



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



26^e CONFÉRENCE SANITAIRE PANAMÉRICAINNE 54^e SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL

Washington, D.C., E-U A, 23-27 septembre 2002

Point 3.1 de l'ordre du jour provisoire

CSP26/3 (Fr.)

20 août 2002

ORIGINAL : ANGLAIS

RAPPORT ANNUEL DU PRÉSIDENT DU COMITÉ EXÉCUTIF

Le rapport sur les activités réalisées par le Comité exécutif et ses divers sous-comités de septembre 2001 à septembre 2002 est présenté ci-après conformément à l'Article 9.C de la Constitution de l'Organisation panaméricaine de la Santé. Pendant cette période, le Comité exécutif a tenu deux sessions : la 129^e session, le 28 septembre 2001 et la 130^e session du 24 au 27 juin 2002. Le Sous-Comité de planification et de programmation a tenu sa 36^e session les 25 et 26 mars 2002.

Les Membres du Comité exécutif pendant la période couverte par ce rapport sont les suivants : Bolivie, Canada, El Salvador, Guyana, Honduras, Jamaïque, Pérou, République dominicaine et Uruguay. Les suivants délégués de huit États membres du Comité ont assisté à la 129^e session : Bolivie, Canada, Guyana, Honduras, Jamaïque, Pérou, République dominicaine et Uruguay. Le neuvième membre, El Salvador, n'était pas représenté. Des représentants de Cuba, Panama, Porto Rico, et les États-Unis d'Amérique ont également assisté en qualité d'observateur. Une organisation non gouvernementale était représentée. Des délégués de tous les États membres du Comité ont assisté à la 130^e session. De plus, des représentants de l'Argentine, Costa Rica, Cuba, France, Mexique et les États-Unis d'Amérique ont également assisté en qualité d'observateur. En outre, cinq organisations intergouvernementales et huit organisations non gouvernementales étaient représentées.

Les Membres qui ont été élus pour faire partie du Bureau de la 129^e et de la 130^e sessions sont : Guyana (Président), Uruguay (Vice-Président) et Bolivie (Rapporteur).

Lors de la 129^e session, le Honduras a été élu pour faire partie du Sous-Comité de planification et de programmation à l'expiration du mandat de Cuba auprès du Comité exécutif. Le Pérou a été élu pour faire partie du Comité permanent des Organisations non gouvernementales à l'expiration du mandat de Nicaragua auprès du Comité exécutif.

Le Comité a fixé les dates pour la 36^e session du Sous-Comité de planification et de programmation (SPP), la 130^e session du Comité exécutif et la 26^e Conférence sanitaire panaméricaine. Le Comité a également proposé des thèmes de l'ordre du jour du SPP.

Lors de sa 129^e session, le Comité a adopté sept décisions figurant avec un récapitulatif des délibérations du Comité dans le Rapport final de la 129^e session (annexe A).

Lors de sa 130^e session, le Comité a nommé les délégués de Guyana et de l'Uruguay pour le représenter lors de la 26^e Conférence sanitaire panaméricaine, 53^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques et a choisi les représentants de la Bolivie et du Canada comme remplaçants respectifs de Guyana et de l'Uruguay. Il a également approuvé un ordre du jour provisoire pour la 26^e Conférence sanitaire panaméricaine. Le Comité a pris connaissance des rapports du Sous-Comité de planification et de programmation, du Jury du Prix d'Administration de l'OPS et du Comité permanent des organisations non gouvernementales.

Les questions suivantes ont également été discutées lors de la 130^e session :

Questions relatives à la politique des programmes

- Avant-projet du budget programme de l'Organisation mondiale de la Santé pour la Région des Amériques pour l'exercice financier 2004-2005
- Syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) dans les Amériques
- Vaccins et immunisation
- Évaluation des orientations stratégiques et programmatiques 1999-2002
- Plan stratégique pour l'Organisation panaméricaine de la Santé correspondant à la période 2003-2007
- Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant
- Protection sociale élargi en santé : une initiative conjointe de l'Organisation panaméricaine de la Santé et de l'Organisation internationale du Travail
- Santé et vieillissement
- Stratégie régionale pour la réduction de la mortalité et morbidité maternelles
- Santé publique : la réponse aux maladies chroniques
- Femmes, santé et développement
- Évaluation du Centre panaméricain de Génie sanitaire et des Sciences de l'Environnement (CEPIS)

Questions relatives à la politique des programmes (suite)

- Compte-rendu de la réunion des ministres de la santé et de l'environnement des Amériques
- Centenaire de l'Organisation panaméricaine de la Santé

Questions administratives et financières

- Rapport sur le recouvrement des contributions
- Règlement financier de l'OPS
- Rapport financier du Directeur et rapport du Commissaire aux comptes pour 2000-2001
- Bâtiments et locaux de l'OPS

Questions relatives au personnel

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

Questions d'ordre général

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

Lors de sa 130^e session, le Comité exécutif a adopté 20 résolutions et 8 décisions qui figurent avec un récapitulatif des présentations et discussions concernant chaque point de l'ordre du jour dans le Rapport final de la 130^e session (annexe B)

Annexes



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



129^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF

Washington, D.C., EU, 28 septembre 2001

Annexe A

CE129/FR (Fr.)
28 septembre 2001
ORIGINAL : ANGLAIS

R A P P O R T F I N A L

TABLE DES MATIÈRES

	<i>Page</i>
Ouverture de la session	4
Questions relatives au Règlement	4
Élection du Bureau	4
Adoption de l'ordre du jour	4
Questions relatives aux Comités	5
Élection d'un État Membre appelé à siéger au Sous-Comité de planification et de programmation	5
Élection d'un État membre appelé à siéger au Comité permanent sur les organisations non gouvernementales.....	5
Questions relatives aux Organes directeurs	5
Dates et sujets proposés pour la 36 ^e session du Sous-Comité de planification et de programmation	5
Dates de la 130 ^e session du Comité exécutif	6
Dates de la 26 ^e Conférence sanitaire panaméricaine, 54 ^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques.....	6
Autres questions	7
Clôture de la session	7
Décisions	8
CE128(D1) : Adoption de l'ordre du jour	8
CE128(D2) : Élection d'un État membre appelé à siéger auprès du Sous-Comité de planification et de programmation	8
CE128 (D3) : Élection d'un État membre appelé à siéger auprès du Comité permanent sur les organisations non gouvernementales.....	8
CE128 (D4) : Dates et sujets proposés pour la 36 ^e session du Sous-Comité de planification et de programmation	8
CE128(D5) : Dates de la 130 ^e session du Comité exécutif.....	9

TABLE DES MATIÈRES *(suite)*

	<i>Page</i>
Décisions <i>(suite)</i>	
CE128 (D6) : Dates de la 26 ^e Conférence sanitaire panaméricaine, 54 ^e session du Comité régional de l’OMS pour les Amériques.....	9
CE128 (D7) : Processus d’élection du Directeur du Bureau sanitaire panaméricain.....	9
Annexes	
Annexe A : Ordre du jour	
Annexe B : Liste des participants	

RAPPORT FINAL

Ouverture de la séance

La 129^e session du Comité exécutif s'est tenue, le 28 septembre 2001, au Siège de l'Organisation panaméricaine de la Santé à Washington DC. Assistaient à la session des délégués des Membres suivants du Comité exécutif : Bolivie, Canada, République dominicaine, Guyana, Honduras, Pérou, Jamaïque et Uruguay. El Salvador, le neuvième Membre du Comité n'était pas représenté. Des représentants des États membres et du Membre associé suivants étaient également présents en qualité d'observateur : Cuba, Panama, Porto Rico et les États-Unis d'Amérique.

Le Dr Carlos Dotres Martínez (Cuba, Président du Comité exécutif lors de sa 127^e et 128^e sessions) a ouvert la session et a souhaité la bienvenue aux participants, notamment aux nouveaux membres du Comité venant d'être élus par le 43^e Conseil directeur : la République dominicaine, le Honduras et le Pérou.

Questions relatives au Règlement

Élection du Bureau

Conformément à l'Article 15 du Règlement intérieur, le Comité a élu les États membres suivants qui feront partie du Bureau lors de sa 129^e et 130^e sessions :

<i>Président :</i>	Guyana	(Dr Rudolph Cummings)
<i>Vice-Président :</i>	Uruguay	(Dr Eduardo Touya)
<i>Rapporteur:</i>	Bolivie	(Mme María del Carmen Oblitas)

Sir George A.O. Alleyne, Directeur du Bureau sanitaire panaméricain (BSP) était Secrétaire de droit et le Dr David Brandling-Bennett, Directeur adjoint du Bureau sanitaire panaméricain, était Secrétaire technique.

Adoption de l'ordre du jour (document CE129/1)

Conformément à l'Article 9 du Règlement intérieur, le Comité a adopté l'ordre du jour provisoire préparé par le Secrétariat (décision CE129 (D1))

Questions relatives aux Comités

Élection d'un État membre appelé à siéger au Sous-Comité de planification et de programmation

Le Honduras a été élu pour siéger au Sous-Comité de planification et de programmation à l'expiration du mandat de Cuba auprès du Comité exécutif (décision CE129 (D2)).

Élection d'un État membre appelé à siéger au Comité permanent sur les organisations non gouvernementales

Le Pérou a été élu pour siéger au Comité permanent sur les organisations non gouvernementales à l'expiration du mandat du Nicaragua auprès du Comité exécutif (décision CE129 (D3)).

Questions relatives aux Organes directeurs

Date et sujets proposés pour la 36^e session du Sous-Comité de planification et de programmation

Le Comité a décidé que la 36^e session du Sous-Comité de planification et de programmation (SPP) se tiendra du 25 au 27 mars 2002.

Le Directeur a proposé d'examiner les sujets suivants lors de cette session : l'Évaluation des orientations stratégiques et programmatiques (OSP) pour l'Organisation pour la période 1999-2002, un rapport d'activité sur le plan stratégique pour l'OPS pour la période 2003-2007, la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME), la protection sociale dans le domaine de la santé, les comptes nationaux de la santé et la mortalité et morbidité maternelles.

Les Membres du Comité ont proposé plusieurs autres thèmes pouvant être envisagés lors de la 36^e session du SPP, à savoir : les agents de santé communautaires, la réponse de la santé publique aux maladies chroniques, la santé des populations autochtones, la santé et vieillissement et la santé aux Amériques lors du siècle prochain, en se concentrant notamment sur les problèmes de santé dans la Région dans les vingt années à venir. S'agissant de l'évaluation des OSP pour 1999-2002, on a proposé que le Sous-Comité fasse une analyse critique des Centres panaméricains notamment leur rôle au sein de l'Organisation, leur administration et financement et la manière dont ils pourraient fonctionner plus efficacement. On a également remarqué que le 43^e Conseil directeur avait approuvé la recommandation du Sous-Comité de la femme, de la santé et

du développement d'inclure le sujet « équité entre les sexes, femme, santé et développement » à l'ordre du jour des Organes directeurs en 2002. Par conséquent, le Comité a recommandé que ce thème soit porté à l'ordre du jour du Sous-Comité.

Dans les documents qui seront préparés sur les divers points de l'ordre du jour, le Secrétariat a été prié d'inclure une information sur l'impact au sujet des populations marginalisés (surtout les enfants, les femmes et les groupes autochtones) ainsi que celui sur les considérations budgétaires (notamment les crédits alloués au thème examiné).

Concernant la question des vaccins et immunisation, sujet qui sera discuté lors de la 130^e session du Comité exécutif en juin 2002, le Délégué du Canada a proposé que le document examine la question des préparations pour la prochaine pandémie de grippe et indique que son gouvernement est prêt à collaborer pour fournir une information pour le document.

Le Directeur a indiqué que l'on chercherait dans la mesure du possible à intégrer à l'ordre du jour du Sous-Comité tous les thèmes proposés par les Membres mais certains seront peut-être remis à la session suivante. Le Secrétariat cherchera à faire participer les Gouvernements membres à la rédaction de certains documents, pratique qui s'est avérée efficace et réussie par le passé, et vérifiera que les documents soient distribués bien à l'avance de la session.

Le Comité a convenu que le Secrétariat formulerait l'ordre du jour de la 36^e session du SPP en tenant compte des thèmes proposés par les Membres.

Le Comité a adopté la décision CE129 (D4) sur ce point de l'ordre du jour.

Dates de la 130^e session du Comité exécutif

Le Comité a décidé de tenir sa 130^e session du 24 au 28 juin 2002 (décision CE129 (D5))

Dates de la 26^e Conférence sanitaire panaméricaine, 54^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques

Le Comité a décidé que la 26^e Conférence sanitaire panaméricaine se tiendrait du 23 au 27 septembre 2002 (décision CE129(D6)).

Autres questions

Au regard de la discussion récente du 43^e Conseil directeur concernant le processus de l'élection du Directeur du BSP, le Comité a discuté de la possibilité de créer un forum permettant aux candidats au poste de directeur de présenter leur vision pour l'Organisation. Un tel forum pourrait se tenir dans le cadre de la prochaine session régulière du Comité en juin 2002. On a également proposé que des questions écrites soient demandées à l'avance et que les discussions soient enregistrées à la vidéo pour les pays qui ne sont pas en mesure d'envoyer un représentant à la session. Un membre du Comité exécutif ainsi que certains observateurs ont proposé que les candidats fassent des présentations lors de la 130^e session du Comité exécutif. Mais d'autres Membres ont signalé que le Conseil directeur n'avait pas approuvé officiellement l'idée d'un forum pour permettre aux candidats de présenter leur programme et ils se sont montrés vivement opposés à tout changement dans le processus électoral actuel. Ces Membres ont en effet indiqué qu'il ne serait guère approprié d'utiliser les ressources de l'Organisation et le temps des Organes directeurs aux fins de discussion des programmes électoraux car, d'après eux, il entre dans la responsabilité des candidats individuels – avec le soutien des pays qui ont proposé leur candidature- de faire connaître leur position par le biais de mesures telles que la distribution de matériel écrit et de visites dans les pays de la Région.

Le Directeur a indiqué qu'il avait eu l'intention de faire une proposition au Sous-Comité de planification et de programmation quant à la possibilité de créer un forum de présentations par les candidats dans le cadre normal du Comité exécutif mais, au vu de la discussion, il ne souhaitait pas le faire pour le moment à moins qu'il n'existait pas un consensus bien clair au sein du Comité en faveur de l'organisation d'un tel forum.

Cherchant à conclure d'une certaine manière, le Président a proposé que le Comité vote la motion proposée par la Jamaïque, à savoir que le processus électoral tel que décrit par l'Article 21 de la Constitution de l'OPS et l'Article 56 du Règlement de la Conférence restent inchangés et que les candidats ne fassent pas de présentation de leurs programmes à une séance quelle qu'elle soit des Organes directeurs avant l'élection.

Par un vote de sept en faveur et d'un vote contre, le Comité a approuvé la motion (décision CE129 (D7)).

Clôture de la séance

Le Président a remercié les délégués de leur participation et a déclaré la clôture de la 129^e session.

Décisions

Au cours de la 129^e session, le Comité exécutif a pris les décisions suivantes :

CE129(D1) Adoption de l'ordre du jour

Conformément à l'Article 9 du Règlement intérieur du Comité exécutif, le Comité a adopté l'ordre du jour présenté par le Directeur (document CE129/1).

(Session unique, 28 septembre 2001)

CE129 (D2) Élection d'un Membre appelé à siéger au Sous-Comité de planification et de programmation

Le Honduras a été élu pour siéger auprès du Sous-Comité de planification et de programmation à l'expiration du mandat de Cuba auprès du Comité exécutif.

(Session unique, 28 septembre 2001)

CE129 (D3) Élection d'un Membre appelé à siéger au Comité permanent sur les organisations non gouvernementales

Le Pérou a été élu pour siéger auprès du Comité permanent sur les organisations non gouvernementales à l'expiration du mandat du Nicaragua auprès du Comité exécutif.

(Session unique, 28 septembre 2001)

CE129 (D4) Dates et sujets proposés pour la 36^e session du Sous-Comité de planification et de programmation

Le Comité a décidé que la 36^e Session du Sous-Comité de planification et de programmation se tiendra du 25 au 27 mars 2002 au Siège de l'Organisation panaméricaine de la Santé à Washington DC. Le Comité a également autorisé le Secrétariat à mettre au point l'ordre du jour pour la session en tenant compte des thèmes proposés par le Comité exécutif et la recommandation du Sous-Comité sur la femme, la santé et le développement demandant que le thème « équité entre les sexes, femme, santé et développement » soit inclus à l'ordre du jours des Organes directeurs en 2002.

(Session unique, 28 septembre 2001)

CE129 (D5) Dates de la 130^e session du Comité exécutif

Conformément à l'Article 17.A de la Constitution de l'OPS, le Comité a fixé les dates de sa première session régulière de l'année 2002, la 130^e session, qui se tiendra du 24 au 28 juin 2002.

(Session unique, 28 septembre 2001)

CE129(D6) Dates de la 26^e Conférence sanitaire panaméricaine, 54^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques

Conformément à l'Article 17.A de la Constitution de l'OPS et l'Article 1 du Règlement intérieur de la Conférence sanitaire panaméricaine, le Comité a autorisé le Directeur à convoquer la 26^e Conférence sanitaire panaméricaine, 54^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques, pour la période du 23 au 27 septembre 2002.

(Session unique, 28 septembre 2001)

CE129 (D7) Processus d'élection du Directeur du Bureau sanitaire panaméricain

Le Comité exécutif a décidé que le processus électoral, tel que décrit à l'Article 21 de la Constitution de l'OPS et l'Article 56 du Règlement intérieur de la Conférence devaient rester inchangés et que les candidats ne feraient pas une présentation formelle de leurs programmes à une session des Organes directeurs avant l'élection.

(Session unique, 28 septembre 2001)

EN FOI DE QUOI, le Président du Comité exécutif et le Secrétaire de droit, Directeur du Bureau sanitaire panaméricain signent le présent Rapport final rédigé dans les langues anglaise et espagnole, les deux textes étant également authentiques.

FAIT à Washington DC aux États-Unis d'Amérique en ce vingt-huitième jour de septembre de l'année deux mille un. Le Secrétaire déposera les textes originaux dans les archives du Bureau sanitaire panaméricain et en fera parvenir des exemplaires aux États membres de l'Organisation.

Rudolph Cummings
Délégué de Guyana
Président de la 129^e session du Comité exécutif

George A.O. Alleyne
Secrétaire de droit de la 127^e session
du Comité exécutif
Directeur du Bureau sanitaire panaméricain

ORDRE DU JOUR

1. OUVERTURE DE LA SESSION

2. QUESTIONS RELATIVES AU RÈGLEMENT

2.1 Élection du Président, du Vice-président et du Rapporteur

2.2 Adoption de l'ordre du jour

3. QUESTIONS RELATIVES AUX COMITÉS

3.1 Élection d'un État Membre appelé à siéger au Sous-Comité de planification et de programmation à l'expiration du mandat de Cuba auprès du Comité exécutif

3.2 Élection d'un État membre appelé à siéger au Comité permanent sur les organisations non gouvernementales à l'expiration du mandat de Nicaragua auprès du Comité exécutif

4. QUESTIONS RELATIVES AUX ORGANES DIRECTEURS

4.1 Dates et sujets proposés pour la 36^e session du Sous-Comité de planification et de programmation

4.2 Dates de la 130^e session du Comité exécutif

4.3 Dates de la 26^e Conférence sanitaire panaméricaine, 54^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques

5. AUTRES QUESTIONS

LIST OF PARTICIPANTS*
LISTA DE PARTICIPANTES

Members of the Committee
Miembros del Comité

Bolivia

Mrs. María del Carmen Oblitas
Segunda Secretaria
Misión Permanente de Bolivia ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Canada
Canadá

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

Mr. Doug Williams
Chief, Mine Action Unit
Canadian International Development Agency
Health Canada
Ottawa

Dominican Republic
República Dominicana

Dr. Plutarco Arias
Subsecretario de Salud Pública y Asistencia Social
Secretaría de Salud Pública y Asistencia Social
Santo Domingo

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

Guyana

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

Ms. Maharine Yaw
Alternate Representative
Permanent Mission of Guyana to the
Organization of American States
Washington, D.C.

Honduras

Dr. Plutarco Edmundo Castellanos
Ministro de Salud
Secretaría de Estado en el Despacho de Salud
Tegucigalpa

Jamaica

Hon. John A. Junor, M.P.
Minister of Health
Ministry of Health
Kingston

Dr. Grace Allen-Young
Acting Permanent Secretary
Ministry of Health
Kingston

Dr. Peter Figueroa
Chief Medical Officer
Ministry of Health
Kingston

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

Peru

Dr. Fernando Carbone Campoverde
Director General de la Oficina de Financiamiento, Inversiones
y Cooperación Externa
Ministerio de Salud
Lima

Uruguay

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

**Observers
Observadores**

***Member States
Estados Miembros***

Cuba

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

Dr. Antonio D. González Fernández
Director de Relaciones Internacionales
Ministerio de Salud Pública
La Habana

**Panama
Panamá**

Sr. Raúl Saint Malo
Director de Asuntos Internacionales
Ministerio de Salud
Ciudad de Panamá

Lic. Claudia Guerrero M.
Sub-Directora de Asuntos Internacionales
Ministerio de Salud
Ciudad de Panamá

**United States of America
Estados Unidos de América**

Mr. Michael Lyman
Ms. Mary Lou Valdez

Observers (*cont.*)
Observadores (*cont.*)

Associate Member
Miembro Asociado

Puerto Rico

Dra. Aida González Gregory
Sub-Secretaria de Salud
Departamento de Salud
San Juan

Dr. Raul G. Castellanos Bran
Director de la Oficina de Coordinación de OPS/OMS
San Juan

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

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

Dr. George A. O. Alleyne
Director

***Advisers to the Director
Asesores del Director***

Dr. David Brandling-Bennett
Deputy Director
Director Adjunto

Dr. Mirta Roses Periago
Assistant Director
Subdirectora

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

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

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

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

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

Advisers to the Director (cont.)

Asesores del Director (cont.)

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

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

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

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

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

Mr. Philip MacMillan
Chief, Department of Personnel
Jefe, Departamento de Personal

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

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

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

Legal Counsel

Asesora Jurídica

Dr. Heidi V. Jiménez

Chief, Department of General Services

Jefe, Departamento de Servicios Generales

Dr. Richard P. Marks

Chief, Conference and Secretariat Services

Jefa, Servicios de Conferencias y Secretaría

Ms. Rosa Irene Otero



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



130^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF

Washington, D.C., E-U A, 24-28 juin 2002

Annexe B

CE130/FR (Fr.)

1 août 2002

ORIGINAL : ANGLAIS

R A P P O R T F I N A L

TABLE DES MATIÈRES

	<i>Page</i>
Ouverture de la session	6
Questions relatives au Règlement	6
Bureau.....	6
Adoption de l'ordre du jour et du programme des séances	7
Représentation du Comité exécutif lors de la 26 ^e Conférence sanitaire panaméricaine, 54 ^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques.....	7
Ordre du jour provisoire de la 26 ^e Conférence sanitaire panaméricaine, 54 ^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques	7
Questions relatives aux Comités et Sous-Comités	8
Rapport du Sous-Comité de planification et de programmation	8
Rapport du Jury du Prix d'Administration de l'OPS, 2002	9
Rapport du Comité permanent sur les Organisations non gouvernementales en relations officielles avec l'OPS	9
Questions relatives à la politique des programmes	10
Avant-projet du budget programme de l'Organisation mondiale de la Santé pour la Région des Amériques pour l'exercice financier 2004-2005	10
Syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) aux Amériques	13
Vaccins et immunisation	17
Évaluation des orientations stratégiques et programmatiques, 1999-2002,	21
Plan stratégique du Bureau sanitaire panaméricain correspondant à la période 2003-2007	25
Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME).....	31
Protection sociale élargie en santé : une initiative conjointe de l'Organisation panaméricaine de la Santé et de l'Organisation internationale du Travail	33
Santé et vieillissement	39

TABLE DES MATIÈRES (suite)

	<i>Page</i>
Questions relatives à la politique des programmes (suite)	
Stratégie régionale pour la réduction de la mortalité et la morbidité maternelles.....	42
Santé publique : la réponse aux maladies chroniques	45
Femmes, santé et développement	49
Évaluation du Centre panaméricain de génie sanitaire et des sciences de l'environnement (CEPIS).....	52
Compte-rendu de la réunion des ministres de la santé et de l'environnement des Amériques	56
Centenaire de l'Organisation panaméricaine de la Santé.....	58
Questions administratives et financières	59
Rapport sur le recouvrement des contributions.....	59
Règlement financier de l'OPS	61
Rapport financier du Directeur et rapport de l'auditeur externe pour l'exercice 2000-2001 et rapport sur le Fonds de roulement	62
Bâtiments et autres locaux de l'OPS	69
Questions relatives au personnel	69
Amendements au Règlement du personnel du BSP	69
Déclaration de la Représentante de l'Association du personnel du BSP	71
Questions d'ordre général	75
Résolutions et autres actions de la Cinquante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé revêtant un intérêt pour le Comité exécutif de l'OPS	75
Autres questions	76
Présentation du prix de la Société d'épidémiologie vétérinaire mondiale	76
Clôture de la session	77

TABLE DES MATIÈRES *(suite)*

	<i>Page</i>
Résolutions et décisions	78
<i>Résolutions</i>	78
CE130.R1 Plan stratégique du Bureau sanitaire panaméricain, correspondant à la période 2003-2007	78
CE130.R2 Avant-projet du budget programme de l'Organisation mondiale de la Santé pour la Région des Amériques pour l'exercice financier 2004-2005	79
CE130.R3 Recouvrement des contributions	80
CE130.R4 Règlement financier de l'OPS	81
CE130.R5 Rapport financier du Directeur et Rapport de l'Auditeur externe pour l'exercice 2000-2001	82
CE130.R6 Syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) aux Amériques	83
CE130.R7 Vaccins et immunisation.....	85
CE130.R8 Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME)	87
CE130.R9 Protection sociale élargie en santé : une initiative conjointe de l'Organisation panaméricaine de la Santé et de l'Organisation internationale du Travail.....	88
CE130.R10 Stratégie régionale pour la réduction de la mortalité et la morbidité maternelles	90
CE130.R11 Bâtiments et autres locaux de l'OPS	92
CE130.R12 Amendements au Règlement du Personnel du BSP	92
CE130.R13 Santé publique : la réponse aux maladies chroniques	94
CE130.R14 Femmes, santé et développement	95
CE130.R15 Évaluation du Centre panaméricain de génie sanitaire et des sciences de l'environnement (CEPIS).....	97
CE130.R16 Rapport du Jury du Prix d'Administration de l'OPS, 2002.....	98
CE130.R17 Organisations non gouvernementales en relations officielles avec l'OPS.....	99
CE130.R18 Ordre du jour provisoire de la 26 ^e Conférence sanitaire panaméricaine, 54 ^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques.....	100
CE130.R19 Santé et vieillissement	101
CE130.R20 Compte-rendu de la réunion des ministres de la santé et de l'environnement des Amériques	103

TABLE DES MATIÈRES (suite)

	<i>Page</i>
<i>Décisions</i>	104
CE130(D1) : Adoption de l'ordre du jour	104
CE130(D2) : Représentation du Comité exécutif lors de la 26 ^e Conférence sanitaire panaméricaine, 54 ^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques.....	105
CE130(D3) : Rapport du Sous-Comité de planification et de programmation	105
CE130(D4) : Évaluation des orientations stratégiques et programmatiques, 1999-2002.....	105
CE130(D5) : Fonds de roulement	105
CE130(D6) : Centenaire de l'Organisation panaméricaine de la Santé	106
CE130(D7) : Déclaration de la Représentante de l'Association du personnel du BSP	106
CE130(D8) : Résolutions et autres actions de la Cinquante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé revêtant un intérêt pour le Comité exécutif de l'OPS.....	106
 Annexes	
Annexe A : Ordre du jour	
Annexe B : Liste des documents	
Annexe C : Liste des participants	

RAPPORT FINAL

Ouverture de la séance

La 130^e session du Comité exécutif s'est tenue au Siège de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) du 24 au 27 juin 2002. Des délégués des neuf États membres du Comité exécutif étaient présents : Bolivie, Canada, El Salvador, Guyana, Honduras, Jamaïque, Pérou, République dominicaine et Uruguay. Les délégués des États membres suivants de l'Organisation ont également assisté en qualité d'observateurs : Argentine, Costa Rica, Cuba, France, Mexique et États-Unis d'Amérique. De plus, cinq organisations intergouvernementales et huit organisations non gouvernementales étaient représentées.

L'honorable Dr Leslie Ramsammy (Guyana, Président du Comité exécutif) a ouvert la séance et souhaité la bienvenue aux participants. Sir George A.O. Alleyne (Directeur, Bureau sanitaire panaméricain) a réitéré cette bienvenue. Il a exprimé sa grande satisfaction de voir que de si nombreux ministres de la santé étaient présents. Leur présence montre l'évidence de l'importance que les pays attachent au travail de l'Organisation et aux réunions de ses Organes directeurs. La 130^e session du Comité exécutif serait particulièrement importante car le Secrétariat et les États membres préparaient la Conférence sanitaire panaméricaine qui se tiendrait en septembre 2002.

Questions relatives au Règlement

Bureau

Les Membres élus lors de la 129^e session du Comité ont continué à assumer leurs positions respectives lors de la 130^e session. Par conséquent, la composition du Bureau est la suivante :

<i>Président :</i>	Guyana	(Hon. Dr Leslie Ramsammy)
<i>Vice-Président :</i>	Uruguay	(Dr Julio Vignolo Ballesteros)
<i>Rapporteur :</i>	Bolivie	(Dr Enrique Paz Argandoña)

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

Adoption de l'ordre du jour et du programme des séances (documents CE130/1, Rév. 1 et CE130/WP/1)

Conformément à l'Article 9 de son Règlement intérieur, le Comité a adopté l'ordre du jour provisoire préparé par le Secrétariat. Le Comité a également adopté un programme des séances (décision CE130(D1)).

Représentation du Comité exécutif lors de la 26^e Conférence sanitaire panaméricaine, 54^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques (document CE130/3)

Conformément à l'Article 54 de son Règlement intérieur, le Comité exécutif a nommé les représentants de Guyana et Uruguay, son Président et Vice-Président, respectivement, aux fins de représenter le Comité lors de la 26^e Conférence sanitaire panaméricaine. Le Canada et la Bolivie étaient les remplaçants de Guyana et Uruguay, respectivement (décision CE130(D2)).

Ordre du jour provisoire de la 26^e Conférence sanitaire panaméricaine, 54^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques (document CE130/4)

Le Dr Brandling-Bennett (Directeur adjoint, BSP) a présenté l'ordre du jour préparé par le Directeur conformément à l'Article 7.F de la Constitution de l'OPS et à l'Article 8 du Règlement intérieur de la Conférence sanitaire panaméricaine. Il a indiqué que le point 4.8, « Santé et vieillissement » a été ajouté à la demande du Comité exécutif. Il a également attiré l'attention sur deux articles nouveaux concernant des prix : le Prix Manuel Velasco-Suárez de Bioéthique (point 7.3), un prix annuel nouveau qui sera présenté pour la première fois lors de la 26^e Conférence sanitaire panaméricaine et le Prix de Journalisme de la Santé du Centenaire de l'OPS (point 7.4) qui ne serait présenté qu'en 2002, année du centenaire.

Notant que l'ordre du jour était bien rempli, le Comité exécutif a fait deux suggestions qui pourraient alléger la tâche : tout d'abord, les délégations pourraient circuler des rapports écrits sur les progrès et réalisations de leur pays dans les différents domaines du programme plutôt que les présenter verbalement et ensuite, les groupes sous-régionaux comme la Communauté Caraïbe (CARICOM) ou le Marché commun du Cône Sud (MERCOSUR) pourraient envisager de développer des positions régionales et de choisir un porte-parole pour faire une déclaration au nom de tous leurs pays membres.

En réponse à une suggestion sur un point qui devrait être ajouté pour traiter des événements et des célébrations du Centenaire, le Directeur a dit qu'il veillerait à ce que son propre rapport comprenne une information détaillée sur ce thème.

Le Comité a adopté la résolution CE130.R18, approuvant l'ordre du jour provisoire, avec la modification proposée.

Questions relatives aux Comités et Sous-Comités

Rapport du Sous-Comité de planification et de programmation (document CE130/5)

Le rapport de la 36^e session du Sous-Comité de planification et de programmation (SPP) a été présenté par le Dr Francisco López Beltrán, représentant du Gouvernement de El Salvador qui a été élu Président du Sous-Comité lors de la 36^e session. Cette session s'est tenue au siège de l'OPS du 25 au 27 mars 2002. Le Sous-Comité a discuté les articles suivants qui faisaient également partie de l'ordre du jour du Comité exécutif lors de sa 130^e session, à savoir : évaluation des orientations stratégiques et programmatiques, 1999-2002 ; plan stratégique pour le Bureau sanitaire panaméricain, 2003-2007 ; prise en charge intégrée des maladies de l'enfant ; protection sociale élargie en santé : une initiative conjointe de l'Organisation panaméricaine de la Santé et de l'Organisation internationale du Travail ; santé et vieillissement ; stratégie régionale pour la réduction de la mortalité et la morbidité maternelles ; femmes, santé et développement ; et santé publique : la réponse aux maladies chroniques. Les commentaires et les recommandations du Sous-Comité sur ces articles ont été pris en compte en revoyant les documents pour le Comité exécutif et sont reflétés dans les présentations et dans la discussion des divers points de l'ordre du jour du présent rapport.

Le Sous-Comité a également discuté d'un article concernant les centres panaméricains ; toutefois, au lieu de faire suivre cet article au Comité exécutif, le Sous-Comité a recommandé que le Comité examine l'évaluation d'un seul centre – le Centre panaméricain de génie sanitaire et des sciences de l'environnement (CEPIS).

Des récapitulatifs des présentations et des discussions de tous les points susmentionnés de l'ordre du jour se trouvent dans le rapport final de la 36^e session du Sous-Comité (document SPP36/FR)

Dans la discussion qui a suivi le rapport du Dr López Beltrán, le besoin de clarifier le rôle des centres panaméricains par rapport aux pays a été souligné – en particulier dans le domaine de la recherche. Il a été mis en relief que les centres régionaux ne devraient pas faire double emploi avec les efforts des centres nationaux de recherche mais devraient leur venir en complément et les aider à intensifier leur capacité de recherche.

Le Directeur a remercié le Dr López Beltrán pour ses services à titre de Président du SPP et exprimé son appréciation aux Membres du Sous-Comité pour leurs contributions qui ont été très utiles pour le Secrétariat et qui l'ont aidé dans la préparation des documents pour le Comité exécutif.

Le Comité a pris note du rapport et a remercié le Sous-Comité pour son travail (décision CE130(D3)),

Rapport du Jury du Prix d'Administration de l'OPS, 2002 (documents CE130/6 et CE130/6, Add. I)

Le Dr Manuel Sandoval Lupiae (Honduras) a indiqué que les représentants des membres du Comité d'administration du prix 2002 – le Canada, le Honduras et l'Uruguay– se sont rencontrés le mercredi 26 juin 2002. Après avoir examiné la documentation sur les candidats nommés par les États Membres, le Comité a décidé de remettre le prix au Dr Hugo Mendoza de la République dominicaine pour ses travaux pionniers dans la recherche en santé publique et sa contribution précieuse à l'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant dans son pays à l'aide de l'introduction de l'approche de santé publique dans les soins pédiatriques et l'enseignement.

Le délégué de la République dominicaine a exprimé l'appréciation de son pays pour le prix remis au Dr Mendoza, grand professionnel qui a consacré sa vie aux services de santé et éminent professeur universitaire qui a publié de nombreux travaux.

Le Comité a adopté la résolution CE130.R16.

Rapport du Comité permanent sur les Organisations non gouvernementales en relations officielles avec l'OPS (documents CE130/7 et CE130/7, Add. I)

M. Luis Canales Cárdenas (Pérou) a présenté le rapport du Comité permanent sur les Organisations non gouvernementales. Le Comité permanent, composé des représentants de Bolivie, Jamaïque et Pérou, s'est rencontré le mardi 25 juin 2002 afin d'examiner un document de référence préparé par le Secrétariat de l'OPS contenant la demande de la Fondation du Cœur interaméricaine (IAHF) d'entrer en relations officielles avec l'OPS, incluant un profil de l'organisation postulante et un historique de ses activités en collaboration avec l'OPS. Après un examen attentif de la documentation de référence, le Comité permanent a recommandé au Comité exécutif l'admission de l'IAHF à des relations officielles avec l'OPS.

Lors de la même réunion, le Comité permanent a examiné les demandes de continuation des relations officielles de quatre organisations non gouvernementales :

Organisation internationale des associations de consommateurs (CI-ROLAC); Confédération latino-américaine de biochimie clinique (COLABIOCLI); Union latino-américaine contre les maladies sexuellement transmissibles (ULACETS); et Coalition nationale des organisations de services sanitaires et humains hispaniques (rebaptisée Alliance nationale pour la santé hispanique). Après une brève présentation par les ONG elles-mêmes et les commentaires du Secrétariat de l'OPS et au vu de l'information écrite concernant les activités de collaboration entre chacune des ONG suivantes et l'OPS, le Comité permanent a recommandé que le Comité exécutif autorise la continuation, pour une période de quatre ans, des relations officielles avec la Confédération latino-américaine de biochimie clinique (COLABIOCLI) et l'Alliance nationale pour la santé hispanique.

Dans le cas de l'Organisation internationale des associations de consommateurs (CI-ROLAC) et de l'Union latino-américaine contre les maladies sexuellement transmissibles (ULACETS), le Comité permanent a recommandé au Comité exécutif qu'en l'espace d'un an, il se penche à nouveau sur le statut des relations officielles entre l'OPS et CI-ROLAC et ULACETS afin de leur donner l'occasion de mettre en œuvre les plans de travail de collaboration et d'identifier avec précision les domaines techniques qui seraient les mieux placés pour profiter d'un effort de collaboration.

La représentante de la Confédération latino-américaine de biochimie clinique (COLABIOCLI) a exprimé son appréciation pour la continuation des relations officielles avec l'OPS, la décrivant comme un vote de confiance par le Comité exécutif en l'engagement et au professionnalisme de son organisation. Elle a également remercié du soutien offert à COLABIOCLI par l'OPS, à la fois au siège et en République dominicaine.

Le Comité exécutif a approuvé la résolution CE130.R17 sur ce point de l'ordre du jour.

Questions relatives à la politique des programmes

Avant-projet du budget programme de l'Organisation mondiale de la Santé pour la Région des Amériques pour l'exercice financier 2004-2005 (document CE130/8)

M. Román Sotela (Chef, Section du Budget, OPS) a introduit l'avant-projet du budget programme. Il a expliqué que cette année, la première de la période biennale, est celle où le Comité exécutif est prié de considérer la part de l'OMS dans le budget ordinaire de l'OPS. Les allocations de crédit pour l'exercice biennal 2004-2005 ont été données par le Directeur général en mars/avril 2002, et à présent, les différentes Régions

ont été priées d'informer le siège de l'OMS sur la façon dont elles prévoyaient d'allouer les fonds.

L'avant-projet du budget programme ne donnait donc qu'un tableau partiel du financement, ne représentant que 29% seulement du budget ordinaire OPS/OMS. Par conséquent, les chiffres du document CE130/8 n'indiquent pas nécessairement le niveau d'engagement de l'OPS dans un domaine technique quelconque. Le tableau intégral ne prendrait forme que lorsque la portion du budget de l'OPS y serait ajoutée, et lorsque l'ensemble du budget serait considéré en juin 2003.

Les allocations de crédit données par le Directeur général pour l'OPS pour l'exercice biennal 2004-2005 étaient de US\$ 72 491 000,¹ représentant une réduction de \$2 191 000, soit 2,9%, par rapport à l'allocation de \$74 682 000 pour l'exercice 2002-2003. La réduction a été appliquée uniformément dans les deux sections principales du budget, le Bureau régional et les programmes inter-pays et les programmes des pays, conformément aux instructions de l'OMS.

La période 2004-2005 est le troisième exercice biennal consécutif pour lequel la Région des Amériques subit une réduction de ses allocations de crédit de l'OMS. La réduction cumulée se monte à \$10 195 000. Les réductions progressives proviennent de la résolution WHA51.31, approuvée par l'Assemblée mondiale de la Santé en mai 1998. Une évaluation des effets de ces réductions est prévue pour la 57^e Assemblée mondiale de la Santé qui se tiendra en mai 2004.

L'Annexe 1 du document 130/8 a montré comment le montant de \$72 491 000 était divisé selon les classifications programmatiques de l'OMS. La distribution se conformait aux instructions de l'OMS pour opérer un transfert équivalent à 2 à 3% du budget aux domaines prioritaires de l'OMS pour 2004-2005.

Dans la discussion qui a suivi, des délégués ont soulevé un nombre de questions, en particulier sur les critères selon lesquels les fonds sont alloués aux différents domaines. On a remarqué que le document ne semblait pas indiquer un transfert de 2 à 3% pour les onze domaines prioritaires déterminés par l'OMS pour la période 2004-2005. Notant que l'avant-projet du budget programme indiquait des réductions dans certains programmes et des augmentations dans d'autres, et que peut-être ces changements n'étaient pas toujours cohérents avec les priorités de la Région (par exemple, une augmentation à 11,5% pour la rubrique « Evidence et information pour les politiques » ou une réduction à 8,5% pour la rubrique « Maladies transmissibles », plusieurs délégués ont demandé au Secrétariat d'expliquer cette distribution.

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

On a suggéré qu'il fallait analyser comment les réductions se rapportant au budget de l'exercice biennal antérieur avaient été distribuées et aussi comment le déficit provenant de ces réductions serait comblé. Des délégués ont estimé qu'il ne serait pas approprié d'approuver une augmentation des quotas des pays pour combler ce déficit. Un délégué a proposé que l'OPS fasse appel à l'OMS en soulignant que l'allocation régionale n'était pas suffisante pour lui permettre de mener à bien ses programmes.

La déléguée des États-Unis d'Amérique a indiqué que son pays avait soutenu la ré-allocation régionale de l'OMS et elle a noté que la Région des Amériques était la seule des quatre régions avec une allocation réduite qui avait réussi à amortir le choc en augmentant son propre budget. Maintenant que l'OPS commençait à prendre des décisions sur le prochain cycle budgétaire, elle était sûre que les soucis collectifs de tous ses États Membres seraient pris en compte. La politique des États-Unis n'a pas changé ; elle continue à préconiser une croissance nominale zéro du budget. Sa délégation espère par conséquent que l'OPS fera les ajustements requis, continuera à rechercher une efficacité accrue et considérera activement la disponibilité de ressources extrabudgétaires.

En réponse, M. Sotela a souligné que le fait de ne voir qu'une partie du tableau et d'essayer d'en déduire les priorités de l'OPS induisait en erreur. L'avant-projet du budget programme ne représentant que 29% du budget total de l'OPS ne pouvait pas être utilisé pour en conclure qu'un domaine particulier constituait plus ou moins une priorité pour l'OPS. Bientôt l'OPS commencerait à faire sa planification pour l'ensemble de la période 2004-2005, et en décembre, elle aurait reçu l'ensemble des propositions préparées par ses représentants dans les pays en consultation avec les gouvernements. A cette époque, les priorités de l'Organisation et de ses États Membres deviendraient évidentes.

Pour ce qui est de la distribution des fonds aux domaines prioritaires de travail, il a expliqué que le transfert de 2 à 3% ne se verrait nécessairement pas dans chaque catégorie individuelle. Les instructions de l'OMS étaient qu'il fallait faire un transfert global de 2 à 3%. L'OPS a fait de son mieux pour opérer ce transfert et couvrir autant de domaines que possible, mais les domaines prioritaires de l'OMS n'augmenteraient nécessairement pas tous du même montant.

Le Directeur a réitéré que l'avant-projet du budget programme ne montrait qu'une partie du tableau. L'OPS a fait de son mieux pour suivre les instructions de l'OMS quant aux endroits où les transferts devaient se faire. Toutefois, comme le Directeur général elle-même l'a souvent fait remarquer, il n'est pas possible de le faire d'une façon simple et mécanique. Par exemple, le problème du paludisme était plus sérieux en Afrique que dans les Amériques, et par conséquent, le transfert dans ce domaine serait sans aucun doute plus important dans cette région. Une fois que le tableau est apparu dans son entièreté, alors la mesure dans laquelle l'OPS s'est efforcée de suivre les priorités de

l'OMS – dont la plupart d'entre elles avaient d'ailleurs été acceptées par les Organes directeurs de l'OPS comme étant tout aussi importantes pour l'OPS – deviendrait évidente.

La réduction des allocations était une réalité avec laquelle l'OPS devait composer, car rien ne pouvait être fait pour la changer. Le fait important était que l'OPS devait être vigilante lorsque se poserait la question de la distribution des ressources en 2004 pour assurer que le résultat de ces délibérations soit équitable pour l'ensemble du monde.

Il a reconnu que jusqu'à présent, la Région des Amériques avait eu beaucoup de chance dans la mobilisation de ressources extrabudgétaires. Si les représentants des États Membres continuaient à frapper aux bonnes portes, il fallait espérer qu'en fin de compte, il y aurait un budget suffisant pour réaliser les programmes de l'Organisation.

Le Comité a adopté la résolution CE130.R2 sur ce point de l'ordre du jour.

Syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) aux Amériques (documents CE130/9 et CE130/9 Add. I)

Le Dr Fernando Zacarías (Coordinateur, Programme du syndrome d'immunodéficience acquise et des maladies sexuellement transmissibles, OPS) a passé en revue les statistiques actuelles sur le VIH/SIDA dans les Amériques et d'autres parties du monde. L'épidémie sévit maintenant dans tous les pays de tous les continents. Dans le monde entier selon les estimations, 40 millions d'adultes et d'enfants vivaient avec le VIH/SIDA à la fin de 2001. Dans les Amériques, le chiffre était de 2,8 millions. La situation était particulièrement grave dans les Caraïbes où la prévalence de l'infection par le VIH dans certains pays et certains groupes de population était supérieure à 8%. Le nombre de cas de SIDA notifiés dans la Région se situait à 1,2 million. De plus, il est estimé que 40 millions de cas d'autres infections sexuellement transmissibles (IST) se produisaient chaque année.

Le document CE130/9 présentait un bref aperçu des progrès à ce jour dans la Région dans les domaines de la promotion de la santé sexuelle, la communication, la sécurité du sang, les interventions auprès des utilisateurs de drogues intraveineuses, la réduction de la transmission de la mère à l'enfant, et l'application du modèle de soins intégrés « par composantes » de l'Organisation pour les personnes qui vivent avec le VIH/SIDA, leur famille et les personnes qui les soignent. L'accélération de l'accès aux médicaments antirétroviraux (ARV), une initiative de l'OMS/OPS et du Programme conjoint des Nations Unies de lutte contre le SIDA (ONUSIDA) lancée récemment, s'est efforcée d'améliorer l'accès aux médicaments ARV à des prix abordables. A ce jour, 26 pays des Amériques ont fait part de leur désir de participer à l'initiative. Onze missions d'évaluation et de planification ont été organisées et des négociations sur la

réduction des prix des médicaments ont été finalisées ou sont en cours dans sept pays. De plus, la possibilité d'un accord de prix au niveau sous-régional pour les pays CARICOM a été discutée.

Plusieurs événements récents ont offert la possibilité de renforcer la réponse à l'épidémie. L'un d'entre eux était la session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA qui s'est tenue en juin 2001 et qui a été discutée par le Comité lors de sa 128^e session. On peut citer parmi les autres événements, la création du nouveau Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme qui a déjà approuvé des propositions de financement venant d'un nombre de pays de la Région, et la signature du Programme conjoint pour la santé, un accord entre l'OPS, la Banque interaméricaine de développement et la Banque mondiale en vue d'une collaboration portant sur une série de problèmes sanitaires dont le VIH/SIDA. Les pays ont également joint leurs efforts dans des partenariats sous-régionaux. Au niveau international, en plus de l'accélération de l'accès à l'initiative ARV, l'OMS a élaboré une stratégie mondiale du secteur de la santé pour lutter contre le VIH/SIDA et autres IST. La 14^e Conférence internationale sur le SIDA qui s'est tenue en juillet 2002 à Barcelone fournirait de nouvelles possibilités pour affronter la myriade de défis posés par la pandémie de VIH/SIDA.

Le Dr Zacarías a conclu en soulignant que l'expérience du passé a montré ce qui fonctionnait et ce qu'il fallait faire pour arrêter la propagation du VIH. Les connaissances sont suffisantes pour améliorer considérablement la situation du VIH/SIDA d'ici 2010. Les actions prises par les pays du monde au cours des prochaines années détermineraient si ces améliorations se sont ou non produites.

Le Comité exécutif a fait l'éloge de l'OPS pour sa réponse régionale globale au VIH/SIDA et a entériné l'approche « par composants », qui met en relief le besoin de renforcer les systèmes de santé et qui considère la prévention et les soins non comme des priorités concurrentielles mais comme des parties intégrantes du continuum des soins de santé. Les délégués ont souligné le besoin d'améliorer la disponibilité des médicaments antirétroviraux à un coût réduit car il est essentiel de traiter les millions de personnes dans la Région qui sont déjà infectées par le virus. Ils ont exprimé leur soutien à l'approche de santé publique de la thérapie antirétrovirale préconisée par l'OMS. En outre, ils ont estimé que le traitement et les soins aux personnes infectées par le VIH aideraient à réduire l'exclusion sociale et la discrimination dont ils font souvent l'objet. De plus, le traitement et les soins pourraient constituer des stratégies clés pour prévenir la transmission. A ce sujet, le Dr Zacarías a été prié d'informer le Comité sur les derniers efforts de l'OPS pour négocier des accords de prix et faciliter l'accès aux médicaments ARV par l'intermédiaire du Fonds régional de ressources stratégiques de santé publique.

Le Comité a également félicité l'OPS pour ses efforts de promotion et d'exécution de la déclaration de la session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies et a souligné le besoin de suivre constamment et de faire état des réalisations des objectifs établis par les pays lors de la session extraordinaire. En ce qui concerne le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, les délégués ont exprimé leur espoir que le secrétariat établi pour gérer le Fonds serait aussi restreint que possible pour faire en sorte que les fonds mobilisés ne soient pas absorbés par les coûts administratifs. Le Comité a reconnu le besoin d'une réponse internationale coordonnée à l'épidémie de VIH/SIDA car, comme le souligne justement le document, il s'agit d'un problème mondial avec des effets qui sont lourds de conséquences. Plusieurs États Membres ont décrit les initiatives de coopération entre leur gouvernement et d'autres pays de la Région pour combattre la propagation du VIH et d'autres infections sexuellement transmissibles. Un délégué a fait remarquer « qu'à quelque chose malheur est bon » dans le problème du VIH/SIDA en ce sens qu'il a donné lieu à des niveaux de collaboration internationale et intersectorielle sans précédent, qui se traduiraient par des gains dans d'autres domaines tels que la réduction de la pauvreté et l'amélioration généralisée des conditions de santé.

Plusieurs améliorations possibles au document ont été proposées. Il a été suggéré que la section sur les soins intégrés pourrait être renforcée si elle mettait davantage l'accent sur le rôle que les communautés et les organisations communautaires pourraient avoir dans la réduction de la propagation du VIH et l'appui aux personnes infectées et à leur famille. On a également fait remarquer que les soins intégrés devraient comprendre des tests volontaires et des conseils confidentiels pour que les personnes connaissent leur situation sur le plan du VIH et puissent y faire face de façon appropriée, conjointement à l'appui psychosocial pour les personnes infectées, leur famille et leur communauté. Plusieurs délégués ont noté que le document ne traitait pas du rôle de la recherche et de l'importance qu'elle revêt en établissant la base du développement de politiques et d'interventions.

Les délégués ont également souligné le besoin de la promotion et de l'éducation en santé portant sur les attitudes et pratiques culturelles qui sont à la racine des comportements individuels. Alors que le document souligne justement le besoin de changement de comportement, les interventions visant les personnes n'ont eu que des succès mitigés jusqu'à présent. Le délégué de l'Uruguay a fait remarquer une erreur dans le document qui déclare que l'utilisation de drogues intraveineuses est le mode principal de transmission du VIH dans son pays ; en fait en Uruguay, la proportion la plus importante de personnes positives au VIH ont été infectées par des relations sexuelles.

La représentante de ULACETS a apprécié le fait que le document reconnaisse l'importance des infections sexuellement transmissibles autres que le VIH/SIDA. Elle a annoncé que le Congrès mondial sur les infections sexuellement transmissibles et le

SIDA se tiendrait en Uruguay en 2003 – première fois que cet événement se tiendrait dans l'hémisphère. Les interventions sur le VIH/SIDA et autres IST qui pourraient être appliquées à des environnements disposant de maigres ressources seraient un thème principal de discussion lors du Congrès.

Le Dr Zacarías a convenu avec les commentaires des délégués de l'importance de la recherche, en notant que le Programme du VIH/SIDA de l'OPS était au départ fortement orienté sur la recherche et qu'il continuait à la promouvoir. Un autre ingrédient crucial dans la lutte contre le VIH-SIDA – outre l'engagement de ressources financières – est le rôle directeur. Dans plusieurs pays les gouvernements ont montré comment un rôle directeur politique efficace pouvait encourager le genre d'action intersectorielle requise pour affronter les multiples aspects de l'épidémie de VIH/SIDA. En ce qui concerne les commentaires sur l'importance de l'implication communautaire dans la réponse au VIH/SIDA, il a souligné que l'approche intégrée préconisée par le modèle « par composantes » s'efforçait d'aller au-delà du système des services de santé et de travailler avec l'ensemble de la communauté.

Il est vrai que les changements de comportement et leurs racines culturelles sous-jacentes constituent une entreprise de longue haleine. Mais des changements se produisent dans les attitudes comme le montre par exemple l'augmentation de l'emploi de préservatifs dans quelques pays. Pour apporter des changements durables, il est essentiel d'axer les efforts d'éducation en santé et de communication sur les jeunes. Pour cette raison, le Programme du VIH/SIDA travaille avec le programme de santé des adolescents pour déterminer des interventions efficaces au niveau des changements de comportement. Le Programme réalise également une étude dans 13 pays pour évaluer l'impact des campagnes d'éducation en santé.

Quant aux négociations de l'Organisation sur les prix des médicaments ARV, il a indiqué que les résultats étaient mitigés jusqu'à présent. Les compagnies pharmaceutiques continuent à imposer des conditions qui limitent la capacité des pays à obtenir des médicaments ARV à des prix réduits. Toutefois, les Représentants OPS/OMS et les autorités sanitaires ont réussi dans quelques pays à négocier des accords de prix satisfaisants. L'OPS continuera à appuyer les efforts des États Membres pour négocier des prix abordables.

Le Directeur a remercié les États Membres qui aident l'OPS et leurs pays frères dans la Région dans la lutte contre le VIH/SIDA dans les Amériques, les Caraïbes en particulier. Il partage entièrement l'opinion des délégués qui ont fait remarquer que les ressources du Fonds mondial ne devraient pas être dépensées inutilement pour payer des coûts administratifs, ce qui irait à l'encontre de son objectif. L'OPS s'est engagée à travailler avec l'ONUSIDA pour faciliter l'accès au Fonds sans créer des couches bureaucratiques supplémentaires. Il a également convenu avec les observations du

Comité de l'importance de l'éducation en santé qui vise les racines des comportements individuels. A ce jour, la plupart des initiatives de changement de comportement a été ciblée sur la personne. Plutôt que cette approche qui tendrait à blâmer la victime, il faut mettre davantage l'accent sur la création d'environnements qui permettent aux personnes de changer leur comportement et qui les y encouragent. Maintenant, la coopération technique de l'OPS dans ce domaine est nettement axée sur la promotion de ce changement.

Le Comité exécutif a adopté la résolution CE130.R6 sur ce point de l'ordre du jour.

Vaccins et immunisation (document CE130/10)

Le Dr Ciro de Quadros (Directeur, Division des vaccins et immunisation, OPS) a indiqué que la couverture vaccinale du DTCoq3 parmi les enfants (i.e., trois doses du vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche) est restée aux environs de 80% pour l'ensemble des Amériques au cours des dernières années. Toutefois, la couverture dans un grand nombre de districts a continué à être inférieure à l'objectif régional de 95%, et il y a des disparités de couverture vaccinale non négligeables entre pays et entre régions dans les pays. Bien du chemin reste donc à parcourir pour atteindre l'équité totale en ce qui concerne l'immunisation.

Des progrès remarquables ont été enregistrés aux Amériques pour atteindre l'objectif de l'éradication de la rougeole. Une récente flambée au Venezuela qui s'est propagée à la Colombie devrait être maîtrisée à l'époque où se réunira la Conférence sanitaire panaméricaine en septembre, et il est prévu que la transmission autochtone de la rougeole serait interrompue dans toute la Région à la fin de 2002. En ce qui concerne la poliomyélite, les seuls cas enregistrés dans la Région au cours de la dernière décennie ont été des cas causés par le virus dérivé du vaccin dans l'île d'Hispaniola, dont le dernier s'est produit en Haïti en juillet 2001. A présent, la maladie est totalement maîtrisée. Le tétanos néonatal est confiné à moins d'un pour cent de tous les districts des Amériques. Il pourrait être éliminé très rapidement à l'aide d'un effort concerté. La rubéole elle aussi pourrait être éliminée à l'aide de stratégies de lutte accélérée qui mettent l'accent sur la vaccination des adultes susceptibles ainsi que des vaccinations infantiles routinières. La fièvre jaune a indiqué une forte baisse depuis 1998, en conséquence des campagnes de vaccination. Les pénuries de vaccin de l'année antérieure ont été largement surmontées de sorte qu'il serait possible maintenant d'intensifier la vaccination dans des zones à risque élevé.

Des évaluations menées dans différents pays entre 1996 et 2001 ont montré que pour assurer la durabilité des programmes nationaux d'immunisation et maintenir les progrès réalisés jusqu'à présent, il fallait veiller à trois problèmes : 1) l'affaiblissement de la capacité de réglementation et de contrôle des institutions des gouvernements centraux en conséquence de la réforme du secteur de la santé et de la décentralisation, 2) l'absence d'une responsabilité financière clairement définie pour les programmes d'immunisation, et 3) le manque de responsabilisation relative à des objectifs d'immunisation spécifiques. Il fallait également veiller à combler l'écart d'équité entre pays industrialisés et pays en développement relatif à l'introduction de nouveaux vaccins et de vaccins combinés, même si l'écart était relativement faible dans les Amériques par rapport à d'autres régions, grâce à l'engagement ferme des pays aux programmes d'immunisation.

Un volet important de la coopération technique de l'OPS a été le développement d'outils et de stratégies pour produire une information qui permettrait aux décideurs de déterminer les priorités d'introduction de vaccins nouvellement développés et de mesurer leur impact. L'Organisation a également travaillé au développement et au renforcement de la capacité de production de vaccins dans les pays, dans le but d'assurer la disponibilité de vaccins de bonne qualité et de réduire les pénuries de vaccins qui ont affecté tous les pays de la Région il y a quelques années.

Enfin, en ce qui concerne la menace de ré-émergence de la variole en conséquence du terrorisme biologique, le Dr de Quadros a dit que deux réunions de consultation technique convoquées par le Directeur avaient examiné le problème et évalué les possibilités de production du vaccin de la variole dans la Région. La conclusion principale de ces réunions était que l'OPS devait poursuivre sa collaboration avec les pays pour renforcer les systèmes de surveillance épidémiologique et améliorer l'infrastructure servant à déterminer les cas, comprenant le réseau régional de laboratoires pour le diagnostic de maladies à éruption fébrile. Les participants à la réunion ont également souligné qu'une attaque du virus de la variole sur un pays devait être considérée comme une attaque sur tous les pays de la Région et que dans l'esprit du panaméricanisme, les pays qui disposaient de stocks de vaccins devaient les mettre à la disposition du pays affecté pour empêcher la maladie de se propager.

Le Comité exécutif a loué l'OPS pour son travail incessant au renforcement de la capacité de surveillance des maladies évitables par la vaccination, à l'accroissement de la couverture d'immunisation et à la facilitation de l'accès des pays aux vaccins à l'aide du Fonds de roulement pour l'achat de vaccins. Le Comité a exprimé son appui aux efforts déployés par l'Organisation pour accroître la production de vaccins dans l'ensemble de la Région, car une fourniture accrue aiderait en fait à réduire les prix des vaccins, même dans les pays qui n'en produisent pas. Le maintien des programmes nationaux d'immunisation – avec un financement garanti pour ces programmes – est considéré

comme une responsabilité prioritaire des gouvernements. Le délégué du Pérou a indiqué que son pays avait promulgué une législation pour protéger le budget consacré aux activités d'immunisation. Ces fonds ne pouvaient être utilisés à aucune autre fin, indépendamment de tout besoin financier qui pourrait se produire. Ainsi, le Pérou a été en mesure d'introduire le vaccin de la rubéole, malgré sa situation économique adverse.

Des délégués se sont montrés préoccupés du fait que les problèmes économiques qui affligent actuellement la plupart des pays de la Région pourraient empêcher de conserver les succès passés et atteindre les objectifs régionaux comme celui par exemple de l'éradication de la rougeole. Un délégué a proposé l'idée de créer un mécanisme alternatif tel qu'un fonds d'urgence ou un fonds de compensation pour aider les pays lorsque les contraintes financières les empêchent d'acheter des vaccins par l'intermédiaire du Fonds de roulement pour l'achat de vaccins de l'OPS. Les pénuries de vaccins des dernières années étaient également considérées comme une menace pour les réalisations de la Région en matière de surveillance des maladies évitables par la vaccination.

Le Dr de Quadros a été prié d'expliquer les raisons des pénuries et de dire s'il était possible qu'elles atteignent des proportions de crise.

Les représentants de la Banque interaméricaine de développement (IDB) et de la Banque mondiale ont assuré le Comité de la volonté de leurs institutions respectives de travailler avec les pays pour surmonter les problèmes occasionnés par la décentralisation et la réforme du secteur de la santé et maintenir des programmes nationaux solides d'immunisation. Le représentant de la BID a estimé qu'il y avait du mérite à l'idée d'un fonds de compensation ou autre mécanisme permettant aux pays de continuer à se procurer des vaccins dans des époques de difficultés économiques. Le représentant de la Banque mondiale a suggéré que pour promouvoir la discussion sur les problèmes de financement des vaccins entre les autorités nationales, le Secrétariat pourrait inclure dans la version révisée du document une section qui traiterait de certaines préoccupations soulevées par le Comité exécutif, en particulier l'idée d'un mécanisme de financement pour compléter le Fonds de roulement ; les défis financiers et logistiques auxquels se heurtent les programmes d'immunisation au vu du besoin d'introduire des vaccins nouveaux tout en maintenant et en accroissant la couverture de ceux qui existent ; et la protection des budgets nationaux d'immunisation.

Au vu de l'intérêt exprimé par les représentants de la Banque mondiale et de la BID, le Comité exécutif a demandé au Directeur d'étudier avec les deux Banques et d'autres partenaires la possibilité d'établir un mécanisme de financement qui viendrait compléter le Fonds de roulement pour l'achat de vaccins de l'OPS qui permettrait aux pays d'assurer une fourniture ininterrompue de vaccins pour leurs programmes nationaux d'immunisation.

Le Dr de Quadros a remercié les représentants de la BID et de la Banque mondiale pour leurs commentaires qui sont de bon augure pour une collaboration accrue dans le domaine des vaccins et immunisation dans le cadre du Programme conjoint OPS/BID/Banque mondiale. Les suggestions du représentant de la Banque mondiale sur le document sont excellentes et il veillerait à ce qu'elles soient incorporées dans la version révisée. Il a souligné le besoin pour les pays d'établir un ordre de priorité pour le financement des vaccins et de l'immunisation dans leur négociation avec les Banques. À cet égard, les ministres de la santé ont un rôle clé à jouer en assurant que l'immunisation occupe une place importante dans les programmes nationaux de leur pays.

En ce qui concerne la question de savoir si le manque de fonds et les pénuries de vaccins pourraient empêcher la réalisation d'objectifs tels que l'éradication de la rougeole, il a fait remarquer que souvent, ce n'est pas le financement qui est le problème principal. Dans le cas de la rougeole, ce sont la non exécution des stratégies de vaccination et de surveillance et le manque de clarté sur les stratégies à appliquer, qui ont constitué les plus gros obstacles à l'éradication de la maladie. Quant à la pénurie de vaccins, les causes principales en ont été l'introduction de normes de qualité plus strictes et la capacité limitée en ce qui concerne la lyophilisation des vaccins. Des préoccupations relatives à l'innocuité des vaccins ont incité les autorités de réglementation à imposer des procédures de contrôle de qualité de plus en plus strictes qui ont ralenti le processus de production. L'utilisation de la capacité des installations existantes était un autre problème. Les principaux producteurs de vaccins avaient pris la décision commerciale d'utiliser leurs installations de production principalement pour fabriquer les vaccins nouveaux, plus chers, ce qui a conduit à une pénurie temporaire des vaccins moins chers. Le problème devrait toutefois être résolu dans les prochains 18 à 24 mois. L'OPS a travaillé dans les Amériques à combler les besoins en vaccins en aidant les pays à dynamiser leur capacité de production nationale et à obtenir la certification de fournisseurs de vaccins pour le système des Nations Unies. Exemple, des laboratoires au Brésil sont maintenant certifiés en tant que fournisseurs du vaccin de la fièvre jaune, et des laboratoires à Cuba en tant que fournisseurs du vaccin de l'hépatite B.

Le Directeur a indiqué qu'il serait heureux d'étudier avec la BID et la Banque mondiale une possibilité de créer un mécanisme de financement qui faciliterait l'achat de vaccins. Il a souligné que les Banques seraient des alliées éloquentes de l'OPS en convainquant les gouvernements d'assurer un financement suffisant pour les programmes de vaccination car ceux-ci constituent des arguments économiques puissants pour investir dans les vaccins, mis à part les raisons de santé qui sont évidentes. La vaccination devrait être considérée comme un bien public essentiel et, par définition, les biens publics devraient être financés par les gouvernements. Le Pérou a montré un excellent exemple en promulguant une législation qui protège le budget consacré aux vaccins, et il a espéré que d'autres pays pourraient tirer des leçons de cette expérience et mettre en place des protections similaires.

Les Banques pourraient également être utiles dans les discussions avec les compagnies pharmaceutiques en argumentant pour la stabilisation des prix des vaccins et autres produits pharmaceutiques essentiels. Le prix des vaccins est l'un des rares domaines où l'Organisation a réussi à négocier des prix communs avec les producteurs. Dans le cas d'autres médicaments, les ARV notamment, les producteurs ont insisté sur l'imposition de prix différents appliqués à différentes catégories de pays. À son avis, il n'y avait pas d'argument valable pour justifier cette méthode.

Les agents sanitaires de la Région méritent des éloges chaleureux pour la façon dont ils ont réussi à maîtriser les maladies évitables par la vaccination. Pour avoir une idée de l'ampleur de leurs efforts et de ce qu'ils ont accompli, il a suffi de rappeler que dans les Amériques, il n'y avait que 537 cas de rougeole confirmés en 2001, alors que dans le monde il y avait eu 800 000 décès par cette maladie et des cas bien plus nombreux. Grâce au dur travail et à l'engagement ferme des nombreux agents sanitaires partout dans les Amériques, il y a toute raison de croire que d'ici la fin de l'année, la Région pourrait ajouter l'élimination de la transmission autochtone de la rougeole à la liste de ses accomplissements.

Le Comité a adopté la résolution CE130.R7 sur ce point de l'ordre du jour.

Évaluation des orientations stratégiques et programmatiques, 1999-2002 (documents CE130/11 et CE130/INF/1)

Le Dr Germán Perdomo (Conseiller principal des politiques, Office de l'analyse et de la planification stratégique, OPS) a résumé les conclusions de l'évaluation des orientations stratégiques et programmatiques (OSP) pour 1999–2002, qui ont été présentées au Comité exécutif conformément à une résolution de la 25^e Conférence sanitaire panaméricaine en 1998. Les OSP ont guidé la programmation de la coopération technique par le Secrétariat de l'OPS, le Bureau sanitaire panaméricain, avec les pays pendant la période en question. Lorsque la Conférence a approuvé les OSP en 1998, elle a également prié les pays d'en tenir compte dans la formulation de leurs politiques nationales de santé, et la 36^e session du Sous-Comité de planification et de programmation a spécifiquement demandé que le Secrétariat examine dans quelle mesure ceci avait été accompli. Par conséquent, l'évaluation a examiné à la fois les progrès accomplis en vue de la réalisation des objectifs régionaux et l'application des orientations programmatiques, et la mesure dans laquelle les OSP ont été incorporées dans les plans et les politiques nationaux de santé pour 1999-2002.

L'information relative à 32 pays a indiqué que cinq pays ont des avant-projets de politiques et que 27 ont déjà adopté des politiques ou des plans nationaux. Le Bureau est intervenu dans les processus de décision au niveau national dans 22 de ces pays. Les OSP ont été utilisées comme cadre de référence pour la formulation des politiques dans 15 de ces 22 pays.

En ce qui concerne l'exécution des OSP, une enquête auprès du personnel professionnel a indiqué que 87% d'entre eux avaient une bonne connaissance des OSP qui étaient appliquées non seulement dans la programmation de la coopération technique mais aussi dans des activités connexes telles que la négociation de projets de coopération et les briefings des autorités nationales. Seuls le personnel qui était nouveau au Bureau ou ceux qui n'étaient pas directement impliqués dans la coopération technique (par exemple, le personnel administratif) ne connaissaient pas les OSP. Au cours des deux derniers exercices biennaux, la grande majorité (environ 90%) des projets de coopération technique programmés avaient une relation spécifique avec les orientations programmatiques. Ceux qui n'en avaient pas étaient des projets liés au développement de la gestion, ou des projets qui traitaient des besoins nationaux spécifiques qui ne tombaient pas dans le cadre des OSP.

L'évaluation de l'impact de la coopération technique dans le cadre des OSP a été empêchée par plusieurs difficultés d'ordre méthodologique, notamment le fait que l'OPS n'était pas la seule organisation assurant une coopération technique dans les pays, ce qui a posé des difficultés pour cerner avec précision les effets de ses activités. De plus, l'information et les indicateurs nécessaires n'ont pas toujours été disponibles. Sur les 29 objectifs régionaux adoptés dans le cadre des OSP, l'évaluation a observé que cinq étaient pleinement réalisés et que 13 l'étaient partiellement. Dans le cas de deux objectifs, les progrès étaient minimes, voire nuls, et pour les autres neuf objectifs restants, l'information disponible était insuffisante, indisponible, périmée ou elle ne pouvait pas être comparée avec celle d'autres pays. Le document CE130/INF/1 comporte une description détaillée de la coopération fournie et des résultats obtenus.

L'évaluation a produit un nombre de leçons qui ont été extrêmement utiles pour développer le Plan stratégique 2003 – 2007. Elle a en particulier fait valoir le besoin d'une large participation interne et externe au processus de planification stratégique, d'une clarté et précision plus grandes dans la description des résultats escomptés et la façon de les atteindre, d'un nombre gérable de buts et objectifs qui comportaient un défi mais qui étaient réalisables, d'une définition claire des buts et des objectifs de façon à faciliter le suivi et l'évaluation, d'efforts constants pour renforcer les systèmes nationaux d'information afin de produire les données nécessaires pour le suivi et l'évaluation et enfin, d'une large dissémination du Plan stratégique tant sur le plan interne que sur le plan externe.

Le Comité exécutif a reconnu la difficulté d'entreprendre une évaluation d'une telle ampleur et a félicité le Secrétariat pour les efforts qu'il consacre à la mesure de l'impact des OSP. Plusieurs délégués ont suggéré que l'évaluation pourrait être renforcée à l'aide d'une analyse plus approfondie des objectifs qui n'ont pas été atteints et les raisons du manque de progrès dans ces domaines. Cette analyse serait utile pour déterminer les objectifs et planifier la façon de les réaliser sur la période 2003-2007. Les délégués ont déconseillé d'avoir un nombre trop grand d'objectifs pour la prochaine période, car le grand nombre d'objectifs pourrait avoir rendu encore plus difficile l'évaluation des OSP pour 1999-2002.

Le Comité a estimé que la plus grande valeur de l'évaluation était peut-être les leçons tirées, qui aideraient à améliorer la planification pour la période suivante et éviter quelques-uns des problèmes qui avaient entravé le suivi et l'évaluation en 1999-2002. Des buts et des objectifs trop généraux étaient l'un de ces problèmes. Afin d'évaluer les progrès, il est nécessaire de définir les objectifs en termes précis et spécifiques. Un autre problème qui a compliqué l'évaluation des OSP était le manque d'information de base qui donnerait un point de référence à partir duquel on pouvait mesurer les changements dans les indicateurs. Plusieurs délégués ont observé que les objectifs établis pour les pays individuels ou des groupes de pays seraient variables, en fonction de l'information de base. Dans le cas de la mortalité maternelle par exemple, dans les pays où ces taux sont déjà faibles, il serait difficile de réaliser de grosses réductions supplémentaires, donc l'objectif doit être déterminé à un niveau plus bas que dans le cas de pays qui ont des taux relativement élevés de mortalité maternelle. De plus, dans la formulation des buts et des objectifs, il est nécessaire de tenir compte de circonstances imprévues internes et externes qui pourraient affecter leur réalisation et de reconnaître que la réalisation de nombreux objectifs de santé requiert la participation d'autres secteurs. Il est tout aussi nécessaire d'améliorer les systèmes nationaux d'information et de normaliser les données produites pour permettre d'établir des comparaisons et remédier aux lacunes d'information mentionnées dans le rapport d'évaluation.

Le Comité a noté avec satisfaction que les recommandations du SPP avaient été prises en compte dans l'évaluation finale, en particulier l'évaluation de l'incorporation des OSP par les pays dans les plans et les politiques au niveau national. Les conclusions donnaient des indications sur la mesure dans laquelle la planification stratégique régionale avait influencé la planification et le travail du secteur sanitaire dans les pays. Dans le même temps toutefois, la planification de l'Organisation devrait être informée de la planification stratégique nationale pour assurer que sa coopération technique réponde aux priorités et aux besoins que les pays ont déterminés. A cet égard, des délégués ont félicité le Secrétariat pour les efforts qu'il a fait pour rendre les processus de planification et d'évaluation aussi participatifs que possible et, en particulier pour chercher à impliquer dès le début les États Membres dans la planification stratégique de la période suivante.

Le représentant de la Banque interaméricaine de développement (BID) a attiré l'attention sur le besoin de tenir compte des objectifs de développement mondiaux et régionaux dans la planification stratégique de l'Organisation. Il convient que mesurer l'impact de la coopération technique est une tâche extrêmement difficile. Pour ce faire, il est essentiel de mettre en place une méthodologie de l'évaluation dès le début du processus de planification stratégique. Il est également nécessaire d'allouer des ressources (humaines et financières) spécifiquement pour l'évaluation. La BID serait heureuse de collaborer avec l'OPS pour réaliser ensemble des évaluations de coopération technique dans le but de surmonter certaines des difficultés rencontrées dans l'évaluation des OSP.

Le Dr Perdomo a remercié les délégués de leurs suggestions qui aideraient le Secrétariat à améliorer le rapport d'évaluation qui sera présenté à la 26^e Conférence sanitaire panaméricaine. Il a souligné qu'un autre problème qui compliquait le processus de planification et évaluation était celui de la responsabilité des objectifs établis. À plusieurs occasions au cours des dernières années, les Organes directeurs ont cherché à déterminer si les OSP étaient la responsabilité exclusive du Secrétariat ou si les pays avaient également une responsabilité dans la réalisation de certains objectifs. Pour de nombreux objectifs établis par l'Organisation et ensuite incorporés dans la planification et la programmation stratégiques du Secrétariat, les gouvernements avaient une responsabilité indéniable du fait qu'ils sont responsables de la santé au niveau national.

L'analyse de la situation sanitaire au niveau du pays et l'évaluation des effets de la coopération technique requièrent un modèle d'évaluation très complet, appuyé par des systèmes d'information fiables. Un autre défi, comme l'a noté le Comité, est de trouver des méthodologies qui permettraient au Secrétariat d'expliquer les résultats et de déterminer les facteurs qui ont empêché ou facilité la réalisation des objectifs, comprenant les facteurs externes et les facteurs structurels et institutionnels au sein de l'Organisation. Le Secrétariat continuerait à travailler pour relever ces défis et améliorer le processus d'évaluation.

Le Directeur a noté avec satisfaction que les délégués estimaient que le processus d'évaluation constituait un élément valable. Il a estimé que malgré ses insuffisances, l'exercice avait été utile, en particulier du fait qu'il avait mis en relief les embûches que le Secrétariat prendrait soin d'éviter dans le prochain cycle de planification. De plus, il a estimé qu'il était sain pour une organisation de voir si elle avait accompli les objectifs qu'elle s'était imposés. Comme l'a fait remarquer le Comité, l'un des enjeux de l'évaluation est d'assurer que le processus est évaluable dès le début. Il est également nécessaire de disposer d'une bonne information pour déterminer si les objectifs ont été ou non réalisés. L'OPS a travaillé pour améliorer la production de l'information dans la Région, et les pays ont fait des progrès énormes pour renforcer leurs systèmes d'information et intensifier la disponibilité des données. Ils ont également fait des

progrès dans la ventilation de l'information de façon à révéler les inégalités entre zones géographiques et groupes de population. Par conséquent, une information bien meilleure serait disponible pour les évaluations futures.

Il a convenu que pour assurer l'aspect évaluable, il était essentiel de déterminer des objectifs de manière aussi précise que possible. Néanmoins, certains objectifs sont de par leur nature plus difficiles à mesurer que d'autres. Les objectifs de processus par exemple, sont particulièrement difficiles à mesurer. Il a également convenu qu'il fallait tenir compte des différences entre pays et dans les pays pour déterminer les objectifs. Il est important d'éviter la « tyrannie des moyennes statistiques » qui ne reflète pas ces différences. S'il est accepté qu'une partie de la mission de l'Organisation soit d'accroître l'équité, alors les objectifs doivent être déterminés comme des objectifs d'équité. Ce qui signifie de déterminer les objectifs non seulement en termes de pourcentages ou de niveaux spécifiques, mais aussi en termes de réduction des écarts entre pays et dans les pays.

Le Comité a pris note du rapport sur l'évaluation mais n'a pas considéré nécessaire d'adopter une résolution sur ce point de l'ordre du jour (décision CE130(D4)).

Plan stratégique du Bureau sanitaire panaméricain correspondant à la période 2003-2007 (document CE130/12)

Le Dr Karen Sealey (Chef, Office de l'analyse et de la planification stratégique, OPS) a présenté le Plan stratégique pour la période 2003-2007. Elle a commencé en faisant remarquer que puisque l'Organisation célébrait son centenaire, il convenait qu'elle commence à se préparer pour les 100 prochaines années de santé dans la Région. Le Plan stratégique 2003-2007 serait le premier pas dans ce sens. Elle a ensuite décrit les caractéristiques principales du processus de planification, en soulignant que la formulation du plan était guidée par les principes d'équité et de panaméricanisme, idéaux auxquels l'OPS a souscrit depuis ses 100 ans d'existence. Le processus de planification a cherché à définir les priorités de coopération technique que le Bureau appuierait pour répondre aux besoins de développement en santé des pays et déterminer comment il pourrait améliorer sa propre performance pour mieux satisfaire ces besoins.

Le processus a différé du processus antérieur de planification sous plusieurs aspects importants. Pour la première fois, le Plan stratégique couvrirait cinq ans et non quatre comme c'était le cas dans les cadres antérieurs de planification. De plus, la mission du Secrétariat a été redéfinie et ses valeurs et sa vision ont été clarifiées et ces définitions ont été utilisées pour guider le processus de planification stratégique. Le processus de planification a été guidé non seulement par l'analyse traditionnelle de l'environnement extérieur, mais aussi par une évaluation interne qui a cherché à cerner les forces et les faiblesses du Secrétariat et à établir un point de référence pour suivre sa

performance. Pendant l'élaboration du plan, le Secrétariat a également été très attentif aux leçons tirées de l'évaluation des OSP. Le processus a non seulement déterminé les domaines techniques d'intervention, mais aussi les questions critiques au niveau de l'organisation. Pour chacun de ces domaines et de ces questions, le Secrétariat a formulé des objectifs et des stratégies qui seraient exécutées à l'aide de projets de coopération technique et d'initiatives organisationnelles de développement. Enfin, le suivi et l'évaluation ont été incorporés dans le processus de planification.

Les valeurs qui guideraient le travail du Bureau sont l'équité, l'excellence, la solidarité, le respect et l'intégrité. Sa vision est d'être la principale force dynamique veillant à ce que tous les habitants des Amériques profitent d'une santé optimale et contribuent au bien-être de leur famille et de leur communauté. Sa mission est de guider des activités stratégiques en collaboration avec les États Membres et d'autres partenaires pour promouvoir l'équité sur le plan de la santé, lutter contre les maladies, améliorer la qualité de la vie et rallonger l'espérance de vie des peuples des Amériques.

Le plan établi dans le document CE130/12 représente la réponse du Bureau à la situation révélée par les analyses internes et externes, dont les conclusions sont résumées dans le document. Le plan a identifié trois priorités majeures de coopération technique : les groupes spéciaux (populations pauvres ou à faibles revenus ; groupes ethniques et raciaux, surtout les groupes autochtones ; et les femmes et les enfants) ; les pays clés (pays pauvres très endettés – PPTE) et/ou les pays où les conditions de santé sont intolérables, en particulier Bolivie, Guyana, Haïti, Honduras et Nicaragua) ; et les domaines techniques prioritaires. Le plan en comprend huit : 1) prévention, contrôle et réduction des maladies transmissibles ; 2) prévention, contrôle et réduction des maladies non transmissibles ; 3) promotion de styles de vie et de contextes sociaux sains ; 4) croissance et développement sains ; 5) promotion d'environnements physiques sans risques ; 6) préparation, gestion et réponse aux catastrophes ; 7) accès universel à des services de santé intégrés, équitables et durables ; et 8) intégration du facteur santé aux politiques sociales, économiques, culturelles et de développement. Dans chaque domaine, les questions et défis clés ont été décrits, ainsi que les objectifs de la coopération technique du Bureau, ses points forts et ses faiblesses et ses possibilités d'intervention.

Le plan a également identifié six questions organisationnelles essentielles pour renforcer l'efficacité et la productivité du Bureau : 1) combler les lacunes d'information et de communication et maximiser les technologies de l'information et de la communication ; 2) meilleures prévisions/anticipation ; 3) mettre à profit la science et la technologie pour remédier aux problèmes d'inéquité dans la Région ; 4) attirer et garder un personnel créatif, compétent et engagé ; et 5) faire du BSP une organisation hautement performante.

Le Secrétariat a reconnu que le plan pourrait être affiné davantage, et qu'une fois qu'il serait approuvé, il faudrait une stratégie de communication pour informer le personnel et donner du feed-back sur son exécution. De plus, il faut que le suivi et l'évaluation fassent partie intégrante du processus. Le Secrétariat, reconnaissant qu'il travaillait dans une arène où il y a de nombreux autres acteurs, s'est engagé à formuler des objectifs aussi spécifiques que possible afin de faciliter l'évaluation de sa contribution au développement de la santé dans la Région et à éviter les problèmes qui ont empêché l'évaluation de l'impact de la coopération technique pour la période antérieure.

Le Comité exécutif a félicité le Dr Sealey et son équipe d'avoir présenté un document clair et très complet, qui représentait une grande amélioration par rapport aux documents de planification antérieurs et un bon début pour la planification stratégique du nouveau millénaire. Les délégués ont estimé que le plan présentait une vision du travail de l'Organisation sur le long terme ainsi qu'un cadre de la coopération technique du Secrétariat pour les cinq prochaines années. Ils ont également fait l'éloge du Secrétariat pour les efforts qu'il accomplit en recherchant un apport maximal des États Membres et des autres parties concernées dans le processus de formulation du plan.

Le Comité a noté avec satisfaction les changements apportés depuis que le SPP a considéré le Plan stratégique en mars 2002, en particulier l'ajoute de mentions spécifiques de groupes autochtones et d'enfants parmi les groupes spéciaux à cibler. Toutefois, il a remarqué que certaines des recommandations faites lors de la session du SPP n'avaient pas été incorporées, notamment celles concernant la section sur la mondialisation et la vision du Bureau sanitaire panaméricain. En ce qui concerne la première, le Secrétariat a été prié de tenter de présenter une vue plus équilibrée, reconnaissant certaines des opportunités potentielles que la mondialisation pourrait apporter au développement de la santé, ainsi que ses effets négatifs. Quant à la déclaration sur la vision, le Secrétariat a été prié à nouveau de changer le choix des termes en « Sa vision est d'être une principale force dynamique veillant à ce que tous les habitants des Amériques profitent d'une santé optimale, » reconnaissant ainsi que de nombreuses autres agences et organisations travaillent à l'amélioration de la santé dans les Amériques. A cet égard, il a été suggéré qu'il faudrait accorder une plus grande reconnaissance au rôle d'autres agences multilatérales, en particulier le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) et le Fonds des Nations Unies pour les activités en matière de population (FNUAP) et les ONG travaillant dans le domaine de la santé. Il a également été remarqué que le document ne mentionnait pas la collaboration de l'OPS avec la BID et la Banque mondiale dans le cadre du Programme conjoint pour la santé.

Certains ont exprimé leur préoccupation sur la façon dont le document décrivait correctement ou non le rôle de l'OPS vis-à-vis des pays. Un délégué a estimé qu'il fallait modifier une partie du langage du document pour préciser que l'OPS n'est pas une

organisation supranationale mais au contraire une organisation qui tient compte des intérêts de ses États Membres et qui collabore avec eux pour promouvoir le développement de la santé dans les Amériques. D'autres délégués ont fait remarquer que le document avait pour objet de guider la coopération technique du Secrétariat avec les pays, et qu'il stipulait clairement que le BSP aidait les pays à s'aider eux-mêmes et qu'il s'acquittait de ses fonctions en collaboration avec les États Membres. De plus, les priorités pour la période 2003-2007 ont été arrêtées en consultation avec les pays et elles expriment les priorités qu'ils ont établies pour améliorer la santé de leurs populations. Un délégué a suggéré toutefois qu'il fallait une déclaration claire sur la façon dont le Secrétariat aiderait les pays à réaliser leurs objectifs. Le même délégué a fait remarquer que la réalisation de certains objectifs était souvent une condition pour obtenir du financement et d'autres formes de coopération internationale, et que le BSP, en sa fonction de partenaire principal des pays dans le domaine de la santé, devait s'engager d'une manière mesurable à travailler avec les pays pour réaliser ces objectifs.

Les délégués ont estimé que les huit domaines techniques prioritaires reflétaient correctement les priorités régionales majeures du développement de la santé dans la Région ; mais certains ont estimé que le plan contenait un trop grand nombre de priorités. Le représentant de la BID a fait remarquer que par définition, les priorités devraient être peu nombreuses et a suggéré que le Secrétariat pourrait peut-être clarifier quelles priorités retiendraient l'attention dans la période 2003-2007, et quelles priorités représentaient des objectifs à long terme. Des délégués ont indiqué que les objectifs définis dans le cadre de chaque priorité devraient être définis en termes plus précis et mesurables afin de faciliter le suivi et l'évaluation. Par exemple, un objectif consistait à « réduire la morbidité due à la tuberculose, le paludisme et la dengue, » mais il n'établit pas de but spécifique, et il serait donc difficile d'en mesurer les progrès. On a également souligné le besoin de relier clairement les priorités régionales aux priorités mondiales établies par l'OMS et aux objectifs et mandats internationaux.

Un délégué a noté que la classification des pays de la Région selon le stade de leur transition démographique différait des systèmes de classification utilisés par d'autres agences et il a fait remarquer que ces classifications pourraient éventuellement avoir des conséquences dommageables. Par exemple, la classification d'un pays dans une certaine catégorie de revenu pourrait affecter son éligibilité au crédit et à la coopération technique. Le représentant de la BID a indiqué que l'attention que porte le plan sur un nombre très limité de pays pourrait soulever des questions d'impartialité et d'équité, surtout que d'autres pays de la Région subissent des conditions et des problèmes similaires à ceux des pays clés.

Des délégués ont fait d'autres suggestions pour affiner le document et certains ont également soumis des changements supplémentaires par écrit. Un délégué a estimé que le document pourrait être renforcé s'il y avait une discussion des hypothèses sur lesquelles

le Plan stratégique se fondait, sur les risques qui pourraient affecter son exécution et les stratégies pour affronter ces risques. Le même délégué a attiré l'attention sur le besoin d'assurer des ressources financières et humaines suffisantes pour exécuter le plan. Un autre délégué a suggéré que les références dans le document aux « services de santé reproductive » soient changées en « soins de santé reproductive », car ce terme est plus inclusif et correspond mieux à la terminologie utilisée actuellement dans les autres fora internationaux. Quelqu'un a fait remarquer que le document ne comportait pas d'objectif relatif aux maladies cardiovasculaires et il a suggéré d'inclure un objectif de réduction de l'hypertension. En ce qui concerne la section sur la gestion des catastrophes, il a été souligné que la menace du terrorisme biologique devrait être une priorité pour tous les pays et pour l'Organisation, qui a depuis longtemps un rôle directeur dans l'hémisphère en matière de préparation aux catastrophes et de leur atténuation.

Le Dr Sealey a remercié les délégués de leurs suggestions constructives qui aideraient le Secrétariat à continuer à améliorer le plan. Elle a souhaité apaiser toutes les préoccupations relatives aux fonctions du Bureau : le Bureau existe pour servir et coopérer avec les pays et le Plan a pour objet de le guider dans l'exécution de ses fonctions. Le Bureau est tout à fait conscient qu'il ne travaille pas sous vide et qu'il doit tenir compte des autres acteurs qui travaillent dans le secteur de la santé et des priorités, mandats et engagements des différents sommets internationaux et d'autres sources. En fait, dans la préparation du Plan, le Secrétariat a établi une matrice qui indique les relations entre les priorités de l'OPS et les priorités de l'OMS, les objectifs de développement du millénaire des Nations Unies et les buts et objectifs issus des Sommets des Amériques et autres fora. La prochaine version du document indiquera plus clairement ces relations.

À la lumière des commentaires du Comité, il pourrait être recommandé de repenser la classification des pays et l'identification des pays clés, en tenant compte du fait qu'il pourrait devenir nécessaire de déplacer l'attention sur d'autres pays. Toutefois, il apparaissait clairement que les Organes directeurs avaient convenu que l'identification des pays clés, des groupes spéciaux et des priorités de coopération technique était souhaitable. De nombreuses autres préoccupations émises par le Comité seraient prises en compte quand le Secrétariat commencerait à exécuter le plan. La distribution des ressources par exemple, serait examinée quand les Organes directeurs examineraient la politique budgétaire de l'Organisation, comme l'a recommandé le SPP en 2000. De même pour les tests des hypothèses et de l'évaluation des risques qui prendraient place quand le budget programme pour l'exercice biennal serait formulé. Elle a terminé en soulignant l'importance d'une planification dans les deux sens qui réconcilie les priorités nationales en santé avec les objectifs régionaux que les pays ont convenus.

Le Directeur a noté qu'au cours de ses 21 ans dans l'Organisation, il n'avait jamais vu un processus de planification aussi participatif et itératif. Le Secrétariat a pris à cœur les leçons tirées du cycle antérieur de planification, l'une d'entre elles étant qu'il fallait impliquer un large éventail de parties concernées dans la planification pour 2003-2007. Le Plan stratégique a représenté un changement profond à plusieurs respects. Les documents antérieurs de planification avaient établi des responsabilités conjointes pour le Bureau et les pays. Ensuite, les documents indiquaient ce que le Bureau ferait en collaboration avec les pays. Jamais auparavant un document de planification stratégique n'avait déterminé les questions organisationnelles qui devaient être traitées afin de réaliser les objectifs établis. Le Secrétariat s'engageait à procéder aux modifications internes requises pour collaborer efficacement avec les pays membres dans les huit domaines prioritaires décrits dans le plan. Il a souligné que ces huit domaines n'avaient pas été choisis en gardant à l'esprit la structure actuelle du Secrétariat. Il estime que la structure doit suivre la fonction, et non l'inverse. Une fois que le plan serait approuvé, la structure du Secrétariat serait ajustée selon les besoins.

Comme l'a dit le Dr Sealey, le Secrétariat est au service des pays. Le Directeur a assuré le Comité que l'OPS n'essaierait jamais d'adopter une position supranationale. En ce qui concerne la déclaration sur la vision, il a prié les délégués de permettre au Secrétariat de conserver le choix des termes qui apparaissent dans le document. Le BSP ambitionne véritablement d'être la principale force dynamique du développement de la santé dans les Amériques. Il ne veut pas être une force parmi beaucoup d'autres ; il veut être le meilleur.

En ce qui concerne l'identification des pays prioritaires, il espère qu'il est clair que l'approche témoigne des valeurs qui guident l'OPS, en particulier l'équité et le panaméricanisme. Si l'Organisation croit vraiment en ces valeurs, elle devrait assumer collectivement une part de responsabilité dans l'amélioration de la situation des pays qui sont désavantagés par rapport à d'autres. C'est pourquoi des pays individuels avaient été choisis comme points focaux. Il a convenu que d'autres critères pourraient être appliqués pour déterminer ces pays, et que s'il devenait clair qu'il était nécessaire de changer l'orientation, c'est ce que ferait le Secrétariat. Mais il a estimé qu'au moins initialement il était approprié d'accorder une attention particulière aux quatre pays PPTE plus Haïti.

En ce qui concerne le manque de précision et les objectifs mesurables, il a fait observer que les objectifs établis dans le document étaient des objectifs stratégiques de coopération technique, et non des objectifs spécifiques avec des calendriers précis d'exécution bien établis. Les objectifs spécifiques et les résultats escomptés seraient définis dans le budget programme de l'exercice biennal, comme le seraient les indicateurs pour suivre les progrès. En ce qui concerne le suivi et l'évaluation, d'ici la réunion du SPP en mars 2003, le Secrétariat serait en mesure de fournir une information plus spécifique sur la méthodologie qui serait appliquée à cette fin.

La réalisation des objectifs établis dans le cadre du plan dépendrait de la capacité d'exécution du Secrétariat qui est quelque peu limitée. Néanmoins, le Secrétariat utiliserait le mieux possible les ressources humaines et financières que les États Membres ont généreusement mises à sa disposition pour exécuter dûment le plan.

Le Comité exécutif a adopté la résolution CE128.R1, approuvant le Plan stratégique.

Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (document CE130/13)

Le Dr Yehuda Benguigui (Conseiller régional en matière de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant, OPS), a passé en revue les antécédents et le contenu de la stratégie de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) et les progrès accomplis en résultat de son application. Il a également décrit les défis qui se posent à l'expansion de la stratégie.

Dans la Région des Amériques, environ 500 000 enfants continuent à mourir de maladies évitables et sur ces décès, près de 200 000 pourraient être aisément évités avec les technologies existantes. L'OMS et le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) ont développé la PCIME au début des années 1990 comme une stratégie destinée à prévenir les décès, à réduire la maladie et à améliorer les conditions de santé et les soins des enfants pendant les cinq premières années de leur vie. La caractéristique qui définissait la stratégie PCIME était qu'elle portait sur la santé et le bien-être de l'enfant et non sur des processus de maladies spécifiques. Elle incorporait la prévention et la promotion de la santé au titre de la prise en charge, en évitant les occasions ratées de détection précoce et de traitement de maladies, la prévention des maladies et la promotion de la santé pour l'enfant et toute la famille. De plus, la PCIME était un outil pour promouvoir l'équité car elle pouvait être mise à la disposition de la population par l'intermédiaire des services de santé au niveau des soins primaires.

L'OPS a introduit officiellement la stratégie en 1996. En 1999, le Conseil directeur de l'OPS a adopté la résolution CD41.R5 exhortant les États Membres à adopter et étendre l'exécution de la stratégie et demandant au Directeur de soutenir activement le processus. L'initiative « Enfants en bonne santé ; but pour l'an 2002 », lancée par le Directeur la même année, cherchait à enrayer 100 000 décès d'enfants de moins de cinq ans au cours de la période 1999-2002 et à assurer l'accès à la stratégie PCIME, en particulier pour les groupes les plus vulnérables. A la fin de 2001, 17 pays de la Région avaient adopté la stratégie et tous les pays avaient embrassé la cause Enfants en bonne santé. Les résultats ont été très positifs. Pendant la première année de l'initiative Enfants en bonne santé par exemple, plus de 33 000 décès d'enfants ont été évités. Les évaluations ont également indiqué des améliorations considérables de différents

indicateurs de qualité des soins, comme l'usage inutile d'antibiotiques et autres médicaments pour traiter les infections respiratoires aiguës et les maladies diarrhéiques.

Néanmoins, il restait encore un nombre de défis à relever. Pour étendre les bénéfices de la stratégie, il fallait assurer son utilisation efficace par tous les agents sanitaires y compris les agents sanitaires communautaires ; donner un ordre de priorité aux groupes vulnérables ; et incorporer la PCIME dans la formation et les programmes de service social obligatoire des professionnels de la santé. Il a également été nécessaire d'adapter la stratégie aux profils épidémiologiques des pays en adaptant ses volets au traitement de l'asthme, de la violence et les mauvais traitements des enfants, du diabète et de l'obésité et à d'autres problèmes de santé de l'enfant en prévalence dans la Région. Parmi les autres défis, on peut citer l'encouragement à l'adoption par les familles des 16 pratiques essentielles proposées par l'OMS et l'UNICEF pour assurer la croissance et le développement sains des enfants, et la mobilisation des ressources pour étendre l'application de la PCIME.

Le Comité exécutif a exprimé son soutien résolu à l'approche PCIME. Avec l'immunisation, la stratégie est considérée comme un pilier de l'amélioration de la santé de l'enfant et de la réduction des inégalités en santé entre groupes de population. Le Comité a également souscrit à l'expansion de la stratégie pour y incorporer d'autres volets, en particulier des activités destinées à traiter les causes périnatales des décès qui aideraient également à réduire la mortalité maternelle. Toutefois, il a souligné que les fonds investis pour étendre la stratégie devraient inclure des ressources pour la surveillance et l'évaluation afin de suivre les avancées et l'impact de la stratégie. Un délégué a suggéré que le document devrait comporter une section spécifique sur l'évaluation et le suivi de la stratégie PCIME et les actions requises des pays et de l'Organisation en vue d'améliorer la couverture et l'efficacité de la PCIME. On a également estimé qu'il était nécessaire d'évaluer rigoureusement les 16 pratiques essentielles pour assurer que les interventions futures demeuraient opportunes et qu'elles se fondaient sur des faits observés et une expérience solide.

Des membres ont exprimé leur préoccupation du fait que les ressources humaines requises pour étendre la PCIME sont insuffisantes. La stratégie devrait porter sur les agents sanitaires qui ont un contact maximal avec les familles et les communautés vulnérables, ce qui signifie qu'il faudrait davantage de personnel de soins et de personnel auxiliaire, en particulier au niveau des soins primaires. La Région indique à présent un coefficient médecin/infirmière de 6:1, ce qui constitue un obstacle important à l'expansion de la stratégie. Il a par conséquent été recommandé que la résolution sur ce point recommande le renforcement du nombre et la diversité des ressources humaines pour traiter efficacement les enfants malades et les causes des maladies.

Le Dr Benguigui est d'accord que le développement des ressources humaines et le suivi et l'évaluation en cours sont essentiels pour assurer une exécution réussie de la stratégie. En ce qui concerne le développement des ressources humaines, l'OPS travaille avec des écoles qui forment des pédiatres, infirmières, nutritionnistes et autres professionnels de la santé afin d'introduire une instruction plus poussée des soins primaires et l'application de la stratégie PCIME pour compléter les programmes actuels de formation qui restent largement axés sur les soins au niveau hospitalier pour des syndromes complexes. En particulier, l'Organisation porte ses efforts sur les milliers de diplômés des écoles de médecine dans la Région qui doivent accomplir un service social de 10 à 12 mois dans des zones éloignées, car ces jeunes professionnels offrent une excellente opportunité d'étendre les avantages de la stratégie aux populations insuffisamment desservies.

En ce qui concerne le suivi et l'évaluation, les pays de la Région des Amériques ont été choisis pour prendre part à une évaluation de pays multiples de l'efficacité, du coût et de l'impact de la stratégie PCIME coordonnée par le siège de l'OMS à Genève. L'évaluation a pour objet d'évaluer l'efficacité de la stratégie par rapport à son coût et de déterminer si elle a un impact marqué sur l'amélioration de la santé, la mortalité et l'état nutritionnel de l'enfant et sur les comportements familiaux. En outre, l'OMS a élaboré des directives pour le suivi après la formation, comme un moyen destiné à renforcer les compétences des agents sanitaires en matière d'application de la PCIME et à collecter des informations sur leur performance afin d'améliorer l'exécution de la stratégie. Quant à l'évaluation des 16 pratiques essentielles, des protocoles sont en cours de développement pour mesurer leur impact.

Le Comité a adopté la résolution CE130.R8 sur ce point de l'ordre du jour.

Protection sociale élargie en santé : une initiative conjointe de l'Organisation panaméricaine de la Santé et de l'Organisation internationale du Travail (document CE130/14)

Le Dr Daniel López Acuña (Directeur, Division du développement des systèmes et services de santé, OPS) a fait une mise à jour d'une initiative conjointe entreprise par l'OPS et l'Organisation internationale du travail (OIT) destinée à promouvoir l'accès équitable aux services de santé en Amérique latine et dans les Caraïbes, en particulier pour les personnes qui travaillent dans le segment informel de l'économie et les autres qui ne disposent pas actuellement d'une couverture appropriée de soins de santé. Le défi fondamental auquel se heurtent les systèmes de santé des pays de la Région consistait à savoir comment garantir à tous les citoyens un niveau de base de protection sociale en santé qui contribuerait à l'élimination des disparités dans l'accès aux services de base de bonne qualité et donnerait également aux groupes sociaux exclus la possibilité d'obtenir les services de soins de santé essentiels qui répondent à leurs besoins et à leurs demandes,

sans que la capacité de paiement ne les en empêche. Le bien-fondé de l'initiative comprenait la persistance de l'exclusion économique, ethnique et culturelle ; l'incapacité des mécanismes de protection sociale à répondre aux problèmes nouveaux ; et le précepte selon lequel les réformes devraient mener à des sociétés où tous les citoyens sont inclus et non à une exclusion, une marginalisation et un manque de protection sociale plus importants.

La « protection sociale en santé » a été définie non comme la fourniture réelle des services de santé, la construction physique des installations de soins, etc., mais comme une garantie de la société, par l'intermédiaire des différentes autorités publiques, que les individus ou les groupes d'individus sont en mesure de satisfaire leurs besoins en santé au moyen d'un accès adéquat aux services de santé, qu'il s'agisse du système national de santé ou de tout autre système, sans distinction de leurs moyens financiers. Trois conditions doivent être satisfaites pour garantir la protection sociale en santé : l'accès aux services de santé, la sécurité financière de la famille et la dignité de la fourniture des soins. Le document CE130/14 a identifié les facteurs qui mènent à l'exclusion en santé – la pauvreté notamment – et les principaux obstacles qui empêchent l'extension de la protection sociale. Il discute également de l'ampleur de l'exclusion en santé et des difficultés pour la mesurer. Il identifie plusieurs stratégies visant à étendre la protection sociale en santé, qui se fondent sur des interventions qui ont fait leurs preuves dans le passé dans les pays d'Amérique latine et des Caraïbes. Elles comprennent l'établissement de régimes spéciaux de sécurité sociale sans la condition de contribution des bénéficiaires ; des régimes d'assurance volontaire, subventionnée par l'État ; une expansion limitée de la fourniture des services ; des systèmes communautaires de protection sociale ; et le développement progressif de systèmes de santé unifiés qui combinent des sous-systèmes publics et privés.

Le document proposait quatre lignes d'intervention portant sur la gestion, le financement de la protection sociale, l'assurance santé et la fourniture des services. Étant donné que les parties prenantes appartenaient fréquemment à des secteurs autres que celui de la santé – comme les finances, la politique sociale, le travail et l'emploi, l'éducation, l'industrie, etc. – il était important de développer un processus participatif au niveau national qui impliquerait toutes ces parties prenantes. Ce processus aboutirait à la formulation d'une stratégie nationale et d'un plan d'action national destinés à étendre la protection sociale en santé. Au niveau régional, l'OPS et l'OIT appuieraient les pays au moyen d'une série d'activités comprenant entre autres la promotion et la publicité autour de l'initiative, l'identification des causes et l'ampleur de l'exclusion et les moyens de la combattre, l'établissement d'un centre d'échange d'information sur les bonnes pratiques et la connaissance, et la mobilisation des ressources.

Le Comité exécutif a accueilli avec satisfaction la mise à jour de l'initiative conjointe, qui a été décrite comme un outil précieux à l'appui des efforts de nombreux

pays pour améliorer l'accès aux services de santé de tous les membres de leur population, en particulier les pauvres, les marginalisés et les vulnérables. Les délégués ont applaudi l'approche multisectorielle décrite dans le document et sa reconnaissance du fait que la protection sociale ne se rapporte pas uniquement à la santé, mais aussi au logement, à l'éducation, l'environnement et de nombreux autres facteurs. Le Comité a également exprimé sa satisfaction de voir l'accent mis sur la sensibilité culturelle et la dignité dans les soins médicaux.

Les délégués ont fait plusieurs suggestions pour améliorer le document. L'une d'entre elles consistait à incorporer les études de cas de programmes et d'initiatives qui ont réussi à améliorer la prestation des services de santé pour les groupes de population non protégés, à la fois dans la Région et à l'extérieur de la Région. Un délégué a demandé des précisions sur les méthodologies employées pour atteindre les chiffres cités de l'exclusion de la protection sociale et a mis en garde contre l'usage d'indicateurs qui ne cherchent à mesurer l'exclusion qu'en termes de demande des services de santé, étant donné que la demande des services de santé est influencée par des facteurs multiples qui comprennent les interprétations culturelles de la santé et de la maladie et les problèmes économiques et sociaux. Il a également été demandé de préciser les rôles et les contributions respectifs de l'OPS et de l'OIT dans l'initiative.

Le Comité a demandé des informations plus détaillées sur la façon dont fonctionnaient certains systèmes d'assurance décrits et dans quels pays ils avaient réussi. Un délégué a souhaité des discussions ultérieures sur les actions précises attendues des pays et de l'Organisation qui sont recommandées ainsi que sur la contribution de contrepartie attendue des pays. Il a été estimé que le document n'indiquait pas clairement si l'élargissement de la protection sociale était représenté comme un objectif du système de santé ou comme un moyen de réaliser de meilleurs résultats dans la santé. Il a également été demandé de préciser si et comment l'approche de protection sociale se rapportait au travail de l'OMS en termes de performance des systèmes de santé et du développement d'indicateurs d'impartialité et de disposition financières.

Des délégués ont estimé que le document ne précisait pas clairement la relation entre les réformes actuelles du secteur de la santé – que de nombreux pays des Amériques ont entreprises comme un moyen d'élargir la couverture – et le concept et les volets de la protection sociale. Il fallait un travail conceptuel ultérieur pour définir, mesurer et évaluer les conditions actuelles de la protection sociale et de l'exclusion dans la Région. Il serait souhaitable de procéder à une série d'initiatives pilotes avant de lancer une initiative proprement dite qui serait fondée sur des mécanismes déterminés au préalable. Un autre délégué a suggéré de discuter également des implications des différents modèles présentés sur le marché du travail et sur la compétitivité en particulier, dans le contexte de la mondialisation et de la concurrence internationale. Il a également été demandé de discuter de la durabilité des différents modèles, en ce qui concerne en particulier tout

conflit potentiel avec d'autres volets de la sécurité sociale comme par exemple les pensions.

Un délégué a estimé que la déclaration « la fourniture des services se trouve où les besoins en santé de la population sont satisfaits » pourrait ne pas être entièrement exacte car les besoins en santé d'une population peuvent être satisfaits au moyen d'une série d'approches diverses, dont les approches communautaires, l'eau salubre et l'assainissement, d'autres programmes de santé publique, et l'amélioration des comportements individuels ou des habitudes plus saines. De plus, l'affirmation du document que la protection sociale devait être comprise comme une garantie par l'État d'un droit que ses citoyens peuvent exercer, ne s'applique pas nécessairement dans tous les cas. Alors que les constitutions de nombreux pays stipulent le droit des citoyens à la santé et la responsabilité du gouvernement à assurer ce droit, l'accès aux services de santé n'est pas considéré comme un droit fondamental par tous les systèmes juridiques. Même si la coopération entre l'OPS et l'OIT pouvait être utile en entreprenant des actions de coopération technique pour les pays, en réalisant des études ou de la recherche ou en faisant des recommandations, il n'en reste pas moins que chaque pays a sa propre situation, ses propres règles et sa propre philosophie, et qu'il a à trouver ses propres solutions aux problèmes de l'accès aux soins de santé ou de l'exclusion de ces soins.

Il a été souligné que la migration des professionnels des soins de santé avait un effet dévastateur sur la capacité de certains pays à fournir les soins. Etant donné que ce problème concerne directement l'accès aux soins de santé et le travail, il conviendrait de le traiter dans le cadre de l'initiative conjointe OPS/OIT. Il a également été suggéré que les Organes directeurs examinent plus tard la question de la migration des professionnels des soins de santé comme un point séparé de l'ordre du jour.

Plusieurs délégués ont décrit des initiatives entreprises dans leur propre pays dans le domaine général de l'élargissement de la protection sociale en santé. Ils ont souligné pour la plupart le besoin d'une coopération étroite entre les ministères de la santé et du travail, et quelques-uns ont également mentionné le besoin de faire intervenir le ministère de l'environnement. Plusieurs délégués ont également décrit les conférences, réunions et séminaires sur ce thème qui ont été tenus dans leur pays.

Le Dr López Acuña a exprimé ses remerciements pour les suggestions qui enrichiraient le document. Il a expliqué que la protection sociale élargie en santé faisait à la fois partie d'un objectif – à savoir l'amélioration de l'accès universel aux soins de santé – et d'un instrument très important pour obtenir des résultats améliorés, en facilitant l'accès aux soins et en renforçant leur efficacité et leur bien-fondé. En réponse aux demandes d'études de cas et de détails plus approfondis, il a indiqué que l'OPS et l'OIT travaillaient sur un document de référence qui serait beaucoup plus détaillé que le document CE130/14. Il est d'accord avec la suggestion que la méthodologie servant à

étudier l'exclusion ne pouvait utiliser qu'un seul indicateur, car l'exclusion est influencée par des facteurs géographiques, culturels, linguistiques et de nombreux autres.

En ce qui concerne les rôles des deux organisations, il a expliqué que l'OPS travaille avec l'OIT dans de nombreux domaines tels que les maladies professionnelles et la gestion et la planification des ressources humaines. Le travail conjoint sur l'élargissement de la protection sociale en santé est l'un de ces domaines. Pendant trois ans, l'OPS et l'OIT ont tous deux alloué des ressources de leur budget régulier respectif. En outre, la Belgique, la France, la Suède et l'Union européenne ont fait des dons. Il a indiqué que le financement extérieur, notamment celui de la Suède, avait été utilisé à la réalisation d'études pilotes dont l'objet était de caractériser l'exclusion du point de vue de divers indicateurs. Cette tâche se poursuivrait, ainsi que des démarches initiales en vue d'un dialogue social pour déterminer des stratégies destinées à couvrir les populations ayant un accès inadéquat aux services de santé, en particulier celles de l'économie informelle. Une analyse très approfondie a été effectuée pendant plus d'un an sur les évaluations comparatives des régimes de micro-assurance, l'analyse comparative des primes et le comportement des dépenses que les gens doivent payer de leur poche.

Il a souligné que la convergence avait été recherchée avec les initiatives de réforme du secteur de la santé. Il faut espérer qu'avec le paradigme de la synergie que l'OPS et l'OIT s'efforçaient de promouvoir, des ressources pourraient être mobilisées pour venir s'ajouter aux niveaux relativement modestes qui avaient été utilisés jusqu'à présent.

Le Directeur a indiqué que l'OPS était très sensible au besoin de baser les ressources nécessaires sur la demande. Une grande part de la discussion avec l'OIT portait en fait sur ce point précis. Les études ont clairement indiqué que toute mesure de la demande était réellement un puits sans fond et qu'il ne serait jamais possible de satisfaire intégralement les demandes de la population au niveau des services de santé. Les commentaires des délégués ont fait ressortir très clairement qu'il fallait envisager une certaine mesure du besoin, ce qui soulevait une question très difficile, à savoir, comment estimer le besoin en termes des personnes qui sont socialement exclues. Même s'il s'agit là d'une tâche difficile, il serait essentiel de trouver des méthodologies à cette fin.

En ce qui concerne la question de savoir si la protection sociale est un droit ou non, il a noté que le droit à la santé a été reconnu depuis longtemps dans la Région. Dans la Déclaration américaine des droits et des devoirs de l'homme, tous les pays des Amériques ont affirmé que toute personne a le droit aux mesures sanitaires et sociales pour préserver la santé. Dans le même temps, l'OPS a certainement reconnu qu'il y avait des systèmes fondamentalement différents dans les différents pays et qu'il fallait faire la part de l'essence particulière de la réalité locale au plan social et au plan économique. Le Secrétariat s'efforcera de rendre le document plus clair à ce sujet.

Il a voulu rassurer le Comité sur le fait qu'il n'y avait pas de contradiction entre le travail de l'OPS tel que le décrit le document et ce qui se passe à l'OMS. Il pourrait éventuellement y avoir quelques différences conceptuelles relatives aux systèmes de santé, mais fondamentalement, il était convenu que l'objectif essentiel des systèmes de santé était d'améliorer les résultats de la santé. L'OPS pourrait collaborer avec l'OIT de trois façons principales : elle fournirait une analyse de la situation ; elle faciliterait la coopération technique et le partage des expériences entre les pays ; et elle entreprendrait un plaidoyer agressif en faveur du thème de l'exclusion sociale.

L'instabilité économique constitue l'un des problèmes clés dans la question de l'exclusion sociale. Trois raisons fondamentales ont conduit à l'instabilité économique et intensifié le degré d'exclusion sociale dans les pays de la Région : la récession des années 1980 qui a fortement affecté la classe moyenne et diminué sérieusement la capacité des États à mobiliser des contributions pour la sécurité sociale ; la forte volatilité macro-économique des pays ; et la réponse inadéquate des institutions sociales et politiques.

Quant à la question de la migration des professionnels des soins de santé, l'OPS est informé de ce que fait le Secrétariat du Commonwealth et également des activités des pays CARICOM, qui ont convenu de lancer un processus de gestion de la migration. Le sentiment se fait de plus en plus croissant dans certains cercles qu'il est temps d'examiner la migration du personnel de santé sous un angle différent et de reconnaître qu'elle pourrait avoir des conséquences positives. En Jamaïque par exemple, les envois de fonds de Jamaïcains qui ont quitté leur pays représentent entre 8 et 9% du PIB. Une façon de remédier aux pénuries de personnel occasionnées par la migration pourrait être d'étendre la dimension de la formation médicale afin qu'elle soit suffisante à la fois pour satisfaire les propres besoins du pays et aussi pourvoir à « l'exportation » de personnel médical formé. Dans tous les cas, il n'est plus hérétique d'envisager une rentabilité positive de la migration.

Le Comité a adopté la résolution CE130.R9 sur ce point de l'ordre du jour.

Santé et vieillissement (document CE130/15)

Le Dr Martha Peláez (Conseillère régionale sur le vieillissement et la santé, OPS) a présenté une analyse des priorités pour favoriser la santé et les conditions de vie dans le vieillissement, et des propositions pour la mise en œuvre des actions nécessaires pour assurer l'équité en santé des personnes âgées, comme le décrit le document CE130/15. Le document discute également de la situation démographique dans les Amériques, où tous les pays font face à un vieillissement de leur population. En 2025, la population âgée de 60 ans et plus sera d'environ 200 millions selon les estimations, et environ la moitié de cette population vivra en Amérique latine et dans les Caraïbes. La croissance du nombre des personnes âgées menace de provoquer une insécurité économique et des inéquités dans la santé. Il y a un danger que la famille et les supports sociaux s'avèrent inappropriés pour répondre à la situation, avec les risques de discrimination de l'âge et d'autres violations des droits de l'homme fondamentaux. Cette crise pourrait toutefois être évitée en prenant des mesures maintenant et en investissant dans la santé des personnes âgées afin de promouvoir un vieillissement actif et sain. La coopération technique de l'OPS dans le domaine du vieillissement et de la santé vise à permettre aux pays de se préparer et de répondre aux enjeux et aux opportunités créés par une population vieillissante et d'appuyer leurs efforts en vue de l'application du plan d'action international sur le vieillissement qui a été adopté par la deuxième Assemblée mondiale sur le vieillissement qui s'est tenue à Madrid plus tôt dans l'année.

Le plan d'action international établit trois domaines d'intervention prioritaires : encourager la participation des personnes âgées au développement, améliorer leur santé et leurs conditions de vie, et leur assurer des environnements de facilitation et d'aide. Le document CE130/15 proposait un système complet et coordonné de soins, établissait six principes qui sous-tendraient ce système, et définissait plusieurs stratégies pour sa mise en œuvre dont la formulation d'objectifs de promotion de la santé pour les personnes âgées ; la réorientation des soins primaires en vue de la prévention et la gestion des maladies et des conditions dues à l'âge ; l'intégration de services sociaux et de soins de santé pour favoriser un continuum d'appui aux personnes âgées qui risquent de perdre leur autonomie ; et le développement de partenariats en vue du partage de l'information, de la collaboration technique et de l'aide. Le document envisageait également les ressources financières requises et mettait en avant quelques points clés pour délibération. Le Comité a été invité à discuter des moyens de renforcer le cadre de politique et d'intervention de la stratégie régionale en vue de la collaboration technique en matière de vieillissement et de santé, et à examiner des approches futures à la promotion de la santé et du vieillissement ; et à appuyer la mobilisation des ressources internationales qui permettrait une exécution appropriée du plan d'action international sur le vieillissement de Madrid.

Le Comité exécutif a déclaré que le document constituait un bon cadre pour répondre aux besoins de santé d'un vieillissement rapide de la population dans la Région. Conceptuellement, il embrassait un modèle de santé et de vieillissement complet et coordonné à la fois dans le secteur de la santé et parmi d'autres secteurs qui ont contribué aux bonnes conditions de santé et aux services de santé durables. La deuxième Assemblée mondiale sur le vieillissement a offert une opportunité aux pays de réexaminer le vieillissement aux niveaux national et international et de réitérer leur engagement à améliorer la vie des personnes âgées, et le Comité a noté avec satisfaction que l'OPS travaillait à appliquer les résultats de cette Assemblée à la Région. Quelques délégués ont toutefois déconseillé de préparer un autre long document sur le sujet. Au lieu de cela, l'OPS devrait travailler avec les pays pour établir une liste des priorités communes à la Région et des actions mesurables spécifiques qui pourraient être entreprises pour améliorer la santé et les conditions de vie de la population vieillissante.

Le délégué du Canada a accueilli avec satisfaction la mesure dans laquelle le document s'était inspiré d'un « Guide pour le développement d'un système complet d'appui pour promouvoir un vieillissement actif, » qui a été produit conjointement par le Mexique et le Canada.

Un délégué a suggéré que la section du document portant sur « L'accès à des services de soins de santé appropriés et des soins à long terme » devrait accorder une plus grande attention au développement d'options de soins communautaires dont les logements disposant d'un soutien et les résidences assistées, qui constituent dans certains pays une alternative efficace par rapport au coût à l'institutionnalisation. On a également suggéré que la prévention et la lutte contre les blessures devraient être incorporées parmi les objectifs de promotion de la santé dans la section sur les stratégies, car la recherche a montré que les blessures non intentionnelles, les chutes en particulier, sont la cause la plus importante et évitable d'hospitalisation et d'incapacité à long terme des personnes âgées.

Dans la section 3.3.1, « Etablir des objectifs de promotion de la santé pour les personnes âgées, » il a été suggéré que l'anxiété et la dépression devraient être considérées comme des résultats de la santé mentale plutôt que comme des facteurs de risque. L'isolement social, la pauvreté et les conditions physiques incapacitantes sont quelques-uns des facteurs de risque majeurs de l'anxiété et la dépression. On a estimé que la démence ne devrait pas être reprise sous le titre « Que peut-on faire, » du fait que la démence ne relève pas de la prévention ou du traitement de la même manière que l'anxiété et la dépression.

Plusieurs délégués ont mis en avant l'importance de donner une perspective plus vaste à l'impact direct qu'une amélioration ou une détérioration des conditions de santé d'une population particulière pourrait avoir sur les résultats de la santé d'une autre

population. Les interactions entre la santé et le vieillissement et les questions telles que les maladies chroniques et la réforme des soins de santé ont également été soulignées. Plusieurs délégués ont décrit le travail qui se faisait dans leur pays sur le thème de la santé et du vieillissement.

Il a été remarqué que l'impact des problèmes de santé et vieillissement varie dans la Région, car les différents pays accusent des taux différents de mortalité et d'espérance de vie, des proportions différentes de personnes âgées dans la population prise dans son ensemble, etc. Dans le même temps, il ne s'agit pas simplement de réduire la mortalité ou d'augmenter l'espérance de vie, il s'agit surtout, et essentiellement, de la qualité de vie qui pourrait être offerte à la population des personnes âgées. Cette question comporte deux aspects principaux : d'une part, l'aspect lié à la promotion de la santé et aux types spécifiques de protection en santé pour les personnes âgées, et de l'autre, l'aspect lié au suivi et à la réglementation des installations résidentielles et autres qui leur sont destinées. Sans cette réglementation et cette supervision, il existe le risque de violations graves des droits de l'homme des personnes âgées, en particulier quand ces personnes ne disposent pas de l'appui d'une cellule familiale. Il faut une approche globale et intégrée, mais dans le même temps, les pays doivent être en mesure de choisir les caractéristiques qui sont appropriées à leur situation démographique individuelle.

La recherche sur le suivi et l'évaluation est considérée comme un rôle important de l'OPS. Les ministres de la santé dans les pays doivent avoir des preuves adéquates des impacts des initiatives, programmes et politiques de promotion de la santé au niveau national, et la coopération technique de l'OPS pourrait les aider à rassembler les données nécessaires pour déterminer ces impacts.

Le Dr Peláez a remercié les délégués de leurs commentaires et de leur vote de confiance dans le programme. Elle est particulièrement reconnaissante des suggestions spécifiques sur des domaines particuliers qui pourraient améliorer le contenu du document, notamment ceux de la santé mentale et des soins communautaires.

Notant que le développement actuel des initiatives sur le vieillissement relève largement du secteur privé, elle a fait référence au besoin de déterminer la forme que prendra la collaboration entre les secteurs public et privé. Ceci s'applique particulièrement aux questions de suivi et de réglementation des installations pour les personnes âgées. Elle a convenu qu'il faut une coordination étroite sur le terrain entre les programmes concernant le vieillissement et ceux concernant les maladies chroniques, ainsi qu'entre la santé et le vieillissement et la réforme des soins de santé, et que le problème global n'était pas seulement la longévité accrue, mais aussi les droits de l'homme des personnes âgées.

En rappelant que la recherche sur ces thèmes a pris la forme de l'Étude à centres multiples sur l'âge, les conditions de vie et la santé (SABE) des personnes âgées, elle a

indiqué que les résultats de SABE ont permis à l'OPS d'axer plus efficacement sa coopération technique. L'OPS est prête à fournir ces résultats aux différents pays, tout en continuant à les appuyer alors qu'ils mènent à bien leur propre recherche.

Le Comité a adopté la résolution CE130.R19 sur ce point de l'ordre du jour.

Stratégie régionale pour la réduction de la mortalité et la morbidité maternelles (document CE130/16)

Le Dr Virginia Camacho (Conseillère régionale, Initiative de réduction de la mortalité maternelle, OPS), a présenté une vue d'ensemble de l'approche de l'OPS visant à réduire la mortalité et la morbidité maternelles. La mortalité maternelle demeure un domaine de la santé publique dans lequel très peu de progrès ont été accomplis, même si les connaissances des causes de la mortalité se sont approfondies et même s'il existe des interventions effectives basées sur les faits observés dans les environnements pauvres en ressources. On sait par exemple, que la grande majorité des décès maternels se doit à des causes obstétriques directes, même dans les pays avec de faibles taux de mortalité maternelle ; 80% de tous les décès post-partum se sont produits dans la première semaine qui a suivi la naissance de l'enfant ; 15% des femmes qui accouchent ont des complications sérieuses ; et 1 à 2% des femmes qui accouchent ont besoin d'une intervention obstétrique majeure pour survivre. D'autres leçons tirées ont été qu'il était essentiel d'avoir un engagement politique à long terme pour réduire la mortalité maternelle ; que toute grossesse courait un risque et que par conséquent toute grossesse nécessitait une assistance qualifiée à l'accouchement ; que la qualité et la couverture des soins devaient être améliorées ; qu'il fallait accroître les options de méthodes contraceptives pour assurer leur accès et utilisation ; et qu'il était avantageux de retarder la première naissance.

L'histoire a montré que la clé pour la réduction de la mortalité maternelle ne se trouve pas uniquement dans le développement économique et social général, mais aussi dans un traitement efficace, disponible et accessible. Une étude de l'OMS a montré par exemple une forte corrélation entre les faibles taux de mortalité maternelle et une assistance qualifiée à l'accouchement. Par conséquent, l'OPS encourage actuellement une approche plus recentrée, portant sur des interventions efficaces par rapport au coût comme les soins obstétriques essentiels et un accès amélioré aux services de soins de santé maternelle de bonne qualité.

La stratégie régionale de réduction de la mortalité et de la morbidité maternelles visait à traduire ces leçons en actions. La stratégie s'est efforcée de promouvoir des politiques et des directives publiques efficaces aux niveaux national et municipal ; d'encourager les bonnes pratiques et les interventions basées sur les faits observés, notamment les soins obstétriques essentiels et une assistance qualifiée à l'accouchement ;

d'intensifier les interventions et la participation communautaires ; de nouer des partenariats et des coalitions ; de renforcer les systèmes de surveillance de la mortalité et la morbidité maternelles ; d'assurer le financement des services de santé maternelle et périnatale dans la réforme du secteur de la santé ; et d'accroître l'investissement dans les interventions de promotion de la santé maternelle et périnatale.

Les interventions préconisées dans la stratégie ont déjà fait leurs preuves. Dans un district en Équateur par exemple, l'assistance qualifiée à l'accouchement a augmenté de 80% en trois ans, et au Honduras, elle a réussi à réduire de 40% son taux de mortalité maternelle au cours des sept dernières années. Avec un effort concerté, il serait sûrement possible de réduire les taux de mortalité maternelle à moins de 100 par 100 000 naissances vivantes dans tous les pays de la Région et de combler le fossé de la mortalité maternelle entre pays et dans les pays.

Le Comité exécutif a applaudi le document et exprimé sa satisfaction à propos des changements apportés à la suite de la discussion du SPP d'une version antérieure. Le document est maintenant plus centré sur la décision d'interventions sur une base individuelle, en tenant compte des faits observés du passé et des bonnes pratiques, ainsi que de l'évaluation du risque spécifique à chaque grossesse individuelle. Les taux de mortalité maternelle d'une ampleur disproportionnée parmi les femmes pauvres et déshéritées représentent une des manifestations les plus marquantes de l'inéquité dans la santé, en particulier du fait que la grande majorité de ces décès est évitable. Le Comité a souligné que l'amélioration de la situation devrait être une priorité de santé publique principale de tous les gouvernements.

Il a été remarqué que le taux de mortalité maternelle n'est pas seulement un indicateur de la santé, mais également un indicateur important du développement. Les problèmes qui contribuent aux taux élevés de mortalité maternelle doivent être affrontés par la communauté dans son ensemble. Un délégué a signalé qu'une initiative communautaire destinée à identifier les femmes enceintes et veiller à ce qu'elles reçoivent les soins prénatals appropriés s'est avérée extrêmement efficace pour réduire la mortalité maternelle dans son pays. Le fait qu'une proportion importante de femmes enceintes n'a pas le soutien de leur partenaire masculin pendant et après la grossesse est un autre argument qui milite en faveur de l'intervention communautaire. Les partenaires masculins devraient également faire l'objet de campagnes d'éducation et de promotion de la santé visant à encourager une maternité sans risque.

Plusieurs délégués ont fait ressortir le besoin de formation, de coopération inter-institutionnelle, et surtout, d'une approche multisectorielle. Cette approche devrait tenir compte des facteurs socio-économiques, de l'emploi et des défis de l'éducation qu'affrontent les femmes en plus de leurs besoins sur les plans de la santé et de la nutrition. Ils ont souligné que la réduction de la pauvreté et l'éducation sont des stratégies cruciales, car la majorité des décès maternels se produit parmi les femmes les plus pauvres qui ont le moins d'éducation. Il est également essentiel de prêter attention aux conditions de santé et de nutrition bien avant qu'elles n'atteignent l'âge d'avoir des enfants afin de réduire les risques et d'améliorer les résultats des grossesses.

Il a également été considéré critique d'améliorer la qualité des soins dans le but d'éliminer les inégalités telles que celles qui existent souvent entre centres urbains et zones rurales éloignées, qui témoignent généralement de taux plus élevés de mortalité. En ce qui concerne la qualité des soins et l'accès aux services, les délégués ont noté que les femmes qui courent le plus de risque de complications sont souvent celles provenant des couches socio-économiques défavorisées. Par conséquent, même si ces services étaient remboursés, de nombreuses femmes n'y auraient pas accès parce qu'elles ne sont pas en mesure de payer les dépenses initiales de leur poche. Le problème du financement pose peut-être le plus grand défi à l'accès universel aux soins de santé des femmes pauvres et marginalisées dans les Amériques. Il faudrait mettre l'accent de façon permanente sur le développement de stratégies novatrices en vue d'un financement durable et de l'amélioration de l'accès aux soins de santé.

Plusieurs suggestions ont été faites pour améliorer le document. Des délégués ont exprimé leur préoccupation au sujet de la phrase « toute grossesse comporte un risque, » qui est peut-être trop générale et qui peut exagérer le degré de risque. Il a été suggéré que la section 2.1, « Situation actuelle de la morbidité et de la mortalité maternelles » devrait porter davantage sur d'autres causes de mortalité maternelle, car seule la grossesse des adolescentes est discutée en détail. Il serait utile d'avoir une discussion tout aussi détaillée des autres facteurs et de la façon dont ils pourraient être évités. Plusieurs délégués ont demandé des précisions sur certains des chiffres figurant dans le document et ont offert de fournir des données plus actualisées et une information méthodologique sur la surveillance de la mortalité maternelle.

Un délégué a exprimé l'avis que la phrase « services de santé reproductive » dans le contexte international a maintenant une connotation de services d'avortement et il a recommandé qu'elle soit changée en « soins de santé reproductive » de façon à ne pas donner l'impression que le document encourage en aucune sorte l'avortement dans la Région. Etant donné que le document souligne que les avortements à risque contribuent à la mortalité maternelle dans un nombre de pays, il devrait également mettre l'accent sur la prévention de l'avortement, en particulier par la réduction des grossesses non planifiées. Un autre délégué a estimé que le document accordait une attention excessive

aux soins obstétriques essentiels à l'exclusion d'autres stratégies comme la prévention, l'éducation et les soins prénatals, en particulier en portant sur les infections sexuellement transmissibles, le VIH/SIDA et le recours à l'avortement à risque.

On a souligné aussi que le document se réfère principalement à la mortalité maternelle, en négligeant quelque peu la morbidité. Le lourd fardeau de la maladie et de l'incapacité des femmes imputable aux complications de la grossesse et de l'accouchement ou à des avortements à risque doit constituer une part explicite de tous les programmes et politiques de santé maternelle.

Le Dr Camacho a exprimé sa reconnaissance pour les commentaires et suggestions utiles du Comité qui seraient pris en compte dans la version révisée du document. Elle apprécie l'engagement dont les délégués ont fait part envers ce problème et elle remercie ceux qui ont offert de fournir des données plus actualisées ou plus détaillées.

Le Directeur a dit que les niveaux élevés de mortalité maternelle dans la Région sont l'une de ses plus grandes préoccupations. Lorsque l'on examine les progrès accomplis dans la réduction de la mortalité infantile, on peut se demander pourquoi des progrès similaires n'ont pas été faits au niveau de la mortalité maternelle, en particulier du fait que de nombreux problèmes à traiter sont les mêmes : la pauvreté, le développement, l'éducation. Peut-être faut-il chercher une partie du problème dans le fait que les pays de la Région sont réticents à reconnaître que le problème existe réellement. Si c'est de cela qu'il s'agit, il convient alors d'en parler ouvertement.

Comme l'a précisé le document, les technologies requises sont disponibles ; la question est de savoir comment galvaniser les pays pour qu'ils les utilisent. Le Directeur a précisé que l'accent mis sur les soins obstétriques essentiels ne signifie pas que d'autres activités ne sont pas tout aussi importantes. Une approche multifactorielle est essentielle. Dans les pays où les taux de mortalité maternelle sont les plus élevés, il faudrait appliquer des interventions spécifiques tout en reconnaissant que dans les pays accusant des taux plus faibles, il faudrait envisager un large spectre d'activités pour améliorer la situation.

Le Comité a adopté la résolution CE130.R10 sur ce point de l'ordre du jour.

Santé publique : la réponse aux maladies chroniques (document CE130/17)

Le Dr Sylvia Robles (Coordinatrice, Programme des maladies non transmissibles, OPS) a décrit l'approche de santé publique développée par l'OPS pour s'attaquer au fardeau croissant des maladies chroniques non transmissibles (MNT) dans la Région. Cette approche combine la gestion des risques de la population en vue de la prévention

des MNT à des modèles de soins primaires pour répondre aux besoins des maladies aiguës et chroniques. Même si elles continuent à avoir la réputation de maladies de milieux aisés, les maladies chroniques non transmissibles, en particulier les maladies cardiovasculaires sont maintenant les causes principales de décès prématuré et d'incapacité dans tous les pays des Amériques. Elles imposent également un lourd tribut social et économique car elles affectent généralement les adultes pendant leurs années les plus productives, privant ainsi les familles de leur gagne-pain principal. Leur impact sur les défavorisés des pays en développement est particulièrement dramatique. De plus, les maladies chroniques pourraient elles-mêmes conduire à la pauvreté car le coût du traitement est souvent exorbitant. Il est par conséquent impératif de trouver des stratégies durables et efficaces par rapport au coût pour prévenir ces maladies.

Les actions visant à la réduction multifactorielle des maladies non transmissibles ont été une composante clé de l'approche régionale. Il s'agit d'un réseau de programmes communautaires connu sous son acronyme espagnol, CARMEN. Il existe une initiative parallèle dans les Caraïbes, le Programme d'intervention sur le mode de vie dans les Caraïbes (CARLI). CARMEN est fondée sur le concept d'une action intégrée visant à réduire une série de facteurs de risques communs à de nombreuses maladies non transmissibles. CARMEN et CARLI partagent trois éléments communs à tous les programmes réussis de prévention et de contrôle des MNT : 1) le renforcement des politiques portant sur des déterminants de macro-niveau des MNT ; 2) des mesures communautaires ; et 3) des services de santé visant à répondre aux besoins. CARMEN est l'un des six réseaux régionaux en œuvre dans chacune des régions de l'OMS. Ces réseaux offrent des possibilités d'évaluer l'efficacité des interventions, d'échanger des expériences entre pays et de formation. D'autres composantes de la stratégie de l'OPS sont la surveillance des MNT et des facteurs de risque, des modèles novateurs de soins aux maladies chroniques, et un plaidoyer pour un changement de politique. Le document donne des informations sur les activités envisagées dans chacun de ces domaines.

Le Comité exécutif a été invité à commenter sur la façon dont l'OPS pourrait renforcer son approche de santé publique des MNT chroniques, en particulier à l'aide de l'initiative CARMEN et aider les États Membres à affronter le double fardeau des maladies transmissibles et non transmissibles.

Le Comité a approuvé l'approche de santé publique présentée dans le document et félicité l'OPS des efforts qu'elle accomplit pour aider les pays à lutter contre les maladies chroniques non transmissibles qui représentent un problème de plus en plus pesant pour les pays industrialisés et en développement de la Région. Le Comité a souligné le besoin de prévention pour réduire l'occurrence des MNT chroniques et réduire ainsi leurs coûts économiques et sociaux exorbitants. Afin de prévenir ces maladies, il est fondamental de lutter contre les facteurs de risque qui contribuent à leur occurrence. A cette fin toutefois, il est nécessaire de déterminer quels sont les facteurs de risque, ce qui dénote le besoin de

recherche et d'un investissement accru dans la recherche. Les études devraient également envisager l'ensemble des facteurs de comportement, environnementaux, alimentaires et autres qui pourraient jouer un rôle dans le développement des MNT chroniques. La promotion de la santé et l'éducation sont également des éléments cruciaux pour convaincre les personnes de changer leur comportement potentiellement dangereux et leur donner les connaissances dont ils ont besoin pour prendre une plus grande responsabilité de leur propre santé. Il faut que la recherche intervienne également dans le domaine de la promotion et de l'éducation de la santé pour déterminer les interventions les plus efficaces. Le Comité a vu dans cette recherche un rôle clé de coopération technique de l'OPS.

CARMEN est considérée comme un véhicule d'une grande efficacité pour prévenir les maladies et promouvoir la santé, car elle offre une approche intégrée des MNT chroniques et de leurs facteurs de risque communs. CARMEN a un autre avantage : l'accent qu'elle met sur la participation communautaire et l'action multisectorielle, qui sont des volets essentiels de tout programme décidé à prévenir avec succès les MNT chroniques. Il a été suggéré que le document offre des informations plus détaillées sur l'initiative CARMEN et sur les stratégies destinées à réduire les facteurs communs de risque.

Le Comité a souligné que dans le cas du VIH/SIDA et d'autres maladies liées au risque, les efforts de promotion de la santé doivent cibler non seulement les individus mais aussi leur famille et la société dans son ensemble, dans le but de procéder à un changement culturel et d'encourager des environnements qui découragent les comportements malsains et à risque. Le représentant de la Banque interaméricaine de développement a indiqué qu'une initiative conjointe de l'OPS et de la BID était née du besoin de renforcer la sensibilisation du public des facteurs de risque des MNT chroniques et de créer une culture de prévention dans laquelle les personnes acceptaient le besoin de prendre certaines mesures pour prévenir les maladies chroniques non transmissibles de la même façon qu'elles acceptaient le besoin d'être immunisées pour se protéger de maladies évitables par l'immunisation.

Plusieurs délégués ont noté à nouveau l'interaction entre les MNT chroniques et le thème de la santé et du vieillissement et ils ont estimé qu'elle devrait être soulignée de façon plus marquée dans le document sur les deux thèmes. Un délégué a fait remarquer que ce thème est également lié à celui de la PCIME, du fait que les mesures prises pour prévenir les problèmes de santé de l'enfance aideraient également à prévenir les problèmes de santé plus tard dans la vie. A l'aide de l'éducation en santé, il faut empêcher que les enfants commencent à fumer et prennent d'autres habitudes malsaines qui pourraient aboutir à des MNT chroniques et il faut les encourager à pratiquer l'exercice physique et à adopter des modes de vie sains.

Notant que le document ne fait pas mention de la stratégie mondiale formulée actuellement par l'OMS sur l'alimentation, l'exercice physique et la santé pour la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles, un délégué a prié instamment l'OPS d'intervenir activement dans l'élaboration de la stratégie. L'OPS a offert un forum précieux pour les discussions et les apports des États Membres concernant d'autres initiatives stratégiques d'importance mondiale telles que celles sur la performance du système de santé et l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants. Il est important que l'Organisation intervienne à nouveau pour jouer un rôle dans le cas de la stratégie mondiale de lutte contre les MNT. Le délégué a également prié les États Membres de soumettre leurs commentaires sur la version provisoire du rapport de la consultation d'experts organisée par l'OMS et l'Organisation pour l'Agriculture et l'Alimentation (FAO) des Nations Unies sur l'alimentation, la nutrition et la prévention des maladies chroniques, car les recommandations contenues dans le rapport constitueraient la base de la stratégie mondiale.

Le Dr Robles a souligné que la stratégie de l'OPS utilisait une approche intégrée qui tenait compte à la fois des maladies chroniques non transmissibles et de leurs facteurs de risque. Comme l'ont observé les délégués, CARMEN a offert la possibilité d'intégrer les actions et d'assurer la durabilité des initiatives de prévention et de contrôle des MNT. Elle a également fourni un cadre pour la collaboration internationale et pour l'évaluation de l'efficacité et de l'impact des interventions. Elle est d'accord sur le fait que l'importance de la prévention des risques qui ciblent la famille et la communauté puisque les facteurs de risque ont une composante qui est socialement construite. De plus, les familles pourraient contribuer à la prévention qui commence à l'enfance et qui se poursuit tout au long du cycle de la vie. Pour cette raison, les actions familiales et communautaires représentent une composante clé de l'approche de santé publique de l'OPS, en même temps que le renforcement des politiques publiques et les services de santé qui répondent aux besoins.

Le Directeur est d'accord qu'il faut aborder les MNT pendant la durée du cycle de la vie. La prévention des maladies et la promotion de la santé devraient commencer pendant l'enfance et même avant la naissance, car il existe des preuves manifestes que les conditions intra-utérines influencent la tendance des personnes aux maladies chroniques plus tard dans leur existence. Par conséquent, la promotion de la santé maternelle pourrait constituer une mesure préventive de réduction de la prévalence des maladies chroniques.

Il a également convenu que les stratégies de promotion de la santé devraient cibler la société prise dans son ensemble. Toutefois, alors que les interventions au niveau de la population s'avèrent impératives dans quelques cas précis, les interventions ciblant les personnes sont également nécessaires. Il a espéré que le document indique clairement que les deux approches ne sont pas du tout antagonistes. Il y a des cas où l'État doit prendre des mesures pour réduire ou éliminer les facteurs qui présentent un risque pour la

population – par exemple, des mesures qui réduisent le risque de l'usage du tabac. Mais il est tout aussi important de porter l'attention sur le changement des comportements individuels.

En ce qui concerne la version préliminaire du rapport de la consultation d'experts OMS/FAO, il n'a pas eu la possibilité de lire le document en détail. Lorsqu'il l'aura fait, il sera en position de conférer avec les États Membres pour discuter de l'opportunité et de l'utilité d'une consultation au niveau régional d'un travail ultérieur concernant le développement de la stratégie mondiale des maladies non transmissibles.

Il a noté avec satisfaction que le Comité avait mentionné le sujet de la recherche, qui représente un aspect important de l'approche de l'OPS des MNT. Actuellement, l'Organisation parraine un projet de recherche à centres multiples dont l'objectif est de déterminer la meilleure façon de changer le comportement des groupes et des personnes individuelles et à quel stade ils seraient les plus réceptifs à des messages de promotion de la santé. L'information concernant le projet n'a pas été incorporée dans le document CE130/17 du fait que les documents de travail soumis aux Organes directeurs sont volontairement courts. Toutefois, lors de la révision du document pour la Conférence, le Secrétariat s'efforcerait d'incorporer une information plus complète sur la recherche et sur CARMEN, une initiative dont l'Organisation est très fière.

Le Comité a adopté la résolution CE130.R13 sur ce point de l'ordre du jour.

Femmes, santé et développement (document CE130/18)

Le Dr Marijke Velzeboer-Salcedo (Coordinatrice, Programme femmes, santé et développement, OPS) a décrit le travail de son programme pour combler le décalage en matière d'équité hommes-femmes dans le domaine de la santé dans les Amériques. Selon la définition de l'OPS de l'inéquité, les inéquités de genre sont des inégalités entre les hommes et les femmes qui sont inutiles, évitables et injustes. L'équité hommes-femmes en matière de santé ne veut pas nécessairement dire que les hommes et les femmes auraient les mêmes taux de mortalité et de morbidité, mais signifie plutôt qu'ils ont accès à des chances égales qui leur permettent de jouir d'une bonne santé et de ne pas tomber malades, devenir invalides ou mourir prématurément de causes évitables. Ce concept signifie également que les ressources en matière de santé sont réparties selon les besoins différents des hommes et des femmes, indépendamment de leur capacité à payer, et que les hommes et les femmes contribuent au paiement des soins de santé selon leur capacité économique et non selon leurs risques de santé et de santé reproductive.

Il est de plus en plus évident que les inéquités de genre affectent l'état de santé, l'accès aux services de santé et la qualité des soins reçus. Les taux de mortalité maternelle de la Région élevés au point d'en être inacceptables et la violence à l'égard

des femmes qui affecte plus d'un tiers d'entre elles, témoignent par exemple de l'impact des inéquités de genre sur l'état de santé des femmes. Ces disparités interagissent également avec la pauvreté, le niveau d'instruction et l'appartenance ethnique et elles sont aggravées par ces facteurs. La mortalité féminine excessive est beaucoup plus élevée parmi les femmes pauvres. Pendant la durée de leur vie, les femmes ont tendance à avoir recours aux services de santé plus souvent que les hommes en raison de leur rôle reproducteur et de leur espérance de vie plus longue. Toutefois, les femmes pauvres ont recours aux services de santé moins souvent que les hommes et dépensent de leur poche plus que les hommes pour les soins de santé. Les inéquités de genre affectent également la prestation des soins de santé. Bien que les femmes représentent 80% de la main-d'œuvre du secteur de la santé, elles travaillent principalement aux niveaux de revenu et de statut les plus bas. De plus, leur contribution à la santé au sein de la famille et de la communauté n'est pas rémunérée.

Le Programme de l'OPS sur la femme, la santé et le développement a été établi pour aider les États Membres à réaliser l'équité hommes-femmes dans le domaine de la santé. En fonction de ce mandat et des besoins des États Membres, le Programme a défini cinq domaines stratégiques d'action : 1) incorporer une perspective de genre dans l'analyse de situations de santé afin de mieux cibler politiques et programmes ; 2) suivre l'impact des politiques de santé et des processus de réforme relatifs à l'équité hommes-femmes en santé ; 3) formuler et appliquer des modèles qui traitent les inéquités de genre en santé d'une manière intégrée ; 4) appuyer les activités de sensibilisation à l'aide de stratégies d'information, d'éducation et de communication et des matériels de plaidoyer et de formation ; et 5) incorporer la perspective de genre dans les politiques et programmes de l'OPS et des États Membres.

Le document décrit les activités principales du Programme dans chacun de ces domaines et présente une série d'actions que le Programme recommande aux États Membres pour combler le décalage entre les sexes. Ces recommandations sont fondées sur les engagements pris par les pays dans le cadre des diverses conventions mondiales et régionales sur les droits des femmes et la santé des femmes, ainsi que sur les recommandations du Sous-Comité sur la femme, la santé et le développement de l'OPS.

Dans la discussion qui a suivi la présentation du Dr Velzeboer, les membres du Comité ont fait part de leur satisfaction sur les révisions apportées au document depuis l'examen d'une version antérieure du SPP, en particulier celles qui précisent la signification du terme « équité de genre » et de la terminologie apparentée. On a toutefois suggéré que la déclaration indiquant que « le paiement des soins de santé selon leur capacité économique » contredit en quelque sorte l'affirmation spécifiant que l'équité de genre signifie que les hommes et les femmes reçoivent les soins de santé conformément à leurs besoins différents et indépendamment de leur capacité à payer. Quelqu'un d'autre a également suggéré que le document devrait porter davantage sur les réalisations

concrètes du Programme à ce jour, son travail en cours et ses priorités futures. Les délégués ont applaudi l'attention que porte le document aux besoins de santé mentale des femmes, mais ont estimé que cette question ne devrait pas être mentionnée uniquement dans le contexte de la violence à l'égard des femmes.

La déléguée du Canada a offert l'expertise de son pays pour aider le Programme à compiler et analyser des données désagrégées par sexe.

Le Dr Velzeboer-Salcedo a remercié la déléguée canadienne de son offre. Elle a indiqué que, depuis la dernière session du Sous-Comité sur la femme, la santé et le développement, le Programme avait recruté un spécialiste de l'analyse des genres, qui était venu renforcer la capacité du Programme à collaborer avec les pays dans ce domaine. En ce qui concerne les suggestions sur le document, elle a indiqué que c'était une bonne idée de donner un large aperçu de ce que le Programme avait accompli et ce qu'il avait l'intention de faire à l'avenir, en soulignant la façon dont il pouvait aider les pays. C'est la raison pour laquelle le document ne comporte pas beaucoup de détails sur les réalisations concrètes, mais le Programme s'efforcera d'inclure des informations plus précises dans la prochaine version. Quant aux priorités futures, les domaines stratégiques déterminés dans le document représentent les domaines prioritaires sur lesquels le Programme porterait ses efforts dans les années à venir.

En réponse aux commentaires sur la santé mentale, elle a expliqué que ce thème était mentionné explicitement dans la section sur la violence envers les femmes parce que le travail du programme dans ce domaine est parfois incorporé dans le département de santé mentale des ministères de la santé dans les dix pays dans lesquels était appliqué le modèle de violence à l'égard des femmes. L'objectif était d'utiliser les réseaux communautaires établis dans le cadre du modèle pour aborder également les besoins de santé mentale et autres besoins de soins de santé primaires des femmes. À El Salvador par exemple, plusieurs réseaux communautaires travaillent déjà sur les problèmes de santé mentale, en plus de leur travail concernant la violence à l'égard des femmes.

Le Comité a adopté la résolution CE130.R14 sur ce point de l'ordre du jour.

Évaluation du Centre panaméricain de génie sanitaire et des sciences de l'environnement (CEPIS) (document CE130/19)

M. Roberto Rivero (Bureau de l'analyse et de la planification stratégique, OPS) a indiqué que le Directeur du Bureau sanitaire panaméricain avait demandé au Bureau de l'analyse et de la planification stratégique de l'OPS de mener, en collaboration avec le National Audit Office du Royaume-Uni, une évaluation globale de la pertinence, de l'efficacité et de l'efficience du Centre panaméricain de génie sanitaire et des sciences de l'environnement (CEPIS). Il était espéré que ce processus aboutirait à un modèle d'évaluation applicable à d'autres centres de l'Organisation. Le Directeur avait demandé à l'équipe d'évaluation d'examiner quatre questions : si le motif pour lequel l'OPS exploite ce centre est toujours valide ; la nature des relations de travail entre le CEPIS et les bureaux de pays de l'OPS et si ces relations favorisent vraiment des synergies ; les perspectives financières à moyen et long terme du CEPIS et des suggestions sur la façon de l'améliorer ; et si l'intégration au CEPIS des ressources de l'ancien Centre panaméricain d'écologie humaine et de santé (ECO) a été un succès.

Les grandes questions posées par le Directeur ont abouti à trois axes d'évaluation : si le CEPIS offrait une coopération technique efficace, pertinente, utile et de qualité, qui contribue à améliorer la santé et l'environnement dans les Amériques ; si le CEPIS est bien géré ; et si l'intégration au CEPIS d'une partie des ressources de l'ancien Centre ECO a créé les synergies escomptées. Cette évaluation a été menée par une analyse détaillée du matériel et des données du Centre ; une analyse d'un échantillon de dossiers de projets du CEPIS, et des entrevues avec du personnel du CEPIS, d'importants partenaires au Pérou, des employés du siège de l'OPS et d'autres experts régionaux ainsi que par des sondages.

L'évaluation a produit quatre conclusions principales. Premièrement, le CEPIS est perçu comme un instrument précieux de coopération technique. Toutefois, il devrait adapter son rôle et ses fonctions actuels de façon à être plus proactif et travailler davantage avec des réseaux d'institutions, ce qui aurait un effet multiplicateur sur sa coopération technique. Deuxièmement, le CEPIS devrait chercher à devenir un organisme catalyseur comme l'avait recommandé le Groupe consultatif spécial de 1998. Ceci signifierait que les processus de planification, programmation et préparation du budget du CEPIS devraient trouver une meilleure façon de répartir les ressources prévues dans son budget ordinaire. Troisièmement, le CEPIS devrait arrêter une stratégie appropriée de mobilisation des ressources et se doter d'une capacité interne permanente pour la mobilisation des ressources. Cela nécessiterait des fonds supplémentaires que le CEPIS pourrait trouver à l'interne en réaménageant ses propres ressources ou qu'il pourrait obtenir auprès du Directeur de l'OPS sous forme de crédits supplémentaires. Quatrièmement, l'édification d'un « nouveau » CEPIS n'est pas encore terminée et cet objectif mérite le soutien d'un organe consultatif externe. De plus, l'évaluation a donné

lieu à une quantité importante de recommandations dans les domaines de l'efficacité et la pertinence, de la gestion, et de la fusion CEPIS-ECO.

Le Comité exécutif a félicité le Secrétariat pour la qualité du résumé et du rapport intégral d'évaluation. Le Comité a estimé que l'information contenue dans le rapport est très utile pour mieux informer les États Membres du rôle important que jouent les Centres. Il a également estimé que la collaboration de l'auditeur externe avait été très avantageuse. Il a été suggéré qu'une ou deux évaluations de ce type soit réalisée par année et que leurs résultats soient communiqués aux Organes directeurs. On a fait remarquer que la question fondamentale dans l'évaluation d'un de ces centres était de savoir s'il contribuait à la réalisation des plans et des programmes de l'Organisation et de ses États Membres et dans quelle mesure. Toute recommandation en vue de changements à apporter devrait être envisagée dans la même optique.

Des délégués ont mis en garde sur le fait que le rapport faisait l'objet de quelques préjugés internes car il était fait largement appel aux sondages et entrevues avec les parties prenantes. De plus, la méthodologie de l'évaluation aurait pu être améliorée à l'aide de mesures quantitatives. Néanmoins, dans les limites de ces contraintes, les résultats étaient utiles en tant qu'instrument pour renforcer la responsabilité et la réactivité du Centre, et l'application intégrale des recommandations de l'équipe d'évaluation apporterait des améliorations à la capacité du Centre. Un soutien a été exprimé en particulier pour la recommandation selon laquelle le CEPIS devrait jouer un rôle plus proactif et plus prospectif et devrait guider les États Membres dans l'utilisation des évaluations de santé et d'environnement.

Alors que le degré de désorganisation qui s'est produit à la suite de la fusion avec ECO est relativement normal et serait probablement résolu en temps opportun, il faut se demander s'il est réaliste de s'attendre à ce que le CEPIS comble tous les besoins de tous les pays de la Région. Peut-être faudrait-il des alliances avec, par exemple, l'Institut caraïbe de santé et environnement de Sainte-Lucie, ce qui permettrait une plus grande intervention des pays éloignés du CEPIS. La déléguée de la Jamaïque a indiqué que le CARICOM entreprend actuellement avec l'assistance de l'OPS un examen des institutions régionales en place dans la zone du CARICOM, dont l'Institut caraïbe de santé et environnement. Il n'exclurait pas une forme de fusion des fonctions ou d'alliance avec le CEPIS, mais il s'agit là d'une question à considérer lorsque les évaluations seraient terminées.

Il a été suggéré que du fait que le rapport reconnaissait quelques faiblesses importantes dans le Centre, avant que ce thème ne soit présenté à la Conférence sanitaire panaméricaine, un addendum au rapport pourrait être préparé pour répondre aux recommandations qui ont été faites, donnant ainsi une image globale non seulement de l'évaluation mais aussi de la façon dont le Secrétariat considère les recommandations.

Des délégués ont déterminé cinq domaines dans lesquels cette information supplémentaire pourrait être utile : la fusion avec ECO et son échec à produire la synergie escomptée ; l'absence actuelle d'un plan financier ; l'absence d'une équipe confirmée de gestion ; l'absence d'un plan stratégique à moyen terme ; et le besoin d'une présence plus marquée dans les pays anglophones des Caraïbes.

Le M. Rivero a remercié le Comité exécutif de ses commentaires. Il a fait remarquer que l'évaluation avait été formulée sur la base de questions auxquelles il fallait répondre. La méthodologie développée pourrait probablement être utilisée également pour évaluer d'autres centres à l'avenir, mais il a prévenu que si des questions différentes étaient posées, il faudrait alors changer la méthodologie d'évaluation en conséquence.

Il convient du fait que la structure et la répartition des ressources actuelles du CEPIS devraient être réorganisées. Le Centre a pratiquement atteint son potentiel maximum de performance, et pour faire progresser et développer ce potentiel, il serait nécessaire de mettre à exécution au moins quelques-uns des recommandations principales. Il est également d'accord avec la suggestion d'alliances avec d'autres centres de sorte qu'à l'avenir, le CEPIS fonctionne davantage comme un pivot de centres et d'institutions collaborateurs.

Le Directeur a également dit que les résultats d'une évaluation dépendent des questions posées, ainsi que de l'aptitude de l'institution à l'évaluation, en plus de la capacité des données disponibles à répondre à ces questions particulières. Mais avec cet avertissement, une méthodologie générale pourrait alors être développée pour être utilisée dans ces évaluations futures.

Il faut noter qu'alors que le CEPIS a été évalué comme un centre individuel, en termes de programme, il fait partie du programme de santé et d'environnement pris dans son ensemble, qui consiste également de personnes au siège et de spécialistes de santé et d'environnement dans les pays. Alors que les possibilités d'assurer la coopération technique dans la santé et l'environnement sont envisagées, il n'est pas juste de s'attendre à ce que le CEPIS seul s'acquitte de cette fonction. La raison de la fusion d'ECO et du CEPIS était d'éliminer une fracture entre l'identification des risques d'une part, et la détermination de la réponse à ces risques de l'autre. Dans une large mesure, le CEPIS a réussi à combiner ces deux fonctions au titre de ce qu'il entendait comme un « nouveau » CEPIS. Toutefois, une fois définies les réponses aux risques, la coopération technique requise pour fournir les réponses au niveau des pays n'incombe pas au seul CEPIS, mais au programme de santé et d'environnement pris dans son ensemble.

La responsabilité principale du CEPIS est de s'acquitter d'un mandat régional. Il ne serait jamais en mesure de répondre à toutes les demandes individuelles de coopération technique émanant des pays individuels. Ceci incombe en partie aux spécialistes de santé et d'environnement dans ces pays.

Alors qu'il a été suggéré dans le rapport que le CEPIS devrait mettre davantage l'accent sur la mobilisation des ressources externes, le Directeur a noté qu'à présent la moitié des fonds du Centre provenait déjà de ressources externes. Il ne pense pas que c'est une bonne idée pour un centre de dépendre dans cette mesure des ressources externes car ces ressources dictent ce que fait le centre. L'approche correcte pour le centre est de s'enquérir de ce que les Organes directeurs veulent voir exécuter, et ensuite de rechercher les ressources pour le faire.

Les délais de préparation des documents signifient qu'un addendum détaillé répondant aux recommandations ne pourrait pas être produit, mais il peut certainement indiquer la façon dont le Secrétariat répondrait à certaines des questions de gestion qui ont été soulevées. Par exemple, il établirait un comité consultatif comme suggéré pour donner des orientations sur les aspects techniques et politiques. Il a prévenu toutefois qu'il n'était pas possible de structurer un plan financier ou un plan stratégique à moyen terme pour le CEPIS qui seraient séparés de ceux de la Division de Santé et Environnement. Le CEPIS n'est pas une entité indépendante ; il fait partie du programme de santé et environnement pris dans son ensemble.

Il a noté la suggestion que le CEPIS devait avoir une présence plus marquée dans les Caraïbes. Ceci se produirait lorsque les risques de santé et environnement appartenant aux Caraïbes auraient besoin d'être identifiés par le CEPIS et quand la solution à ces risques relèverait de sa compétence. Tant que ce n'est pas le cas, la réponse aux besoins environnementaux des Caraïbes doit alors être la responsabilité de l'Organisation dans son ensemble, y compris la Division de santé et environnement.

L'évaluation a constitué un exercice utile qui contribuerait au renforcement de la santé et de l'environnement dans la Région. Toutefois, avant d'entreprendre d'autres évaluations de ce type, il est nécessaire d'assurer que les avantages à en tirer justifient les ressources utilisées.

Le Comité a adopté la résolution CE130.R15 sur ce point de l'ordre du jour.

Compte-rendu de la réunion des ministres de la santé et de l'environnement des Amériques (document CE130/20)

Le Dr Mauricio Pardón (Directeur, Division de Santé et Environnement) a indiqué que la réunion des ministres de la santé et de l'environnement des Amériques s'est tenue à Ottawa, au Canada, les 4 et 5 mars 2002.

Il a expliqué que la réunion, qui découlait du Sommet de Québec en avril 2001, et avant cela, de la charte et du plan d'action panaméricains signés à l'occasion de la Conférence panaméricaine sur la santé et l'environnement dans le développement humain durable tenue à Washington en octobre 1995, a été organisée par le Gouvernement du Canada en collaboration avec l'OPS et le Programme des Nations Unies pour l'environnement (PNUE). Les documents techniques de la réunion ont été préparés après un examen des connaissances existantes et une consultation ample avec les pays et les institutions, dont la Banque interaméricaine de développement, la Banque mondiale, l'Organisation des États américains et le Centre européen pour l'environnement et la santé/OMS. Des représentants de 31 pays ont assisté à la réunion, dont les délégations comprenaient 14 ministres de la santé et 15 ministres de l'environnement. Ses objectifs étaient d'établir des ponts entre les secteurs de la santé et de l'environnement, de parvenir à des accords sur des activités de coopération et de contribuer au Sommet mondial sur le développement durable qui se tiendra à Johannesburg en août 2002.

Il a donné deux exemples des avantages de ces réunions hémisphériques. Tout d'abord, la couverture de l'eau potable dans la Région est passée de 33%, soit 69 millions de personnes, au début des années 1960, à 85%, soit 420 millions de personnes à présent. Ensuite, l'usage du plomb dans l'essence a chuté de 27 000 tonnes en 1990, à 5 000 tonnes en 2000 selon les estimations, 15 pays de la Région ayant supprimé le plomb dans l'essence, et les pays restants ayant des plans pour son élimination. Dans les deux cas, ces améliorations sont des résultats de réunions hémisphériques telles que celle des ministres de la santé et de l'environnement des Amériques.

La réunion des ministres de la santé et de l'environnement des Amériques a noté que les maladies diarrhéiques et les infections respiratoires continuent à représenter le fardeau principal des maladies liées à l'environnement. Tout en reconnaissant qu'il existe des différences entre les pays, la réunion a déterminé les problèmes de santé et d'environnement de priorité commune dans la Région : tout d'abord, la pollution de l'eau, l'assainissement et l'hygiène ; ensuite la pollution atmosphérique intérieure et extérieure ; et enfin, les effets chroniques et aigus de l'exposition à des produits chimiques, les pesticides en particulier. La réunion a convenu en outre d'envisager des moyens de réaliser les objectifs du Sommet du Millénaire en ce qui concerne l'eau et l'assainissement et la réduction de la pollution de l'eau, comme stipulé dans la Déclaration de Montréal de 2001 ; la gestion des déchets solides et l'élimination de

l'essence au plomb, la mise en application de la Convention de Stockholm ; le contrôle de l'exposition aux substances chimiques ; et la réduction de la vulnérabilité aux catastrophes naturelles.

Les pays participants sont d'accord sur le besoin d'aller de l'avant dans les arènes nationales avec un partenariat stratégique général entre les secteurs de la santé et de l'environnement, et sur l'importance du renforcement de la capacité dans les domaines de la surveillance, de l'utilisation d'indicateurs, de l'échange d'information, du renforcement institutionnel et de l'information et de l'éducation du grand public. Une attention renouvelée a été portée sur la charte panaméricaine de la santé et l'environnement dans le développement humain durable, reconnaissant la prééminence de l'action dans chaque pays. Le communiqué ministériel issu de la réunion affirme l'accord des ministres de se rencontrer périodiquement avant les Sommets des Amériques. Le communiqué préconise également la création d'un mécanisme de suivi qui ne ferait pas double emploi mais qui au contraire tirerait parti des capacités régionales et sous-régionales existantes.

Le Canada, l'OPS et le PNUE mettraient sur pied un Groupe de travail pour instituer ce mécanisme de suivi. Il travaillerait pendant la période 2002-2003 à la définition du type d'actions requises pour mettre en œuvre les recommandations et les conclusions de la réunion des ministres de la santé et de l'environnement des Amériques. Il a été suggéré que le Groupe de travail devrait comporter dix fonctionnaires de rang supérieur des ministères de la santé et de l'environnement de peut-être cinq pays, en assurant une distribution régionale. Il y aurait deux co-présidents, un de chaque ministère. Le rôle de l'OPS consisterait à travailler en collaboration étroite avec les co-présidents à la production de matériels et de documents stratégiques. Le Canada a généreusement offert de financer la première année du travail du Groupe.

Le Délégué du Canada a remercié le Secrétariat de l'excellent résumé de la réunion, dont l'analyse des résultats et les propositions d'action formulées à son issue. Il a exprimé la gratitude du Canada pour les conseils techniques et l'appui de l'OPS à la préparation de la réunion. Il a également remercié les ministres et les responsables qui ont contribué à son succès. La réunion a fait des progrès en nouant des partenariats stratégiques entre les secteurs de la santé et de l'environnement. Elle a réussi à déterminer les priorités et les objectifs initiaux à envisager. Le processus de suivi doit être développé dans le but de maintenir la dynamique. Le Canada se réjouit de la poursuite de la collaboration avec l'OPS dans la formation et la tâche du Groupe de travail et la facilitation des consultations au niveau international une fois que le Groupe de travail aura terminé son mandat et que commence la phase d'action. Le Canada a approuvé la proposition selon laquelle les Organes directeurs de l'OPS devaient être informés annuellement des progrès accomplis vis-à-vis des engagements pris à la réunion des ministres de la santé et de l'environnement des Amériques.

Le Directeur a remercié le Canada d'avoir accueilli la réunion qui a été utile et productive. Il est encourageant de voir que les ministres de la santé et de l'environnement se penchent sur des problèmes aussi essentiels que l'eau et l'assainissement. L'OPS envisage avec plaisir de jouer un rôle dans la phase suivante.

Le Comité a adopté la résolution CE130.R20 sur ce point de l'ordre du jour.

Centenaire de l'Organisation panaméricaine de la Santé (document CE130/21)

Mme Bryna Brennan (Chef, Bureau d'information publique, OPS), a fait état des activités pour marquer le centenaire de l'OPS. Elle a décrit certains des événements qui ont déjà pris place, et donné un aperçu de ceux à venir. Elle a expliqué qu'après plusieurs années de planification et d'apports de l'ensemble de l'Organisation, les événements commémoratifs se déroulaient non seulement pour célébrer les réalisations du passé et les promesses de l'avenir, mais aussi pour approfondir les relations existantes, nouer de nouveaux partenariats et promouvoir le travail et la mission de l'Organisation. Les célébrations touchaient un large éventail d'audiences – le secteur de la santé, les communautés scientifiques et académiques, le personnel de l'OPS et le grand public – avec le message des réalisations de l'OPS et de ses contributions à la santé des peuples des Amériques. L'accent est mis sur le travail que l'Organisation a accompli avec les pays des Amériques. Les matériels et les événements du centenaire mettent en relief le travail et la mission de l'OPS et ils sont conçus pour stimuler le personnel de l'OPS à s'engager à nouveau aux objectifs et à la mission de l'Organisation.

Les événements prennent place aux niveaux organisationnel, national et régional, sous une forme extrêmement variée : des foires et expositions, symposiums, timbres postaux, concours et prix, rubriques de presse, événements sportifs, création de quilts, etc. L'OPS elle-même a créé une page web spécial centenaire et a produit des vidéos, des annonces publiques, des marchandises de célébration, et d'autres.

Plusieurs délégués ont informé de ce que leurs pays respectifs faisaient pour marquer le centenaire.

Le Délégué du Canada a présenté ses félicitations sur le succès des événements qui se sont déroulés jusqu'à présent et ses meilleurs souhaits de réussite pour ceux à venir. Le Canada a organisé une cérémonie de plantation d'un arbre pour marquer le centenaire. A côté de l'arbre, il y a une plaque commémorative dans les quatre langues de la Région. Pour remercier le Directeur de son engagement envers l'Organisation et sachant l'intérêt qu'il porte au jardinage, le Canada a tenu à lui offrir la bêche spéciale fabriquée pour cette occasion.

Le Directeur a exprimé son appréciation pour le cadeau en remarquant qu'il serait très utile pendant sa retraite. En notant que l'Organisation était à la moitié de l'année des célébrations, il a remercié toutes les personnes qui ont contribué au succès du centenaire, qui est également une célébration de tout ce que les États Membres ont accompli.

Le Comité a pris note de la présentation et de la discussion qui a suivi, mais n'a pas jugé nécessaire d'adopter une résolution concernant ce point de l'ordre du jour (décision CE130(D6)).

Questions administratives et financières

Rapport sur le recouvrement des contributions (documents CE130/22 et CE130/22 Add. I)

M. Mark Mathews (Chef, département du budget et des finances, OPS) a indiqué, qu'en date du 31 décembre 2001, le recouvrement des contributions s'élevait à un total de \$92,9 millions dont \$54,5 millions représentent le paiement des contributions de 2001 et \$38,4 millions se rapportent aux années précédentes. Une information détaillée sur les reçus des paiements des contributions par les États Membres et les dates des paiements est présentée en annexe A au document. Le 1^{er} janvier 2002, le total des arriérés pour les années avant 2002 était de \$49,2 millions. Les paiements reçus entre le 1^{er} janvier et le 17 juin 2002 représentaient \$18,6 millions, soit 38% de ce total, diminuant les arriérés et les faisant passer à \$30,6 millions, comparés à \$22,2 millions et \$20 millions en arriérés lors des époques correspondantes en 2001 et en 2000, respectivement.

A compter du 17 juin 2002, le recouvrement des contributions pour 2002 s'élevait à \$29,7 millions. Dix États membres ont payé l'intégralité de leurs recouvrements pour 2002, 5 ont fait des paiements partiels et 24 n'ont pas fait de paiement. Les recouvrements représentaient 33% des contributions de l'année actuelle ; les chiffres correspondants étaient de 32% en 2001, 27% en 2000 et 25% en 1999. Pris ensemble, le recouvrement des arriérés et les contributions de l'année actuelle pendant 2002 s'élèvent à un total de \$48,3 millions comparés à \$61,5 millions en 2001, \$47 millions en 2000 et \$45 millions en 1999. Une information détaillée sur les paiements des contributions reçus et l'application de ces paiements est donnée à l'annexe B au document.

L'Article 6.B de la Constitution de l'OPS stipule la suspension des droits de vote si un pays a des arriérés dépassant ces contributions de deux années complètes. Dans la résolution CD43.R2, le 43^e Conseil directeur avait demandé au Directeur de continuer à suivre l'exécution des paiements différés par les États Membres en arriéré de contributions des années antérieures ; d'informer le Comité exécutif du respect des États

Membres de leurs obligations financières ; et de rendre compte de l'état du recouvrement des contributions à la 26^e Conférence sanitaire panaméricaine.

Les États Membres soumis actuellement à l'application de l'Article 6.B étaient les suivants : Argentine, Cuba, Équateur et République dominicaine. L'Argentine devait un total de \$21,8 millions, dont \$9,7 millions correspondaient aux années 1997, 1998 et 1999. L'Argentine avait présenté un plan de paiement différé qui avait été accepté par le Secrétariat en 2000 ; à l'ouverture du 43^e Conseil directeur, elle n'avait pas effectué de paiements suffisants en conformité au plan, mais dans la résolution CD43.R2, le Conseil directeur avait maintenu le droit de vote de l'Argentine, en notant toutefois qu'il n'y aurait plus d'autres prorogations. L'Argentine a été priée d'effectuer des paiements pour un total de \$7 725 967 avant l'ouverture de la 26^e Conférence sanitaire panaméricaine. À ce jour, elle a effectué des paiements pour un montant total de \$178 655.

Cuba devait \$2,0 millions, dont approximativement \$197 000 se rapportaient à 1999. Cuba a respecté son plan de paiement différé qui avait été accepté par le Secrétariat en 1996. La République dominicaine devait approximativement \$550 000 dont environ \$103 000 correspondaient à 1999. Elle avait présenté un plan de paiement différé qui avait été approuvé en 2001, selon lequel elle devait payer un montant supplémentaire de \$188 060 avant la fin de 2002. L'Équateur devait approximativement \$529 000 dont environ \$82 000 pour l'année 1999. L'Équateur respecte le plan de paiement différé approuvé par le Secrétariat, et doit effectuer des paiements pour un total de \$220 000 pendant 2002.

Le Pérou n'était pas actuellement soumis à l'application de l'Article 6.B mais aux termes du plan de paiement différé de 1999, il devait encore payer \$200 000 pour 2001 et \$652 980 pour 2002, avant la fin de 2002.

Le délégué du Canada a noté que le problème des contributions continue à poser des problèmes financiers à l'Organisation. Le processus de paiement différé aide les pays à se mettre à jour avec leurs arriérés sans leur imposer des pressions inutiles. Chaque État membre doit s'acquitter de ses obligations, et le Canada a prié instamment les États Membres de s'acquitter de l'entièreté de leurs contributions en temps voulu.

Le délégué de l'Argentine a rappelé que son pays a été un participant très actif et a contribué aux activités de l'OPS depuis qu'elle existe. Actuellement, son pays subit une situation économique critique qui a un impact sur tous les aspects de la vie nationale, la santé y compris. L'Argentine est déterminée à respecter ses engagements vis-à-vis de l'OPS et elle reste en contact étroit avec les départements concernés afin de résoudre la situation.

Le Directeur a félicité les pays qui respectent leur plan de paiements différés. Le fait que les pays s'acquittent de leurs paiements même si cela représente un sacrifice majeur dans de nombreux cas, témoigne de la valeur qu'ils accordent à l'Organisation.

Le Comité a adopté la résolution CE130.R3 sur ce point de l'ordre du jour.

Règlement financier de l'OPS (document CE130/23)

Ce point a également été introduit par M. Mathews, qui a expliqué que le Règlement financier actuel de l'OPS, qui n'a pas été modifié depuis 1991, avait besoin d'être révisé car il n'était plus conforme au Règlement financier de l'OMS et ne reflétait pas les normes de comptabilité actuelles et les méthodes financières modernes. Au cours des derniers mois, un examen détaillé du Règlement existant a été effectué. Les modifications faites par l'OMS ont été analysées et le Règlement de l'OPS a été retravaillé en fonction de cet examen et de cette analyse. L'annexe 1 au document CE130/23 compare et récapitule chacune des modifications proposées et l'annexe 2 contient le Règlement financier proposé.

Les modifications proposées au Règlement se conforment dans la mesure du possible à celles adoptées par l'OMS au mois de mai 2000, et témoignent de la conformité du Règlement financier de l'OPS aux normes de comptabilité du système des Nations Unies. De plus, les modifications proposées comprennent une restructuration du matériel pour tenir compte du cycle financier, la re-classification de règlements en statuts, la correction de matériels erronés et un travail important de présentation qui comprend l'élimination des matériels étrangers et faisant double emploi ainsi que l'utilisation appropriée de termes neutres par rapport au genre.

Tout en attirant l'attention sur les explications pour toutes ces modifications indiquées à l'annexe 1, il a souligné certaines modifications spécifiques qui indiquent le type de révisions proposées.

L'OPS estime que le Règlement proposé représente une amélioration considérable par rapport au Règlement existant, car il est présenté d'une manière claire et ordonnée et reflète des pratiques et des contrôles financiers actuellement acceptés. Même si les modifications proposées sont relativement importantes, les conditions de base du Règlement existant n'ont pas subi de modifications profondes et dans la mesure du possible, elles se conforment au Règlement financier de l'OMS.

Le Comité a adopté la résolution CE130.R4 en approuvant les modifications proposées.

Rapport financier du Directeur et rapport de l'auditeur externe pour l'exercice 2000-2001 (document officiel 305) et rapport sur le Fonds de roulement (document CE130/24)

Rapport financier du Directeur et rapport de l'auditeur externe pour l'exercice 2000-2001

M. Mathews a également résumé *le Document officiel 305*, comprenant le rapport du Directeur sur les opérations financières de l'OPS pour la période allant du 1^{er} janvier 2000 au 31 décembre 2001, la position financière de l'Organisation au 31 décembre 2001 et les états financiers du Centre d'Épidémiologie des Caraïbes (CAREC), de l'Institut des Caraïbes pour l'Alimentation et la Nutrition (CFNI) et l'Institut de Nutrition de l'Amérique centrale et de Panama (INCAP). Comme de coutume pour un rapport biennal, le document est accompagné de l'avis du Commissaire aux comptes.

L'état de l'actif et du passif, des réserves et des soldes en date du 31 décembre 2001 et du 31 décembre 1999 reflète la prudente gestion des actifs financiers de l'Organisation pendant l'exercice biennal.

Une augmentation substantielle du recouvrement des contributions de l'exercice biennal actuel s'est traduite par un excédent de revenus sur les dépenses de \$4,9 millions dans le budget ordinaire pour l'exercice biennal avant transferts. Les recettes des contributions de l'exercice biennal actuel ont atteint \$132,1 millions, une augmentation de \$7,6 millions sur l'exercice biennal précédent. Les recettes des contributions pour les exercices biennaux antérieurs s'élevaient à \$36,1 millions, soit 77% des encours en date du 1^{er} janvier 2000. Quatre États Membres étaient potentiellement soumis à l'application de l'Article 6.B au 1^{er} janvier 2002, par rapport à sept États Membres au 1^{er} janvier 2000. Sur les \$4,9 millions en excédent de revenus, \$2,8 millions ont été transférés au Fonds des actifs physiques et \$2,1 millions au Fonds des biens immobiliers. Le Fonds de roulement a été entièrement capitalisé à \$15 millions, dont la portion disponible s'élevait à \$12,1 millions. Les trois centres (CAREC, CFNI, et INCAP) enregistrent un excédent combiné de revenus par rapport aux dépenses de \$2,4 millions pour la période biennale.

Des revenus divers réalisés pendant l'exercice biennal plus des épargnes sur des obligations de périodes antérieures ou l'annulation d'obligations de périodes antérieures s'élevaient à \$18 millions, ce qui représente une augmentation de \$1 million par rapport à l'exercice biennal antérieur, et \$3,9 millions de plus que le montant prévu au budget.

Les dépenses totales de \$683 millions sur la période 2000-2001 indiquent une augmentation de \$50 millions par rapport à l'exercice biennal 1998-1999. Cette augmentation est imputable à une augmentation de \$9 millions des dépenses du budget ordinaire de l'Organisation, une augmentation de \$28 millions du Fonds de roulement du programme élargi d'immunisation, et une augmentation de \$9 millions du Fonds des biens immobiliers. Les dépenses majeures pour l'OMS ont représenté \$77 millions pour le budget ordinaire, \$8 millions pour le Fonds volontaire pour la promotion de la santé, \$3 millions pour le Fonds immobilier et \$8 millions pour d'autres projets.

L'état des crédits budgétaires du budget ordinaire pour la période financière 2000-2001 indiquent que l'Organisation a eu un budget approuvé et affecté de \$195 millions, moins les cotisations du personnel de \$18 millions, donnant ainsi un budget de fonctionnement effectif de \$177 millions.

Le Fonds de roulement pour achats d'urgence a terminé l'année 2001 entièrement capitalisé à \$125.000. Le Fonds de roulement pour le Programme élargi d'immunisation a terminé l'année avec un solde positif de \$13 millions, après dépenses pour un total d'environ \$214 millions pendant l'exercice biennal. Pour les projets de Fonds fiduciaires, \$106 millions ont été reçus pendant la période biennale. Les projets financés par des dons de Fonds fiduciaires et exécutés au cours de l'exercice biennal se sont élevés à \$104 millions.

Les revenus du budget ordinaire de CAREC ont dépassé les dépenses de \$1 million, en résultat de l'augmentation de \$1,6 million du recouvrement des contributions. A la fin de la période biennale, le déficit antérieur cumulé de CAREC de \$257 000 était devenu un solde cumulé de Fonds de roulement de \$737 000. Les dépenses de CAREC contre tous les fonds se sont élevées à plus de \$9,1 million. L'état du recouvrement des contributions des membres indiquait des sommes exigibles au 31 décembre 2001 pour un montant de \$4,2 millions, par rapport à \$5,2 millions à la fin de 1999. L'état des Fonds fiduciaires pour CAREC indiquait une augmentation de \$1,2 million de recettes et une augmentation de \$675 000 des dépenses. Les montants dus par les bailleurs de fonds s'élevaient à \$279 000, les fonds anticipés se montaient à \$794 000 et il y avait donc un solde de trésorerie de \$515 000 dans le Fonds fiduciaire.

Le CFNI a eu un excédent de revenu par rapport aux dépenses de \$48 000. L'augmentation de \$310 000 du recouvrement des contributions a donné une amélioration de \$297 000 dans la performance biennale du CFNI, par rapport au déficit de la période biennale 1998-1999 de \$249 000. Le déficit cumulé du budget ordinaire et du Fonds de roulement du CFNI a diminué à \$344 000 au 31 décembre 2001. L'état du recouvrement des contributions indique que les arriérés ont baissé à \$723 000, et l'état des Fonds fiduciaires indique des dépenses de \$204 000, ce qui constitue une

augmentation de
\$170 000 par rapport à l'exercice biennal antérieur.

L'INCAP avait reçu \$1,2 million pour son budget ordinaire, montant similaire à celui reçu pour l'exercice biennal antérieur. En raison d'un contrôle prudent des dépenses, le Centre a connu un excédent net de revenu par rapport aux dépenses de \$35 000. Du fait que le Fonds de roulement était entièrement capitalisé à \$1 million, cet excédent a été transféré au Fonds de provision pour renouvellement des immobilisations. Le Fonds de dotation de l'INCAP a réalisé \$9 000 en intérêts pendant la période biennale, contribuant au solde de \$348 000 du Fonds. L'état des Fonds fiduciaires de l'INCAP indique des revenus de projet atteignant \$2,1 millions et des dépenses pour un total de \$1,6 million sur la période biennale. Les soldes des Fonds fiduciaires sont passés de \$250 000 au 1^{er} janvier 2000 à \$800 000 au 31 décembre 2001.

Le rapport de l'auditeur externe a été présenté par M. Graham Miller représentant Sir John Bourn (auditeur externe, National Audit Office du Royaume-Uni). M. Miller a déclaré que l'audit n'avait pas révélé de faiblesses ou d'erreurs que les auditeurs considèrent comme pouvant avoir un effet sur la validité de l'ensemble des états financiers. Les auditeurs externes étaient heureux d'émettre un avis d'audit sans réserve sur les états financiers pour la période 1^{er} janvier 2000 au 31 décembre 2001. L'audit externe est un examen informé et indépendant, mené selon des normes rigoureuses et des méthodes performantes. On peut dire qu'au vu d'événements récents, l'objectivité et l'intégrité du processus d'audit est maintenant plus importante que jamais, en particulier dans des organisations responsables de gérer les fonds publics ou les fonds des États Membres.

Dans le cadre de leur travail d'audit, les auditeurs se sont rendus au siège de l'OPS et ont également effectué des visites d'audit à 10 bureaux extérieurs. Des notes à la direction faisant rapport de ces visites ont été envoyées à l'OPS.

Pour l'OPS, le rapport d'audit 2000-2001 a confirmé un excédent net de revenu par rapport aux dépenses s'élevant à \$4,9 millions. Les résultats financiers pour l'exercice biennal indiquent que l'Organisation se trouve dans une position relativement solide, même s'il y a eu une diminution du recouvrement des contributions des années antérieures.

La position financière de CAREC s'est améliorée, en particulier avec l'amélioration des paiements à son Fonds fiduciaire. Toutefois, les arriérés de contributions continuaient à affecter la position financière du Centre. Les auditeurs externes ont encouragé les États Membres à respecter les échéances pour le paiement de leurs contributions. Des observations ont été faites dans les notes à la direction

concernant des améliorations potentielles de la gestion et des contrôles financiers. Au CFNI, le taux de recouvrement des contributions a été globalement plus faible qu'à l'OPS, malgré les efforts de l'Institut pour encourager les États Membres à payer leurs contributions, et cette situation a eu un effet préjudiciable sur la viabilité financière du CFNI.

Le rapport d'audit note que les auditeurs avaient précédemment procédé à un examen de haut niveau du cadre de planification stratégique, de suivi et évaluation de l'OPS, qui avait été présenté au Comité exécutif en juin 2000. Suite à la recommandation des auditeurs d'un système d'examens cycliques, à la demande du Directeur du Bureau sanitaire panaméricain, une évaluation du Centre panaméricain de génie sanitaire et des sciences de l'environnement (CEPIS) a été réalisée en 2000-2001, avec la participation d'un audit externe. Cette tâche portait sur quatre objectifs principaux concernant l'efficacité et la gestion du Centre, et visait également à tester un modèle qui pourrait être utilisé pour évaluer les autres centres. Un rapport sur l'évaluation a été soumis au Directeur.

Il y a eu un rapport d'audit séparé pour l'INCAP qui a noté le petit excédent net des revenus par rapport aux dépenses. Il y a eu une autre augmentation dans la proportion des contributions recouvrées, et les systèmes de contrôle financier demeurent solides et efficaces.

La déléguée de la Jamaïque a noté qu'il y a quelques années, le CARICOM avait demandé une évaluation du rôle d'institutions diverses telles que le CFNI, CAREC, etc., dans le but de déterminer si leur travail pouvait être effectué plus efficacement. Il semblait que la non performance de cette évaluation déteignait sur le comportement des gouvernements vis-à-vis du processus de contribution, et il était essentiel que l'évaluation soit terminée le plus rapidement possible.

Le délégué du Canada a fait part de sa satisfaction pour l'avis d'audit favorable et la conclusion globale que l'Organisation se trouve dans une bonne position financière. En notant la pression qui est exercée sur une organisation lorsque les sommes dues ne sont pas payées intégralement et dans les temps impartis, il a invité tous les États Membres à s'efforcer de le faire. Il a demandé si les excédents de revenus par rapport aux dépenses pouvaient être utilisés à l'avenir pour diminuer les contributions des États Membres.

Le Directeur a dit que pour la réputation d'une organisation, il y a peu de choses plus importantes que le rapport sur la façon dont ses finances sont gérées. Si des fraudes devaient être détectées dans une organisation publique, sa réputation pourrait sérieusement en souffrir. Les ressources de l'OPS viennent des pays qui sont ses membres et qui se sont donné beaucoup de mal et ont eu de grandes difficultés à payer leurs contributions. Un avis d'audit sans réserve n'est pas quelque chose qui est émis à la

légère, et il représente une approbation claire et nette de la façon dont les finances de l'Organisation sont gérées. L'OPS, a-t-il ajouté, est fanatique dans sa responsabilité envers les dépenses appropriées des fonds publics. De plus, lorsque l'OPS a reçu une note à la direction des auditeurs, l'Organisation l'a prise très sérieusement comme une chose sur laquelle il fallait prendre action immédiatement. Il espère que le Comité exécutif partage sa satisfaction à propos du rapport positif des auditeurs sur la façon dont les fonds de l'Organisation ont été dépensés.

Il a noté avec satisfaction qu'au moins le déficit des Fonds de roulement de CAREC et du CFNI avaient été éliminés. Sur la recommandation des auditeurs, certains fonds qui avaient été dormants pendant plusieurs années seraient fermés.

Il a exprimé sa préoccupation sur le non-paiement des contributions par certains États Membres. Consciente du fait que les pays ne paient pas parce qu'ils ne peuvent pas et non parce qu'ils ne veulent pas, l'OPS compatit à leurs difficultés, mais elle a, elle aussi, ses difficultés propres. Notant qu'un nombre moindre de pays sont potentiellement soumis à l'application de l'Article 6.B de la Constitution qu'au cours des exercices biennaux antérieurs, il se réjouit à la perspective qu'un jour ce nombre sera égal à zéro.

La possibilité d'utiliser les excédents de revenus pour réduire les contributions devrait peut-être être étudiée, mais il a découvert, dans ses années à la direction, que l'esprit des États Membres n'est pas de chercher à avoir des contributions plus réduites. Les pays veulent être sûrs que leurs contributions sont bien gérées et qu'elles produisent les résultats escomptés, mais ils ne semblent pas concernés par la réduction de leurs contributions.

Le Comité a adopté la résolution CE130.R5 sur ce point de l'ordre du jour.

Fonds de roulement

M. Mark Mathews (Chef, département du budget et des finances, OPS) a attiré l'attention de la séance sur le document CE130/24, sur le statut du Fonds de roulement. Le Fonds de roulement a été établi conformément à la résolution II de la troisième réunion du Conseil directeur, pour être financé avec des fonds excédentaires à compter du 31 décembre 1949. L'objectif principal du Fonds de roulement était de fournir des fonds selon les besoins pour financer le budget ordinaire en attente de recouvrer les contributions des États Membres. De plus, le Fonds servait également à satisfaire les besoins des Centres de l'Organisation en attente de recouvrer leurs contributions.

En 1979, la Banque interaméricaine de développement a accepté de prêter \$5,0 millions à la Fondation panaméricaine pour la Santé et l'Éducation (PAHEF), pour le Programme de manuels scolaires et de matériels didactiques. L'OPS a accepté de garantir le prêt et de maintenir en réserve une portion du solde disponible du Fonds de roulement. La réserve, qui représentait l'encours du prêt, était de \$2,9 millions au 31 décembre 2001.

En 1993, le 37^e Conseil directeur a autorisé le Directeur à augmenter le Fonds de roulement de \$11,0 millions à \$15,0 millions pour refléter l'augmentation dans le budget biennal. Depuis lors, les activités de l'Organisation ont continué à s'étendre et le budget a augmenté de 17%. Les dépenses totales de l'OPS comprenant les achats et autres activités extrabudgétaires, devaient atteindre \$600 millions pendant l'exercice biennal actuel, représentant une augmentation de plus de 80%.

Pendant les trois dernières périodes biennales, l'OPS s'est servie des ressources du Fonds de roulement pour financer les déficits du budget ordinaire, des dépenses extraordinaires en raison de la rénovation du bâtiment du siège, des demandes imprévues du Fonds de roulement du programme élargi d'immunisation, ainsi que des déficits temporaires dans deux des Centres administrés par l'Organisation. Pendant l'exercice biennal 1994-1995, le Fonds de roulement a été entièrement épuisé en conséquence d'un jugement défavorable du Tribunal du BIT.

Le budget biennal est financé à la fois par les contributions et les revenus divers. La contribution des revenus divers, dont le revenu de l'investissement, devait être de \$16,5 millions au budget biennal 2002-2003 selon les projections. Toutefois, les taux d'intérêt ont chuté brutalement depuis que ces projections ont été faites, et ils n'ont jamais été aussi bas depuis 40 ans aux États-Unis. Par conséquent, les estimations actuelles des revenus divers prévoient une contraction du montant prévu au budget de non moins de \$6,0 millions.

Même si le Fonds de roulement était entièrement capitalisé à \$15 millions, le solde disponible était de \$12,1 millions, soit moins de deux mois de dépenses, après avoir pris en compte la réserve pour le prêt de PAHEF. En raison des risques financiers inhérents au climat économique et politique actuel, une augmentation de \$8,0 millions de la capitalisation maximale du Fonds de roulement a été demandée. A \$23,0 millions, le Fonds de roulement serait équivalent à trois mois de dépenses courantes. L'augmentation pourrait être financée par le recouvrement des arriérés de contributions pendant l'exercice biennal actuel et les exercices futurs.

Le délégué du Canada a demandé si un paiement rapide des contributions diminuerait la demande d'augmentation du Fonds de roulement. La déléguée des États-Unis a demandé d'autres informations sur le solde du Fonds de roulement sur les

années depuis la période 1994-1995. Elle a fait remarquer que l'OPS dispose d'autres fonds spécialisés pour régler des dépenses imprévues ou extraordinaires, comme le Fonds des biens immobiliers. La position des États-Unis veut que les fonds de roulement des organisations internationales ne dépassent pas 8,3% de leur budget annuel, correspondant à un mois de dépenses de fonctionnement. L'objectif de 8,3% a été approuvé par l'Unité d'inspection conjointe des Nations Unies pour les agences du système des Nations Unies. Etant donné que le Fonds de roulement de l'OPS représente déjà presque le double de ce niveau, les États-Unis n'appuieraient pas la proposition de l'augmenter. Elle a suggéré de ré-examiner la question dans un an, car il ne semble pas que des dépenses réellement importantes soient prévues pour l'année à venir.

M. Mathews a répondu qu'un paiement rapide des contributions diminuerait la demande d'une augmentation du Fonds de roulement, mais ne l'éliminerait pas. À compter de juin 2002, les arriérés dus à l'organisation s'élevaient à un total de \$91 millions. Il a rappelé que le solde du Fonds de roulement était de \$156 000 à la fin de l'exercice biennal 1994-1995, de \$6,8 millions à la fin de l'exercice 1996-1997, et de \$15 millions à la fin des exercices 1998-1999 et 2000-2001. L'objectif d'un mois de dépenses de fonctionnement comme niveau d'un fonds de roulement a été proposé par un inspecteur dans un rapport de l'Unité d'inspection conjointe en 1989. Ce même rapport a également déclaré que l'évaluation des niveaux souhaitables d'un fonds de roulement devait tenir compte de plusieurs facteurs, dont l'objectif du fonds, d'autres types de réserves comme les fonds spéciaux pour les fluctuations des monnaies, et le pouvoir d'emprunter. L'OPS ne disposait pas d'autres réserves de ce type, et n'avait pas la capacité d'emprunts internes. Un Fonds de roulement de \$23 millions représentait 12% du budget ordinaire de l'OPS, mais 8% seulement du budget combiné OPS/OMS. D'autres organisations des Nations Unies ont des niveaux de fonds de roulement allant de 9% à 13% de leur budget.

Le Dr Alleyne a rappelé que pendant l'exercice biennal 1994-1995, lorsqu'il est devenu Directeur, le jugement défavorable du Tribunal du BIT, conjugué à d'autres dépenses imprévues, avait forcé l'OPS à réduire son personnel et ses programmes. L'Organisation s'en était tirée de justesse, en vidant pratiquement le Fonds de roulement. Il avait juré au Comité exécutif qu'une telle situation ne se produirait plus jamais. Grâce à une gestion prudente au cours des années, le Fonds de roulement a été restauré, mais une zone tampon plus importante est nécessaire.

Même s'il est vrai que d'autres organisations ont des fonds de roulement moins conséquents, ces organisations diffèrent de l'OPS en ce sens qu'elles ont la capacité d'emprunts internes, ce qu'il ne considère pas comme une bonne pratique de gestion. Un fonds équivalent à trois mois de dépenses de fonctionnement ne représente pas un montant important. C'est une protection raisonnable contre les incertitudes. Disposer d'un Fonds de roulement adéquat est une question de prudence, car personne ne peut

prédire l'avenir en termes de stabilité financière. L'année dernière par exemple, les taux d'intérêt ont chuté, ce qui a eu un effet dévastateur sur le revenu projeté de l'Organisation. Jusqu'à ce que le Comité exécutif se réunisse en juin 2003, les raisons d'avoir une protection plus importante seront sans aucun doute encore plus convaincantes. Dans la période intérimaire, le Secrétariat fournirait aux États Membres d'autres informations sur ce qui s'est passé quand l'Organisation a été au bord de l'abîme financier.

Le Comité a décidé de ré-examiner la question du Fonds de roulement lors de sa 132^e session en 2003 (décision CE130(D5)).

Bâtiments et autres locaux de l'OPS (document CE130/25, Rév. 1)

Le Dr Richard Marks (Chef, Département des Services généraux, OPS) a indiqué que les travaux de rénovation du siège de l'OPS avaient été achevés essentiellement dans les délais et à un coût légèrement inférieur aux limites budgétaires de \$13 millions affectées à ce projet. Le bâtiment a été modernisé en profondeur, virtuellement tous les matériaux contenant de l'amiante ont été éliminés, et des modifications ont été apportées pour que le bâtiment soit conforme aux lois des États-Unis sur l'accès des personnes handicapées. Des lieux de travail nouveaux conçus selon des normes ergonomiques et des installations telles que des zones pour la pause café et des salles de conférence ont amélioré les conditions de travail du personnel. Avec l'achèvement du projet, le plafond du Fonds des biens immobiliers retournera à son niveau normal de \$500 000.

Le Secrétariat a demandé maintenant l'approbation du Comité pour un nouveau projet à financer sur le Fonds des biens immobiliers. Ce projet réparerait et remplacerait des sections de sols en ciment dans le garage et l'étage inférieur qui ont été endommagés par l'eau et qui montrent des signes d'usure sévère. Le montant demandé pour ce projet est de \$220.000

Le Comité a adopté la résolution CE130.R11, et a approuvé le projet proposé.

Questions relatives au personnel

Amendements au Règlement du personnel du BSP (document CE130/26.)

M. Philip MacMillan (chef, Département du personnel, OPS) a fait le compte rendu des amendements apportés au Règlement du personnel du Bureau sanitaire panaméricain depuis la 128^e session du Comité en 2001. Ces amendements sont conformes aux révisions déjà adoptées par le Conseil exécutif de l'OMS lors de ses 108^e et 109^e sessions. La résolution CE59.R19, adoptée par le Comité exécutif lors de sa 59^e session en 1968, demandait au Directeur d'introduire toutes les modifications

nécessaires et de maintenir une similarité étroite entre le Règlement du BSP et celui de l'OMS.

L'article 330.2 a amendé l'échelle des salaires pour les postes de la catégorie professionnelle et de rang supérieur en fonction de la règle ni perte ni gain, conformément aux ajustements approuvés par l'Assemblée générale des Nations Unies. En conséquence de cette modification, les traitements du Sous-directeur, du Directeur adjoint et du Directeur devaient également être modifiés. Le Comité exécutif a été prié d'approuver les changements de salaire pour les postes de Sous-directeur et de Directeur adjoint et de recommander que la 26^e Conférence sanitaire panaméricaine approuve la révision applicable au salaire du Directeur.

L'article 110.7 précise les conditions de normes de conduite pour les membres du personnel en cas de conflit avec les intérêts de l'Organisation. Les articles 350.1 et 350.2.2 du Règlement du Personnel portent sur les coûts des frais d'études pour les enfants éligibles du personnel international ayant droit à une allocation pour frais d'études. L'article 530 du Règlement porte sur la supervision et l'évaluation de la performance du personnel et a été amendé pour tenir compte de l'introduction du nouveau système d'évaluation de la performance de l'OPS.

Les amendements restants au Règlement du personnel se rapportent aux modifications des modalités contractuelles approuvées par le Conseil exécutif de l'OMS en janvier 2002. Ces modifications pourraient être divisées en trois catégories générales. Une catégorie appartient à l'arrêt des contrats de carrière et l'établissement de trois types de contrat : contrats temporaires (11 mois ou moins), contrats à durée fixe (1-5 ans) et contrats à durée indéterminée (pas de limite de temps, mais le contrat pourrait continuer aussi longtemps que les fonctions sont requises et que la performance de la personne est jugée satisfaisante). Une deuxième catégorie comporte des changements dans la durée des contrats temporaires et des avantages du personnel recruté pour un contrat à durée fixe. La troisième catégorie porte sur les procédures de séparation du personnel dont le poste a été aboli.

Le document CE130/26 contient le texte des amendements au Règlement du Personnel, avec une explication plus détaillée de chaque amendement. Le Comité exécutif a été prié de confirmer ces amendements.

La déléguée des États-Unis d'Amérique a noté que même si certains changements étaient constructifs parce qu'ils accordaient une plus grande priorité au mérite et à la performance, certains d'entre eux auraient des implications de coût. Sa délégation était consciente du fait que la politique de l'OPS consistait à amender son Règlement pour le conformer aux amendements approuvés par le Conseil exécutif de l'OMS ; toutefois, à la discrétion de son Directeur, l'OPS pourrait choisir de ne pas adopter certains de ces

changements. Quoi qu'il arrive, les États-Unis espéraient que le Secrétariat appliquerait ces amendements avec beaucoup de précaution pour veiller à ce qu'ils n'ajoutent pas un nouveau fardeau financier important.

M. MacMillan a assuré le Comité que le Secrétariat veillerait à ce que le Règlement du Personnel soit interprété et appliqué correctement, en prenant soin d'éviter des augmentations de coût importantes. Il a estimé que dans l'ensemble, ces amendements étaient positifs, précisément du fait qu'ils mettaient davantage l'accent sur la performance et qu'ils veillaient à ce que le personnel s'acquitte de ses tâches au niveau élevé qu'attendent de lui les États Membres de l'Organisation.

Le Comité a adopté la résolution C130.R12, confirmant les amendements au Règlement du Personnel, établissant les salaires du Sous-directeur et du Directeur adjoint, et recommandant que la 26^e Conférence sanitaire panaméricaine confirme le changement du traitement du Directeur.

Déclaration de la Représentante de l'Association du personnel du BSP (document CE130/27)

Mme Brenda Simons Gilliam (Présidente, Association du personnel du BSP) a remercié le Comité de donner à l'Association du personnel l'occasion de lui faire part de quelques-unes de ses préoccupations en ce qui concerne les changements dans le Règlement du Personnel et d'autres thèmes qui affectent les conditions de travail du personnel de l'Organisation. Certains changements dans le Règlement du Personnel sont positifs. L'extension de la couverture médicale au personnel temporaire est particulièrement bienvenue. En fait, il n'y a pas de justification au fait qu'une organisation consacrée à la santé ne fournisse pas une assurance médicale à tous ses employés.

Toutefois, l'Association du personnel proteste énergiquement contre d'autres changements. Par exemple, le changement dans la procédure d'abolition de postes et de réduction de la force de travail diminuera fortement la sécurité de l'emploi. Afin de protéger les droits acquis du personnel actuel, l'Association estime que la procédure ne devrait pas être changée ou, si les amendements approuvés par l'OMS devaient être adoptés, que la nouvelle procédure s'applique uniquement au personnel recruté après la date de mise en vigueur de l'amendement. De plus, l'Association est préoccupée du fait que les tâches accomplies par le personnel dont les postes sont abolis soient réaffectées au personnel en place qui est déjà surchargé. Elle tient à souligner que les postes devraient être abolis uniquement si les fonctions associées à ces postes ne sont plus nécessaires.

L'Association du personnel est également troublée par l'impact que les amendements à l'article 530 peuvent avoir sur le système d'évaluation de l'OPS, qui a été formulé avec les apports du personnel et qui a été adapté spécifiquement aux conditions de l'OPS. L'Association prie instamment le Secrétariat de n'adopter que les aspects du système d'évaluation de l'OMS qui répondent aux besoins de l'OPS et de son personnel.

L'Association du personnel continue à maintenir que toute réforme des ressources humaines introduite à l'OMS ou à l'OPS devrait être le produit d'un processus de négociations collectives de bonne foi entre le personnel et la direction. L'Association propose par conséquent qu'un comité conjoint personnel-direction soit établi au sein de l'OMS pour étudier la question et formuler une proposition à soumettre à la prochaine réunion du Conseil global de l'OMS personnel-direction.

En outre, l'Association du personnel est préoccupée par le problème du harcèlement qui existe à l'OPS à des degrés divers. Il faut une politique comme celle appliquée à l'OMS, ainsi qu'une formation à la fois du personnel de supervision et du personnel hors supervision, pour savoir ce qu'est le harcèlement et la façon de le traiter. La sécurité du personnel de terrain est une autre question qui mérite l'attention. L'Association du personnel estime que lorsque les bureaux étrangers ont été déplacés, la sécurité du personnel était une considération primordiale, du fait que les ressources humaines étaient les ressources les plus importantes de l'Organisation. L'Association demande également qu'un plan de sécurité soit développé pour protéger le personnel recruté localement et leurs familles en cas de catastrophes naturelles, de soulèvements politiques ou d'autres conditions dangereuses.

D'autres questions préoccupantes concernent les possibilités d'aménagement des carrières du personnel et l'érosion des pensions pour le personnel des services généraux en raison des dévaluations monétaires. L'Association du personnel jouit d'une relation amicale et courtoise avec l'Administration et espère que ce dialogue constant se poursuivra pour régler ces problèmes et d'autres questions soulevées dans le document CE130/27.

Dans la discussion qui a suivi, plusieurs délégués ont fait remarquer qu'il aurait été préférable que le Comité écoute la déclaration de la Représentante de l'Association du personnel avant de considérer les amendements au Règlement du Personnel. Étant donné que la résolution confirmant ces amendements a déjà été adoptée, le Comité ne peut pas faire grand chose en ce qui concerne les points soulevés dans la présentation. Le Comité a également fait remarquer que certains des points cités par Mme Simons Gilliam – notamment celui du harcèlement – n'ont pas été discutés dans le document et il a suggéré que les documents futurs contiennent toutes les questions que l'Association souhaite soumettre à la considération du Comité.

La déléguée de la Jamaïque a noté que son pays avait été mentionné comme l'un des pays où le bureau de l'OPS avait été déplacé. Le bureau occupe maintenant le même bâtiment que le Ministère de la Santé. Etant donné que le bâtiment dispose de services de sécurité 24 heures sur 24 et que l'accès est étroitement contrôlé, elle est sûre que le personnel de l'OPS est protégé de façon adéquate.

Dans sa réponse, Mme Simons Gilliam a indiqué qu'il était habituel que le représentant de l'Association du personnel parle au Comité après le Chef du Personnel. Toutefois, elle n'était pas au courant du fait que le Comité avait déjà adopté une résolution sur le Règlement du Personnel avant qu'elle ne fasse sa présentation. En ce qui concerne le problème du harcèlement, il n'a pas été compris dans le document CE130/27 parce que l'Association du personnel a demandé qu'elle le mentionne dans sa déclaration après que le document ait été imprimé.

Le Directeur a dit que tout simplement, il ne lui était pas venu à l'idée d'inverser l'ordre traditionnel des points de l'ordre du jour du Comité et de faire précéder le Chef du Personnel par l'Association du personnel. Toutefois, même si elle avait parlé en premier, il aurait été impossible d'accéder à certaines requêtes de l'Association du personnel. Les amendements au Règlement du Personnel avaient déjà été approuvés par le Conseil exécutif de l'OMS, et l'OPS ne pouvait que les appliquer du fait que certains postes de l'OPS sont financés par l'OMS. Sur un plan de gestion, il ne serait pas possible d'appliquer des règles différentes au personnel se trouvant sur des postes financés par l'OPS. En ce qui concerne les préoccupations de l'Association du personnel par rapport à l'abolition de postes, il a promis que des postes seraient éliminés uniquement si les fonctions n'étaient plus nécessaires. L'abolition de postes ne serait jamais utilisée comme un moyen de se débarrasser de personnel dont la performance est insatisfaisante, ce qui constitue un problème entièrement différent.

En ce qui concerne l'évaluation de la performance du personnel, l'OPS n'adopterait pas automatiquement tous les aspects du système de l'OMS. A de nombreux égards, le système d'évaluation de performance de l'OPS est plus avancé, et en fait, l'OMS a copié de nombreux bons points du système de l'OPS. Ce système se fonde sur un accord entre les superviseurs et les personnes qu'ils supervisent sur les tâches qu'elles doivent accomplir. L'évaluation ne porte pas un jugement et elle n'a pas pour objet de punir le personnel. Au contraire, elle est conçue pour voir si une personne s'est acquittée de ses tâches comme convenu.

En ce qui concerne la sécurité du personnel, il a assuré le Comité que l'OPS est très attentif à la sécurité de son personnel de terrain et que pratiquement tous les déménagements à de nouveaux bureaux ont été faits précisément pour renforcer la sécurité et les conditions de travail du personnel. En ce qui concerne la sécurité du personnel local, l'OPS est obligée de suivre le manuel de sécurité de terrain des Nations Unies. Néanmoins, étant donné que l'Organisation est profondément préoccupée par la sécurité et le bien-être de tout son personnel, dans certains cas elle a mis en place des procédures qui vont au-delà des réglementations des Nations Unies, comme par exemple le transport du personnel recruté localement. Il ne pense pas du tout que le personnel local est désavantagé par rapport aux autres membres du personnel en termes de sécurité.

En ce qui concerne la question du harcèlement, il ne voudrait pas que le Comité ait l'impression que le harcèlement ne constitue pas un problème majeur à l'OPS. Une politique à ce sujet est en discussion avec l'Association du personnel, et une politique sur le harcèlement sexuel a déjà été adoptée depuis plusieurs années. En ce qui concerne l'aménagement de carrière, alors que l'OPS n'a pas une « échelle de carrière » en soi, elle a offert des possibilités d'aménagement de carrière qui ont permis à un nombre de membres du personnel de progresser au sein de l'Organisation. Il est un fervent adepte du programme de développement du personnel de l'OPS, même si des membres du personnel qui ont bénéficié du programme peuvent plus tard quitter l'Organisation parce que les possibilités d'avancement y sont nécessairement limitées.

À cause des conditions de service dans le système des Nations Unies, l'OPS ne pourrait pas envisager d'adopter le type de système de négociations collectives utilisé normalement dans le secteur privé. Toutefois, il serait heureux d'établir un comité pour examiner l'expérience du BIT en matière de négociations collectives et évaluer s'il serait avantageux pour l'OPS de développer un système semblable. Il a dit depuis longtemps qu'il défendrait toujours les droits de libre association du personnel et leur droit d'exprimer leur opinion, tant que la relation entre lui-même et l'Association du personnel était caractérisée par le respect et la compréhension mutuels. Il a noté avec plaisir que cela avait été le cas pendant les huit années de ses fonctions de directeur.

Le Comité exécutif a remercié le personnel de l'Organisation de leur dur travail et de leur dévouement et il a exprimé sa conviction que la bonne volonté qui existait des deux côtés permettrait à l'Association du personnel et à l'administration d'arriver à une solution satisfaisante sur les questions soulevées dans la présentation. Le Comité a pris note du rapport mais n'a pas jugé nécessaire d'adopter une résolution sur ce point de l'ordre du jour (décision CE130(D7)).

Questions d'ordre général

Résolutions et autres actions de la Cinquante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé revêtant un intérêt pour le Comité exécutif de l'OPS (documents CE130/28).

Le Directeur adjoint a récapitulé les aspects essentiels des 19 résolutions adoptées par la Cinquante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé (mai 2002) qui revêtent, à l'avis du Secrétariat, un intérêt particulier pour la Région des Amériques.

La première résolution adoptée par l'Assemblée a félicité l'OPS pour son centenaire. Dr Brandling-Bennett a attiré l'attention du Comité sur les résolutions qui traitent de la santé mentale (la réponse à la demande d'action) ; de la santé et du développement durable ; de la contribution de l'OMS au suivi de la session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA ; de la protection des missions médicales pendant les conflits armés ; de l'accessibilité aux médicaments essentiels ; de l'éradication de la variole (destruction des stocks de virus variolique) ; de la réponse mondiale de la santé publique à l'occurrence naturelle, la dispersion accidentelle ou l'usage délibéré d'agents biologiques et chimiques ou de matériel radioactif qui affectent la santé ; des activités de prévention et de lutte contre la dengue et la dengue hémorragique ; de la qualité des soins de santé (sécurité des patients) ; de la contribution de l'OMS à la réalisation des objectifs de développement de la Déclaration du Millénaire des Nations Unies ; de l'alimentation, exercice physique et santé ; de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant ; du rapport financier des comptes de l'OMS 2000-2001 ; des Membres en arriérés de contribution dont l'importance justifierait l'invocation de l'Article 7 de la Constitution ; des arriérés des contributions (République dominicaine) ; des traitements du personnel hors classes et du Directeur général ; des amendements au Règlement du personnel ; et du besoin d'une représentation accrue des pays en développement dans le Secrétariat et dans les panels et comités consultatifs d'experts.

En outre, il a annoncé que le *Programa Nacional de Atención Odontológica Integral para Mujeres Trabajadoras de Escasos Recursos de Chile* (Programme national de soins dentaires intégraux aux travailleuses à faible revenu du Chili) a reçu le Prix Sasakawa de la Santé. Il a félicité ce programme au nom de l'OPS. Les États-Unis d'Amérique ont été élus pour désigner un membre au Conseil exécutif de l'OMS qui a tenu sa 110^e session immédiatement après la clôture de l'Assemblée. Le Dr Clarice Modeste-Curwen, Ministre de la Santé, Grenade, a été élue au poste de Vice-Président du Conseil exécutif.

Le Comité a pris note du rapport mais n'a pas jugé nécessaire d'adopter une résolution sur ce point de l'ordre du jour (décision CD130(D8))

Autres questions

Le délégué de El Salvador a attiré l'attention sur la gravité croissante de la situation de la dengue dans son pays. Quelque 7 400 cas ont été diagnostiqués et sept enfants sont décédés de la maladie. Il a demandé le soutien constant de l'OPS et prié les pays de la sous-région d'Amérique centrale de joindre leurs forces pour combattre la maladie, dans l'esprit de la résolution CD43.R4, adoptée l'année précédente par le Conseil directeur, qui préconisait une réponse coordonnée.

Le Directeur a dit que l'OPS ferait tout le possible pour encourager une approche régionale de la dengue qui est indiscutablement un problème qui déborde des frontières nationales. L'Organisation préconise une approche intersectorielle qui met en avant la promotion de la santé, l'éducation en santé et la communication, et la participation communautaire visant à lutter contre le vecteur, *Aedes aegypti*, afin d'empêcher que se produisent les épidémies plutôt que de réagir après qu'elles se sont produites. A cette fin, le Secrétariat a récemment recruté un expert en communications et, à la suite du Conseil directeur de 2001, il a écrit aux ministres de la santé de tous les États Membres pour les encourager à faire cause commune avec les ministres de l'éducation dans la lutte contre la dengue.

Présentation du prix de la Société d'épidémiologie vétérinaire mondiale

Le Président a introduit Dr James H. Steele, qui a présenté un prix au Dr George Alleyne au nom de la Société d'épidémiologie vétérinaire mondiale. Dr Steele est un vétérinaire qui a également une maîtrise en santé publique. Il a une carrière longue et distinguée en santé publique vétérinaire. Parmi ses nombreux accomplissements, il a établi la Division de santé publique vétérinaire des Centres pour le contrôle et la prévention des maladies des États-Unis et il a largement contribué à lancer des activités de santé publique vétérinaire au sein de l'OMS et de la FAO. Dr Steele continue à servir en tant que consultant auprès de nombreux organismes nationaux et internationaux dont l'OPS et l'OMS. À présent, il est professeur honoraire à l'Université Texas School of Public Health et consultant auprès de l'Institut Food Science and Engineering à l'Université Texas A & M, où son travail porte sur l'hygiène de l'industrie alimentaire et le contrôle des maladies alimentaires.

Le Dr Steele a rappelé que sa toute première introduction à l'OPS datait de 1945, quand il lui avait été demandé d'évaluer des problèmes de santé publique vétérinaire aux Caraïbes. A l'époque, il avait recommandé que l'Organisation établisse un programme de santé publique vétérinaire et il était en fait très heureux de voir que près de 50 ans plus tard, ce programme était en plein essor. En poursuivant la tradition commencée par le Dr Fred Soper, Sir George Alleyne avait aidé à faire du programme de l'OPS un modèle pour le monde en matière de collaboration internationale entre agriculture et santé

publique et entre médecine vétérinaire et médecine humaine. La Société d'épidémiologie vétérinaire mondiale l'a honoré en créant le Prix James H. Steele et c'était pour lui un immense plaisir de présenter le prix au Dr Alleyne pour son service distingué et sa contribution aux progrès de la santé publique vétérinaire.

Le Directeur a été très honoré de recevoir le prix personnellement des mains du Dr Steele qui est une icône de la santé publique et une légende véritable dans son temps et pour toujours. Il a accepté le prix non seulement en son propre nom mais aussi au nom de tous les professionnels dévoués à l'OPS et ailleurs dans la Région qui ont travaillé sans relâche dans le domaine de la santé publique vétérinaire. Le Dr Steele représente l'âme-même du travail intersectoriel. Si ceux qui suivent ses traces accomplissent une fraction de ce qu'il a fait pour assurer l'indivisibilité de la médecine vétérinaire et de la médecine humaine, ils peuvent en fait se sentir très fiers. Au nom de l'ensemble de l'Organisation panaméricaine de la Santé, il a remercié le Dr Steele pour la contribution précieuse qu'il a apportée aux peuples des Amériques grâce à sa dévotion à la santé publique vétérinaire.

Clôture de la session

Le Directeur a exprimé son appréciation aux Membres et aux Observateurs pour leur participation active et leur collaboration au travail du Comité. Il a également remercié le Président de la façon experte dont il a mené la session. L'efficacité du Dr Ramsammy a permis au Comité d'accomplir un travail important en quelques jours seulement. Le Comité peut être fier des résolutions qu'il a formulées. L'attention qu'il a portée aux détails et le consensus obtenu sur le contenu de ces résolutions facilitera grandement le travail de la Conférence sanitaire panaméricaine en septembre.

Le Président a dit que le Guyana avait été honoré et privilégié de servir de Président au Comité exécutif. Il a estimé que la session avait été très productive et il a remercié les participants de leurs contributions constructives aux délibérations du Comité. Il a exprimé sa gratitude au Directeur, au Directeur adjoint et à tout le personnel de l'OPS qui a apporté son soutien aux réunions, et ensuite, il a déclaré la clôture de la 130^e session du Comité exécutif.

Résolutions et décisions

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

Résolutions

CE130.R1 : Plan stratégique du Bureau sanitaire panaméricain correspondant à la période 2003-2007

LA 130^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant considéré le Plan stratégique du Bureau sanitaire panaméricain correspondant à la période 2003-2007 (document CE130/12);

Notant avec satisfaction les changements apportés au processus de planification qui se sont traduits par des efforts renouvelés portant sur les questions institutionnelles décisives à la réalisation des priorités de la coopération technique ; et

Prévoyant que le Secrétariat tiendra compte des commentaires du Comité exécutif dans la finalisation du Plan,

DÉCIDE :

De recommander à la Conférence sanitaire panaméricaine d'adopter une résolution rédigée selon les termes suivants :

LA 26^e CONFÉRENCE SANITAIRE PANAMÉRICAINNE,

Ayant examiné le Plan stratégique du Bureau sanitaire panaméricain correspondant à la période 2003-2007 (document CSP26/10);

Conscient de la fonction constitutionnelle de la Conférence sanitaire panaméricaine dans la détermination des politiques générales de l'Organisation ; et

Reconnaissant le besoin du Bureau de diriger ses efforts et ses ressources sur les priorités régionales collectives de la santé pour aider à assurer que tous les peuples de la Région jouissent d'une santé optimale,

DÉCIDE :

1. D'approuver le Plan stratégique du Bureau sanitaire panaméricain 2003-2007.
2. De demander au Directeur :
 - a) de tenir compte du Plan stratégique et des besoins de ressources humaines pour son exécution dans la préparation du budget programme biennal pour la période 2003-2007;
 - b) de suivre et évaluer la mesure dans laquelle les objectifs du Plan stratégique sont atteints;
 - c) de disséminer largement le document « Plan stratégique du Bureau sanitaire panaméricain 2003-2007 ».

(Cinquième séance, le 26 juin 2002)

CE130.R2 : *Avant-projet du budget programme de l'Organisation mondiale de la Santé pour la Région des Amériques pour l'exercice financier 2004-2005*

LA 130^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant considéré le document CE130/8 qui contient une demande provisoire à l'Organisation mondiale de la Santé d'un montant de US\$ 72.491.000, sans augmentation de coûts, pour la Région des Amériques pour l'exercice financier 2004-2005,

DÉCIDE :

De recommander à la 26^e Conférence sanitaire panaméricaine, 54^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques, l'adoption d'une résolution rédigée selon les termes suivants :

LA 26^e CONFÉRENCE SANITAIRE PANAMÉRICAINNE,

Ayant considéré le document CSP26/6 et la demande provisoire à l'Organisation mondiale de la Santé d'un montant de US\$ 72.491.000, sans augmentation de coûts, pour la Région des Amériques pour l'exercice financier 2004-2005 ; et

Prenant note de la recommandation du Comité exécutif,

DÉCIDE :

De demander au Directeur de transmettre au Directeur général de l'OMS la demande d'un montant de \$72.491.000, sans augmentation de coûts, pour la Région des Amériques pour l'exercice financier 2004-2005, afin de la soumettre à la considération du Conseil exécutif de l'OMS et de l'Assemblée mondiale de la Santé en 2003.

(Cinquième séance, le 26 juin 2002)

CE130.R3 : Recouvrement des contributions

LA 130^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné le rapport du Directeur sur le recouvrement des contributions (document CE130/22 et Add. I), et le rapport relatif aux États membres en situation d'arriérés de contributions dans une mesure qui justifie l'invocation de l'Article 6.B de la Constitution de l'Organisation panaméricaine de la Santé;

Tenant compte des dispositions de l'Article 6.B de la Constitution de l'OPS relatives à la suspension des droits de vote des États membres qui ne s'acquittent pas de leurs obligations financières et l'application éventuelle de ces dispositions aux États membres qui ne respectent pas le plan approuvé des paiements différés; et

Notant avec préoccupation que 24 États membres ne se sont acquittés d'aucun paiement de leur contribution évaluée pour 2002 et que le montant recouvré pour les contributions de 2002 ne représente que 33 % seulement du total des contributions évaluées pour l'année en cours,

DÉCIDE :

1. De prendre note du rapport du Directeur sur le recouvrement des contributions (document CE130/22 et Add. I).
2. De remercier les États membres qui se sont déjà acquittés de leur contribution pour 2002 et de prier instamment les autres États membres de s'acquitter de l'encours de toutes leurs contributions dès que possible.
3. De recommander à la 26^e Conférence sanitaire panaméricaine que les restrictions au droit de vote contenues dans l'Article 6.B de la Constitution de l'OPS soient strictement appliquées aux États membres qui à la date de l'ouverture de ladite Conférence n'ont pas effectué des paiements suffisants pour s'acquitter de leurs

obligations de contributions et aux États membres qui ne se sont pas acquittés des paiements prévus conformément à leur plan de paiements différés.

4. De demander au Directeur de continuer à informer les États membres sur la situation des arriérés des contributions et de rendre compte de l'état du recouvrement des contributions à la 26^e Conférence sanitaire panaméricaine.

(Cinquième séance, le 26 juin 2002)

CE130.R4 : ***Règlement financier de l'OPS***
 Proposition de modifications au Règlement financier

LA 130^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné la présentation du Directeur sur la proposition de modifications au Règlement financier dans le CE130/23; et

Considérant que les modifications assureront une plus grande conformité au Règlement financier de l'Organisation mondiale de la Santé approuvé par l'Assemblée mondiale de la Santé (résolution WHA53.6) et conformeront le Règlement financier de l'OPS aux normes de comptabilité du systèmes des Nations Unies,

DÉCIDE :

De recommander à la 26^e Conférence sanitaire panaméricaine l'adoption d'une résolution rédigée selon les termes suivants :

LA 26^e CONFÉRENCE SANITAIRE PANAMÉRICAINNE,

Ayant considéré la recommandation du Comité exécutif et la proposition des modifications au Règlement financier qui figurent à l'Annexe 2 du document CSP26/19; et

Considérant que les modifications au Règlement assureront, dans la mesure de ce qui est pratique et possible, la conformité entre le Règlement financier de l'Organisation mondiale de la Santé et celui de l'Organisation panaméricaine de la Santé, et conformeront le Règlement financier de l'OPS aux normes de comptabilité du systèmes des Nations Unies,

DÉCIDE :

D'approuver les modifications au Règlement financier de l'Organisation panaméricaine de la Santé qui figurent à l'Annexe 2 du document CSP26/19.

(Cinquième séance, le 26 juin 2002)

CE130.R5 : ***Rapport financier du Directeur et Rapport de l'Auditeur externe pour l'exercice 2000-2001***

LA 130^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné le Rapport financier du Directeur et le Rapport de l'Auditeur externe pour l'exercice 2000-2001 (*Document officiel 305*),

DÉCIDE :

1. De transmettre le Rapport financier du Directeur et le Rapport de l'Auditeur externe pour l'exercice 2000-2001 (*Document officiel 305*) à la 26^e Conférence sanitaire panaméricaine.
2. De signaler que les états financiers pour l'exercice 2000-2001 sont présentés conformément aux Normes de Comptabilité du Système des Nations Unies, avec pour conséquence une amélioration de l'inclusion des données et de la clarté des états.
3. De louer l'Organisation pour les efforts qu'elle a déployés dans le suivi et le renforcement de la position financière du Centre d'Epidémiologie des Caraïbes, de l'Institut d'Alimentation et de Nutrition des Caraïbes et de l'Institut de Nutrition d'Amérique centrale et Panama, avec l'inclusion de sources d'appui supplémentaires et l'encouragement d'efforts conjoints pour élaborer et mettre en œuvre des stratégies destinées à améliorer leur situation financière.
4. De féliciter le Directeur de ses efforts fructueux pour maintenir l'Organisation dans une solide position financière.

(Cinquième séance, le 26 juin 2002)

CE130.R6 : *Syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) aux Amériques*

LA 130^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné le document CE130/9 sur le Syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) aux Amériques,

DÉCIDE :

De recommander à la 26^e Conférence sanitaire panaméricaine l'adoption d'une résolution rédigée selon les termes suivants :

LA 26^e CONFÉRENCE SANITAIRE PANAMÉRICAINE,

Rappelant la résolution CD32.R12, qui a demandé au Directeur de présenter des rapports annuels sur la situation du VIH/SIDA dans la Région;

Ayant examiné le document CSP26/7 sur le Syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) aux Amériques;

Reconnaissant que la pandémie de VIH/SIDA constitue une urgence mondiale et régionale avec des effets à long terme dont l'impact sur les pays des Amériques peut et devrait être réduit à l'aide de l'intensification des efforts politiques, techniques et financiers; et

Consciente des opportunités de renforcement des réponses nationales à la pandémie qu'offrent les objectifs de la Déclaration de la 26^e session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA (juin 2001); de la création du Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme; le programme conjoint de l'Organisation panaméricaine de la Santé, la Banque interaméricaine de développement et la Banque mondiale; les progrès réalisés dans l'élaboration de plans et partenariats stratégiques au niveau sous-régional et entre les pays et les progrès rapides des initiatives de l'OMS et de l'ONUSIDA relatives à l'accès accéléré aux médicaments antirétroviraux dans les pays de la Région, ainsi que la Stratégie mondiale du secteur de la santé de l'OMS,

DÉCIDE :

1. De prier instamment les États membres :
 - a) de réaliser des efforts sans relâche pour atteindre les objectifs de la Déclaration des Nations Unies sur le VIH/SIDA, en particulier ceux qui cherchent à prévenir

- l'infection par le VIH, d'administrer les soins, d'appuyer et de traiter les personnes vivant avec le VIH/SIDA ; et de réduire la discrimination et l'exclusion sociale apparentées à la pandémie;
- b) de continuer à promouvoir et faciliter la coopération au niveau sous-régional et entre pays, de forger des partenariats stratégiques qui utilisent les organismes techniques et financiers et les tribunes économiques et politiques appropriées qui sont en mesure d'intensifier la réponse nationale et régionale à l'épidémie de VIH/SIDA/MST dans les Amériques;
 - c) d'étudier des options nationales et régionales pour diminuer le coût des médicaments antirétroviraux et autres fournitures de produits de santé publique apparentés à la lutte contre le VIH/SIDA.
2. De demander au Directeur :
- a) de renforcer la capacité et la réponse institutionnelles pour relever les défis posés par la pandémie de VIH/SIDA aux Amériques, en particulier dans les domaines de la prévention de l'infection par le VIH et des MST et des soins et du traitement des personnes vivant avec le VIH/ SIDA;
 - b) d'établir un cadre stratégique régional qui appuie et renforce la coopération technique avec les États membres et favorise une meilleure utilisation des nouvelles opportunités mondiales et régionales telles que le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme; l'initiative pour l'accès accéléré aux médicaments antirétroviraux; la Stratégie mondiale du secteur de la santé; et la coopération sous-régionale entre les pays, dans le cadre de la collaboration entre agences encouragée par les Nations Unies.
3. De remercier le Directeur pour les rapports annuels détaillés qu'il a présentés conformément à la résolution CD32.R12 adoptée par le Conseil directeur en 1987, et de demander qu'il fasse rapport aux Organes directeurs à l'avenir, seulement lorsqu'il estime que des développements importants se produisent dans la situation du VIH/SIDA dans la Région ou dans les approches de sa prévention et de son contrôle.

(Cinquième séance, le 26 juin 2002)

CE130.R7 : Vaccins et immunisation

LA 130^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné le rapport de situation du Directeur sur les vaccins et l'immunisation (document CE130/10),

DÉCIDE :

De recommander à la 26^e Conférence sanitaire panaméricaine l'adoption d'une résolution rédigée selon les termes suivants :

LA 26^e CONFÉRENCE SANITAIRE PANAMÉRICAINNE,

Ayant examiné le rapport du Directeur sur les vaccins et l'immunisation (document CSP26/8) et prenant note du leadership de la Région dans le domaine des vaccins et immunisation et de la contribution essentielle de l'immunisation aux progrès des initiatives de survie de l'enfant;

Reconnaissant les progrès accomplis dans les Amériques concernant l'interruption de la transmission autochtone du virus de la rougeole, mais consciente du fait que la Région se trouve sous la menace constante des importations qui peuvent provoquer des flambées importantes de rougeole si les niveaux de couverture sont inadéquats;

Prenant note de l'engagement remarquable des autorités sanitaires et gouvernementales de l'île d'Hispaniola pour maîtriser avec succès la flambée de poliomyélite causée par le virus de type 1 dérivé du vaccin de Sabin et la poussée de rougeole enregistrée en 2001;

Reconnaissant le besoin d'atteindre une couverture de vaccination uniforme dans toutes les municipalités et d'améliorer la qualité des données de vaccination et de surveillance;

Considérant les avancées importantes que réalisent les Etats membres dans l'accélération de la lutte contre la rubéole et la prévention du syndrome de rubéole congénitale (SRC) pour atteindre une diminution plus rapide des cas de cette maladie et des nourrissons nés avec le SRC;

Notant que même si la transmission de la fièvre jaune dans les zones où la maladie est enzootique a récemment diminué en conséquence d'une vaccination

intensive, il existe des indices de sa circulation dans des zones où il n'y a pas d'enzootie et d'une distribution généralisée du *Aedes aegypti*, le vecteur urbain de la maladie ; et

Consciente de l'usage potentiel du virus de la variole comme une arme de bioterrorisme,

DÉCIDE :

1. De prier instamment les États membres :
 - a) d'affecter des ressources suffisantes pour financer tous les aspects des programmes nationaux d'immunisation, d'assurer la réalisation durable d'une couverture de vaccination d'au moins 95% avec tous les antigènes dans toutes les municipalités, la réalisation de l'objectif de l'interruption de la transmission autochtone de la rougeole, le maintien de l'éradication de la poliomyélite et l'inclusion de nouveaux vaccins et d'initiatives importantes de santé publique;
 - b) d'entreprendre des initiatives de lutte accélérée contre la rubéole et de prévention du syndrome de la rubéole congénitale et de continuer à améliorer la surveillance épidémiologique de la rubéole et du SRC, ainsi que le diagnostic de laboratoire et les procédures d'investigation;
 - c) de continuer à faire preuve de vigilance concernant la situation de la fièvre jaune en employant des systèmes de surveillance sensibles, en particulier dans les zones enzootiques et dans les zones infectées par le *Aedes aegypti*, et de maintenir des taux de couverture élevée de vaccination dans les zones à haut risque pour prévenir l'occurrence de cas dans la jungle et l'urbanisation de la maladie;
 - d) de renforcer les autorités nationales de régulation et les laboratoires nationaux de contrôle pour veiller à ce que les programmes nationaux d'immunisation et le secteur privé utilisent des vaccins de bonne qualité, qu'ils soient importés ou de production locale et approuvés par les autorités compétentes;
 - e) de considérer que toute flambée de variole constitue une menace pour la Région et pour le monde, de déclarer promptement tout cas suspect qui peut se produire et de se tenir prêts à fournir l'assistance d'urgence requise, comprenant les vaccins afin de contenir l'éclosion aussi rapidement que possible.
2. De demander au Directeur :
 - a) de plaider en faveur de la mobilisation active des ressources nationales et internationales pour réaliser l'objectif de l'interruption de la transmission autochtone de la rougeole;

- b) d'encourager la collaboration entre pays producteurs de vaccins dans les Amériques pour appuyer le développement conjoint de vaccins;
- c) d'étudier avec la Banque mondiale, la Banque interaméricaine de Développement et d'autres partenaires, des mécanismes de financement qui viennent compléter le Fonds de roulement pour l'achat de vaccins de l'OPS, dans le but d'assurer la fourniture ininterrompue de vaccins aux Etats membres.

(Septième séance, le 27 juin 2002)

CE130.R8 : Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME)

LA 130^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné le document CE130/13, « Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME), »

DÉCIDE :

De recommander à la Conférence sanitaire panaméricaine l'adoption d'une résolution rédigée selon les termes suivants :

LA 26^e CONFÉRENCE SANITAIRE PANAMÉRICAINNE,

Ayant examiné le document CSP26/11 et les résultats présentés relatifs aux progrès accomplis dans l'exécution de la stratégie de Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) dans la Région des Amériques ; et

Gardant à l'esprit les progrès accomplis concernant l'initiative « Enfants en bonne santé : but pour l'an 2002 », qui a aidé à soutenir et accélérer la réduction de la mortalité infantile, due en particulier aux causes qui font l'objet de la stratégie PCIME,

DÉCIDE :

1. D'adopter l'approche et l'adaptation aux réalités opérationnelles contenues dans le document CSP26/11 pour la mise en application de la stratégie PCIME.
2. De souligner l'importance que revêt l'expansion de la stratégie PCIME à l'aide de l'incorporation de nouveaux volets qui permettront d'accroître la capacité de résolution des problèmes du personnel de santé du premier niveau.

3. De prier instamment les États membres :
 - a) de continuer à renforcer l'appui à la stratégie PCIME, son expansion et sa coordination avec d'autres programmes et acteurs en santé, dans le but de soutenir et accélérer la réduction de la mortalité infantile et de s'efforcer d'atteindre l'accès universel de la population à la qualité de base des soins offerts par la stratégie;
 - b) d'accélérer l'intégration effective de la stratégie PCIME dans les cours universitaires et de troisième cycle des carrières dans le domaine de la santé et son application par les diplômés;
 - c) de renforcer et de promouvoir des mécanismes efficaces en vue de la collecte, consolidation et analyse des données qui permettent le suivi et l'évaluation des actions portant sur la santé des nourrissons et des enfants;
 - d) de renforcer le nombre et la diversité des ressources humaines de santé pour traiter efficacement les enfants malades et les causes des maladies.
4. De demander au Directeur de continuer à appuyer l'application de la stratégie PCIME en termes de son expansion à d'autres pays et de l'augmentation de sa couverture dans les pays qui l'ont déjà adoptée.

(Septième séance, le 27 juin 2002)

CE130.R9 : ***Protection sociale élargie en santé : une initiative conjointe de l'Organisation panaméricaine de la Santé et de l'Organisation internationale du Travail***

LA 130^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné le document CE130/14, Protection sociale élargie en santé : une initiative conjointe de l'Organisation panaméricaine de la Santé et de l'Organisation internationale du Travail,

DÉCIDE :

De recommander l'adoption d'une résolution rédigée selon les termes suivants :

LA 26^e CONFÉRENCE SANITAIRE PANAMÉRICAINE,

Ayant examiné le document CSP26/12 Protection sociale élargie en santé : une initiative conjointe de l'Organisation panaméricaine de la Santé et de l'Organisation internationale du Travail;

Ayant présent à l'esprit que l'Organisation panaméricaine de la Santé et l'Organisation internationale du Travail ont lancé une initiative conjointe visant à réduire l'exclusion en santé à l'aide de la protection sociale élargie en santé;

Ayant noté le Mémoire d'entente respectif signé entre les deux organisations;

Ayant noté les différentes activités réalisées dans le cadre de cette initiative conjointe pour élargir la protection sociale en santé dans la Région;

Considérant que les niveaux d'exclusion en santé demeurent élevés dans l'hémisphère, en dépit des efforts et des ressources investis pour améliorer la situation qui se détériore en raison de la croissance de l'économie informelle et de la hausse des niveaux de pauvreté, et que des critères novateurs doivent être utilisés pour faire face à ce problème; et

Tenant compte de l'importance de redoubler les efforts aux niveaux nationaux et du continent pour garantir un accès équitable aux services de santé dans le cadre de l'objectif de la santé pour tous, indépendamment de la capacité à payer,

DÉCIDE :

1. De prier instamment les États membres :
 - a) à élargir la protection sociale en santé;
 - b) à promouvoir des processus de dialogue social qui permettront la définition d'objectifs nationaux et de stratégies dans ce domaine;
 - c) d'inclure l'élargissement de la protection sociale en santé comme élément directeur de leurs processus de réformes sectorielles.

2. De demander aux Directeurs du BSP et de l'OIT :
 - a) de disséminer largement dans les pays de la Région la documentation conceptuelle et méthodologique caractérisant l'exclusion en santé et les moyens de la combattre à l'aide de la protection sociale élargie en santé;
 - b) de travailler avec les États membres pour promouvoir un dialogue social sur ce thème, une analyse et une discussion de la façon d'affronter ce problème dans les pays et des mécanismes régionaux de coopération pour appuyer ces processus;
 - c) d'aider les pays à formuler des modèles destinés à préparer des stratégies de protection sociale élargie en santé;
 - d) de continuer à promouvoir une ligne de travail sur la protection sociale élargie en santé dans leurs activités de coopération dans la Région.

(Septième séance, le 27 juin 2002)

CE130.R10 : ***Stratégie régionale pour la réduction de la mortalité et la morbidité maternelles***

LA 130^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné le document CE130/16, Stratégie régionale pour la réduction de la mortalité et la morbidité maternelles,

DÉCIDE :

De recommander à la Conférence sanitaire panaméricaine l'adoption d'une résolution rédigée selon les termes suivants :

LA 26^e CONFÉRENCE SANITAIRE PANAMÉRICAINNE,

Ayant examiné le document CSP26/14 « Stratégie régionale pour la réduction de la mortalité et la morbidité maternelles »;

Consciente du taux inutilement élevé de mortalité des femmes en conséquence de complications de la grossesse et de l'accouchement ; et

Tenant compte du fait que les résultats de la recherche et l'expérience pratique ont démontré que des interventions spécifiques comme les soins obstétricaux essentiels

(SOE) et une assistance qualifiée à l'accouchement peuvent réduire l'incidence et la gravité des complications importantes apparentées à la grossesse, à l'accouchement et à la période post-partum pour les mères et leurs nouveaux-nés,

DÉCIDE :

1. De prier instamment les États membres :
 - a) d'adopter l'objectif établi dans la Déclaration du Millénaire des Nations Unies de réduire, pour l'an 2015, de 75% les taux de mortalité maternelle par rapport à leurs niveaux de 1990, ainsi que d'améliorer les taux dans les pays, en particulier les disparités urbaines et rurales ;
 - b) d'adopter et d'appuyer les interventions fondées sur des preuves scientifiques telles que les soins obstétriques essentiels et une assistance qualifiée à l'accouchement, afin de réduire la mortalité maternelle;
 - c) d'adhérer aux normes émises conjointement en 1997 par l'Organisation mondiale de la Santé, le Fonds des Nations Unies pour l'enfance et le Fonds des Nations Unies pour les activités en matière de population, recommandant que pour chaque 500.000 habitants il y ait quatre établissements offrant des soins obstétriques de base et un établissement offrant une assistance obstétrique intégrale;
 - d) d'adopter et d'appuyer des interventions de promotion de la santé fondées sur des preuves scientifiques de sorte que les femmes, les familles et les communautés puissent prendre des dispositions en cas de complications obstétriques, identifier les problèmes en temps voulu et y répondre de manière appropriée;
 - e) forger des partenariats clés entre les gouvernements locaux et nationaux, les services de soins de santé, les associations professionnelles, les organisations de femmes et autres organisations non gouvernementales, afin d'améliorer les efforts pour réduire la mortalité maternelle, outre assurer la collaboration interinstitutionnelle lors de la promotion et de la mise en œuvre de stratégies de réduction de la mortalité maternelle.
2. De demander au Directeur :
 - a) d'appuyer l'établissement et la mise en application de mécanismes destinés à renforcer les systèmes d'information et de surveillance pour suivre de près les progrès accomplis dans la réduction de la mortalité maternelle;

- b) de formuler des mécanismes pour aider les États membres à prendre un engagement sur le long terme, à la fois politique et programmatique, comprenant l'appui financier dans la mesure des ressources disponibles, à mettre en application des interventions actualisées de maternité sans risque et des stratégies de réduction de la mortalité maternelle.

(Septième séance, le 27 juin 2002)

CE130.R11 : Bâtiments et autres locaux de l'OPS

LA 130^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné le document CE130/25, qui fait état des actions prises par le Secrétariat concernant un projet approuvé financé par le Fonds de l'OPS pour les biens immobiliers et qui décrit la nécessité d'un autre projet,

DÉCIDE :

D'approuver le projet de réparation de dalles de ciment dans le garage du siège de l'OPS pour un montant estimé de US\$ 220.000.

(Septième séance, le 27 juin 2002)

CE130.R12 : Amendements au Règlement du Personnel du Bureau sanitaire Panaméricain

LA 130^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné les amendements au Règlement du Personnel du Bureau sanitaire panaméricain (BSP) soumis par le Directeur en Annexe au document CE130/26;

Tenant compte des actions de la Cinquante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé portant sur les traitement des Directeurs régionaux, Conseillers principaux et du Directeur général;

Consciente des dispositions de l'article 020 du Règlement du Personnel et de l'article 3.1 du Statut du Personnel du BSP et de la résolution CD20.R20 du 20^e Conseil directeur; et

Reconnaissant le besoin d'uniformité des conditions d'emploi du personnel du BSP et de l'OMS,

DÉCIDE :

1. De confirmer, en conformité à l'article 020 du Règlement du Personnel, les amendements à l'article 330.2 du Règlement du Personnel qui ont été apportés par le Directeur, avec effet à partir du 1^{er} mars 2002 concernant l'échelle des salaires applicable au personnel de la catégorie professionnelle et des catégories supérieures.
2. D'établir, avec effet au 1^{er} mars 2002 :
 - a) le salaire annuel net du Directeur adjoint à US\$ 108.379 avec personnes à charge et à \$98.141 sans personne à charge;
 - b) le salaire annuel net du Sous-directeur à \$107.379 avec personnes à charge et à \$97.141 sans personne à charge.
3. De confirmer, en conformité à l'article 020 du Règlement du Personnel, les amendements suivants au Règlement du Personnel qui ont été apportés par le Directeur :
 - a) à l'article 110.7 du Règlement du Personnel relatif aux normes de conduite pour les membres du personnel, avec effet à compter du 1^{er} juin 2001;
 - b) aux articles 350.1 et 350.2.2 du Règlement du Personnel, relatifs au droit à l'allocation pour frais d'études, avec effet à compter de l'année scolaire en cours à partir du 1^{er} janvier 2001;
 - c) à l'article 530 du Règlement du Personnel, relatif au système de planification et d'évaluation des performances, avec effet au 1^{er} janvier 2002;
 - d) aux articles du Règlement du Personnel relatifs à la réforme contractuelle, avec effet à compter du 1^{er} juillet 2002.
4. De recommander à la 26^e Conférence sanitaire panaméricaine :
 - a) de prendre note des amendements au Règlement du Personnel apportés par le Directeur et confirmés par le Comité exécutif à sa 130^e session relatifs, entre autres, aux normes de conduite pour les membres du personnel, au droit à l'allocation pour frais d'études, à la gestion de la performance et à la réforme contractuelle;

- b) de confirmer le salaire annuel du Directeur établi à \$118.165 avec personnes à charge et à \$106.342 sans personne à charge, avec effet au 1^{er} mars 2002;
- c) d'approuver l'amendement à l'article 4.5 du Règlement du Personnel pour tenir compte de l'application de nouveaux mécanismes contractuels, avec effet au 1^{er} juillet 2002.

(Septième séance, le 27 juin 2002)

CE130.R13 : Santé publique : la réponse aux maladies chroniques

LA 130^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné le rapport du Directeur sur la réponse de la santé publique aux maladies chroniques (document CE130/17),

DÉCIDE :

De recommander à la Conférence sanitaire panaméricaine l'adoption d'une résolution rédigée selon les termes suivants :

LA 26^e CONFÉRENCE SANITAIRE PANAMÉRICAINNE,

Ayant examiné le rapport du Directeur sur la réponse de la santé publique aux maladies chroniques (document CSP26/15);

Rappelant la résolution CD42.R9 sur les maladies cardiovasculaires avec l'accent mis sur l'hypertension qui appuie une approche intégrée de la prévention des maladies cardiovasculaires à l'aide de l'initiative d'actions pour la réduction multifactorielle de maladies non transmissibles (CARMEN); et notant que CARMEN représente une voie pour intégrer les facteurs de risque et les maladies;

Notant que les maladies chroniques non transmissibles représentent 70% des décès dans la Région des Amériques et que plus de la moitié de la mortalité prématurée chez les personnes âgées de moins de 70 ans est attribuée aux maladies chroniques non transmissibles; et

Alarmée par le coût croissant des maladies non transmissibles pour la société en conséquence de l'évolution rapide des changements démographiques et épidémiologiques,

DÉCIDE :

1. De prier instamment les États membres :
 - a) de faire des efforts pour mettre en évidence le fardeau des maladies chroniques et de leurs facteurs de risque;
 - b) d'approuver l'initiative CARMEN comme l'une des principales stratégies de prévention intégrée des maladies chroniques;
 - c) d'incorporer des modèles de soins pour les maladies chroniques afin d'améliorer la qualité des soins et d'accroître la capacité des soins primaires pour répondre aux besoins de la population.
2. De demander au Directeur :
 - a) d'assurer une coopération technique avec les États membres pour qu'ils élaborent une approche intégrée des maladies non transmissibles basée sur l'initiative CARMEN;
 - b) d'appuyer les États membres pour qu'ils établissent et améliorent la surveillance des maladies non transmissibles et de leurs facteurs de risque;
 - c) d'appuyer et d'encourager la recherche opérationnelle sur l'application efficace de programmes destinés à prévenir les maladies non transmissibles et d'en diminuer l'impact;
 - d) d'assurer la coordination avec d'autres organisations du système des Nations Unies, des institutions nationales et des organisations non gouvernementales pour appuyer la prévention et le contrôle des maladies chroniques.

(Septième séance, le 27 juin 2002)

CE130.R14 : Femmes, santé et développement

LA 130^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné le rapport du Directeur sur les femmes, la santé et le développement (document CE130/18),

DÉCIDE :

De recommander à la Conférence sanitaire panaméricaine l'adoption d'une résolution rédigée selon les termes suivants :

LA 26^e CONFÉRENCE SANITAIRE PANAMÉRICAINNE,

Ayant examiné le rapport du Directeur sur les femmes, la santé et le développement (document CSP26/16);

Tenant en compte les lacunes des systèmes actuels d'information et de surveillance pour exposer la situation sanitaire et les tendances de la santé de la femme et les inégalités entre les hommes et les femmes dans ce domaine;

Consciente que pour formuler et évaluer des politiques destinées à réduire les inégalités entre les hommes et les femmes, il faut disposer d'information; et

Ayant présent à l'esprit les initiatives en cours d'autres organismes du système des Nations Unies,

DÉCIDE :

1. De prier instamment les États membres :
 - a) d'accorder une priorité élevée à l'établissement et au financement de systèmes d'information sur les différences de santé et de développement déterminées par le sexe; et à la collecte, au traitement et à la présentation d'une information de la santé désagrégée par sexe;
 - b) de promouvoir la participation des usagers et des producteurs, tant du gouvernement que de la société civile, aux questions de genre et de santé.
2. De demander au Directeur :
 - a) de stimuler et appuyer la production, la dissémination et l'analyse de données sanitaires désagrégées par sexe;
 - b) d'appuyer la production périodique de bulletins statistiques et de profils de santé relatifs au genre, à la santé et au développement;

- c) de stimuler et appuyer la coopération technique entre pays en vue du développement, de l'analyse et de l'utilisation de l'information sur le genre et la santé;
- d) de poursuivre les efforts pour intégrer la perspective du genre dans le travail de l'Organisation, en particulier dans le processus de la planification stratégique et de son suivi.

(Septième séance, le 27 juin 2002)

CE130.R15 : ***Évaluation du Centre panaméricain de génie sanitaire et des sciences de l'environnement (CEPIS)***

LA 130^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné le document CE130/19, Evaluation du Centre panaméricain de génie sanitaire et des sciences de l'environnement (CEPIS),

DÉCIDE :

De recommander à la Conférence sanitaire panaméricaine l'adoption d'une résolution rédigée selon les termes suivants :

LA 26^e CONFÉRENCE SANITAIRE PANAMÉRICAINNE,

Ayant examiné le document CSP26/17, Evaluation du Centre panaméricain de génie sanitaire et des sciences de l'environnement (CEPIS);

Gardant à l'esprit le rapport interne d'évaluation présenté sous forme complète par l'équipe d'évaluation au Directeur dans le rapport technique OPS/DAP/02.5.44;

Ayant présent à l'esprit la résolution CSP20.R31 de la 20^e Conférence sanitaire panaméricaine demandant au Directeur d'entreprendre une évaluation régulière de chacun des Centres panaméricains;

Notant avec satisfaction que ce processus est entré dans une phase nouvelle et élargie à partir de l'évaluation du CEPIS;

Consciente des recommandations que l'équipe interne d'évaluation a présentées au Directeur;

Rappelant les discussions sur le thème des Centres panaméricains au cours des sessions récentes du Sous-comité de Planification et Programmation et du Comité exécutif; et

Prenant note du besoin de renforcer l'évaluation des programmes dans l'ensemble du Bureau,

DÉCIDE :

1. De féliciter le Directeur pour avoir entrepris cette évaluation intégrale et pour avoir revitalisé le processus d'évaluation en général, et celui des Centres panaméricains demandé par la Conférence en 1978.
2. De demander au Directeur :
 - a) de mettre en application les recommandations pertinentes de l'équipe d'évaluation pour assurer l'évolution d'un CEPIS renforcé, en mesure de mieux répondre aux besoins actuels et futurs des États membres dans le domaine de la santé et de l'environnement;
 - b) de réaliser l'évaluation intégrale périodique d'un des Centres panaméricains chaque année;
 - c) de renforcer la capacité du Bureau en matière d'évaluation des programmes;
 - d) de favoriser le développement de réseaux de coopération entre le CEPIS, les centres collaborateurs et autres institutions liées à la santé et l'environnement dans les pays;
 - e) de présenter une réponse écrite de gestion aux recommandations de l'évaluation du CEPIS et d'autres Centres panaméricains quand ils seront évalués.

(Septième séance, le 27 juin 2002)

CE130.R16 : Rapport du Jury du Prix d'Administration de l'OPS, 2002

LA 130^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné le rapport du Jury du Prix d'Administration de l'OPS, 2002 (document CE130/6, Add. I); et

Tenant compte des dispositions des procédures et directives pour conférer le Prix d'Administration de l'OPS, telles qu'approuvées par la 18^e Conférence sanitaire panaméricaine (1970) et amendées par la 24^e Conférence sanitaire panaméricaine (1994) et la 124^e session du Comité exécutif (1999),

DÉCIDE :

1. De prendre note de la décision du Jury du Prix d'Administration de conférer le Prix d'Administration de l'OPS, 2002 au Dr Hugo Mendoza, de la République Dominicaine, pour sa contribution précieuse à l'amélioration de la situation de la santé de la mère et de l'enfant dans son pays, à l'aide de l'introduction de l'approche de santé publique dans les soins pédiatriques et dans l'enseignement, et pour ses efforts précurseurs dans la recherche en santé publique.
2. De transmettre le rapport du Jury du Prix d'Administration de l'OPS, 2002 (document CE130/6, Add. I) à la 26^e Conférence sanitaire panaméricaine.

(Septième séance, le 27 juin 2002)

CE130.R17 : ***Organisations non gouvernementales en relations officielles avec l'OPS***

LA 130^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant étudié le rapport du Comité permanent des Organisations non gouvernementales (document CE130/7, Add. I); et

Gardant à l'esprit les dispositions des *Principes régissant les relations entre l'Organisation panaméricaine de la Santé et les organisations non gouvernementales* (1995, revues en 2000),

DÉCIDE :

1. D'autoriser la Fondation du cœur interaméricaine (IAHF) à entretenir des relations officielles avec l'OPS.
2. De poursuivre pendant une période de quatre ans les relations officielles avec la Confédération latino-américaine de biochimie clinique (COLABIOCLI) et l'Alliance nationale de la santé hispanique.

3. De poursuivre les relations officielles entre l'OPS et l'Union latino-américaine contre les maladies sexuellement transmissibles (ULACETS) et l'Organisation internationale des Associations de consommateurs (CI-ROLAC) pendant une période d'un an, à la condition que le statut de leurs activités et performance conformément à un plan de travail de collaboration convenu soit examiné par le Comité permanent lors de sa réunion en 2003.
4. De demander au Directeur :
 - a) d'informer les ONG respectives des décisions prises par le Comité exécutif;
 - b) de continuer à forger des relations de travail dynamiques avec les ONG interaméricaines présentant un intérêt pour l'Organisation dans des domaines qui correspondent aux orientations stratégiques et programmatiques que les Organes directeurs ont adoptées pour l'OPS;
 - c) de continuer à encourager des relations entre les États membres et les ONG travaillant dans le domaine de la santé.

(Septième séance, le 27 juin 2002)

CE130.R18 : Ordre du jour provisoire de la 26^e Conférence sanitaire panaméricaine, 54^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques

LA 130^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné l'ordre du jour provisoire (document CSP26/1) préparé par le Directeur pour la 26^e Conférence sanitaire panaméricaine, 54^e Session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques, présenté comme annexe au document CE130/4, Rév. 2; et

Tenant compte des dispositions de l'article 7.F de la Constitution de l'Organisation panaméricaine de la Santé et de l'article 8 des Règlements intérieurs de la Conférence,

DÉCIDE :

D'approuver l'ordre du jour provisoire (document CSP26/1) préparé par le Directeur pour la 26^e Conférence sanitaire panaméricaine, 54^e Session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques.

(Huitième séance, le 27 juin 2002)

CE130.R19 : Santé et vieillissement

LA 130^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné le document CE130/15, Santé et vieillissement,

DÉCIDE :

De recommander à la Conférence sanitaire panaméricaine l'adoption d'une résolution rédigée selon les termes suivants :

LA 26^e CONFÉRENCE SANITAIRE PANAMÉRICAINNE,

Tenant compte de l'importance du plan d'action international sur le vieillissement adopté à Madrid pour aborder les problèmes de santé des personnes âgées des Amériques;

Reconnaissant le changement de paradigme en faveur d'un vieillissement sain et actif et des efforts qui ont été déployés pour réduire les stéréotypes négatifs et les malentendus à propos du vieillissement depuis la 25^e Conférence sanitaire panaméricaine et l'adoption par cette dernière de la résolution CSP25.R6;

Comprenant les implications immenses du vieillissement de la population sur un grand nombre des priorités de la santé dans les Amériques; et

Considérant le besoin de promouvoir, en collaboration avec d'autres partenaires, un système intégré d'appui au vieillissement sain et actif,

DÉCIDE :

1. De prier instamment les États membres :
 - a) de profiter de la dynamique créée par la 2^e Assemblée mondiale sur le vieillissement, d'adopter des politiques et des plans nationaux pour la mise en œuvre du plan d'action international sur le vieillissement, et d'assurer un appui approprié à l'exécution des domaines prioritaires;
 - b) de plaider pour la promotion et la protection des droits de l'homme et des libertés fondamentales des personnes âgées;
 - c) d'adopter les priorités de promotion de la santé appropriées aux personnes âgées et de fixer des objectifs focalisés sur le genre et des stratégies de surveillance dans

- les domaines de la santé nutritionnelle, de l'activité physique, des blessures non intentionnelles, comprenant la prévention des chutes et la santé mentale;
- d) de s'engager à accroître l'accès à des soins de santé appropriés pour les personnes âgées, ainsi que l'accès aux médicaments essentiels, en particulier pour ceux qui n'ont pas de ressources;
 - e) de promouvoir des initiatives en vue du développement d'options de soins communautaires à long terme (dont les logements disposant d'un soutien et les résidences assistées) et de réglementer la fourniture des soins aux populations vulnérables;
 - f) de promouvoir la recherche sur le suivi et l'évaluation de l'efficacité des programmes;
 - g) de formuler un plan pour la formation des agents de soins primaires et autres professionnels de la santé aux principes de base de la promotion de la santé des personnes âgées et de la médecine gériatrique.
2. De demander au Directeur :
- a) d'appuyer l'application régionale du plan d'action international sur le vieillissement en coordination avec d'autres partenaires;
 - b) d'aider les États membres à fixer des cibles et des indicateurs de vieillissement sain;
 - c) d'encourager les États membres à formuler des stratégies communautaires coordonnées pour appuyer le vieillissement actif et disséminer l'information sur ces expériences;
 - d) d'aider les États membres à œuvrer en faveur du développement d'environnements propices et favorables pour les personnes âgées, comprenant des établissements de soins à long terme.

(Huitième séance, le 27 juin 2002)

CE130.R20 : *Compte-rendu de la réunion des ministres de la santé et de l'environnement des Amériques*

LA 130^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné le document CE130/20, Compte-rendu de la réunion des ministres de la santé et de l'environnement des Amériques,

DÉCIDE :

De recommander à la Conférence sanitaire panaméricaine l'adoption d'une résolution rédigée selon les termes suivants :

LA 26^e CONFÉRENCE SANITAIRE PANAMÉRICAINE,

Rappelant la résolution CD43.R15, qui a chargé le Bureau sanitaire panaméricain de travailler avec le Gouvernement du Canada et le Programme des Nations Unies pour l'environnement (PNUE) de convoquer la réunion des ministres de la santé et de l'environnement des Amériques;

Ayant considéré le rapport de la réunion qui s'est tenue à Ottawa, les 4 et 5 mars 2002;

Consciente du lien entre la santé et l'environnement; notant l'impact sur la santé de facteurs environnementaux comme l'eau et l'assainissement, la pollution de l'air à l'intérieur et à l'extérieur des logements, et l'exposition aux produits chimiques et aux déchets agro-industriels; et particulièrement consciente de la relation entre conditions environnementales et maladies telles que la diarrhée et les infections respiratoires,

DÉCIDE :

1. De prier instamment les États membres :
 - a) de travailler en conformité aux orientations convenues dans le communiqué ministériel dans les trois domaines définis : l'établissement de directions futures pour la santé et l'environnement dans les Amériques, les sujets de préoccupation commune et les objectifs partagés, et le renforcement et le partage des capacités pour répondre aux menaces;

- b) de développer des alliances stratégiques aux niveaux national et local entre les secteurs de l'environnement et de la santé, impliquant les acteurs concernés du secteur public, du secteur privé et de la société civile;
 - c) de participer et appuyer le travail du groupe de travail défini dans le communiqué ministériel et convoqué par le Gouvernement du Canada avec la collaboration de l'OPS et du PNUE.
2. De demander au Directeur :
- a) de collaborer avec le Gouvernement du Canada et du PNUE au groupe de travail qui fera des propositions pour le suivi des conclusions de la Réunion des ministres de la santé et de l'environnement des Amériques, comme l'indique le communiqué ministériel;
 - b) d'intégrer les propositions du groupe de travail et le travail en cours pour 2002-2003 dans la coopération technique de l'OPS en cours, en mettant l'accent sur la collaboration avec les pays en matière de renforcement des capacités et sur le travail dans les domaines de l'hygiène, de l'eau et de l'assainissement, de la pollution de l'air et de la sécurité chimique.
3. De reconnaître et de faire les éloges du rôle de leadership du Gouvernement du Canada qui favorise la collaboration active entre les secteurs de l'environnement et de la santé dans la construction du développement humain durable.

(Huitième séance, le 27 juin 2002)

Décisions

CE130(D1) : Adoption de l'ordre du jour

Conformément à l'Article 9 du Règlement intérieur du Comité exécutif, le Comité a adopté l'ordre du jour proposé par le Directeur (document CE130/1, Rév.1).

(Première séance, 24 juin 2002)

CE130(D2) : *Représentation du Comité exécutif lors de la 26^e Conférence sanitaire panaméricaine, 54^e session du Comité régional de l’OMS pour les Amériques*

Conformément à l’Article 54 de son Règlement intérieur, le Comité exécutif a décidé de nommer le Président (Guyana) et le Vice-Président (Uruguay) du Comité exécutif pour le représenter lors de la 26^e Conférence sanitaire panaméricaine, 54^e Session du Comité régional de l’OMS pour les Amériques. Comme remplaçants, le Comité a nommé les délégués du Canada et de la Bolivie, respectivement.

(Première séance, 24 juin 2002)

CE130(D3) : *Rapport du Sous-Comité de planification et de programmation*

Le Comité exécutif a pris note du rapport de la 36^e session du Sous-Comité de planification et de programmation (document CE130/5) remerciant le Président pour son rapport et exprimant sa reconnaissance au Sous-Comité pour son travail.

(Première séance, 24 juin 2002)

CE130(D4) : *Évaluation des orientations stratégiques et programmatiques, 1999-2002*

Le Comité exécutif a pris note du rapport sur l’évaluation des orientations stratégiques et programmatiques, 1999-2002 (documents CE130/11 et CE130/INF/1), et a encouragé le Secrétariat à appliquer les leçons tirées de cet exercice en exécutant et évaluant le Plan stratégique pour la période 2003-2007.

(Première séance, 24 juin 2002)

CE130(D5) : *Fonds de roulement*

Le Comité exécutif a décidé de reporter toute action relative au niveau du Fonds de roulement et de ré-examiner cette question lors de sa 132^e session en juin 2003.

(Deuxième séance, 24 juin 2002)

CE130(D6) : Centenaire de l'Organisation panaméricaine de la Santé

Le Comité exécutif a pris note du rapport préparé par le Secrétariat sur la célébration du 100^{ème} anniversaire de l'Organisation (document CE130/21) et a exprimé sa satisfaction concernant les activités prévues et en cours.

(Sixième séance, 26 juin 2002)

CE130(D7) : Déclaration de la Représentante de l'Association du personnel du BSP

Le Comité exécutif a pris note de la déclaration de la Représentante de l'Association du personnel (document CE130/27) et a exprimé son soutien au personnel de l'Organisation et sa satisfaction concernant les relations de travail cordiales qui existent entre le personnel du BSP et l'administration.

(Septième séance, 27 juin 2002)

CE130(D8) : Résolutions et autres actions de la Cinquante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé revêtant un intérêt pour le Comité exécutif de l'OPS

Le Comité exécutif a pris note du rapport sur les résolutions et autres actions de la Cinquante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé revêtant un intérêt pour le comité exécutif de l'OPS (document CE130/28).

(Septième séance, 27 juin 2001)

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

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

Leslie Ramsammy
Délégué de Guyana
Président de la 130^e Session
du Comité exécutif

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

ORDRE DU JOUR

1. OUVERTURE DE LA SESSION

2. QUESTIONS RELATIVES AU RÈGLEMENT

- 2.1 Adoption de l'ordre du jour et du programme des séances
- 2.2 Représentation du Comité exécutif lors de la 26^e Conférence sanitaire panaméricaine, 54^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques
- 2.3 Ordre du jour provisoire de la 26^e Conférence sanitaire panaméricaine, 54^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques

3. QUESTIONS RELATIVES AUX COMITÉS

- 3.1 Rapport sur la 36^e session du Sous-Comité de planification et de programmation
- 3.2 Prix d'Administration de l'OPS, 2002
- 3.3 Organisations non gouvernementales en relations officielles avec l'OPS

4. QUESTIONS RELATIVES À LA POLITIQUE DES PROGRAMMES

- 4.1 Avant-projet du budget programme de l'Organisation mondiale de la Santé pour la Région des Amériques pour l'exercice financier 2004-2005
- 4.2 Syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) aux Amériques
- 4.3 Vaccins et immunisation
- 4.4 Évaluation des orientations stratégiques et programmatiques 1999-2002
- 4.5 Plan stratégique pour le Bureau sanitaire panaméricain correspondant à la période 2003-2007
- 4.6 Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME)

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

- 4.7 Protection sociale élargie en santé : une initiative conjointe de l'Organisation panaméricaine de la Santé et de l'Organisation internationale du Travail
- 4.8 Santé et vieillissement
- 4.9 Stratégie régionale pour la réduction de la mortalité et morbidité maternelles
- 4.10 Santé publique : la réponse aux maladies chroniques
- 4.11 Femmes, santé et développement
- 4.12 Évaluation du Centre panaméricain de Génie sanitaire et des Sciences de l'Environnement (CEPIS)
- 4.13 Compte-rendu de la réunion des ministres de la santé et de l'environnement des Amériques
- 4.14 Centenaire de l'Organisation panaméricaine de la Santé

5. QUESTIONS ADMINISTRATIVES ET FINANCIÈRES

- 5.1 Rapport sur le recouvrement des contributions
- 5.2 Règlement financier de l'OPS
- 5.3 Rapport financier du Directeur et rapport du Commissaire aux comptes pour 2000-2001
 - a) Rapport financier du Directeur et rapport du Commissaire aux comptes pour 2000-2001
 - b) Rapport sur le Fonds de roulement
- 5.4 Bâtiments et autres locaux de l'OPS

6. QUESTIONS RELATIVES AU PERSONNEL

6.1 Amendements au Règlement du personnel du BSP

6.2 Déclaration du Représentant de l'Association du personnel du BSP

7. QUESTIONS D'ORDRE GÉNÉRAL

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

8. AUTRES QUESTIONS

LISTE DE DOCUMENTS

Document officiel

*Doc. off. 305** Financial Report of the Director and Report of the External Auditor for 2000-2001

Documents de travail

CE130/1, Rév. 2 et CE130/WP/1, Rév. 1	Adoption de l'ordre du jour et du programme des séances
CE130/3	Représentation du Comité exécutif lors de la 26 ^e Conférence sanitaire panaméricaine, 54 ^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques
CE130/4, Rév. 1	Ordre du jour provisoire de la 26 ^e Conférence sanitaire panaméricaine, 54 ^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques
CE130/5	Rapport sur la 36 ^e session du Sous-Comité de planification et de programmation
CE130/6	Prix d'Administration de l'OPS, 2002
CE130/7	Organisations non gouvernementales en relations officielles avec l'OPS
CE130/8	Avant-projet du budget programme de l'Organisation mondiale de la Santé pour la Région des Amériques pour l'exercice financier 2004-2005
CE130/9 et Add. I	Syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) aux Amériques
CE130/10	Vaccins et immunisation
CE130/11 et CE130/INF/1	Évaluation des orientations stratégiques et programmatiques 1999-2002

* Document disponible uniquement en anglais et espagnol

Documents de travail (suite)

CE130/12	Plan stratégique pour le Bureau sanitaire panaméricain correspondant à la période 2003-2007
CE130/13	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME)
CE130/14	Protection sociale élargie en santé : une initiative conjointe de l'Organisation panaméricaine de la Santé et de l'Organisation internationale du Travail
CE130/15	Santé et vieillissement
CE130/16	Stratégie régionale pour la réduction de la mortalité et morbidité maternelles
CE130/17	Santé publique : la réponse aux maladies chroniques
CE130/18	Femmes, santé et développement
CE130/19	Évaluation du Centre panaméricain de Génie sanitaire et des Sciences de l'Environnement (CEPIS)
CE130/20	Compte-rendu de la réunion des ministres de la santé et de l'environnement des Amériques
CE130/21	Centenaire de l'Organisation panaméricaine de la Santé
CE130/22 et Add. I	Rapport sur le recouvrement des contributions
CE130/23	Règlement financier de l'OPS
CE130/24	Fonds de roulement
CE130/25, Rév. 1	Bâtiments et autres locaux de l'OPS
CE130/26	Amendements au Règlement du personnel du BSP
CE130/27	Déclaration du Représentant de l'Association du personnel du BSP

Documents de travail (suite)

CE130/28 Résolutions et autres actions de la Cinquante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé revêtant un intérêt pour le Comité exécutif de l'OPS

Documents d'information*

CE130/INF/1 Evaluation of the Strategic and Programmatic Orientations

CE130/INF/2 Final Report of the Biennial Program Budget for 2000-2001

CE130/INF/3 Statistics of PASB/WHO Staff

* Documents disponibles uniquement en anglais et espagnol

LIST OF PARTICIPANTS*
LISTA DE PARTICIPANTES

Members of the Subcommittee
Miembros del Subcomité

Canada
Canadá

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

Ms. Jodi Lynn Brown
Senior Policy Analyst
International Affairs Directorate
Health Canada
Ottawa

Chile

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

Cuba

Dr. Antonio D. González Fernández
Director de Relaciones Internacionales
Ministerio de Salud Pública
La Habana

Sra. Marisabel de Miguel
Segunda Secretaria
Sección de Intereses de Cuba
Washington, D.C.

* Disponible uniquement en version bilingue anglaise et espagnole.

Members of the Subcommittee (cont.)
Miembros del Subcomité (cont.)

El Salvador

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

Guyana

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

Honduras

Dr. Humberto Cosenza Jiménez
Secretario Ejecutivo de Cooperación Técnica
Secretaría de Estado en el Despacho de Salud
Tegucigalpa

United States of America
Estados Unidos de América

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

Members of the Subcommittee (cont.)
Miembros del Subcomité (cont.)

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

Mr. Richard S. Walling
Director, Office for the Americas and Middle East
Office of Global Health Affairs
Department of Health and Human Services
Washington, D.C.

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

Ms. Mary Lou Valdez
Associate Director for Multilateral Affairs
Department of Health and Human Services
Washington, D.C.

Ms. Carol J. Dabbs
Population, Health, and Nutrition Team Leader
Office for Regional Sustainable Development
Bureau For Latin America and the Caribbean
U.S. Agency for International Development
Washington, D.C.

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

Uruguay

Sr. Jorge Seré Sturzenegger
Ministro Consejero, Representante Alterno
Misión Permanente del Uruguay ante la
Organización de Estados Americanos
Washington D.C.

Other Member States
Otros Estados Miembros

Brazil
Brasil

Mr. Paulo Roberto Amora Alvarenga
Representante Alterno
Misión Permanente de Brasil ante la
Organización de Estados Americanos
Washington D.C.

Costa Rica

Mr. Luis Guardia Mora
Representante Alterno
Misión Permanente de Costa Rica ante la
Organización de Estados Americanos
Washington D.C.

Ecuador
Ecuador

Sr. Luis Valencia
Consejero, Representante Alterno
Misión Permanente de Ecuador ante la
Organización de Estados Americanos
Washington D.C.

Jamaica

Dr. Deanna Ashley
Director of Health Promotion and Protection
Ministry of Health
Kingston

Other Member States (cont.)
Otros Estados Miembros (cont.)

Mexico
México

Dr. Jaime Sepúlveda Amor
Director General del Instituto Nacional de Salud Pública
Secretaría de Salud
México, D.F.

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

Lic. Hilda Dávila Chávez
Directora de Asuntos Bilaterales y Regionales Americanos
Secretaría de Salud
México, D.F.

Sr. Manuel Herrera
Representante Alterno
Misión Permanente de México ante la
Organización de Estados Americanos
Washington D.C.

United nations Specialized Agencies
Agencias Especializadas de las Naciones Unidas

International Labour Organization
Organización Internacional de Trabajo

Mr. Emmanuel Reynaud
Chief of the Social Security Policy And Development Branch
Geneva, Switzerland

Mr. Pedro Crocco
Director for Latin America and the Caribbean of the STEP Program
Santiago, Chile

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

***Secretary ex officio of the Subcommittee
Secretario ex officio del Subcomité***

Dr. George A. O. Alleyne
Director

***Advisers to the Director
Asesores del Director***

Dr. David Brandling-Bennett
Deputy Director
Director Adjunto

Dr. Mirta Roses Periago
Assistant Director
Subdirectora

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Mr. Philip MacMillan
Chief of Department of Personnel
Jefe, Departamento de Personal

Dr. Karen Sealey (Technical Secretary/Secretaria Técnica)
Chief, Office of Analysis and Strategic Planning
Jefa, Oficina de Análisis y Planificación Estratégica

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

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

Dr. Richard P. Marks

Legal Counsel
Asesora Jurídica

Dr. Heidi V. Jiménez

Chief, Conference and Secretarial Services
Jefa, Servicios de Conferencias y Secretaria

Ms. Rosa Irene Otero