orale. – Traitement étiologique des enfants. – Offre de soins médicaux aux adultes atteints de la maladie de Chagas.

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

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

GROUPE 1 : Maladies avec de meilleures possibilités d'être éliminées (avec interventions disponibles efficaces par rapport aux coûts)			
Maladie	**Situation épidémiologique**	**Objectifs**	**Stratégie primaire**
Syphilis congénitale	– On estime que 250 000 cas de syphilis congénitale se présentent chaque année dans la Région. – Dans le cadre d'une enquête de 2006, 14 pays ont notifié l'incidence de la syphilis congénitale dans les naissances vivantes, avec une fourchette allant de 0 cas pour 1 000 naissances vivantes à Cuba à 1,56 au Brésil.	– Eliminer la syphilis congénitale en tant que problème de santé publique (moins de 0,5 cas pour 1000 naissances vivantes).[6]	– Notification obligatoire de la syphilis et de la syphilis congénitale pour les femmes enceintes. – Dépistage sanguin universel pendant la première consultation prénatale (<20 semaines,) lors du troisième trimestre, pendant le travail et suivant la naissance d'un mort-né et un avortement/fausse-couche. – Traitement rapide et adéquat de toutes les femmes enceintes atteintes de syphilis, ainsi que pour les conjoints et les nouveau-nés.
Rage humaine transmise par les chiens	– La maladie a été présente dans 11 pays ces 3 dernières années. – Même si le nombre de cas humains est faible (16 en 2008) suite aux efforts des pays, le nombre de personnes qui vivent dans des régions à risque de rage canine reste encore élevé. – La majorité des cas se sont présentés en Haïti et en Bolivie.	– Eliminer la rage humaine transmise par les chiens (zéro cas notifié au Système de surveillance épidémiologique pour la rage (SIRVERA) coordonné par l'OPS.[7]	– Vaccination de 80% de la population canine dans les régions d'endémicité. – Soins à 100% de la population à risque exposée avec prophylaxie post-exposition si nécessaire. – Surveillance épidémiologique. – Education et communication pour une meilleure sensibilisation au risque de la rage.

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

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

GROUPE 1 : Maladies avec de meilleures possibilités d'être éliminées (avec interventions disponibles efficaces par rapport aux coûts)			
Maladie	**Situation épidémiologique**	**Objectifs**	**Stratégie primaire**
Lèpre	– Il existe 24 pays où la maladie était présente ces trois dernières années. – Le Brésil est le seul pays où la prévalence nationale n'a pas atteint l'élimination en tant que problème de santé publique de moins d'un cas pour 10 000 personnes. – En 2007, 49 388 cas de lèpre ont été notifiés aux Amériques et 42 000 nouveaux cas ont été dépistés. – La même année, 3 400 nouveaux cas (8% du total) ont été dépistés avec invalidité de degré 2.	– Eliminer la lèpre en tant que problème de santé publique (moins d'un cas pour 10 000 personnes) des premiers niveaux politiques/administratifs infra-nationaux.[8,9]	– Surveillance intensifiée des contacts. – Traitement avec une association médicamenteuse pour au moins 99% de tous les patients. – Définir l'introduction appropriée de la chimioprophylaxie. – Dépistage des invalidités de degré 2.
Filariose lymphatique	– La maladie est présente au Brésil, en République dominicaine, en Guyana, et en Haïti. – D'après les estimations, jusqu'à 11 millions de personnes courent le risque de contracter l'infection. – La population la plus à risque se trouve en Haïti (90%).	– Eliminer la maladie en tant que problème de santé publique (moins de 1% de prévalence de microfilaria chez les adultes dans les sites sentinelles et sites de contrôle ponctuel dans la zone). – Interrompre sa transmission (pas d'enfant âgés de 2 à 4 ans positifs). – Prévenir et contrôler l'invalidité.[10]	– Administration massive de médicaments (AMM) une fois par an pendant au moins 5 ans avec couverture au moins de 75% ou consommation de sel de table fortifié avec du diethylcarbamazine (DEC). – Surveillance de la morbidité de la FL par les systèmes locaux de surveillance sanitaire. – Prise en charge des cas de morbidité. – Intégration/coordination de AMM avec d'autres stratégies. – Stratégies de communication et éducation dans les écoles.

[8] Fondé sur : OMS. *Elimination de la lèpre.* Quarante-quatrième Assemblée mondiale de la Santé. WHA44.9. Genève : WHO, 1991.

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

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

GROUPE 1 : Maladies avec de meilleures possibilités d'être éliminées (avec interventions disponibles efficaces par rapport aux coûts)			
Maladie	**Situation épidémiologique**	**Objectifs**	**Stratégie primaire**
Paludisme	– Il existe 21 pays où le paludisme est endémique dans la Région. – Certains pays comme le Paraguay et l'Argentine sont de faible endémicité (moins d'un cas pour 1000 personnes à risque) et ont des foyers bien établis. – Dans les Caraïbes, seuls Haïti et la République dominicaine sont jugés à endémicité, notifiant environ 26 000 cas en 2007 (90% en Haïti).	– Eliminer le paludisme dans les régions où l'interruption de la transmission locale est faisable (Argentine, République dominicaine, Haïti, Mexique, Paraguay et Amérique centrale).[11] – Elimination (zéro cas locaux pendant 3 années consécutives) ; pré-élimination (taux de positivité sur lame = < 5 % et <1 case / 1000 personnes à risque).[12]	– Prévention, surveillance, dépistage précoce et endiguement de l'épidémie. – Lutte intégrée contre le vecteur. – Diagnostic rapide et traitement approprié des cas. – Pharmacovigilance de la résistance possible au traitement et utilisation des résultats pour définir la politique de traitement. – Renforcement des soins de santé primaires et intégration des efforts de prévention et de lutte avec d'autres programmes de santé. – Participation communautaire.
Tétanos néonatal	– La maladie est présente à des niveaux plus bas dans 16 pays ces 3 dernières années. – Un total de 63 cas ont été signalés en 2007 (38 en Haïti). – Il a été éliminé en tant que problème de santé publique dans tous les pays d'Amérique latine et des Caraïbes sauf en Haïti.	– Eliminer la maladie en tant que problème de santé publique (moins d'un cas pour 1000 nouveau-nés par année dans une municipalité ou district).[13]	– Vaccination antitétanique des femmes en âge de procréer. – Identification des zones à haut risque. – Surveillance adéquate. – Pratiques obstétricales propres au moment de l'accouchement/post-partum.

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

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

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

GROUPE 1 : Maladies avec de meilleures possibilités d'être éliminées (avec interventions disponibles efficaces par rapport aux coûts)			
Maladie	**Situation épidémiologique**	**Objectifs**	**Stratégie primaire**
Onchocercose	– On estime que 500 000 personnes sont à risque dans la Région. – 13 foyers existent au Brésil, en Colombie, en Equateur, au Guatemala, au Mexique et au Venezuela. – Dans 6 foyers, la transmission semble avoir été interrompue suivant une administration massive de médicaments avec une couverture d'au moins 85% de la population éligible. – Ils sont sous surveillance actuellement pendant trois ans avant la certification de l'élimination.	– Eliminer la morbidité oculaire et interrompre la transmission.[14,15]	– Administration massive de médicamente au moins deux fois par an pour arriver à couvrir au moins 85% de la population éligible dans chaque zone endémique. – Surveillance pour détecter les signes de morbidité oculaire, microfilaria, nodules. – Soins dermatologiques dans le cadre du système de soins de santé primaire dans les régions où l'infection cutanée est un problème.
Peste	– La maladie est présente dans des foyers sauvages dans 5 pays avec des cas sporadiques : Bolivie (pas de cas signalé pendant les 10 dernières années), Brésil, Equateur, Pérou et Etats-Unis. – Actuellement, le nombre de cas pour l'ensemble de l'Amérique latine est faible (environ 12 cas par an). – La plupart des cas sont signalés au Pérou. – Très peu de cas sont mortels. – Les cas se présentent généralement dans les petits villages d'une extrême pauvreté.	– Eliminer en tant que problème de santé publique (zéro cas de mortalité et éviter les flambées de cas domiciliaires).	– Dépistage précoce et traitement ponctuel. – Surveillance des foyers sauvages. – Amélioration de l'habitat et de l'assainissement. – Contrôle des rongeurs et des vecteurs. – Programmes intersectoriels pour l'amélioration du stockage des céréales. – Elimination adéquate des déchets agricoles. – Installations à l'extérieur pour l'élevage des « cuyes » (type de cochon d'inde utilisé pour la consommation alimentaire).

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

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

GROUPE 1 : Maladies avec de meilleures possibilités d'être éliminées (avec interventions disponibles efficaces par rapport aux coûts)			
Maladie	**Situation épidémiologique**	**Objectifs**	**Stratégie primaire**
Trachome	– Indication de la présence de la maladie au Brésil, Guatemala et Mexique. – Des foyers ont été confirmés dans les états à la frontière du Brésil mais aucune donnée n'existe pour les pays voisins. – On estime que 50 millions de personnes vivent dans des régions à risque et environ 7 000 cas ont été identifiés au Brésil.	– Eliminer les nouveaux cas de cécité causée par le trachome (réduction de la prévalence du trichiasis trachomateux à moins d'un cas pour 1000 (population générale) et réduire la prévalence du trachome folliculaire ou inflammatoire (TF ou TI) à moins de 5% chez les enfants âgés de 1 à 9 ans.[16,17]	– La stratégie « CHANCE » est utilisée avec les composantes suivantes : • Eviter la cécité avec l'opération de la paupière en corrigeant l'inversion ou entropie de la paupière supérieure ou du trichiasis. • Réduire la transmission dans les zones endémiques en se lavant le visage et en utilisant des antibiotiques.
Schistosomiase	– La maladie est présente dans les pays suivants : Brésil, Sainte-Lucie, Suriname et Venezuela. – Des études sont nécessaires pour confirmer l'élimination dans les régions où la maladie était endémique auparavant dans les Caraïbes. – On estime qu'environ 25 millions de personnes à risque vivent aux Amériques, surtout au Brésil. – Environ 1 à 3 millions de personnes sont infectées selon les estimations.	– Réduire la prévalence et le fardeau parasitaire dans les régions à haute transmission à moins de 10% de prévalence tel que mesurée par la numération quantitative des œufs.[18,19]	– Chimiothérapie pour au moins 75% des enfants d'âge scolaire exposés au risque. – Améliorations des systèmes d'évacuation des excréments et accès à l'eau potable et à l'éducation.

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

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

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

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

GROUPE 1 : Maladies avec de meilleures possibilités d'être éliminées (avec interventions disponibles efficaces par rapport aux coûts)			
Maladie	**Situation épidémiologique**	**Objectifs**	**Stratégie primaire**
Géohelminthiase	– On estime que la géohelminthiase est présente dans tous les pays de la Région. – D'après les estimations régionales, le nombre d'enfants en âge scolaire exposés au risque de contracter la maladie serait de 26,3 millions en Amérique latine et dans les Caraïbes. – 13 des 14 pays avec des informations disponibles comptent plusieurs zones avec une prévalence supérieure à 20% de l'HTS.	– Réduire la prévalence parmi les enfants d'âge scolaire dans les régions à haut risque (prévalence >50%) à moins de <20% tel que mesurée par la numération quantitative des œufs.[20]	– Administration régulière de chimiothérapie préventive/administration massive de médicaments pour au moins 75% des enfants d'âge scolaire à risque. Si la prévalence d'une helminthiase chez les enfants d'âge scolaire est ≥ 50% (communauté à haut risque), traiter tous les enfants d'âge scolaire deux fois par an. Si la prévalence d'une helminthiase parmi les enfants d'âge scolaire est ≥ 20% et < 50% (communauté à faible risque), traiter tous les enfants d'âge scolaire une fois par an. – Promouvoir l'accès à l'eau salubre, à l'assainissement et à l'éducation sanitaire par le biais de la collaboration intersectorielle.

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

CE144.R12 : **Cadre de politique pour le don et la transplantation d'organes humains**

LA 144e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné le rapport de la Directrice intitulé *Cadre de politique pour le don et la transplantation d'organes humains* (document CE144/15, Rév. 1),

DÉCIDE :

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

CADRE DE POLITIQUE POUR LE DON ET LA TRANSPLANTATION D'ORGANES HUMAINS

LE 49e CONSEIL DIRECTEUR,

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

Reconnaissant les précieuses contributions du Réseau/Conseil ibéroaméricain de don et de transplantation (RCIDT) à la promotion et au renforcement des programmes nationaux de don et de transplantation d'organes dans la Région ;

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

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

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

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

DÉCIDE :

1. D'exhorter les États membres à :

a) appliquer les principes directeurs sur la greffe de cellules, de tissus et d'organes humains dans la formulation et l'exécution de leurs politiques, lois et règlements en matière de don et de transplantation de cellules, de tissus et d'organes humains, selon le cas ;

b) promouvoir l'accès équitable aux services de transplantation conformément aux capacités nationales qui servent de base pour l'appui public et le don volontaire ;

c) lutter contre la recherche de bénéfices financiers ou d'avantages comparables dans les transactions concernant des parties du corps humain, le trafic d'organes et le tourisme de transplantation, et d'encourager les professionnels de la santé à notifier les autorités compétentes lorsqu'ils ont connaissance de telles pratiques conformément aux capacités nationales et à la législation nationale ;

d) renforcer les autorités et les capacités publiques nationales en leur fournissant un appui pour qu'elles assurent la supervision, l'organisation et la coordination des activités de don et de transplantation, en prêtant une attention particulière au recours, dans la plus vaste mesure du possible, aux dons d'organes de personnes décédées ainsi qu'à la protection et au bien-être des donneurs vivants ;

e) améliorer la sécurité et l'efficacité des dons et des transplantations au moyen d'une promotion de pratiques internationales optimales ;

f) collaborer à l'obtention de données, notamment sur les réactions et les événements indésirables relatifs aux pratiques, à la sécurité, à la qualité, à l'efficacité, à l'épidémiologie et à l'éthique des dons et des transplantations ; et

g) maintenir une participation active au RCIDT et d'incorporer les guides et recommandations de ce réseau/conseil dans leurs politiques, lois, règlements et pratiques sur l'obtention, le don et la transplantation de cellules, de tissus et d'organes.

2. De demander à la Directrice de :

a) disséminer les principes directeurs actualisés sur la greffe de cellules, de tissus et d'organes humains dans la plus vaste mesure possible et vers toutes les parties intéressées ;

b) fournir un appui aux États membres et aux organisations non gouvernementales sur les questions d'interdiction du trafic de matériel d'origine humaine et du tourisme de la transplantation ;

c) continuer à rassembler et à analyser les données régionales sur les pratiques, la sécurité, la qualité, l'efficacité, l'épidémiologie et l'étique du don et de la transplantation de cellules, de tissus et d'organes humains ;

d) fournir une aide technique aux États membres qui en font la demande pour l'élaboration de lois et de règlements nationaux sur le don et la transplantation de cellules, de tissus et d'organes humains, et pour l'établissement de systèmes appropriés à cette fin, notamment en facilitant la coopération internationale ;

e) faciliter l'accès des États membres à une information appropriée sur le don, le traitement et la transplantation de cellules, de tissus et d'organes humains, en particulier l'accès aux données sur les réactions et les événements indésirables graves ; et

f) fournir une aide technique aux pays anglophones des Caraïbes pour la promotion et le renforcement de leurs programmes de transplantation rénale, et de proposer un système infra-régional de services de santé rénale et de transplantation qui facilite la durabilité et la viabilité de ce type de programmes.

(Sixième réunion, le 25 juin 2009)

CE144.R13 : **Plan d'action pour la santé des personnes âgées y compris le vieillissement sain et actif**

LA 144e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné le rapport de la Directrice intitulé *Plan d'action pour la santé des personnes âgées y compris le vieillissement sain et actif* (document CE144/9),

DÉCIDE :

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

PLAN D'ACTION POUR LA SANTÉ DES PERSONNES ÂGÉES Y COMPRIS LE VIEILLISSEMENT SAIN ET ACTIF

LE 49e CONSEIL DIRECTEUR,

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

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

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

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

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

DÉCIDE :

1. D'appuyer le présent *Plan d'action pour la santé des personnes âgées y compris le vieillissement sain et actif* et sa considération lors de l'élaboration de politiques, plans et programmes de développement et lors de la préparation des propositions de budget et

des discussions budgétaires au niveau national, pour permettre de répondre de manière adéquate au défi du vieillissement dans les différents pays.

2. D'exhorter les États membres à :

a) considérer les principes des Nations Unies en faveur des personnes âgées (indépendance, participation, soins, autoréalisation et dignité) comme les fondements des politiques publiques associées au vieillissement et à la santé et la nécessité d'inclure les personnes âgées dans la formulation et l'application de ces politiques ;

b) adopter des politiques, stratégies, plans et programmes nationaux permettant un accès accru des personnes âgées à des programmes et des services de santé adaptés à leurs besoins, en particulier des programmes de promotion et de prévention de soins de santé primaire, et favorisant le développement de stratégies qui intègrent les comportements personnels et les milieux sains afin d'obtenir un vieillissement actif, durant tout le cycle de la vie, avec la participation de la société toute entière, de la famille et de ces personnes ;

c) favoriser un dialogue interne entre institutions du secteur public, ainsi qu'entre celui-ci et le secteur privé et la société civile, afin d'établir des consensus nationaux sur le thème de la santé des personnes âgées et du vieillissement sain et actif, et de leur rapport avec les processus de développement national ;

d) plaider pour la promotion et la protection des droits de l'homme et des libertés fondamentales des personnes âgées par l'adoption de cadres légaux et de mécanismes d'application, principalement dans le contexte des services de soins de longue durée, tout en gardant à l'esprit la résolution CSP26.R20 « La santé et le vieillissement » adoptée par la 26e Conférence sanitaire panaméricaine (à Washington, D.C., aux Etats-Unis, le 23 septembre 2002) ;

e) collaborer avec le Conseil permanent de l'Organisation des États américains pour mener des efforts tels que la tenue d'une réunion spéciale de représentants nationaux et d'experts de la sphère académique et de la société civile, ainsi que des organisations internationales, afin de favoriser le partage d'informations et de meilleures pratiques et d'examiner la faisabilité de préparer une convention inter américaine sur les droits des personnes âgées ;

f) soutenir l'établissement de capacités destinées à la formation des ressources humaines requises pour répondre aux besoins de santé des personnes âgées ;

g) renforcer la capacité visant à élaborer l'information et mener la recherche pour le développement de stratégies fondées sur des preuves probantes et les nécessités

de ce groupe de population et qui permettent le suivi et l'évaluation des résultats de ces stratégies ; et

h) mettre en route des processus de révision et d'analyse internes sur la pertinence et la viabilité de la présente stratégie dans le contexte national, fondés sur les priorités, nécessités et capacités nationales.

3. De demander à la Directrice de :

a) appuyer les États membres dans l'exécution de la stratégie et du *Plan d'action pour la santé des personnes âgées y compris le vieillissement sain et actif*, conformément à leurs nécessités et à leur contexte démographique et épidémiologique ;

b) promouvoir l'exécution et la coordination de cette stratégie et de ce Plan d'action, garantissant leur transversalité à travers les domaines programmatiques et les différents contextes régionaux et infra-régionaux de l'Organisation, et par la collaboration pour et entre les pays afin de formuler des stratégies et d'échanger des capacités et des ressources pour mettre en œuvre les plans nationaux pour la santé et le vieillissement ;

c) stimuler le développement d'études collaboratives qui permettent de disposer d'une meilleure connaissance de l'impact du vieillissement sur les systèmes de santé et de modéliser des scénarios futurs permettant d'accroître la capacité de prévision nationale sur ce thème, de formuler les stratégies correspondantes et de mettre en œuvre des interventions fondées sur les nécessités spécifiques des contextes de la Région ;

d) appuyer le développement et le renforcement de capacités en vue de la préparation et de la distribution adéquate des ressources humaines en santé nécessaires aux pays pour les soins et les besoins de santé des personnes âgées ;

e) consolider et renforcer la collaboration technique avec les comités, les organismes et autres des Nations Unies et les organismes interaméricains, de même que de promouvoir des alliances avec d'autres agences internationales et régionales, des institutions scientifiques et techniques, la société civile organisée, le secteur privé et autres, pour l'établissement d'une Coalition des Amériques pour le vieillissement sain qui contribue à l'exécution de cette stratégie et de ce Plan d'action ; et

f) informer périodiquement les Organes directeurs de l'OPS sur les progrès et limitations dans le développement de la présente stratégie et du Plan d'action,

ainsi que sur leur adéquation aux nouveaux contextes et nécessités qui se font jour.

(Sixième réunion, le 25 juin 2009)

CE144.R14 : **Santé et tourisme**

LA 144e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné le rapport de la Directrice intitulé *Santé et tourisme* (document CE144/16),

DÉCIDE :

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

SANTÉ ET TOURISME

LE 49e CONSEIL DIRECTEUR,

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

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

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

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

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

Tenant en compte la nécessité de promouvoir des études épidémiologiques afin de calculer la charge de morbidité liée au tourisme et sa prévalence dans des groupes

spécifiques de population et d'adopter les indicateurs fondamentaux pour le suivi et la définition de la qualité du tourisme sain ; et

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

DÉCIDE :

1. D'approuver les concepts contenus dans le document *Santé et tourisme* (CD49/__).

2. De prier instamment les États membres de :

a) inclure dans leurs plans nationaux de santé le thème le tourisme et la santé ;

b) élaborer des études pour évaluer la charge de morbidité attribuable au tourisme et d'examiner les perspectives, les croyances et les besoins servant de base à la prise de décision quant à la pertinence et à la validité des règles et procédures ;

c) promouvoir et de maintenir des mécanismes fiables de surveillance épidémiologique, ce qui pourrait inclure la création de systèmes hôteliers nationaux de surveillance sanitaire dans tous les pays de la Région ;

d) renforcer, conformément au règlement sanitaire international, leur capacité d'enquêter sur les maladies et les foyers liés aux installations touristiques et aux voyageurs ;

e) renforcer les systèmes de santé de façon à générer des informations fondées sur des preuves stratégiques reliant la santé, le tourisme et le développement par l'évaluation des investissements actuels, de la couverture, de la qualité et du suivi des programmes nationaux ;

f) promouvoir, d'établir et de renforcer les systèmes d'information et les réseaux pour l'échange d'informations et des meilleures pratiques afférentes ; et

g) promouvoir des dispositifs respectant l'environnement et la santé au travail dans la planification, la conception, la construction et l'exploitation d'hôtels et autres établissements liés au tourisme.

3. De demander à la Directrice de :

a) poursuivre l'engagement de l'Organisation en la matière, d'actualiser sa stratégie de coopération et de formuler un plan d'action régional (2010-2020) couvrant les différents domaines du programme ;

b) mettre en place le Forum régional de santé et tourisme pour permettre un échange de connaissances et d'informations et favoriser les partenariats avec des organisations privées et des collectivités afin que les pays adoptent des politiques reliant la santé et le tourisme ;

c) mobiliser les ressources et agir de manière interprogrammatique en faveur d'une mise en œuvre efficace et durable de la stratégie et du plan d'action régional ;

d) promouvoir la coopération technique entre les pays pour diffuser le concept de tourisme propice à la santé ;

e) promouvoir la création et l'application de normes sanitaires et touristiques de qualité pour améliorer la compétitivité du tourisme dans les pays de la Région ;

f) renforcer la capacité du personnel des secteurs public et privé, y compris les fonctionnaires de santé de l'environnement et les employés du secteur hôtelier, concernant les meilleures pratiques pour la gestion des problèmes liés au tourisme et l'environnement (comme l'élimination des eaux usées et des déchets solides dans les installations touristiques, la manipulation des aliments, etc.) ; et

g) promouvoir l'adoption de normes et de réglementation dans les pays intéressés par le développement du produit touristique « voyages pour raisons de santé » (rétablissement et récupération, chirurgie, produits de bien-être, autres procédures médicales).

(Sixième réunion, le 25 juin 2009)

CE144.R15 : **Amendements au Règlement et au Statut du personnel du Bureau sanitaire panaméricain**

LA 144e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné les amendements au Règlement et au Statut du personnel du Bureau sanitaire panaméricain soumis par la Directrice à l'Annexe au document CE144/27 ;

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

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

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

***DÉCIDE* :**

1. De confirmer conformément à l'article 020 du Règlement du personnel les amendements au Règlement du personnel qui ont été apportés par la Directrice, en vigueur à compter du 1er juillet 2009, concernant : l'allocation pour frais d'études et l'allocation spéciale pour frais d'études, la prime de difficulté des conditions de vie et de travail et de mobilité, le congé dans les foyers, la date d'entrée en vigueur, la définition d'« enfant à charge », la prime d'affectation, l'avancement au mérite à l'intérieur de la classe, le congé sans traitement, les voyages en rapport avec l'allocation spéciale pour frais d'études, et la conduite et les mesures disciplinaires.

2. De réviser la rémunération du personnel des catégories professionnelle et de rang supérieur à compter du 1er janvier 2009.

3. De fixer le traitement annuel du Directeur adjoint du Bureau sanitaire panaméricain, à compter du 1er janvier 2009, à 177 032 USD avant imposition, soit un traitement net modifié de 128 071 USD (avec personnes à charge) ou de 115 973 USD (sans personnes à charge).

4. De fixer le traitement annuel du Sous-directeur du Bureau sanitaire panaméricain, à compter du 1er janvier 2009, à 175 494 USD avant imposition, soit un traitement net modifié de 127 071 USD (avec personnes à charge) ou de 114 973 USD (sans personnes à charge).

5. De recommander au 49e Conseil directeur d'adopter la résolution suivante :

AMENDEMENTS AU RÈGLEMENT ET AU STATUT DU PERSONNEL DU BUREAU SANITAIRE PANAMÉRICAIN

LE 49e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant examiné les amendements au Règlement et au Statut du personnel du Bureau sanitaire panaméricain soumis par la Directrice à l'Annexe au document CD49/__ ;

Considérant la révision du barème des traitements de base minima pour les catégories professionnelle et de rang supérieur, à compter du 1er janvier 2009 (résolution CE144.R15) ;

Tenant compte des mesures prises par la Soixante-deuxième Assemblée mondiale de la Santé relatives au traitement des Directeurs régionaux ; et

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

***DÉCIDE* :**

1. De fixer le traitement annuel du Directeur du Bureau sanitaire panaméricain, à compter du 1er janvier 2009, à 194 820 USD avant imposition, soit un traitement net modifié de 139 633 USD (avec personnes à charge) ou de 125 663 USD (sans personnes à charge).

2. D'approuver l'amendement à l'article 11.2 du Statut du personnel précisant la compétence du Tribunal administratif de l'Organisation internationale du travail pour les procédures en appel de l'OPS.

(Sixième réunion, le 25 juin 2009)

CE144.R16 : **Réforme contractuelle à l'Organisation panaméricaine de la Santé**

LA 144e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Considérant les amendements au Règlement du personnel confirmés lors de la 140e session du Comité exécutif (résolution CE140.R14) relatifs à la réforme des mécanismes contractuels de l'OPS (devant inclure les engagements à durée déterminée, à durée continue et temporaires), dont la mise en œuvre est subordonnée à l'approbation du Comité exécutif ;

Reconnaissant le besoin de réduire le fardeau administratif lié à la gestion des contrats ; et

Reconnaissant la nécessité d'uniformité de types d'engagement avec l'Organisation mondiale de la Santé et le système commun des Nations Unies concernant les types de postes,

DÉCIDE :

1. D'autoriser la Directrice à mettre en œuvre, avec effet au 1er juillet 2009, les amendements au Règlement du Personnel qui ont été confirmés lors de la 140e session du Comité exécutif (2007) relatifs à l'embauche de personnel temporaire.

2. D'autoriser la Directrice à mettre en œuvre, avec effet au 1er juillet 2010, les amendements au Règlement du personnel qui ont été confirmés lors de la 140e session du Comité exécutif (2007) relatifs aux engagements à durée continue.

(Septième réunion, le 25 juin 2009)

CE144.R17 : **Amendements au Règlement financier et aux Règles de gestion financière**

LA 144e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant pris connaissance du rapport de la Directrice sur les amendements proposés au Règlement financier, tel qu'ils sont indiqués dans le document CE144/24, Rév.1 ; et

Sachant que les amendements portés au Règlement financier reflètent les meilleures pratiques modernes de la gestion financière et sont alignés sur l'adoption intégrale des Normes comptables internationales du secteur public (IPSAS), approuvées par la 27e Conférence sanitaire panaméricaine (résolution CSP27.R18),

DÉCIDE :

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

AMENDEMENTS AU RÈGLEMENT FINANCIER

LE 49e CONSEIL DIRECTEUR,

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

Tenant compte du fait que les amendements au Règlement financier reflètent les meilleures pratiques modernes de la gestion financière et sont alignés sur l'adoption intégrale des Normes comptables internationales du secteur public (IPSAS), approuvée par la 27e Conférence sanitaire panaméricaine (résolution CSP27.R18),

DÉCIDE :

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

(Septième réunion, le 25 juin 2009)

***CE144.R18* : Nouveau barème de contributions pour la période budgétaire 2010-2011**

LA 144e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné le rapport de la Directrice intitulé Nouveau barème de contributions : Application du barème de contributions récemment approuvée par l'OEA aux contributions de l'OPS pour la période biennale 2010-2011 (document CE144/8),

DÉCIDE :

1. De remercier le Sous-Comité des Programme, du Budget et de l'Administration de son examen préliminaire et de son rapport sur l'application d'un nouveau barème de contributions fixées aux contributions aux membres de l'OPS.

2. De recommander au 49e Conseil directeur d'adopter une résolution selon les lignes suivantes :

NOUVEAU BARÈME DE CONTRIBUTIONS POUR LA PÉRIODE BUDGÉTAIRE 2010-2011

LE 49e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant examiné le rapport du Président de la 144e session du Comité exécutif (document CD49/__) ;

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

Observant que le Comité exécutif lors de sa 140e session avait décidé, par la résolution CE140.R5, que le nouveau barème de contributions de l'Organisation des États Américains serait appliqué par l'OPS aux périodes budgétaires biennales postérieures à 2008-2009 ; et

Considérant que la Trente-quatrième période extraordinaire de sessions de l'Assemblée Générale de l'Organisation des États Américains a approuvé la résolution AG/RES.1 (XXXIV-E/07) qui établi un barème de contributions révisé pour ses membres applicable aux années 2009, 2010 et 2011,

DÉCIDE :

D'approuver le nouveau barème de contributions fixées, tel que détaillé dans le tableau suivant, à appliquer au budget et programme pour la période budgétaire 2010-2011.

État membre	**Nouvelles Contributions 2010-2011**
Antigua et Barbuda	0,022
Argentine	3,211
Bahamas	0,077
Barbade	0,060
Belize	0,022
Bolivie	0,046
Brésil	7,953
Canada	13,761
Chili	1,073
Colombie	0,839
Costa Rica	0,187
Cuba	0,241
Dominique	0,022
El Salvador	0,105
Équateur	0,206
États-Unis	59,445
France *	0,289
Grenade	0,022
Guatemala	0,187
Guyana	0,022
Haïti	0,045
Honduras	0,045

Jamaïque	0,123
Mexique	8,141
Nicaragua	0,045
Panama	0,163
Paraguay	0,124
Pays-Bas *	0,090
Pérou	0,553
Porto Rico **	0,111
République dominicaine	0,206
Royaume-Uni *	0,060
Saint Kitts et Nevis	0,022
Sainte-Lucie	0,022
Saint Vincent et les Grenadines	0,022
Suriname	0,045
Trinité-et-Tobago	0,152
Uruguay	0,181
Venezuela	2,060
	100,000

* Membre participant
** Membre associé

(Septième réunion, le 25 juin 2009)

CE144.R19 : **Politique sur la recherche pour la santé**

LA 144e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné le rapport de la Directrice intitulé *Politique sur la recherche pour la santé* (document CE144/11),

DÉCIDE :

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

POLITIQUE SUR LA RECHERCHE POUR LA SANTÉ

LE 49e CONSEIL DIRECTEUR,

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

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

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

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

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

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

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

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

Se rendant compte que l'OPS et ses États membres doivent maintenir des mécanismes fonctionnels de gouvernance pour la recherche en santé, et conscients que les systèmes nationaux fonctionnels de recherche pour la santé peuvent tirer un plus grand avantage de la recherche en promouvant des efficacités, en poursuivant une gestion effective et en coordonnant la recherche pour les activités de santé ;

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

Notant les références à la recherche en santé dans le rapport de la Commission sur les droits de propriété intellectuelle, l'innovation et la santé publique ainsi que les

conclusions et recommandations pertinentes de la Commission de l'OMS des déterminants sociaux de la santé ; et

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

DÉCIDE :

1. D'approuver le document de politique de l'OPS sur la recherche pour la santé (document CD49/__).

2. D'exhorter les États membres à :

a) reconnaître l'importance de la recherche pour la santé et de l'équité en santé et à adopter et mettre à exécution les politiques pour la recherche pour la santé qui sont alignées sur les plans nationaux de santé, à inclure tous les secteurs publics et privés concernés, à aligner le soutien extérieur sur les priorités mutuelles et à renforcer les institutions nationales clés ;

b) envisager de tirer parti de la politique de l'OPS sur la recherche pour la santé conformément à leurs circonstances et contextes nationaux, et au titre de leurs politiques globales de santé et de recherche en santé ;

c) travailler avec l'OPS pour renforcer et suivre les systèmes nationaux de recherche en santé en améliorant la qualité, le leadership et la gestion de la recherche en santé, en se focalisant sur les besoins nationaux, en établissant des mécanismes institutionnels effectifs de recherche, en utilisant systématiquement les preuves scientifiques pour développer des politiques de santé, en ayant en place les compétences nécessaires par une formation accrue des chercheurs en santé, en encourageant la participation à la recherche et en harmonisant et coordonnant le soutien national et extérieur ;

d) établir, le cas échéant et comme il convient, des mécanismes de gouvernance pour la recherche pour la santé afin de réaliser une coordination effective et des approches stratégiques entre les secteurs concernés, assurer l'application rigoureuse de bonnes normes et de bons critères de recherche, y compris la protection des sujets humains impliqués dans la recherche, et promouvoir un dialogue ouvert entre les décideurs et les chercheurs sur les besoins, les capacités et les contraintes de la santé nationale ;

e) continuer à travailler avec l'OPS et ses centres spécialisés pour appuyer le point de vue qui soutient que les preuves scientifiques de la recherche essentielle pour la santé et le développement doivent toujours être accessibles et disponibles, y compris dans le domaine public, le cas échéant ;

f) promouvoir la collaboration intersectorielle et une recherche de haute qualité pour produire les preuves scientifiques de la recherche nécessaires pour assurer que les politiques adoptées dans tous les secteurs contribuent à améliorer la santé et l'équité en santé ;

g) initier ou renforcer la collaboration inter pays et infrarégionale de façon à obtenir des économies d'échelle dans la recherche par le partage d'expériences, de bonnes pratiques et de ressources, par la mise en commun de la formation et des mécanismes d'acquisition et par l'utilisation de méthodes communes et normalisées d'évaluation de la recherche ;

h) continuer à poursuivre le financement de la recherche en santé et son suivi, tel qu'articulé dans la résolution WHA58.34 et en conformité avec la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide ; et

i) établir des conseils de revue éthique et mettre en œuvre des principes éthiques quant aux essais cliniques concernant des sujets humains, en référence à la Déclaration d'Helsinki et d'autres textes appropriés sur les principes éthiques en matière de recherche médicale concernant les sujets humains.

3. D'inviter les États membres, la communauté de la recherche pour la santé, le système interaméricain, le système des Nations Unies et d'autres organisations internationales, les partisans de la recherche, le secteur privé, les organisations de la société civile et d'autres parties prenantes concernées à :

a) fournir un appui au Secrétariat de l'OPS pour l'exécution de la Politique sur la recherche pour la santé et suivre et évaluer son effectivité ;

b) collaborer avec l'OPS, dans le cadre de la politique, pour identifier les priorités de recherche pour la santé, élaborer des directives concernant la recherche pour la santé, établir des registres et des mécanismes de suivi et partager les informations et les données utiles ;

c) assister l'OPS et ses partenaires lors de la mobilisation de ressources, et du contrôle de ces dernières, pour les priorités régionales et infrarégionales identifiées pour la recherche pour la santé ;

d) collaborer avec l'OPS pour mieux aligner et coordonner l'architecture de la recherche mondiale et régionale en santé et sa gouvernance, à travers la

rationalisation des partenariats existants, afin d'en améliorer la cohérence et l'impact et d'accroître efficacité et équité ;

e) accorder une attention particulière aux demandes de coopération en recherche de la part des États membres ayant des besoins urgents, notamment dans des domaines tels que le transfert de technologie, le personnel de recherche, le développement de l'infrastructure et les déterminants de la santé, en particulier lorsque cela contribuera aux réalisations des objectifs du Millénaire pour le développement, à l'équité en santé et à une meilleure santé pour tous ; et

f) appuyer où il convient la coopération technique visant à accroître la recherche pour les standards de santé dans les États membres.

4. De demander à la Directrice :

a) assurer le leadership en identifiant les priorités régionales pour la recherche en santé par la promotion de systèmes de collaboration pour identifier les besoins et les problèmes concernant la recherche, de concert avec les États membres ;

b) exécuter et incorporer la politique sur la recherche pour la santé à tous les niveaux de l'Organisation, ainsi qu'avec les partenaires, et l'aligner sur les résolutions pertinentes, telles que la résolution CD48.R15 sur la Santé publique, innovation et propriété intellectuelle : une perspective régionale ;

c) adhérer aux meilleures normes et à la meilleure qualité de la recherche au sein de l'Organisation, en s'assurant que les normes et critères les plus élevés de bonne recherche sont observés au l'OPS (y compris les aspects techniques, éthiques et méthodologiques), disséminer et promouvoir l'accès aux résultats de la recherche tout en plaidant pour que ces résultats soient reflétés dans les politiques et la pratique, et réviser et aligner l'architecture et la gouvernance des activités de recherche et des partenariats de l'Organisation ;

d) continuer à faciliter le développement du personnel de l'OPS au moyen des compétences nécessaires pour utiliser la recherche de manière appropriée et effective dans toutes les activités pertinentes de l'OPS ;

e) fournir les ressources essentielles adéquates dans les budgets programmes proposés pour l'exécution de la politique sur la recherche pour la santé ;

f) assurer un appui aux États membres, à leur demande et pour autant que les ressources le permettent, pour renforcer les systèmes nationaux de recherche pour la santé et le développement de collaborations intersectorielles efficientes ;

g) collaborer de manière constructive avec d'autres organisations internationales, réseaux et parties prenantes, y compris les centres d'excellence et les centres collaborateurs de l'OMS, pour promouvoir des efficacités et accroître l'impact de cette politique ;

h) appuyer la promotion et l'exécution effectives de la Stratégie de l'OMS de recherche pour la santé, avec des rapports périodiques devant les États membres, la participation active de tous les membres concernés à l'OPS et le développement de stratégies et de plans d'action pour la politique de l'OPS sur la recherche pour la santé avec la participation des États membres et consultation des parties prenantes, y compris la société civile ; et

i) favoriser la transparence, en collaboration avec les États membres, et, lorsqu'approprié, la dissémination des informations utiles pour la recherche et le développement et pour les résultats de la recherche.

(Septième réunion, le 25 juin 2009)

CE144.R20 : **Révision institutionnelle et réorganisation interne de l'Institut de nutrition de l'Amérique centrale et du Panama**

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

LA 144e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné le rapport de la Directrice du BSP, *Révision institutionnelle de l'Institut de nutrition de l'Amérique centrale et du Panama - Transfert de l'administration de l'Institut de nutrition de l'Amérique centrale et du Panama à son Conseil directeur* (Document CE144/19),

DÉCIDE :

De recommander au Conseil directeur de l'OPS d'adopter une Résolution rédigée comme suit :

RÉVISION INSTITUTIONNELLE ET RÉORGANISATION INTERNE DE L'INSTITUT DE NUTRITION DE L'AMÉRIQUE CENTRALE ET DU PANAMA

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

Le 49e CONSEIL DIRECTEUR,

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

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

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

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

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

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

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

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

DÉCIDE :

1. De prendre note de la décision du Conseil directeur de l'INCAP d'assumer l'administration de l'INCAP avec une pleine autonomie fonctionnelle.

2. De prendre note du fait que l'Organisation panaméricaine de la Santé continuera à faire partie de l'INCAP comme membre de plein droit mais qu'elle cessera d'exercer l'administration de l'Institut aux termes des articles VII, XXXIV, XXXV et XXXVI de la Convention de base de l'INCAP.

3. D'approuver l'ajustement de la Convention de base pour la réorganisation interne de l'INCAP telle qu'adoptée par la Résolution II du LIX^{e} Conseil directeur de l'INCAP (annexe), qui fait désormais partie intégrante de la présente Résolution et qui élimine les articles VII, XXXIV, XXXV et XXXVI et modifie les articles XV, XIX, XX et XXXIX de la Convention de base de l'INCAP.

4. D'inviter la Directrice du BSP à :

a) prendre les mesures administratives et juridiques nécessaires pour assurer le transfert de l'administration de l'INCAP au Conseil directeur de l'Institut de manière ordonnée et transparente et conformément à l'ajustement de la Convention de base de l'INCAP approuvé par le Conseil directeur de l'INCAP et par ce Conseil ; et

b) s'assurer que l'Organisation continue à participer aux travaux de l'INCAP en qualité de membre de plein droit.

Annexe

(Septième réunion, le 25 juin 2009)

RÉSOLUTION II*

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

LE CONSEIL

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

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

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

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

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

---

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

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

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

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

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

DÉCIDE :

I. De faire savoir que le Conseil directeur assumera l'administration de l'INCAP en pleine autonomie fonctionnelle, y compris la nomination de son Directeur, à partir de septembre 2009.

II. De reconnaître que l'Organisation panaméricaine de la Santé, Bureau régional pour les Amériques de l'Organisation mondiale de la Santé (OPS/OMS) continuera à faire partie de l'INCAP en tant que membre de plein droit mais qu'elle cessera d'exercer l'administration de l'Institut aux termes des Articles VII, XXXIV, XXXV et XXXVI de la Convention de base.

III. D'adapter la Convention de base de l'INCAP pour permettre la réorganisation de l'Institut sous l'administration et l'autorité de dit Conseil. À cet effet et à partir de la date où ledit Conseil assumera l'administration de l'Institut conformément aux dispositions du paragraphe I de la présente Résolution, les Articles suivants de la Convention de base de l'INCAP seront adaptés comme suit :

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

Article XIX : La Direction de l'INCAP sera assurée par un Directeur nommé par le Conseil directeur, choisi conformément aux procédures approuvées par ce

Conseil. Le Directeur de l'INCAP assumera la responsabilité de la gestion de l'Institut en accord avec la présente Convention de base et les devoirs et les fonctions que lui assignera le Conseil directeur de l'INCAP.

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

Article XXXIX : Remplacer par le libellé suivant : « L'OPS/OMS apportera des ressources au budget de l'INCAP afin de financer les activités de l'Institut rentrant dans le cadre de la Stratégie régionale sur la nutrition dans la santé et le développement des Amériques, les plans de travail de l'OPS/OMS et d'autres activités convenues par les deux institutions. Les apports financiers de l'OPS/OMS à l'INCAP seront formalisés par (i) la signature de documents juridiques périodiques à caractère général et/ou (ii) des documents spécifiques pour des activités ou des projets individuels. »

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

CE144.R21 : **Projet de budget et programme de l'OPS 2010-2011**

LA 144e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné le projet de budget et programme de l'OPS pour la période financière 2010–2011 (*Document officiel 333)* ;

Ayant considéré le rapport du Sous-comité des programmes, du budget et de l'administration (document CE144/4) ;

Notant des augmentations de coûts obligatoires considérables dans les postes à durée déterminée pour la période biennale 2010–2011, en dépit des efforts constants et prudents en vue de réduire le nombre des postes à durée déterminée ;

Ayant examiné l'Addendum au Projet de Budget et Programme, *Justification pour l'augmentation proposée des contributions,* dans lequel le Bureau définit la justification d'une augmentation des contributions fixées, les répercussions négatives

attendues sur les programmes de coopération technique de l'OPS, les efforts en vue d'améliorer l'efficacité et la productivité, ainsi que la performance, le contrôle et le processus d'évaluation afin d'évaluer la mise en œuvre programmatique et budgétaire des résultats escomptés ;

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

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

DÉCIDE :

1. De remercier le Sous-comité des programmes, du budget et de l'administration pour sa revue préalable du projet de budget et programme et son rapport.

2. D'exprimer ses remerciements au Directeur pour l'attention accordée, lors de l'élaboration du budget et programme, à l'établissement de priorités en matière programmatique et aux économies de coûts au moyen de la mise en œuvre d'instruments pour mesurer l'efficacité et la productivité ainsi que la performance programmatique de l'organisation.

3. De demander à la Directrice d'incorporer les commentaires faits par les membres du Comité exécutif dans le *Document officiel 333* révisé qui sera soumis pour considération au 49e Conseil directeur.

4. De recommander au 49e Conseil directeur d'adopter une résolution selon les termes suivants :

PROJET DE BUDGET ET PROGRAMME DE L'OPS 2010–2011

LE 49e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant examiné le projet de budget et programme de l'OPS pour la période financière 2010–2011 (*Document officiel 333) ;*

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

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

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

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

DÉCIDE :

1. D'approuver le programme de travail pour le Bureau tel que décrit dans le projet de budget et programme de l'OPS 2010-2011 (*Document officiel* 333).

2. De créditer pour la période financière 2010-2011 le montant de 339 852 335 USD, qui représente une augmentation des contributions des États membres de l'OPS, des États participants et des Membres associés de 3,5% par rapport à la période biennale 2008-2009, comme suit :

CHAPITRE	TITRE	MONTANT
1	Réduire le fardeau sanitaire, social et économique des maladies transmissibles	23 302 000
2	Lutter contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme	6 324 000
3	Prévenir et réduire la maladie, le handicap et les décès prématurés imputables à des conditions chroniques non transmissibles, aux troubles mentaux, à la violence et aux blessures	11 426 000
4	Réduire la morbidité et la mortalité et améliorer la santé durant les étapes clés de la vie, y compris la grossesse, l'accouchement, la période néonatale, l'enfance et l'adolescence, et améliorer la santé sexuelle et reproductive ainsi que promouvoir un vieillissement actif et sain pour toutes les personnes	11 694 000
5	Réduire les conséquences sanitaires des situations d'urgence, des catastrophes, des crises et des conflits, et minimiser leur impact social et économique	3 893 000
6	Promouvoir la santé et le développement, et prévenir ou réduire les facteurs de risque pour les conditions de santé associées à l'usage du tabac, de l'alcool, des drogues et autres substances psychoactives, aux régimes alimentaires malsains, à l'inactivité physique et aux relations sexuelles non protégées	7 611 000
7	Traiter les déterminants sociaux et économiques sous-jacents de la santé à l'aide de politiques et de programmes qui renforcent l'équité en santé et qui intègrent des approches pro-pauvres, réactives au genre et fondées sur les droits humains	8 068 000
8	Promouvoir un environnement plus sain, intensifier la prévention primaire et influencer les politiques publiques dans tous les secteurs de façon à atteindre les causes profondes des menaces environnementales pour la santé	13 399 000

CHAPITRE	TITRE	MONTANT
9	Améliorer la nutrition, l'innocuité des aliments et la sécurité alimentaire tout au long du cours de la vie et à l'appui de la santé publique et du développement durable	12 009 000
10	Améliorer l'organisation, la gestion et la prestation des services de santé	8 111 000
11	Renforcer le leadership, la gouvernance et les systèmes de santé fondés sur les données probantes	32 026 000
12	Assurer l'amélioration de l'accès, de la qualité et de l'usage des produits et des technologies médicaux	7 565 000
13	Assurer un personnel de santé disponible, compétent, réactif et productif afin d'améliorer les résultats en santé	9 305 000
14	Étendre la protection sociale au moyen d'un financement équitable, adéquat et durable	5 207 000
15	Assurer le leadership, renforcer la gouvernance et encourager les partenariats et la collaboration avec les pays, le système des Nations Unies et d'autres parties prenantes afin de réaliser le mandat de l'OPS/OMS de faire progresser le programme mondial de la santé tel qu'établi dans le onzième Programme général de travail de l'OMS et dans le Programme d'action sanitaire pour les Amériques	65 885 000
16	Développer et maintenir l'OPS/OMS comme une organisation flexible et érudite, lui permettant de mener à bien son mandat plus efficacement et plus rentablement	61 275 000
	Budget de travail effectif pour 2010-2011 (Chapitres 1-16)	287 100 000
17	Évaluation du personnel (Virement au Fonds de péréquation des impôts)	52 752 335
	Total – Tous les chapitres	339 852 335

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

a) Les contributions :

Des Gouvernements Membres, des Gouvernements participants et des Membres associés dont la quote-part aura été calculée en fonction du barème adopté 239 152 335

b) Les recettes diverses 20 000 000

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

TOTAL 339 8528 335

4. De lors de la détermination des contributions des États membres, des États participants et des Membres associés, le montant des quotes-parts sera réduit en outre de

la somme inscrite à leur crédit dans le Fonds de péréquation des impôts, sauf que les crédits des États qui prélèvent des impôts sur les traitements reçus du Bureau sanitaire panaméricain (BSP) par leurs nationaux et résidents seront réduits des montants remboursés par le BSP au titre de ces impôts.

5. De veiller à ce que, conformément au Règlement financier de l'OPS, les montants qui n'excèdent pas les crédits indiqués au paragraphe 2 soient utilisés pour le règlement d'obligations encourues pendant la période du 1er janvier 2010 au 31 décembre 2011 inclusivement. Nonobstant les dispositions du présent paragraphe, les obligations encourues pendant l'exercice financier 2010-2011 seront limitées aux crédits disponibles dans le budget effectif de travail, i.e., les chapitres 1-16 du tableau des crédits dans le paragraphe 2.

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

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

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

(Huitième réunion, le 26 juin 2009)

CE144.R22 : **Prix de l'OPS d'administration 2009**

LA 144e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné le rapport du Jury du Prix d'Administration de l'OPS 2009 (document CE144/5, Add. I) ; et

Reconnaissant les dispositions des procédures et directives pour conférer le Prix de l'OPS d'Administration, tel qu'approuvées par la 18e Conférence sanitaire

panaméricaine (1970) et amendées par la 24e Conférence sanitaire panaméricaine (1994), la 124e session du Comité exécutif (1999), la 135e session du Comité exécutif (2004) et la 140e session du Comité exécutif (2007),

DÉCIDE :

1. De prendre note de la décision du Jury du Prix d'Administration de conférer le Prix de l'OPS d'Administration 2009 au Dr Merceline Dahl-Regis, des Bahamas, pour sa contribution à la gestion et à la recherche en matière de soins de santé et à l'enseignement médical en matière de soins de santé primaire, ainsi que pour son leadership lors du processus d'institutionnalisation de la surveillance en santé publique aux Bahamas et lors de l'évaluation et de la redéfinition des paramètres pour la coopération caribéenne en santé.

2. De transmettre le rapport du Jury d'octroi du Prix de l'OPS d'Administration 2009 (document CE144/5, Add. I) au 49e Conseil directeur.

(Huitième réunion, le 26 juin 2009)

CE144.R23 : **Contributions des États Membres, des États Participants et des Membres Associés de l'Organisation panaméricaine de la Santé pour 2010-2011**

LA 144e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Considérant que le Comité exécutif, par le biais de la résolution CE144.R18, a recommandé que le 49e Conseil directeur adopte un nouveau barème des contributions pour les Membres de l'OPS pour la période financière 2010-2011 ; et

Considérant que le Comité exécutif, par le biais de la résolution CE144.R21, a recommandé que le 49e Conseil directeur approuve le Programme et Budget de l'OPS pour la période financière 2010-2011 (*Document Officiel 333*),

DÉCIDE :

De recommander au 49e Conseil directeur d'adopter une résolution selon les termes suivants :

CONTRIBUTIONS DES ÉTATS MEMBRES, DES ÉTATS PARTICIPANTS ET DES MEMBRES ASSOCIÉS DE L'ORGANISATION PANAMÉRICAINE DE LA SANTÉ POUR 2010-2011

LE 49e CONSEIL DIRECTEUR,

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

Gardant à l'esprit que le Code sanitaire panaméricain stipule que le barème de contributions fixes à appliquer aux États membres de l'Organisation panaméricaine de la Santé sera basé sur le barème de contributions adopté par l'Organisation des États américains pour les contributions de ses membres, et que la résolution CD49.R__, a adopté le nouveau barème des contributions pour les Membres de l'OPS pour la période financière 2010-2011,

DÉCIDE :

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

Membres	Barème ajusté aux membres de l'OPS		Contribution brute		Crédit au titre du fonds de péréquation d'impôts		Ajustement au titre d'impôts imposés par les États membres aux salaires du personnel du BSPA		Contribution nette	
	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011
	%	%	US$	US$	US$	US$	US$	US$	US$	US$
États membres :										
Antigua et Barbuda	0,022	0,022	26.307	26.307	5.803	5.803			20.504	20.504
Argentina	3,211	3,211	3.839.591	3.839.591	846.939	846.939			2.992.652	2.992.652
Bahamas	0,077	0,077	92.074	92.074	20.310	20.310			71.764	71.764
Barbades	0,060	0,060	71.746	71.746	15.826	15.826			55.920	55.920
Bélize	0,022	0,022	26.307	26.307	5.803	5.803			20.504	20.504
Bolivie	0,046	0,046	55.005	55.005	12.133	12.133			42.872	42.872
Brésil	7,953	7,953	9.509.893	9.509.893	2.097.697	2.097.697			7.412.196	7.412.196
Canada	13,761	13,761	16.454.876	16.454.876	3.629.624	3.629.624	25.000	25.000	12.850.252	12.850.252
Chili	1,073	1,073	1.283.052	1.283.052	283.016	283.016			1.000.036	1.000.036
Colombie	0,839	0,839	1.003.244	1.003.244	221.296	221.296			781.948	781.948

(1)	(2)		(3)		(4)		(5)		(6)	
	Barème ajusté aux membres de l'OPS		Contribution brute		Crédit au titre du fonds de péréquation d'impôts		Ajustement au titre d'impôts imposés par les États membres aux salaires du personnel du BSPA		Contribution nette	
Membres	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011
	%	%	US$	US$	US$	US$	US$	US$	US$	US$
Colombie	0,839	0,839	1.003.244	1.003.244	221.296	221.296			781.948	781.948
Costa Rica	0,187	0,187	223.607	223.607	49.323	49.323			174.284	174.284
Cuba	0,241	0,241	288.179	288.179	63.567	63.567			224.612	224.612
Dominica	0,022	0,022	26.307	26.307	5.803	5.803			20.504	20.504
République dominicaine	0,206	0,206	246.327	246.327	54.335	54.335			191.992	191.992
Équateur	0,206	0,206	246.327	246.327	54.335	54.335			191.992	191.992
El Salvador	0,105	0,105	125.555	125.555	27.695	27.695			97.860	97.860
Grenade	0,022	0,022	26.307	26.307	5.803	5.803			20.504	20.504
Guatemala	0,187	0,187	223.607	223.607	49.323	49.323			174.284	174.284
Guyana	0,022	0,022	26.307	26.307	5.803	5.803			20.504	20.504
Haïti	0,045	0,045	53.809	53.809	11.869	11.869			41.940	41.940
Honduras	0,045	0,045	53.809	53.809	11.869	11.869			41.940	41.940
Jamaïque	0,123	0,123	147.079	147.079	32.443	32.443			114.636	114.636
Mexique	8,141	8,141	9.734.696	9.734.696	2.147.284	2.147.284			7.587.412	7.587.412
Nicaragua	0,045	0,045	53.809	53.809	11.869	11.869			41.940	41.940
Panama	0,163	0,163	194.909	194.909	42.993	42.993			151.916	151.916
Paraguay	0,124	0,124	148.274	148.274	32.706	32.706			115.568	115.568
Pérou	0,553	0,553	661.256	661.256	145.860	145.860			515.396	515.396
Saint Kitts-et-Nevis	0,022	0,022	26.307	26.307	5.803	5.803			20.504	20.504
Sainte Lucie	0,022	0,022	26.307	26.307	5.803	5.803			20.504	20.504
Saint Vincent et les Grenadines	0,022	0,022	26.307	26.307	5.803	5.803			20.504	20.504
Suriname	0,045	0,045	53.809	53.809	11.869	11.869			41.940	41.940
Trinité-et-Tobago	0,152	0,152	181.756	181.756	40.092	40.092			141.664	141.664
États-Unis d'Amérique	59,445	59,445	71.082.053	71.082.053	15.679.313	15.679.313	5.100.000	5.100.000	60.502.740	60.502.740
Uruguay	0,181	0,181	216.433	216.433	47.741	47.741			168.692	168.692
Venezuela	2,060	2,060	2.463.269	2.463.269	543.349	543.349	0	0	1.919.920	1.919.920
Subtotal	99,450	99,450	118.918.500	118.918.500	26.231.100	26.231.100	5.125.000	5.125.000	97.812.400	97.812.400

(1)	(2)		(3)		(4)		(5)		(6)	
	Barème ajusté aux membres de l'OPS		Contribution brute		Crédit au titre du fonds de péréquation d'impôts		Ajustement au titre d'impôts imposés par les États membres aux salaires du personnel du BSPA		Contribution nette	
Membres	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011
	%	%	US$	US$	US$	US$	US$	US$	US$	US$
États participants :										
France	0,289	0,289	345.575	345.575	76.227	76.227			269.348	269.348
Kingdom of the Netherlands	0,090	0,090	107.619	107.619	23.739	23.739			83.880	83.880
Royaume uni	0,060	0,060	71.746	71.746	15.826	15.826			55.920	55.920
Sous total	0,439	0,439	524.940	524.940	115.792	115.792			409.148	409.148
Membres associés :										
Porto Rico	0,111	0,111	132.730	132.730	29.278	29.278			103.452	103.452
Sous total	0,111	0,111	132.730	132.730	29.278	29.278			103.452	103.452
TOTAL	100,000	100,000	119.576.170	119.576.170	26.376.170	26.376.170	5.125.000	5.125.000	98.325.000	98.325.000

(Huitième réunion, le 26 juin 2009)

CE144.R24 : Réforme institutionnelle du Centre d'Information sur les Sciences de la Santé pour l'Amérique latine et les Caraïbes (BIREME)

LA 144e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant revu la proposition présentée par la Directrice du Bureau sanitaire panaméricain pour la création d'un nouveau cadre institutionnel régissant la gouvernance, la gestion et le financement du Centre d'Information sur les Sciences de la Santé pour l'Amérique latine et les Caraïbes (BIREME), tel que décrit dans le document intitulé *Réforme institutionnelle du Centre d'Information sur les Sciences de la Santé pour l'Amérique latine et des Caraïbes (BIREME)* (document CE144/18, Rév. 1),

DÉCIDE :

1. De recommander que le Conseil directeur :

a) approuve le nouveau cadre institutionnel régissant la gouvernance, la gestion et le financement de BIREME, y compris le Statut proposé de BIREME qui figure dans le document *Réforme institutionnelle du Centre d'Information sur les Sciences de la Santé pour l'Amérique latine et des Caraïbes (BIREME)* (document CE144/18, Rév. 1) ;

b) réalise des élections à l'occasion de sa 49e Conseil directeur afin de choisir les cinq membres non permanents du Comité consultatif conformément aux termes du Statut proposé.

2. De demander à la Directrice du Bureau sanitaire panaméricain qu'elle sollicite la présentation de candidats choisis parmi les États Membres, les États participants et les Membres associés de l'OPS pour faire partie du nouveau Comité consultatif du BIREME, lors de la 49e Conseil directeur.

3. Recommander que le Conseil directeur adopte une résolution formulée dans les termes suivants :

CRÉATION D'UN NOUVEAU CADRE INSTITUTIONNEL POUR LE CENTRE D'INFORMATION SUR LES SCIENCES DE LA SANTÉ POUR L'AMÉRIQUE LATINE ET LES CARAÏBES (BIREME)

LE 49e CONSEIL DIRECTEUR,

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

Reconnaissant que la coopération technique fournie par BIREME aux États Membres, États participants et Membres associés de l'OPS ces 42 dernières années dans le domaine de l'information et de la communication scientifique pour la santé a évolué avec la Bibliothèque de santé virtuelle et autres réseaux connexes, se transformant en un « bien public » régional de connaissances scientifiques vitales et indispensables, axé sur la recherche, l'éducation et les soins de santé ;

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

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

Reconnaissant l'importance historique de la contribution du Gouvernement du Brésil à la création et au maintien continu de BIREME dans ce pays, notamment les

contributions spéciales du Ministère de la Santé, du Ministère de l'Éducation, du Secrétariat à la santé de l'état de São Paulo et de l'Université fédérale du Brésil ;

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

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

DÉCIDE :

1. D'approuver le Statut proposé de BIREME, ci-joint comme partie intégrante de la présente résolution (annexe), qui entrera en vigueur le 1er janvier 2010.

2. De réaffirmer l'importance de la coopération entre le Gouvernement du Brésil et l'OPS pour le maintien de BIREME et de prier le Gouvernement du Brésil de continuer son appui pour BIREME et de renforcer cette coopération.

3. De demander à la Directrice :

a) de mener des négociations avec le Gouvernement du Brésil pour conclure un nouvel accord concernant le siège pour BIREME qui définit les responsabilités du gouvernement concernant le maintien de BIREME ainsi que ses privilèges et immunités dans ce pays ;

b) d'entreprendre des négociations avec le Gouvernement du Brésil, à travers les ministères compétents et l'Université Fédéral de São Paulo, pour conclure un nouvel accord sur les installations pour le fonctionnement continu de BIREME au campus de l'Université, à fin d'inclure des questions concernant les locaux physiques, le personnel, la collection des revues, ainsi que tout autre modalité d'appui pour le Centre ; et

c) de demander au Secrétariat de BIREME de prendre les mesures nécessaires pour commencer les réunions inaugurales des nouveaux organes du BIREME, le Comité consultatif et le Conseil scientifique, pendant le premier semestre de 2010.

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

(Huitième réunion, le 26 juin 2009)

STATUT PROPOSÉ DE BIREME

Article I Statut juridique

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

Article II Objectif

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

Article III Fonctions

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

1. Soutenir et renforcer les systèmes d'information sur les sciences de la santé dans les États membres de l'OPS.

2. Aider à formuler et à renforcer les actions et politiques de santé publique ainsi que les capacités et l'infrastructure nationales et régionales pour l'acquisition, l'organisation, l'accès, la publication et l'utilisation de l'information, des connaissances et des preuves scientifiques concernant les processus et la prise de décisions dans le domaine de la santé.

3. Aider à mettre en place et à renforcer les réseaux d'institutions et de

producteurs, intermédiaires et utilisateurs individuels de l'information scientifiques, légale, technique et factuelle en santé par le biais d'une gestion et opération coopératives de produits, services et événements d'information dans le forum commun de la Bibliothèque virtuelle en santé, en collaboration avec des réseaux nationaux, régionaux et internationaux complémentaires.

4. Contribuer au développement mondial de l'information et de la communication sur les sciences de la santé par le truchement de partenariats, de programmes, de réseaux et de projets entre des institutions internationales, régionales et nationales, dans le but d'augmenter la visibilité, l'accès, la qualité, l'utilisation et l'impact des résultats scientifiques et techniques des pays et régions en développement.

5. Aider à développer une terminologie technique et scientifique en espagnol, français, anglais et portugais.

6. Aider à mettre en place des systèmes d'éducation à distance dans la Région des Amériques, en renforçant l'infrastructure et les capacités pour l'accès à l'information et la diffusion de cette information, en tant que partie intégrante du Campus virtuel de santé publique de l'OPS.

7. Soutenir et promouvoir la collaboration entre les gouvernements, les professionnels, les agents de santé, les consommateurs, les institutions scientifiques et organisations internationales pertinentes et la société dans son ensemble afin de mettre en place et de renforcer les systèmes nationaux d'information sanitaire qui encouragent et appuient une éducation et recherche continues par le biais de l'innovation et de l'application des technologies d'information et de communication.

Article IV Membres

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

1. États membres de BIREME : Tous les États membres de l'OPS.

2. États participants de BIREME : Tout État membre de l'OMS peut être admis comme « État participant de BIREME », sous les conditions suivantes :

a. l'État membre de l'OMS doit communiquer au Directeur[*] de l'Organisation panaméricaine de la Santé son intention de participer à la coopération scientifique et technique et de contribuer financièrement à BIREME par le biais de contributions annuelles, fixées par le Comité consultatif de BIREME, tel que décrit dans l'Article IX du présent document et en reconnaissant le présent Statut et respectant ses réglementations respectives, et

b. le Comité consultatif doit approuver la demande faite de devenir un État participant de BIREME à une majorité des deux tiers au moins de ses membres.

3. Les organisations participantes de BIREME : Toute organisation publique internationale comptant une expertise spécifique dans le domaine de l'information et de la communication scientifique et technique peut être admise comme « organisation participante de BIREME » dans les conditions suivantes :

   a. l'organisation internationale doit communiquer au Directeur de l'OPS son intention de prendre part à la coopération scientifique et technique et de contribuer financièrement à BIREME, par le biais de contributions annuelles fixées par le Comité consultatif de BIREME, tel que décrit dans l'Article IX du présent document et en reconnaissant le présent statut et en respectant ses réglementations respectives, et

   b. le Comité consultatif doit approuver la demande faite pour devenir une organisation participante de BIREME à la majorité des deux tiers au moins de ses Membres.

4. Un État participant ou une Organisation participante peut se retirer de BIREME en communiquant une telle intention au Directeur de l'OPS et au Comité consultatif. L'adhésion prendra fin six (6) mois après que le Directeur de l'OPS aura reçu la notification.

Article V Structure

BIREME comprendra les organes suivants :

(1) Comité consultatif
(2) Conseil scientifique

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

(3) Secrétariat

Article VI Comité consultatif

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

1. Le Comité consultatif de BIREME comprendra les Membres désignés dans la composition suivante :

   a. deux (2) membres permanents : un (1) nommé par le Représentant du Gouvernement du Brésil et un (1) nommé par le Directeur de l'OPS ;

   b. cinq membres non permanents (5), choisis et nommés par le Conseil directeur de l'OPS parmi les membres de BIREME décrits dans l'Article IV, en tenant compte de la représentation géographique.

2. Les membres non permanents du Comité consultatif de BIREME changeront tous les 3 ans. Par ailleurs, le Conseil directeur de l'OPS pourra indiquer une période de rotation plus courte si c'est jugé nécessaire pour maintenir l'équilibre entre les membres du Comité consultatif.

3. Le nombre des membres non permanents du Comité consultatif pourra être modifié par le Conseil directeur de l'OPS au fur et à mesure que de nouveaux membres de BIREME sont admis.

4. Le Comité consultatif de BIREME sera chargé de :

   a. faire des recommandations au Directeur de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) concernant les fonctions programmatiques de BIREME, en fonction du Plan stratégique régional de l'OPS et du Plan de travail de la coopération technique, ainsi que les recommandations faites par les Membres du Conseil scientifique de BIREME ;

   b. revoir la proposition du Plan de travail biennal de BIREME et faire des recommandations au Directeur de l'OPS visant au renforcement de la capacité et de l'infrastructure nationales et régionales pour l'information scientifique et technique ;

c. revoir la Proposition de budget biennal de BIREME et faire des recommandations au Directeur de l'OPS pour renforcer la structure de financement ;

d. proposer le barème des contributions annuelles des États participants et des Organisations participantes ;

e. évaluer la coopération internationale de BIREME avec d'autres régions et faire des recommandations au Directeur de l'OPS aux fins d'amélioration ;

f. recommander au Directeur de l'OPS, si cela est justifié, que le nombre de membres non permanents du Comité consultatif soit modifié pour maintenir l'équilibre géographique ;

g. nommer les membres du Conseil scientifique de BIREME ;

h. recommander le cas échéant au Conseil directeur de l'OPS que des amendements soient portés au présent Statut ;

i. recommander au Directeur de l'OPS de créer des comités techniques et des groupes de travail pour aider BIREME à exécuter ses fonctions programmatiques, à réaliser sont plan de travail et à prendre en charge les priorités du secteur de la santé ;

j. adopter un Règlement intérieur qui sera approuvé par tous les Membres lors d'une séance ordinaire ;

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

Article VII Conseil scientifique

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

1. Le Conseil scientifique comprendra au moins cinq spécialistes internationaux, nommés pour leur expertise reconnue dans le domaine de la recherche scientifique, de la gestion des connaissances et informations de santé, de la communication scientifique et technique en santé et leur connaissance dans les domaines de la recherche, de l'éthique, du développement, des

opérations et du financement. Les membres du Conseil scientifique seront nommés comme spécialistes avec une rotation tous les 3 ans.

2. Les membres du Conseil scientifique seront nommés par le Comité consultatif de BIREME, en tenant compte de la diversité thématique et de l'expertise nécessaire pour que le Conseil puisse mener à bien ses fonctions. Les États membres de BIREME pourront nommer chacun deux experts au maximum et le Directeur de l'OPS pourra nommer des experts supplémentaires qui seront inclus à la liste des experts internationaux à partir de laquelle ces nominations seront faites, tout en tenant également compte de la diversité thématique et de l'expertise dont a besoin le Conseil pour mener à bien sa mission.

3. Le Conseil scientifique sera chargé de :

   a. faire des recommandations au Comité consultatif sur les fonctions programmatiques de BIREME jugeant d'après le meilleur avancement international dans le domaine de l'information et de la communication scientifiques pour la santé, notamment : politiques et critères de qualité pour la sélection du contenu, gestion de l'information, des connaissances et preuves scientifiques, gestion de la publication, stockage de l'information et infrastructure de consultation et d'accès et mesure de l'information et des sciences ;

   b. conseiller le Directeur de l'OPS et le Comité consultatif sur les méthodologies et technologies utilisées par BIREME pour la gestion des produits et services de l'information et recommander les solutions et améliorations nécessaires ;

   c. conseiller le Directeur de l'OPS et le Comité consultatif sur l'adoption d'innovations dans le domaine de l'information et de la communication pour la santé ;

   d. conseiller le Directeur de l'OPS et le Comité consultatif sur la préparation et la mise en œuvre du Plan de travail biennal de BIREME, conformément au Plan stratégique et au Plan de travail biennal du BSP ;

   e. conseiller le Directeur de l'OPS et le Comité consultatif sur l'adoption de partenariats internationaux pour le développement de l'information et de la communication des sciences de la santé ;

   f. adopter le Règlement intérieur qui devra être approuvé par tous les Membres lors d'une session ordinaire ;

g. organiser une session régulière annuelle. Trois (3) membres de ce Conseil scientifique peuvent demander au Comité consultatif de BIREME de tenir des sessions spéciales.

Article VIII Secrétariat

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

1. Le Secrétariat comprendra le Directeur de BIREME et le personnel technique et administratif nécessaire, tel que déterminé par le Directeur de l'OPS et en fonction des ressources financières.

2. Le Directeur de BIREME sera nommé par le Directeur de l'OPS, en suivant un processus de concurrence internationale, conformément aux règles et règlementations de l'OPS.

3. Les membres du personnel qui détiennent des positions au sein du BIREME seront nommés conformément aux règles et réglementations du BSP.

4. Le Directeur de BIREME sera responsable auprès du Directeur de l'OPS de la gestion exécutive de BIREME, conformément aux règles et réglementations de l'OPS. Les responsabilités sont les suivantes :

   a. préparer, en fonction du Plan stratégique régional de l'OPS, la proposition pour le Plan de travail biennal et la proposition budgétaire biennale de BIREME et les présenter au Comité consultatif aux fins d'examen et de recommandations du Directeur de l'OPS ;

   b. exécuter le Plan de travail biennal et le budget biennal de BIREME approuvés par le Directeur de l'OPS en tant que partie intégrante du Plan de travail biennal de l'OPS ;

   c. encourager la collaboration avec des entités et des organisations se rapportant aux fonctions programmatiques de BIREME ;

   d. promouvoir et forger des partenariats pour le développement de l'information et de la communication sur les sciences de la santé, conformément aux priorités de l'OPS ;

e. représenter BIREME lors d'événements et d'initiative se rapportant à ses fonctions programmatiques en tant que centre spécialisé de l'OPS ;

f. gérer les affaires administratives et financières de BIREME ;

g. préparer un rapport d'avancement annuel sur BIREME et le présenter au Comité consultatif aux fins de commentaire et de recommandations de la part du Directeur de l'OPS ;

h. préparer tout autre rapport demandé par le Directeur de l'OPS, le Comité consultatif ou le Conseil scientifique de BIREME ;

i. servir de Secrétariat de droit lors de réunions du Comité consultatif et du Conseil scientifique ;

j. accepter des fonds ou des contributions d'individus ou de sociétés par le biais d'accords et/ou contrats, tel qu'indiqué par les fonctions de BIREME, conformément aux conditions fixées par le Directeur de l'OPS et son autorisation écrite préalable.

Article IX Financement

1. Les ressources pour le financement du Plan de travail biennal de BIREME devront être obtenues auprès des sources suivantes : la contribution annuelle de l'OPS déterminée par le Directeur de l'OPS ; la contribution annuelle du Gouvernement du Brésil, conformément à l'accord signé avec l'OPS, les contributions annuelles des États participants et des Organisations participantes de BIREME et les ressources financières des projets, vente de services et contributions volontaires.

2. Toutes les contributions annuelles seront dues le 1er janvier de chaque année et doivent être versées le 30 juin au plus tard de la même année.

3. Les fonds et les biens de BIREME seront traités comme des fonds fiduciaires de l'OPS et administrés conformément aux réglementations financières de l'OPS.

4. Un fonds de roulement sera établi au nom de BIREME conformément aux normes et réglementations financières de l'OPS.

Article X Privilèges et immunités

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

Article XI Installations physiques

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

Article XII Amendements

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

Article XIII Entrée en vigueur

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

CE144.R25 : **Ordre du jour provisoire du 49e Conseil directeur de l'OPS, 61e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques**

LA 144e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné l'ordre du jour provisoire (document CD49/1) préparé par la Directrice pour le 49e Conseil directeur de l'OPS, 61e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques, présenté comme annexe au document CE144/3, Rév.1 ; et

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

DÉCIDE :

D'approuver l'ordre du jour provisoire (document CD49/1) préparé par la Directrice pour le 49e Conseil directeur de l'OPS, 61e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques.

(Huitième réunion, le 26 juin 2009)

Décisions

Décision CE144(D1) ***Adoption de l'ordre du jour***

Conformément à l'Article 9 du Règlement intérieur du Comité exécutif, le Comité a adopté sans modifications l'ordre du jour présenté par la Directrice (Document CE144/1).

(Première séance, 22 juin 2008)

Décision CE144(D2) ***Représentation du Comité exécutif auprès du 49e Conseil directeur, 61e 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 son Président (Uruguay) et son Vice-président (Suriname) pour représenter le Comité auprès du 49e Conseil directeur, 61e Session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques. Le Comité a nommé le Mexique et Trinité-et-Tobago comme remplaçants.

(Première séance, 22 juin 2008)

EN FOI DE QUOI, le Président du Comité exécutif, Délégué de l'Uruguay et le Secrétaire ex officio, Directrice du Bureau sanitaire panaméricain signent le présent Rapport final en espagnol.

FAIT in Washington, D.C., ce vingt-sixième jour de l'année deux mille neuf. Le Secrétaire déposera les textes originaux dans les archives du Bureau sanitaire panaméricain.

Jorge Basso
Délégué de l'Uruguay
Président de la 144e session
du Comité exécutif

Mirta Roses Periago
Directrice du
Bureau sanitaire panaméricain
Secrétaire ex officio de la
144e session du Comité exécutif

ORDRE DU JOUR

1. OUVERTURE DE LA SESSION

2. QUESTIONS RELATIVES AU REGLEMENT

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

2.2 Représentation du Comité exécutif lors du 49e Conseil directeur, 61e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques

2.3 Ordre du jour provisoire du 49e Conseil directeur de l'OPS, 61e Session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques

3. QUESTIONS RELATIVES AUX COMITES

3.1 Rapport de la troisième session du Sous-Comité de programme, budget et administration

3.2 Prix de l'OPS d'administration 2009

3.3 Organisations non gouvernementales en relations officielles avec l'OPS

3.4 Rapport annuel du Bureau chargé des questions d'éthique

4. QUESTIONS RELATIVES A LA POLITIQUE DES PROGRAMMES

4.1 Projet de Budget et programme de l'OPS 2010-2011

4.2 Plan stratégique de l'OPS 2008-2012 amendé (Projet)

4.3 Nouveau barème des contributions

4.4 Plan d'action pour la santé des personnes âgées y compris le vieillissement sain et actif

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

4.5 Élimination des maladies négligées et autres infections liées à la pauvreté

4.6 Politique sur la recherche pour la santé

4.7 Stratégie et plan d'action sur la santé mentale

4.8 Plan d'action sur la santé des adolescents et des jeunes

4.9 Plan d'action pour la mise en application de la politique en matière d'égalité entre les sexes

4.10 Cadre de politique pour le don et la transplantation d'organes humains

4.11 Santé et tourisme

4.12 Réseaux intégrés de services de santé fondés sur les soins de santé primaires

4.13 Réforme institutionnelle du Centre d'Information sur les Sciences de la Santé pour l'Amérique latine et les Caraïbes (BIREME)

4.14 Révision institutionnelle et réorganisation interne de l'Institut de nutrition de l'Amérique centrale et du Panama (INCAP)

4.15 Plan d'action pour la prévention de la cécité évitable et des déficiences visuelles

4.16 Santé familiale et communautaire

4.17 Fonds renouvelable pour l'achat de vaccins de l'Organisation panaméricaine de la Santé

5. QUESTIONS ADMINISTRATIVES ET FINANCIERES

5.1 Rapport sur le recouvrement des contributions

5.2 Rapport financier intérimaire de la Directrice pour 2008

5. QUESTIONS ADMINISTRATIVES ET FINANCIERES *(suite)*

5.3 Amendements au Règlement financier et aux Règles de gestion financière

5.4 Projets utilisant le revenu du Budget programme excédent le Budget ordinaire de travail effectif autorisé

5.5 Projet de création d'un comité d'audit

6. QUESTIONS RELATIVES AU PERSONNEL

6.1 Amendements au Règlement et au Statut du personnel du Bureau sanitaire panaméricain

6.2 Réforme contractuelle à l'OPS

6.3 Déclaration du Représentant de l'Association du personnel du Bureau sanitaire panaméricain

7. QUESTIONS SOUMISES POUR INFORMATION

7.1 Projet de Budget programme 2010-2011 de l'OMS

7.2 Plan stratégique à moyen terme 2008-2013 modifié (projet) de l'OMS

7.3 Code de pratique pour le recrutement international du personnel de santé : document de l'OMS servant au débat

7.4 Rapports d'avancement sur les questions techniques :

7.4.1 Règlement sanitaire international (annexant le rapport sur la situation de la pandémie de grippe A (H1N1))

7.4.2 Préparatifs pour la table ronde sur la sécurité des hôpitaux

7.4.3 Préparatifs du débat en panel sur l'Alliance panaméricaine pour la nutrition et le développement en vue de la concrétisation des objectifs du Millénaire pour le développement

7. QUESTIONS SOUMISES POUR INFORMATION *(suite)*

7.5 Résolutions et autres actions d'organisations intergouvernementales revêtant un intérêt pour l'OPS :

7.5.1 Résolutions et autres mesures prises à la 62e Assemblée mondiale de la Santé

7.5.2 Résolutions et autres actions de la Trente-neuvième Session ordinaire de l'Assemblée générale de l'Organisation des États Américains

7.5.3 Rapport du Cinquième Sommet des Amériques

7.6 Rapport d'avancement des questions administratives et financières :

7.6.1 État de la mise en œuvre des Normes comptables internationales du secteur public (IPSAS)

7.6.2 Fonds directeur d'investissement

8. AUTRES QUESTIONS

9. CLOTURE DE LA SESSION

LISTE DES DOCUMENTS

Documents officiels (*ci-joint en anglais*)

Official Document 328	PAHO Strategic Plan 2008-2012 Amended (Draft) (Plan stratégique de l'OPS 2008-2012 amendé (Projet))
Official Document 333	Proposed PAHO Program and Budget 2010-2011 (Projet de Budget et programme de l'OPS 2010-2011

Addendum au Projet de Budget et Programme pour 2010-2011

Official Document 335	Interim Financial Report of the Director for 2008 (Rapport financier intérimaire de la Directrice pour 2008)

Documents de travail

CE144/1, Rév. 2	Ordre du jour
CE144/2	Représentation du Comité exécutif lors du 49e Conseil directeur, 61e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques
CE144/3, Rév. 1	Ordre du jour provisoire du 49e Conseil directeur de l'OPS, 61e Session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques
CE144/4	Rapport de la troisième session du Sous-Comité de programme, budget et administration
CE144/5 et Add. I	Prix de l'OPS d'administration 2009
CE144/6	Organisations non gouvernementales en relations officielles avec l'OPS
CE144/7	Rapport annuel du Bureau chargé des questions d'éthique
CE144/8	Nouveau barème des contributions

Documents de travail *(suite)*

CE144/9	Plan d'action pour la santé des personnes âgées y compris le vieillissement sain et actif
CE144/10, Rév. 1	Élimination des maladies négligées et autres infections liées à la pauvreté
CE144/11	Politique sur la recherche pour la santé
CE144/12	Stratégie et plan d'action sur la santé mentale
CE144/13, Rév. 1	Plan d'action sur la santé des adolescents et des jeunes
CE144/14	Plan d'action pour la mise en application de la politique en matière d'égalité entre les sexes
CE144/15, Rév. 1	Cadre de politique pour le don et la transplantation d'organes humains
CE144/16	Santé et tourisme
CE142/17	Réseaux intégrés de services de santé fondés sur les soins de santé primaires
CE144/18, Rév. 1 et Add. I	Réforme institutionnelle du Centre d'Information sur les Sciences de la Santé pour l'Amérique latine et les Caraïbes (BIREME)
CE144/19, Rév. 1 et Add. I	Révision institutionnelle et réorganisation interne de l'Institut de nutrition de l'Amérique centrale et du Panama (INCAP)
CE144/20	Plan d'action pour la prévention de la cécité évitable et des déficiences visuelles
CE144/21	Santé familiale et communautaire
CE144/22, Rév. 1	Fonds renouvelable pour l'achat de vaccins de l'Organisation panaméricaine de la Santé

Documents de travail *(suite)*

CE144/23 et Add. I	Rapport sur le recouvrement des contributions
CE144/24, Rév. 1	Amendements au Règlement financier et aux Règles de gestion financière
CE144/25, Rév. 1	Projets utilisant le revenu du Budget programme excédent le Budget ordinaire de travail effectif autorisé
CE144/26, Rév. 1 et Add. I	Projet de création d'un comité d'audit
CE144/27	Amendements au Règlement et au Statut du personnel du Bureau sanitaire panaméricain
CE144/28	Réforme contractuelle à l'OPS
CE144/29	Déclaration du Représentant de l'Association du personnel du Bureau sanitaire panaméricain
CE144/30	Projet de Budget et programme de l'OPS 2010-2011
CE144/30, Add. I	Projet de Budget et programme de l'OPS 2010-2011
CE144/31	Plan stratégique de l'OPS 2008-2012 amendé (Projet)

Documents d'information

CE144/INF/1	Projet de Budget programme 2010-2011 de l'OMS
CE144/INF/2	Plan stratégique à moyen terme 2008-2013 modifié (projet) de l'OMS
CE144/INF/3, Rév. 1	Code de pratique pour le recrutement international du personnel de santé : document de l'OMS servant au débat
CE144/INF/4	Rapports d'avancement sur les questions techniques :
CE144/INF/4-A	Règlement sanitaire international

Documents d'information *(suite)*

CE144/INF/4-B	Préparatifs pour la table ronde sur la sécurité des hôpitaux
CE144/INF/4-C	Préparatifs du débat en panel sur l'Alliance panaméricaine pour la nutrition et le développement en vue de la concrétisation des objectifs du Millénaire pour le Développement
CE144/INF/5	Résolutions et autres actions d' organisations intergouvernementales revêtant un intérêt pour l' OPS :
CE144/INF/5-A	Résolutions et autres mesures prises à la 62e Assemblée mondiale de la Santé
CE144/INF/5-B	Résolutions et autres actions de la Trente-neuvième Session ordinaire de l'Assemblée générale de l'Organisation des États Américains
CE144/INF/5-C	Rapport du Cinquième Sommet des Amériques
CE144/INF/6	Rapport d'avancement des questions administratives et financières :
CE144/INF/6-A	État de la mise œuvre des Normes comptables internationales du secteur public (IPSAS)
CE144/INF/6-B	Fonds directeur d'investissement

LIST OF PARTICIPANTS
LISTA DE PARTICIPANTES

MEMBERS OF THE COMMITTEE/MIEMBROS DEL COMITÉ

ARGENTINA

Sr. Marcelo Rinaldi
Asesor Canciller
Ministerio de Relaciones Exteriores, Comercio Internacional y Culto
Buenos Aires

Sra. Ana Marcela Pastorino
Consejera
Misión Permanente de Argentina ante la Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

BOLIVIA

Dr. Franz Calani
Asesor del Ministro de Salud y Deportes
Ministerio de Salud y Deportes
La Paz

Su Excelencia José E. Pinelo Navarro
Embajador, Representante Permanente de Bolivia ante la Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Sra. Erika Dueñas
Encargada de Negocios, a.i.
Embajada de Bolivia
Washington, D.C.

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

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

BOLIVIA *(cont.)*

Sra. Aylin Oropeza Bleichner
Representante Alterna de Bolivia ante la Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

GUATEMALA

Su Excelencia Jorge Skinner Klee
Embajador, Representante Permanente de Guatemala ante la Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Su Excelencia Lionel Maza
Embajador, Representante Permanente Alterno de Guatemala ante la Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Sr. Jorge Contreras
Consejero
Misión Permanente de Guatemala ante la Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

HAITI

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

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

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

MEXICO/MÉXICO

Dr. Arturo Cervantes
Director General Adjunto de Prevención de Accidentes
Secretaría de Salud
México, D.F.

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

Lic. Katya Puga Cornejo
Jefa, Departamento para el Sistema Interamericano
Dirección General de Relaciones Internacionales
Secretaría de Salud
México, D.F.

SURINAME

Dr. Celsius Waterberg
Minister of Health
Ministry of Health
Paramaribo

Dr. Marthelise Eersel
Director of Health
Ministry of Health
Paramaribo

Ms. Saskia Bleau
Protocol Officer
Assistant UN Coordinator
Ministry of Health
Paramaribo

TRINIDAD AND TOBAGO/TRINIDAD Y TABAGO

UNITED STATES OF AMERICA/ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA

Mr. James Kulikowski
Acting Director
Office of Global Health Affairs
Department of Health and Human Services
Washington, D.C.

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

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

Mr. Ted Faris
Program Analyst
Office of Management Policy and Resources
Bureau of International Organization Affairs
Department of State
Washington, D.C.

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

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

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

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

Mr. Guillermo Aviles Mendoza
International Health Analyst
Office of Global Health Affairs
Department of Health and Human Services
Washington, D.C.

Ms. Julia Goldberg
International Health Analyst
Office of Global Health Affairs
Department of Health and Human Services

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

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

URUGUAY

Dr. Jorge Basso
Director General de Salud
Ministerio de Salud Pública
Montevideo

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

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

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

BRAZIL/BRASIL

Dra. Márcia Bassit L. da Costa Mazzoli
Secretária Executiva
Ministério da Saúde
Brasília, D.F.

Ministro Eduardo Botelho Barbosa
Assessor Internacional
Ministério da Saúde
Brasília, D.F.

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

Sra. Márcia Rollemberg
Coordenadora de Documentação e Informação Subsecretaria de Assuntos Administrativos
Ministério da Saúde
Brasília, D.F.

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

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

Sra. Viviane Rios Balbino
Representante Alterna do Brasil junto à Organização dos Estados Americanos
Washington, D.C.

CANADA/CANADÁ

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

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

Ms. Carolina Seward
Policy Analyst
PAHO/Americas
International Affairs Directorate
Health Canada
Ottawa

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

Ms. Sarada Leclerc
Health Specialist, Americas Branch
Canadian International Development Agency
Quebec

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

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

CHILE

Su Excelencia Pedro Oyarce
Embajador, Representante Permanente
de Chile ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

Sra. Carla Serazzi
Segunda Secretaria
Misión Permanente de Chile ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Sr. Luis Petit-Laurent
Segundo Secretario
Misión Permanente de Chile ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

COLOMBIA

Sr. Carlos Iván Plazas
Encargado de Negocios, a.i.
Misión Permanente de Colombia ante
la Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

Sr. Juan Claudio Morales
Consejero
Misión Permanente de Colombia ante
la Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

Sr. Carlos Lucien Pineda
Segundo Secretario, Representante
Alterno de Colombia ante la
Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

FRANCE/FRANCIA

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

Mme Milena Castellnou
Observatrice permanente adjointe de la
France près de l'Organisation des États
Américains
Washington, D.C.

NETHERLANDS/PAÍSES BAJOS

Mrs. Jocelyne Croes
Minister Plenipotentiary of Aruba
The Hague

NICARAGUA

Sr. Luis Alvarado
Ministro Consejero
Misión Permanente de Nicaragua ante la
Organización de los Estados
Americanos
Washington D.C.

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

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

PARAGUAY

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

Sr. Francisco M. Barreiro P.
Consejero
Misión Permanente del Paraguay
ante la Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

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

Sra. Claudia Medina
Misión Permanente del Paraguay
ante la Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

Sr. Oscar Báez
Misión Permanente del Paraguay
ante la Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

VENEZUELA

Su Excelencia Roy Chaderton Matos
Embajador, Representante Permanente
de Venezuela ante la Organización de
los Estados Americanos
Washington, D.C.

Dra. Carmen Velásquez de Visbal
Ministra Consejera
Misión Permanente de la República
Bolivariana de Venezuela ante
la Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

Sra. Valentina Martínez
Attaché
Misión Permanente de la República
Bolivariana de Venezuela ante la
Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

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

OBSERVER STATES
ESTADOS OBSERVADORES

SPAIN/ESPAÑA

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

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

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

Ing. Carlos Alberto Rosito

National Alliance for Hispanic Health
Alianza Nacional para la Salud Hispana

Ms. Marcela Gaitán

U. S. Pharmacopeia

Dr. Damian Cairatti
Mr. Matthew Hayman

REPRESENTATIVES OF NONGOVERNMENTAL ORGANIZATIONS IN OFFICIAL RELATIONS WITH WHO REPRESENTANTES DE ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES EN RELACIONES OFICIALES CON LA OMS

Doctors without Borders
Médicos sin Fronteras

Mrs. Gemma Ortiz M. Genovese
Ms. Gabriela Chaves
Ms. Emi Maclean

REPRESENTATIVES OF NONGOVERNMENTAL ORGANIZATIONS IN OFFICIAL RELATIONS WITH WHO *(cont.)*
REPRESENTANTES DE ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES EN RELACIONES OFICIALES CON LA OMS *(cont.)*

International Federation of Pharmaceutical Manufacturers Associations

Ms. Susan Crowley

UNITED NATIONS AND SPECIALIZED AGENCIES
NACIONES UNIDAS Y AGENCIAS ESPECIALIZADAS

United Nations Economic Commission for Latin America and the Caribbean
Comisión Económica para América Latina de las Naciones Unidas

Sr. Fernando Flores
Sra. Helvia Velloso

United Nations Population Fund
Fondo de Población de las Naciones Unidas

Ms. Sonia Heckadon
Ms. Rachel Seelig
Ms. Dominica Martin

PAN AMERICAN SANITARY BUREAU
OFICINA SANITARIA PANAMERICANA

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

Dr. Mirta Roses Periago
Director
Directora

Advisers to the Director
Asesores de la Directora

Dr. Socorro Gross-Galiano
Assistant Director
Subdirectora

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

Mr. Michael Boorstein
Director of Administration
Director de Administración

Dr. Juan Manuel Sotelo
Manager/External Relations, Resource Mobilization, and Partnerships
Gerente/ Relaciones Externas, Movilización de Recursos y Asociaciones

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

LE FONDS RENOUVELABLE DE L'OPS POUR L'ACHAT DE VACCINS : DE NOUVEAUX DÉFIS A RELEVER

Rapport récapitulatif d'une réunion tenue le 23 juin 2009

1. Une réunion s'est tenue le 23 juin 2009 au Siège de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) à Washington, D.C. pour discuter de diverses questions techniques et politiques concernant le Fonds renouvelable de l'OPS pour l'achat de vaccins et la collaboration de l'OPS avec l'Alliance GAVI, la Banque mondiale et le pré-arrangement d'achat (Advance Market Commitment ou AMC) pour les vaccins antipneumococciques. Cette réunion faisait suite à une demande émise par le Représentant des Etats-Unis d'Amérique lors de la troisième Session du Sous-comité de programme, budget et administration de l'OPS (SPBA).[1]

2. Le Dr Socorro Gross, Sous-directrice de l'OPS, a ouvert la réunion et a souhaité la bienvenue aux participants, tout particulièrement aux Ministres de la Santé d'Haïti, du Paraguay et du Suriname ainsi qu'aux Vice-ministres de la Santé du Brésil et du Nicaragua. Étaient également présents des représentants de divers États Membres de l'OPS venus assister à la 144e Session du Comité exécutif de l'OPS qui s'est tenue au Siège de l'OPS du 22 au 26 juin 2009 ainsi que des représentants de l'Alliance GAVI et de la Banque mondiale. L'industrie pharmaceutique était également représentée. En outre, des représentants de plusieurs États Membres de l'OPS ont participé à la réunion par le biais d'un logiciel de conférence en ligne.

3. Des présentations ont été faites par Alex Palacios de l'Alliance GAVI, Susan McAdams de la Banque mondiale et Cuauhtémoc Ruiz de l'OPS puis la discussion a été ouverte aux questions et commentaires. Les présentations et la discussion sont récapitulées ci-après.

Présentation d'Alex Palacios, Représentant spécial, Bureau exécutif, Alliance GAVI

4. M. Palacios a commencé en notant que la GAVI collabore avec l'OPS et des représentants de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), la Banque mondiale et le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) pour trouver des solutions pratiques face au problème de méthodes différentes concernant l'approvisionnement en vaccins qui freinent les progrès souhaités par tous en vue d'offrir une protection contre des maladies mortelles. Si le Groupe de travail OPS-GAVI est relativement nouveau, par contre la coopération entre l'Alliance GAVI et l'OPS remonte aux premiers temps de la GAVI. Les Membres du Groupe de travail ont abordé les discussions dans un esprit ouvert et souhaitaient tous trouver une solution pratique. D'autres partenaires ont avancé des idées

[1] Voir le rapport de la réunion du SPBA pour de plus amples informations : Document SPBA3/FR.

utiles suggérant également divers précédents à prendre en compte. Il reconnaît que nombreuses sont les parties qui attendent et souhaitent une résolution au problème : aussi les donateurs, les médias que l'industrie pharmaceutique et bien sûr les pays qui attendent de recevoir les vaccins et qui commencent à exprimer une certaine frustration, chose parfaitement compréhensible.

5. Suivant la dernière réunion du Groupe de travail, fin mai, un sous-groupe composé de représentants de l'OPS et de la GAVI a été prié d'envisager une approche possible proposée par la direction de l'OPS. Des avocats représentant les deux côtés devaient se rencontrer lors de la semaine du 22 juin pour étudier l'idée. Il espérait que les avocats seraient en mesure de « faire leur travail important calmement et rapidement » et de venir partager leurs idées et points de vue avec le Groupe de travail dans son entier. Il ajoute que c'est avec plaisir qu'il envisage sa collaboration avec le Dr Gross et d'autres collègues à l'OPS, à l'OMS, à l'UNICEF et à la Banque dans les mois à venir, non seulement pour résoudre le problème actuel mais aussi pour renforcer les liens dans ce travail important de vaccination dans les années à venir.

Présentation de Susan McAdams, Directrice du Département du financement multilatéral et novateur, Programmes concessionnels et Partenariats globaux, Banque mondiale

6. Mme McAdams indique que plus de 7 millions de personnes meurent chaque année de maladies infectieuses dont la plupart dans des pays pauvres. La vaste majorité de ces décès pourraient être évités grâce à la vaccination mais malheureusement, les vaccins souvent ne sont pas disponibles dans les endroits où on a besoin. Dans certains cas, comme pour le VIH/SIDA, « nous n'avons tout simplement pas découvert le secret » fait-elle savoir. Et pourtant, le problème plus vaste tient au fait que les conditions et les incertitudes du marché découragent les fabricants de vaccins qui hésitent à investir dans des vaccins destinés aux pays en développement. Le mécanisme du pré-engagement d'achat (AMC) est une initiative destinée à rompre le cercle vicieux de la demande incertaine, de l'approvisionnement limité et des prix élevés.

7. Certes, il existe un solide marché pour les vaccins et pourtant très peu de fabricants de vaccins mettent au point et introduisent de nouveau vaccins. Qui plus est, les vaccins sont souvent introduits par une seule société et il existe donc un monopole dans un premier temps. Cela prend des années pour développer un véritable marché où règne une saine concurrence poussant les prix à la baisse. Aussi, existe-t-il de longs délais avant que les vaccins n'arrivent sur le marché, surtout pour les pays en développement, où les fabricants perçoivent de grands risques et incertitudes entourant la demande.

8. L'AMC est conçu pour pallier à ces défauts et manquements du marché en subventionnant le coût de la capacité accrue de production chez les fabricants, ce qui leur permet d'accroître la production pour répondre aux besoins des pays en développement.

L'idée sous-jacente de l'AMC, est de donner l'assurance aux fabricants qu'il existe bien un marché pour le vaccin nécessaire sans toutefois déformer les incitations normales à la production. Le but est d'obtenir un engagement financier des donateurs pour subventionner des achats de vaccins à un prix fixé sur une période donnée. Le vaccin doit répondre à un profil de produit spécifié (doit contenir les types sérologiques demandés et autres conditions indiquées par l'OMS) et doit être en demande dans des pays présentant les conditions requises pour obtenir l'aide de la GAVI. Le vaccin cible choisi pour l'essai pilote de l'AMC est le vaccin antipneumococcique. Il a été choisi car la pneumonie à pneumocoque est la cause d'un plus grand nombre de décès dans le monde que le SIDA, la tuberculose ou le paludisme : 800 000 décès infantiles par an, surtout dans les pays les plus pauvres au monde.

9. L'AMC a pour objet de créer un marché. Ce n'est pas une garantie d'achat. Les donateurs conviennent d'accorder une subvention pour financer un engagement à l'avance bien défini. Le montant de la subvention est spécifié (3,50 USD par dose dans le cas du vaccin antipneumococcique), au même titre que le prix de vente (ou le prix plafond) pour le vaccin ciblé (également 3,50 USD par dose pour le vaccin antipneumococcique) et les pays bénéficiaires accordent un co-paiement (0,10-0,30 USD par dose au départ, suivant le niveau de revenus du pays, la GAVI co-finançant le restant du prix de vente de 3,50 USD) pour vérifier que la demande est réelle et n'est pas simplement créée par l'impulsion des donateurs.

10. Les donateurs pour l'AMC pilote ont convenu d'engager un total de 1,5 milliard USD pour financer la subvention dans les 20 années à venir et la Banque mondiale a garanti tous les engagements des donateurs. Ce montant promis aidera à financer les coûts d'investissement dans l'expansion de la capacité nécessaire. Il sera versé pour l'achat de vaccins au taux d'3,50 USD la dose. Il existe également une garantie limitée à l'achat, équivalent à 45% de la capacité engagée d'une année, offerte aux fabricants de vaccins en échange de la production d'un vaccin qui répond au profil du produit ciblé et d'un engagement d'approvisionnement à long terme – 10 ans dans le cas du vaccin antipneumococcique – à un prix convenu. L'AMC pilote a pour but de garantir 2 milliards de doses du vaccin antipneumococcique sur une période de 10 ans à un prix moyen général de 4,25 USD par dose pour la période (en dollars de 2009), ce qui se traduit par 12,75 USD pour une vaccination de 3 doses, comparée à 200 USD aux Etats-Unis.

11. Mme McAdams a insisté sur le fait que l'AMC vise avant tout à créer un marché. « Nous profitons tous d'un marché compétitif, » a-t-elle indiqué, « cela fait baisser les prix, nous permet de répondre à la demande et de vacciner tous les enfants qui en ont besoin. » Un élément clé dans la structure de l'AMC est d'encourager au moins un fabricant d'un marché émergent à participer au pilote, car une telle participation, fait-elle savoir, est d'importance cruciale pour la réussite durable d'un marché de vaccins. Elle souligne aussi que l'AMC est une enveloppe. Ce n'est pas une adjudication d'une année

mais un engagement de 10 à 15 ans de la part de la Banque mondiale, de GAVI, des donateurs et des fournisseurs. De fait, c'est donnant donnant : une subvention spécifique en échange d'un engagement d'achat de 10 ans à un prix faible fixé.

Présentation by Cuauhtémoc Ruiz, Conseiller senior, Immunisation familiale intégrale, OPS

12. Le Dr Ruiz a rappelé que le Fonds renouvelable pour l'achat de vaccins a été mis sur pied par l'OPS en 1979 comme mécanisme garantissant un approvisionnement ininterrompu en vaccins essentiels, seringues et autres fournitures nécessaires pour le Programme élargi de vaccinations (PEV). Le Fonds renouvelable, explique-t-il, repose sur les principes d'équité, d'égalité, d'accès et du panaméricanisme. C'est un mécanisme de coopération qui garantit la qualité, ponctualité, quantité, les prix les plus bas et la viabilité dans le long terme. En tant que tel, le Fonds a permis de renforcer et de vérifier la viabilité financière des programmes de vaccination dans les pays et partant, a également renforcé les systèmes nationaux de la santé. Grâce à la protection conférée par le Fonds, les Amériques ont été la première région de l'OMS à éradiquer la poliomyélite et à éliminer la rougeole, se trouvant également en bonne voie pour éliminer la rubéole. Le Fonds a également contribué à la nette augmentation dans l'utilisation des vaccins contre la grippe saisonnière dans les Amériques, depuis 2000.

13. La coopération technique apportée par l'entremise du Fonds vise également à soutenir la promulgation de lois nationales sur la vaccination et le renforcement des budgets nationaux de vaccination. Selon les données disponibles les plus récentes, 99% du financement des programmes nationaux de vaccination dans les pays de l'Amérique latine et des Caraïbes provient de sources nationales.

14. En plus de la fourniture de coopération technique, le Fonds renouvelable est un mécanisme centralisé pour l'achat de vaccins et une réserve de crédits mis à la disposition des pays pour les achats de vaccins. Le Fonds renouvelable s'est agrandi constamment dans les 30 ans depuis sa création. Le nombre de vaccins offerts est passé de 6 en 1979 à 28 en 2008. Le nombre de pays et de territoires achetant par l'entremise du Fonds a également augmenté – de 8 en 1979 à 41 en 2008- et la valeur monétaire des vaccins a augmenté de plus de 100 fois – passant d'2,3 millions USD à 271,7 millions USD. En 2012, le Fonds achètera, selon les estimations, pour plus de 500 USD millions de vaccins.

15. Le Fonds est source d'avantages tant pour les acquéreurs que pour les fournisseurs. Aux pays, il garantit une offre ponctuelle et continue de vaccins sans risques, de haute qualité, préqualifiés par l'OMS au plus bas prix et favorise une utilisation rapide et durable de nouveaux vaccins. Aux fournisseurs, il apporte des accords d'achat à long terme avec un seul fabricant, des prévisions fiables et des relations transparentes et facilite tant la planification de la production et des livraisons que la pharmacosurveillance après vente.

16. Pour le Dr Ruiz, trois défis se présentent au Fonds. Premièrement, de nouveaux vaccins plus chers sont fabriqués par un seul fournisseur. S'agissant du vaccin contre les rotavirus, le vaccin antipneumococcique conjugué heptavalent et le vaccin contre le papillomavirus humain (HPV). Ces nouveaux vaccins sont très chers. Par exemple, si on ajoute le vaccin contre les rotavirus aux prix de marché actuel, cela double les budgets de vaccinations des pays et l'adjonction du vaccin antipneumococcique heptavalent, les multiplie par sept. Au regard des fonds limités et d'un grand nombre de priorités, il serait difficile pour la plupart des pays d'assumer de tels accroissements de coûts. Le Fonds renouvelable est par conséquent nécessaire pour garantir des bas prix. Le Fonds négocie les prix avec les fournisseurs de vaccins par le biais d'appels d'offres : des contrats d'une année sont accordés pour un nombre approximatif de doses d'un vaccin particulier à un prix convenu. Ce prix représente le prix maximum que le Fonds paiera pour ce vaccin sur une période d'une année. Si par la suite, le fournisseur offre le vaccin à un prix plus bas, aux termes du contrat avec le Fonds, il convient également d'offrir ce prix au Fonds.

17. D'autres défis comprennent l'arrivée de nouveaux intervenants sur le marché de la vaccination, notamment l'Alliance GAVI et les nouveaux modèles de fonctionnement sur ce marché, dont le pré-engagement d'achat. L'OPS travaille avec la GAVI depuis sa création, contribuant à son cadre technique et aidant également les pays des Amériques éligibles pour recevoir l'aide de GAVI à la préparation de propositions et à l'exécution du financement de GAVI.

18. Le Dr Ruiz est d'avis que le Fonds renouvelable saura s'adapter aux nouvelles circonstances et devenir un mécanisme de soutien encore plus solide pour tous les pays de la Région. A son avis, le Fonds est indispensable au vu des niveaux élevés de pauvreté et d'inégalité qui existent dans les Amériques. Six des pays de la Région (Bolivie, Cuba, Guyana, Hatti, Honduras et Nicaragua) répondent aux critères d'obtention de financement de la GAVI (revenu national brut de moins de 1 000 USD par habitant en 2003) mais par ailleurs, 122 millions de personnes en Amérique latine et aux Caraïbes, à savoir 22% de la population de la sous-région, vivent avec moins de 2 USD par jour et 40% de la population ne peut pas se payer un panier de vivres de base. Même à Trinité-et-Tobago, le pays avec le revenu national brut le plus élevé par habitant dans la sous-région, 40% de la population vit avec moins de 2 USD par jour. Face aux nouveaux défis, le Fonds doit maintenir ses caractéristiques et forces et rester fidèle aux principes de base pour lesquels il a été créé. Un Fonds renouvelable encore plus solide continuera à lutter pour que la vaccination reste un bien public et que les programmes de vaccination continuent à être l'intervention de santé publique la plus efficace par rapport aux coûts et la plus acceptable du point de vue social.

Questions et commentaires des participants à la réunion

19. Les Représentants des États Membres de l'OPS, unis par une seule voix ont fait connaître avec véhémence leur soutien pour le Fonds renouvelable soulignant la nécessité

de le protéger et de le préserver. « Si notre choix est de défendre le Fonds renouvelable, alors je pense que nous les pays qui sont le plus directement concernés – nous devons effectivement le défendre, » nous fait savoir Mme Nora Orozco Chamorro, Vice Ministre de la Santé du Nicaragua. Les participants ont également défendu les principes de l'équité, de la solidarité et du Panaméricanisme qui soutiennent le Fonds et qui sont jugés des moyens garantissant l'accès aux vaccins de haute qualité, l'introduction rapide de nouveaux vaccins et les possibilités d'économies d'échelle qui profitent à tous les pays de l'Amérique latine et des Caraïbes, quels que soient leurs niveaux de revenus et tailles. Plusieurs participants ont fait savoir que d'autres régions du monde devraient elles-aussi se donner leur propre fonds renouvelable pour l'achat de vaccins. Le Dr Ramiro Guerrero, de l'Initiative de Harvard pour la santé mondiale, a noté que le besoin d'une production accrue des vaccins existants, qui est traité par l'AMC pilote, pourrait être traité par des fonds renouvelables qui, entre autres avantages, aident à organiser et consolider les prévisions de la demande.

20. Les participants ont également soutenu l'approche prix unique du Fonds renouvelable. « Lors de la réunion des responsables de notre PEV en 2008 aux Bahamas, on nous a parlé du prix progressif de l'achat des vaccins…nous avons voté à l'unanimité pour la continuation du Fonds renouvelable et nous avons imploré l'OPS de défendre cette continuation » a fait savoir le Dr Yvonne Monroe du Ministère de la Santé en Jamaïque. Certains participants étaient préoccupés par le fait que les pays des Amériques éligibles pour recevoir un soutien de GAVI pourraient acheter des vaccins à l'extérieur du Fonds renouvelable en obtenant des prix plus faibles, et ils pensaient que cela nuirait au Fonds. On a souligné que le Fonds renouvelable fonctionnait depuis 30 ans avec une bonne réputation alors que GAVI et le mécanisme de pré-engagement AMC étaient relativement nouveaux.

21. De nombreux participant ont indiqué qu'il ne fallait pas perdre de vue le but final de la vaccination qui est de sauver la vie des enfants. Le Dr Mirta Roses, Directrice de l'OPS, a fait savoir qu'on ne saurait atteindre les buts de vaccination et éliminer les maladies en ne vaccinant que les enfants pauvres. Le Dr Márcia Bassit, Vice Ministre de la Santé du Brésil est d'accord. « Ne perdons pas de vue notre but, qui est d'apporter une couverture complète à tous les enfants qui en ont besoin, quelle que soit leur situation économique, » a-t-elle indiqué.

22. Plusieurs participants ont noté que la réunion était l'occasion de retenir les éléments les plus efficaces des trois mécanismes pour forger une stratégie vérifiant l'accès aux vaccins pour tous les enfants des Amériques et d'autres pays du monde. M. John Fitzsimmons des Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis a indiqué que l'enseignement retenu du Fonds renouvelable dans le domaine de la projection de la demande pouvait s'avérer utile à l'AMC pilote. Le Dr Esperanza Martínez, Ministre de la Santé du Paraguay, a observé qu'en combinant l'approche de marché réussie du Fonds renouvelable d'achats centralisés à grande échelle à la stratégie

AMC/GAVI offrant des subventions aux producteurs pour soutenir les coûts de recherche-développement associés à la production de nouveaux vaccins, on pourra étendre la couverture de vaccinations dans le monde et sauver la vie de nombreux enfants. Le Dr Yvonne Monroe, du Ministère de la Santé de la Jamaïque, a proposé que les différentes parties concernées et les différents partenaires aident à soutenir le Fonds renouvelable de l'OPS pour le renforcer et aider d'autres pays en développement à avoir accès aux prix les plus bas pour le vaccin antipneumococcique 10-valent conjugué, alors que la subvention GAVI-AMC est fournie aux pays éligibles.

23. Un certain nombre de questions ont été posées à propos de GAVI et AMC. Plusieurs participants ont demandé comment les deux mécanismes se proposent de promouvoir la viabilité une fois terminé leur soutien. Le Dr Ida Berenice Molina, Chef du Programme élargi de vaccination au Honduras, a demandé ce qui se passerait si le Honduras, pays éligible pour le soutien de GAVI, devait introduire le vaccin antipneumococcique et ensuite devenir inéligible pour le soutien de GAVI car son revenu national brut pas habitant a grimpé légèrement au dessus de la barre des 1000 USD. Aux prix actuels, son pays ne pourrait plus se permettre de continuer à acheter le vaccin avec toutes les conséquences que cela entraînerait pour la crédibilité de son programme de vaccination. Elle encourage, de pair avec d'autres participants, GAVI à revoir ses critères d'éligibilité, rappelant que, dans de nombreux pays des Amériques, même si le revenu national brut est supérieur à 1 000 USD, une large proportion de la population continue à vivre en dessous du seuil de pauvreté d'2 USD par jour. Mme Orozco Chamorro du Nicaragua s'est montrée préoccupée par le manque de représentation des pays en développement des Amériques auprès du Conseil de GAVI.

24. Plusieurs participants voulaient savoir comment le vaccin antipneumococcique avait été retenu comme le vaccin cible du mécanisme pilote de pré-engagement et comment ce mécanisme allait gérer l'approvisionnement en plusieurs types de vaccins antipneumococcique (le vaccin heptavalent disponible actuellement et les vaccins 10 valents et 13 valents qui seront disponibles sous peu). Ils ont également demandé si le mécanisme AMC était envisagé pour d'autres vaccins et si le but de ce pré-engagement est de faciliter l'introduction de nouveaux vaccins ou d'augmenter la production de ceux existants. Le Dr Celsius Waterberg, Ministre de la Santé du Suriname, a demandé si le vaccin contre le papillomavirus humain (HPV) pourrait être disponible par le biais de GAVI et/ou du Fonds renouvelable de l'OPS.

25. M. Palacios de l'Alliance GAVI, répondant à certaines questions et commentaires, a mentionné que l'AMC n'a pas l'intention de livrer concurrence ni de nuire au Fonds. Il a expliqué que le Fonds renouvelable et l'AMC sont « deux mécanismes parmi d'autres qui fonctionneront simultanément, traitant de questions et de problèmes différents. Le but n'est pas de se livrer concurrence et l'intention n'est nullement de nuire au Fonds renouvelable. Nous sommes tout à fait d'accord pour dire

que le Fonds renouvelable a réalisé des choses très importantes et qu'il continue à la faire et se surpassera encore probablement dans les années à venir. »

26. Quant à la question de l'éligibilité, il a indiqué qu'une équipe spéciale examinait actuellement les critères pour déterminer si des changements s'avèrent nécessaires. Il a également noté que les engagements seraient maintenus pendant une phase de transition pour assurer la viabilité au sein des pays qui ne sont plus éligibles.

27. En ce qui concerne la viabilité, il a indiqué que, depuis 2008, l'introduction de tout nouveau vaccin, avec le soutien de GAVI, s'accompagnait d'un co-financement obligatoire pour les pays. Au départ, la contribution des pays est modeste mais elle augmente au fur et à mesure, le but final étant que les pays deviennent indépendants et prennent en charge leurs propres coûts de vaccination.

28. Le vaccin anti-HPV est parmi les vaccins que le Conseil de l'Alliance de GAVI a approuvés comme susceptibles de recevoir un soutien à l'avenir en fonction de la disponibilité des ressources. Par ailleurs, tel que noté, les ressources sont loin d'être illimitées et le GAVI prévoit un déficit de financement de l'ordre de 3 milliards USD sur les six à sept années à venir.

29. Mme McAdams a également déclaré que l'AMC n'avait pas pour intention d'entrer en compétition avec le Fonds renouvelable de l'OPS mais cherchait davantage à travailler en parallèle avec le Fonds. « Si nous accélérons la fourniture des vaccins antipneumococciques, si nous réduisons les contraintes au niveau de l'offre, si nous allons plus rapidement vers un marché concurrentiel et des prix plus bas, c'est à l'avantage de tout le monde. » Telle est en effet « la complémentarité clé » entre l'AMC et le Fonds renouvelable.

30. Elle a également expliqué les raisons du choix du vaccin antipneumococcique pour le mécanisme pilote. L'idée au départ était d'encourager des travaux de recherche-développement pour un vaccin anti-HIV. Par ailleurs, un groupe d'experts indépendants se sont penchés sur les diverses éventuelles maladies qui pouvaient être ciblées, y compris le VIH/SIDA, le paludisme, la tuberculose, les maladies à rotavirus, les maladies à pneumocoques, et l'infection à HPV. Le groupe a choisi les infections à pneumocoques car les membres du groupe pensaient en effet que l'introduction rapide d'un vaccin antipneumococcique aurait le plus grand impact et l'impact le plus immédiat sur la santé publique.

31. Le Dr Roses, Directrice de l'OPS, a indiqué que le Secrétariat de l'OPS n'a jamais vu la relation entre l'OPS et GAVI comme une compétition et jusqu'à récemment ne pensait pas d'ailleurs qu'il existait un problème face à GAVI. Aussi, était-il difficile de comprendre, a-t-elle dit, pourquoi le délégué des États-Unis avait tant insisté pour que les Organes directeurs de l'OPS discutent de la question. Elle a expliqué qu'elle avait pris connaissance il y a environ huit mois qu'une clause dans le contrat d'achats du Fonds

renouvelable avait été retenue comme problématique au sein de GAVI et de l'AMC. Néanmoins, elle n'avait jamais invitée à parler du Fonds renouvelable ni à traiter les problèmes avec la Banque mondiale ou GAVI, et l'OPS n'avait jamais été consultée à propos de la structure de l'AMC, même si la Banque mondiale se trouve à deux rues seulement du Siège de l'OPS.

32. A ce propos, elle a réitéré que, l'OPS avait essayé de remédier aux problèmes avec GAVI et d'être aussi transparente que possible. Par ailleurs, même si l'OPS ne voit pas sa relation avec GAVI en termes de compétition, elle a signalé que pour d'autres pourtant, tel était bien le cas. Citant à ce propos un article intitulé «*Vaccine system hampers African efforts* (*Le système des vaccins entrave les efforts africains*) », publié dans le *Financial Times* le jour de la réunion,[2] elle a noté que, « les pays des Amériques sont jugés coupables du manque de progrès des vaccinations en Afrique », bien que ces pays aient contribué avec plusieurs moyens, même avec de ressources humaines, pour faire avancer les activités de vaccination en Afrique.

33. M. Mark Abdoo, Directeur des Affaires multilatérales, Office des Affaires de santé globale, Département des services sanitaires et humains des États-Unis est heureux de noter que l'OPS ne se voit pas comme une force compétitive avec les autres intervenants de l'architecture mondiale de la santé, pas plus que ces autres intervenants ne pensent rivaliser avec l'OPS. Ce qui compte, comme il le dit, c'est de vacciner tous ces enfants. Toutes les régions du monde doivent être solidaires, ajoute-t-il, pour que les enfants aient accès à des vaccins qui apporteront des améliorations durables à leur santé. Les Amériques ont la chance d'avoir le Fonds renouvelable, dit-il, « qui fonctionne de manière remarquable depuis un certain nombre d'années et qui nous a aidés à faire tant d'améliorations importantes en santé dans notre Région, » bien que ce soit une autre affaire que de savoir si le modèle du Fonds renouvelable peut être appliqué dans d'autres Régions.

34. M. Palacios de l'Alliance GAVI, répondant aux commentaires du Dr Roses, a convenu que la consultation avait effectivement été insuffisante entre GAVI et l'OPS. « Nous essayons de remédier à cette situation de différentes manières, » a-t-il ajouté, notamment par l'entremise du Groupe de travail OPS-GAVI. Bien que le Groupe de travail ne se concentre pas sur tel ou tel autre aspect en particulier pour le moment, la GAVI espérait bien qu'il deviendrait un mécanisme important d'une communication et consultation continues.

35. Le Dr Ciro de Quadros, Vice-président exécutif du Sabin Vaccine Institute et Président du Groupe consultatif technique de l'OPS sur les maladies évitables par la

[2] Jack, Andrew. Vaccine system hampers African efforts. *Financial Times*, 23 June 2009. Available at: http://www.ft.com/cms/s/0/1fef88b8-5f48-11de-93d1-00144feabdc0.html?nclick_check=1. (Consulté le 16 juillet 2009).

vaccination, a indiqué que, tout comme la Directrice, il était étonné et se demandait pourquoi une réunion spéciale était tenue pour discuter du Fonds renouvelable et de l'AMC, puisque l'AMC aurait très peu d'impact dans les Amériques et que le Fonds renouvelable continuait à bien servir la Région.

36. Le Dr Roses a remercié tous ceux présents qui étaient venus assister à la réunion, surtout les ministres de la santé qui s'étaient rendus tout spécialement à Washington pour cette raison. Récapitulant la discussion, il lui semble qu'on a établi sans équivoque la valeur du Fonds renouvelable. Celui-ci a été créé il y a 30 ans pour combattre le même cercle vicieux auquel s'attaque aujourd'hui AMC : un approvisionnement insuffisant en vaccins causé par l'hésitation des producteurs à accroître la production car trop de risques et d'incertitudes qui entourent la demande. La relation entre le Fonds renouvelable et les producteurs reste extrêmement positive, indique-t-elle. Grâce à la demande garantie par le Fonds renouvelable, les fabricants de vaccins ont augmenté la production et investi dans la recherche-développement. Lorsque l'OMS a préconisé une expansion de la capacité de production des vaccins contre la grippe pandémique, c'était les Amériques qui avaient permis aux producteurs de le faire en accroissant la demande de vaccins contre la grippe saisonnière. Le Fonds a également aidé à lancer et développer une capacité de production au niveau national dans les marchés émergents, resserrant ainsi la concurrence et poussant les prix à la baisse mais, chose encore plus importante dans l'optique de la santé publique, créant une offre sûre des vaccins nécessaires.

37. Le problème avec l'AMC et le Fonds renouvelable concerne tout particulièrement le vaccin antipneumococcique conjugué 10 valent et une clause dans le contrat d'approvisionnement du Fonds qui stipule que les fabricants offriront au Fonds le plus bas prix pour leurs vaccins. Ce problème est survenu sur un marché défectueux tant dans l'angle économique que du point de vue de la santé publique, car il n'existe qu'un seul fabricant du vaccin antipneumococcique. C'est bien là que se situe le problème, et non pas au niveau du Fonds renouvelable, insiste-t-elle : le manque de concurrence car il n'existe qu'un seul fournisseur.

38. La Directrice souligne encore une fois que le problème ne concerne que le vaccin antipneumococcique : il n'existe aucun problème avec les autres vaccins achetés actuellement par le biais du Fonds renouvelable. Le Groupe de travail OPS-GAVI se concentre donc sur une solution spécifique à un problème spécifique. « Des situations exceptionnelles comme celles-ci demandent des solutions elles aussi exceptionnelles. » Elle ajoute qu'elle a indiqué clairement au Secrétariat exécutif de l'Alliance GAVI qu'elle est entièrement prête à trouver une telle solution sans toutefois « saper les principes du Fonds renouvelable et en évitant avant tout de créer des tensions ou des différences entre les pays des Amériques. » C'est la raison pour laquelle elle a déclaré un moratoire d'une année sur l'achat du vaccin antipneumococcique 10 valent par l'entremise du Fonds renouvelable pour que le pré-engagement pilote AMC puisse aller de l'avant.

39. A son avis, les États Membres de l'OPS ont indiqué clairement qu'ils ne voyaient aucune raison de continuer la discussion sur le Fonds renouvelable. La discussion au sein du Comité exécutif aurait bien sûr lieu comme prévu. Elle en appelle aux Membres du Comité exécutif les priant de réfléchir, avant la discussion, à la manière dont le problème du vaccin antipneumococcique pouvait être résolu pour « que tout le monde y gagne. »

- - -