



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



152^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF

Washington, D.C., ÉUA, du 17 au 21 juin 2013

CE152/FR (Fr.)
21 juin 2013
ORIGINAL : ANGLAIS

RAPPORT FINAL

TABLE DES MATIÈRES

	<i>Page</i>
Ouverture de la session	6
Questions relatives au Règlement	
Bureau.....	6
Adoption de l'ordre du jour et du programme des réunions.....	7
Représentation du Comité exécutif lors du 52 ^e Conseil directeur de l'OPS, 65 ^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques	7
Ordre du jour provisoire du 52 ^e Conseil directeur, 65 ^e Session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques	7
Questions relatives au Comité	
Rapport sur la septième session du Sous-Comité du programme, budget et administration	9
Prix de l'OPS pour l'administration (2013)	9
Organisations non gouvernementales en relations officielles avec l'OPS	10
Rapport annuel du Bureau d'éthique (2012)	11
Rapport du Comité d'audit de l'OPS	14
Nomination d'un membre au Comité d'audit de l'OPS.....	16
Questions relatives à la politique des programmes	
Projet de Plan stratégique de l'OPS 2014-2019	16
Projet du Programme et budget de l'OPS 2014-2015	21
Protection sociale en matière de santé	24
Plan d'action pour la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles.....	26
Elaboration de politiques sur la base de données probantes à l'appui des programmes nationaux de vaccination	29
Coopération entre les pays pour le développement sanitaire aux Amériques.....	31
L'insuffisance rénale chronique dans les communautés agricoles en Amérique centrale	33
Questions administratives et financières	
Rapport sur le recouvrement des contributions fixées	34
Rapport financier du Directeur et rapport du Commissaire aux comptes externe (2012)	35
Rapport du Bureau de contrôle interne et services d'évaluation	39
Amendements au Règlement financier	41
Examen de la commission prélevée sur les achats de fournitures de santé publique effectués pour le compte des États Membres.....	41

TABLE DES MATIÈRES *(suite)*

	<i>Page</i>
Questions administratives et financières <i>(suite)</i>	
Statut des projets financés par le compte de réserve de l'OPS	42
Plan directeur d'investissement	43
Questions relatives au personnel	
Amendements au Règlement du personnel du BSP	44
Statistiques des effectifs du BSP	45
Déclaration du représentant de l'Association du personnel de l'OPS/OMS	47
Questions pour information	
Mise à jour sur la réforme de l'OMS	49
Douzième programme général de travail de l'OMS 2014-2019 et Budget programme 2014-2015 de l'OMS	51
Project de modernisation du système d'information pour la gestion (SIG): Rapport d'avancement	53
Rapport sur la 16 ^e Réunion interaméricaine, au niveau ministériel, sur la santé et l'agriculture (RIMSA 16)	56
Troisième forum mondial sur les ressources humaines pour la santé: Rapport sur les préparatifs (par le Brésil)	57
La santé dans le programme de développement au-delà de 2015 : Rapport sur les préparatifs pour le panel	58
Rapports d'avancement sur les questions techniques	60
A. Stratégie et plan d'action régionaux sur la santé néonatale dans le contexte des soins apportés à la mère, au nouveau-né et à l'enfant (2008-2015) : Evaluation à mi-parcours	60
B. Stratégie et plan d'action pour l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis congénitale : évaluation à mi-parcours	60
C. Objectifs du Millénaire pour le développement et cibles sanitaires dans la Région des Amériques	60
D. Mise en œuvre de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac	60
E. Plan régional sur la santé des travailleurs	61
F. Vers l'élimination de l'onchocercose (cécité des rivières) aux Amériques	61
G. Plan d'action régional pour le renforcement du recueil des données d'état civil et de santé	61
H. Mise en œuvre du Règlement sanitaire international	62
I. Situation des Centres panaméricains	62

TABLE DES MATIÈRES *(suite)*

	<i>Page</i>
Questions pour information <i>(suite)</i>	
Résolutions et autres actions d'organisations intergouvernementales revêtant un intérêt pour l'OPS	62
A. Soixante-sixième Assemblée mondiale de la Santé	62
B. Organisations sous-régionales	62
Autres questions	64
Clôture de la Session	64
Résolutions et décisions	64
Résolutions	
CE152.R1 : Recouvrement des contributions fixées	64
CE152.R2 : Désignation d'un membre auprès du Comité d'audit de l'Organisation panaméricaine de la Santé	65
CE152.R3 : Examen de la commission prélevée sur les achats de fournitures de santé publique effectués pour le compte des États Membres.....	66
CE152.R4 : Protection sociale en matière de santé	67
CE152.R5 : Prise de décisions fondées sur les données probantes pour les Programmes nationaux de vaccination.....	71
CE152.R6 : Usage du solde résultant de l'achèvement de deux projets du compte de réserve.....	72
CE152.R7 : Projet de Plan stratégique 2014-2019 de l'Organisation panaméricaine de la Santé.....	73
CE152.R8 : Amendements au Règlement financier	76
CE152.R9 : Organisations non gouvernementales en relations officielles avec l'Organisation panaméricaine de la Santé	77
CE152.R10 : Prix de l'OPS pour l'administration (2013)	78
CE152.R11 : Amendements au Règlement du personnel du Bureau sanitaire panaméricain	79
CE152.R12 : Ordre du jour provisoire du 52 ^e Conseil Directeur, 65 ^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques	83
CE152.R13 : La coopération pour le développement en matière de santé aux Amériques.....	83
CE152.R14 : L'insuffisance rénale chronique dans les communautés agricole en Amérique centrale.....	87

TABLE DES MATIÈRES (suite)

	<i>Page</i>
<i>Résolutions (suite)</i>	
CE152.R15 : Plan d'action pour la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles	89
CE152.R16 : Projet de budget programme 2014-2015 de l'OPS	92
CE152.R17 : Contributions fixées des états membres, des états participants et des membres associés de l'Organisation panaméricaine de la Santé pour 2014-2015	98
<i>Décisions</i>	
CE152(D1) : Adoption de l'ordre du jour	105
CE152(D2) : Représentation du Comité exécutif au 52 ^e Conseil directeur de l'OPS, 65 ^e Session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques	105
Annexes	
Annexe A. Ordre du jour	
Annexe B. Liste des documents	
Annexe C. Liste des participants	
Annexe D. Rapport de la réunion spéciale de la 152 ^e Session du Comité exécutif tenue le 29 avril 2013	

RAPPORT FINAL

Ouverture de la Session

1. La 152^e session du Comité exécutif de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) s'est tenue au Siège de l'Organisation à Washington, D.C, du 17 au 20 juin 2013. Ont assisté à la Session des délégués des neuf membres suivants du Comité exécutif élus par le Conseil directeur : Brésil, Canada, Chili, El Salvador, États-Unis d'Amérique, Grenade, Jamaïque, Paraguay et Pérou. Des représentants d'autres États Membres, États participants et États observateurs suivants ont assisté à titre d'observateur : Aruba, Colombie, Espagne, Guatemala, Honduras, Mexique, République dominicaine et Venezuela (République bolivarienne). De plus, une organisation de Nations Unies et cinq organisations non gouvernementales étaient représentées.

2. Le Comité a également tenu une réunion spéciale avant l'ouverture officielle de la session pour discuter des questions relatives à l'affectation des crédits à la Région par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Le rapport de cette réunion est donné en Annexe D du présent rapport.

3. Le Dr Victor Raúl Cuba Oré (Pérou, Président du Comité exécutif) a ouvert la session et a souhaité la bienvenue aux participants. Le Dr Carissa Etienne (Directrice du Bureau sanitaire panaméricain [BSP]) a également souhaité la bienvenue aux participants, notant que le Comité se réunissait à un moment charnière de la santé publique mondiale. Le rôle crucial de la santé était de plus en plus reconnu, tant comme ressource que résultat du développement durable, et l'OPS et l'OMS étaient en mesure de positionner la santé à une place prédominante du programme de développement au-delà de 2015. Le Comité se pencherait sur un certain nombre de thèmes d'une grande importance, dont le Plan stratégique 2014-2019, qui marquera de son sceau le travail de l'Organisation dans les six années à venir et le prochain budget biennal qui vérifiera que l'Organisation dispose du financement nécessaire pour mettre en œuvre le Plan. De plus, le Comité examinera un plan d'action régional proposé pour la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles, question d'une énorme importance au regard de l'impact social, économique et sanitaire de telles maladies. La Directrice s'attendait à une riche discussion sur ce thème ainsi que sur les autres points figurant à l'ordre du jour du Comité.

Questions relatives au Règlement

Bureau

4. Les Membres suivants du Bureau élus lors de la 151^e session du Comité ont continué à servir dans leurs capacités respectives lors de la 152^e session :

Président : Pérou (Dr. Victor Raúl Cuba Oré)
Vice-président : El Salvador (Dr Matías Villatoro)
Rapporteur : Jamaïque (Honorable Dr Fenton Ferguson)

5. La Directrice a rempli le rôle de Secrétaire de droit et le Dr Jon Kim Andrus (Directeur adjoint du BSP) celui de Secrétaire technique.

Adoption de l'ordre du jour et du programme des réunions (documents CE152/1, Rév. 1, et CE152/WP/1)

6. Le Comité a adopté l'ordre du jour provisoire contenu dans le document CE152/1, Rév. 1, avec une adjonction : à la demande du délégué du Salvador, un point a été rajouté sur l'insuffisance rénale chronique dans les communautés agricoles en Amérique centrale sous Questions relatives à la politique des programmes (décision CE152[D1]). Le Comité a également adopté un programme des réunions (CE152/WP/1).

Représentation du Comité exécutif lors du 52^e Conseil directeur de l'OPS, 65^e Session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques (document CE152/2)

7. Conformément à l'Article 54 de son Règlement intérieur, le Comité exécutif a nommé le Pérou et El Salvador, respectivement son Président et son Vice Président, pour représenter le Comité auprès du 52^e Conseil directeur, 65^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques. Le Chili et la Jamaïque étaient élus comme représentants de remplacement (décision CE152[D2]).

Ordre du jour provisoire du 52^e Conseil directeur de l'OPS, 65^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques (document CE152/3)

8. Mme Piedad Huerta (Conseillère principale du Bureau des organes directeurs au BSP) a présenté l'ordre du jour provisoire du 52^e Conseil directeur, 65^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques. Elle a noté que, conformément à la résolution CSP28.R6, qui avait délégué la responsabilité de certains thèmes au Comité exécutif, les rapports sur le Plan directeur d'investissement et le projet de modernisation du Système d'information pour la gestion du BSP ne seraient pas inclus à l'ordre du jour du Conseil. Celui-ci recevra pourtant une information sur ces deux points de l'ordre du jour dans le rapport du Président du Comité exécutif. Le rapport sur l'insuffisance rénale chronique dans les communautés agricoles en Amérique centrale serait ajouté à l'ordre du jour sous Questions relatives à la politique des programmes. Les Comité régionaux de l'OMS sont tenus de discuter de plusieurs questions dont la réforme de l'OMS, la santé dans le programme de développement au-delà de 2015 et les critères de prolongation de la date butoir pour mettre en place les capacités centrales stipulées dans le Règlement sanitaire

international (2005). Par conséquent, ces points ont été portés à l'ordre du jour, le dernier sous Questions relatives à la politique des programmes. De plus, le Bureau attendait un document de l'OMS sur les termes de référence d'un mécanisme de coordination mondiale pour la lutte contre les maladies non transmissibles. Une fois reçu le document, la Directrice décidera si la question doit être portée à l'ordre du jour du Conseil directeur.

9. La déléguée du Brésil, se rapportant à la présentation faite par sa délégation lors du troisième Forum mondial sur les ressources humaines en santé (voir paragraphes 202 à 206 ci-après), a demandé que le thème des ressources humaines en santé soit ajouté à l'ordre du jour sous Questions relatives à la politique des programmes. Elle a noté que sa délégation avait déjà circulé un avant-projet de la résolution sur la question dans le but d'attirer une attention supplémentaire sur les ressources humaines en santé au vu du résultat escompté du Forum mondial et des discussions en cours concernant la santé dans le programme de développement au-delà de 2015. Le délégué d'El Salvador a demandé qu'un rapport sur la tuberculose soit ajouté aux Questions pour information, notant que l'évaluation à mi-parcours du Programme d'action sanitaire pour les Amériques (voir paragraphe 14 ci-après) avait insisté sur la nécessité de redoubler d'efforts pour prévenir et lutter contre la maladie. Le délégué du Guatemala a attiré l'attention sur la Déclaration d'Antigua (Guatemala) "Vers une politique intégrale de lutte contre le problème mondial de la drogue dans les Amériques", adoptée lors de la quarantième-troisième session ordinaire de l'Assemblée générale de l'Organisation des États Américains (OEA), notant que la Déclaration stipulait la mise en place d'un processus consultatif sur la question des drogues illicites en préparation d'une session spéciale de l'Assemblée générale de l'OEA qui se tiendra en 2014. Il a demandé que le thème du problème de la drogue dans les Amériques soit ajouté à l'ordre du jour sous Questions relatives à la politique des programmes.

10. Il a été convenu qu'un point sur les ressources humaines en santé soit ajouté à l'ordre du jour sous Questions relatives à la politique des programmes et que le Bureau collaborerait avec la délégation du Brésil pour rédiger un rapport et une résolution proposée sur la question. Mme Huerta a suggéré que l'information sur la prévention et la lutte contre la tuberculose soit incluse dans les objectifs du Millénaire pour le développement et les cibles de santé dans la Région des Amériques.

11. La Directrice, répondant à la demande du délégué du Guatemala, a rappelé que les Organes directeurs avaient adopté récemment une stratégie et un plan d'action à l'échelle régionale sur l'utilisation des substances psychoactives et la santé publique¹ et a suggéré qu'un rapport d'avancement sur les activités en cours dans ce contexte pourrait être suffisant. Plusieurs délégués, tout en approuvant l'idée du rapport sur la question, étaient d'avis que la question devait être traitée sous Questions pour information, soit sous la forme d'un rapport d'avancement sur la stratégie et le plan d'action, tel que

¹ Voir résolutions CD50.R2 (2010), et CD51.R7 (2011).

proposé par la Directrice, ou comme rapport sur les résolutions et autres actions des organisations intergouvernementales présentant un intérêt pour l'OPS. Après une plus ample discussion, on a décidé de l'inclure sous ce dernier point.

12. Le Comité a adopté la résolution CE152.R12, approuvant l'ordre du jour provisoire (document CD52/1) contenue dans le document CE152/3, avec les modifications susmentionnées.

Questions relatives au Comité

Rapport sur la septième session du Sous-comité du Programme, du Budget et de l'Administration (document CE152/4)

13. Le Dr Matías Villatoro (El Salvador, Président du Sous-comité du Programme, du Budget et de l'Administration) a indiqué que le Sous-comité du Programme, du Budget et de l'Administration (SPBA) avait tenu sa septième session du 18 au 22 mars 2013 et qu'il avait également organisé une réunion virtuelle spéciale le 17 avril 2013 pour conclure ses discussions sur les allocations de ressources de l'OMS à la Région des Amériques. Le Sous-comité s'est penché sur un certain nombre de questions importantes d'ordre financier, administratif et programmatique dont le projet de Plan stratégique de l'OPS pour 2014-2019, le projet de programme et budget de l'OPS pour 2014-2015 et les résultats de l'évaluation à mi-parcours du Programme d'action sanitaire pour les Amériques. Notant que tous les thèmes abordés par le Sous-comité, à l'exception d'un seul, figuraient également à l'ordre du jour du Comité exécutif, il en ferait le compte rendu dans l'ordre dans lequel ils sont discutés par le Comité.

14. Le seul point de l'ordre du jour discuté par le Sous-comité qui ne serait pas présenté au Comité exécutif aux fins de son examen était celui afférent à l'évaluation à mi-parcours du Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017, examinant la contribution faite par le Programme à la planification et à la programmation de la santé aux niveaux national et infrarégional et dans quelle mesure le Programme avait influencé les activités des organisations internationales travaillant dans le domaine de la santé. Si les pays avaient utilisé amplement le Programme dans la conception de leurs stratégies, politiques et plans de santé, par contre les organisations internationales s'en étaient moins servi. Telle était une des principales conclusions de l'évaluation qui constate aussi que des progrès évidents ont été accomplis dans les domaines d'action retenus par le Programme. Il s'agit cependant de redoubler les efforts dans plusieurs domaines, dont la mortalité maternelle, la dengue, la tuberculose, l'infection par le VIH/sida, l'obésité, les dépenses publiques en tant que pourcentage du PIB et les dépenses personnelles privées pour la santé. Le Dr Villatoro a indiqué que le Sous-comité avait souligné l'importance d'encourager une plus grande sensibilisation au Programme et d'encourager son utilisation continue dans la planification et la formulation de politiques aux niveaux national et infranational, tout particulièrement parmi les autres organisations de coopération internationales. Le plaidoyer auprès de ces dernières est jugé de première importance

pour aider à traiter les déterminants de la santé qui n'entrent pas dans le contrôle direct du secteur de la santé.

15. Suivant les remarques du Dr Villatoro, un délégué a relevé l'importance d'une méthodologie et de critères clairs guidant le transfert de ressources de l'OMS à la Région. Le Dr Villatoro a noté que la question serait examinée plus en détail lors de la discussion, par le Comité du programme et budget de l'OPS pour 2014-2015 (voir paragraphes 56 à 68 ci-après).

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

Prix de l'OPS pour l'administration (2013) (documents CE152/5 et CE152/5, Add. I)

17. M. Luis Castillo (Chili) a notifié que le Jury de l'OPS pour le prix de l'administration (2013), comptant des représentants du Canada, du Chili et des États-Unis d'Amérique s'est réuni le 18 juin 2013. Après avoir passé en revue l'information sur l'unique candidat nommé par les États Membres, le Jury du prix d'administration a décidé de conférer le prix de l'OPS pour l'administration (2013) au Dr Brendan Courtney Bain, de la Jamaïque, pour ses contributions au renforcement du personnel de la santé publique dans les Caraïbes.

18. Le Comité exécutif a félicité le Dr Bain et a adopté la résolution CE152.R10, notant la décision du Jury du Prix d'administration et a transmis son rapport (document CE152/5, Add. I) au 52^e Conseil directeur.

Organisations non gouvernementales en relations officielles avec l'OPS (document CE152/6)

19. Le Dr Matías Villatoro (Président du Sous-comité du Programme, du Budget et de l'Administration) a indiqué que, conformément à la procédure précisée dans les Principes régissant les relations entre l'Organisation panaméricaine de la Santé et les Organisations non gouvernementales, le Sous-comité avait tenu une réunion à huis clos lors de sa septième session pour examiner les demandes d'une organisation non gouvernementale (ONG) souhaitant entretenir des relations officielles avec l'OPS et pour passer en revue le statut de sept organisations non gouvernementales actuellement en relations officielles avec l'Organisation. Le Sous-comité a décidé de recommander que le Comité exécutif admette l'American Public Health Association (APHA) dans les relations officielles avec l'OPS pour une période de quatre ans et maintienne les relations officielles entre l'OPS et l'American Society for Microbiology (ASM), l'Inter-American Association of Sanitary and Environmental Engineering (AIDIS), l'International Diabetes Federation (IDF), la Latin American Federation of the Pharmaceutical Industry (FIFARMA), March of Dimes, l'U.S. Pharmacopeial Convention (USP) et la World Association for Sexual Health (WAS, auparavant World Association for Sexology), également pour une période de quatre ans.

20. Un représentant de l'American Public Health Association a exprimé sa reconnaissance au Comité pour avoir approuvé la demande de son organisation en vue de forger des relations officielles avec l'OPS. Il a noté que l'APHA collaborait depuis des années avec l'OPS dans le souci d'améliorer la santé des habitants de la Région. Aussi, était-il heureux de pouvoir formaliser son partenariat avec l'Organisation, surtout pour faire avancer l'importante mission consistant à garantir l'accès universel aux soins de santé.

21. Le Dr Irene Klinger (Gérante du domaine des Relations externes, de la mobilisation des ressources et des partenariats du BSP) a remercié le Sous-comité de sa revue des relations entre les diverses ONG et a mentionné la présence de représentants de plusieurs des organisations avec lesquelles l'OPS entretient des relations officielles. Souhaitant la bienvenue à l'American Public Health Association entrant ainsi en relations officielles avec l'Organisation, elle a fait savoir que la collaboration en cours entre l'OPS et l'APHA serait fructueuse à plusieurs égards, notamment sur le plan de la santé environnementale, du plaidoyer et du leadership des jeunes, des questions de santé le long de la frontière entre les États-Unis et le Mexique et du renforcement des capacités en matière de mobilisation des ressources.

22. Le Comité exécutif a adopté la résolution CE152.R9, avalisant les recommandations du Sous-comité.

Rapport annuel du Bureau d'éthique (2012) (document CE152/7)

23. M. Philip MacMillan (Gérant du Bureau d'éthique du BSP) a présenté une vue d'ensemble du rapport annuel 2012 du bureau d'éthique, notant qu'il présentera également, en tant que coordinateur du Système d'intégrité et de gestion de conflit (ICMS) de l'OPS, des informations se rapportant à certaines déclarations faites dans le rapport de l'Association du personnel OPS/OMS (voir paragraphes 164 à 169 ci-après). Il a rappelé que le bureau d'éthique assumait deux grandes responsabilités : apporter des directives, d'ordre éthique, au personnel et enquêter les allégations de faute de conduite. En 2012, le bureau avait tenu 85 consultations sur une vaste gamme de questions et avait traité 43 rapports sur le comportement soulevant des préoccupations d'ordre éthique. Environ les deux tiers de ces rapports avaient été présentés anonymement à la permanence téléphonique du bureau d'éthique, proportion bien plus élevée que de coutume. Il convient de noter qu'aucun des rapports de 2012 ne comportait des allégations de fraude financière ou corruption mais qu'ils reflétaient davantage des problèmes d'ordre général sur les lieux du travail et des perceptions de comportement contraire à la déontologie professionnelle dont plusieurs cas d'un éventuel conflit d'intérêt et un cas grave de harcèlement sexuel qui avait donné lieu au renvoi d'un membre du personnel. Le bureau avait reçu 21 rapports de vol ou perte de biens appartenant à l'OPS, surtout des ordinateurs portables et téléphones intelligents. Les pertes totales résultant de

ces cas se chiffraient à \$10 968.² Il a été déterminé que certaines de ces pertes venait d'un laxisme avec pour conséquence un manque de soin et de diligence, ce qui avait eu pour conséquence l'adoption d'une politique de responsabilisation de biens, mise en œuvre en juillet 2012.

24. Abordant ensuite le thème du système de la justice interne de l'Organisation et notant qu'aucun système de ce genre ne saurait être parfait et que des améliorations pouvaient toujours être faites, il a observé que le Système d'intégrité et de gestion des conflits de l'OPS comptait pourtant de nombreuses caractéristiques jugées d'avant-garde dans les systèmes de règlement de litige des organisations internationales. L'Association du personnel de l'OPS/OMS faisait partie intégrante du système et rencontrait régulièrement les autres membres de l'ICMS aux fins de discuter de diverses questions préoccupantes ainsi que des changements de politiques nécessaires. Un changement notable en 2012 était celui de l'introduction d'une politique plus progressive sur la prévention et la résolution du harcèlement sur les lieux du travail, avec un élargissement de la gamme de comportements constituant un harcèlement pour inclure l'intimidation, l'abus de pouvoir et la création d'un environnement de travail hostile. La politique avait également fixé un calendrier pour la résolution des plaintes.

25. Le bureau d'éthique, qui coordonne l'ICMS, est une entité indépendante n'entretenant aucune relation hiérarchique directe avec une autre entité ou employé de l'Organisation. Une telle indépendance était essentielle pour assurer des enquêtes objectives et impartiales des allégations de manquement ou faute de conduite. Le Comité d'appel, autre composante du système, avait été restructuré récemment pour inclure un président externe, mesure importante en vue d'asseoir son indépendance, son objectivité et son professionnalisme et d'expédier la résolution des cas. L'externalisation complète de la procédure d'appel, tel que l'avait suggéré l'Association du personnel, exigerait une revue intégrale du système de justice interne de l'Organisation.

26. Un protocole d'enquête a été mis en place en 2010, suivant d'amples consultations avec tous les membres de l'ICMS, y compris l'Association du personnel, avançant à présent que le protocole était inadéquat. Cette question et d'autres soulevées par l'Association du personnel dans sa déclaration³ pouvaient être discutées lors de la prochaine réunion de l'ICMS. Bien que le personnel ait le droit de faire appel si, à son avis, le protocole n'était pas appliqué correctement, aucune enquête n'avait cependant été remise en cause ou annulée pour cette raison jusqu'à présent. De plus, il fallait déployer des mesures plus préventives pour sensibiliser davantage aux questions déontologiques et éviter que les situations ne s'aggravent au point où la plainte formelle restait la seule option possible. Dans cette optique, le bureau d'éthique a réalisé des enquêtes, des campagnes de sensibilisation et des ateliers de formation et prévoyait d'imprimer une

² Sauf stipulation contraire, toutes les valeurs monétaires dans le présent rapport sont exprimées en dollars des États-Unis.

³ Document CE152/24 (2013).

série de brochures informatives sur des thèmes comme la fraude et la corruption, les conflits d'intérêt, les emplois et les activités à l'extérieur ainsi que les cadeaux et l'hospitalité.

27. Dans la discussion qui a suivi, les membres du Comité ont noté avec satisfaction les efforts du bureau d'éthique en vue de promouvoir une culture d'intégrité et de responsabilisation parmi le personnel. Et, à l'avis de tous, la prévention étant le meilleur remède, le bureau devait continuer à chercher par tous les moyens à éviter les conflits en mettant en avant la conduite déontologique et en diffusant une information sur ce qui constitue un comportement acceptable. La conduite éthique dans le cas de l'OPS dépasse la simple adhésion aux directives éthiques pour inclure un comportement qui témoigne des valeurs et de la mission de l'Organisation. Une déléguée a posé une question à propos du service d'éthique en train d'être mis en place au sein de l'OMS, demandant s'il existait un mécanisme servant au partage des meilleures pratiques qui pourraient s'avérer bénéfiques tant à l'OPS qu'à l'OMS.

28. M. MacMillan a répondu en indiquant qu'il avait apporté une information au Secrétariat de l'OMS sur le programme d'éthique de l'OPS et avait avancé des conseils sur la description d'un poste pour le responsable de l'éthique de l'OMS. Il était d'accord que l'éducation et la sensibilisation continues étaient essentielles pour encourager la création d'un environnement de travail respectueux et prévenant le comportement contraire aux règles de l'éthique. Tous les nouveaux membres du personnel recevaient une formation déontologique et une telle formation était également dispensée au personnel dans tous les bureaux de pays. Ce qui ne voulait pas dire qu'il ne restait pas du travail à accomplir en ce domaine. Le bureau d'éthique allait redoubler d'efforts pour sensibiliser davantage aux limites du comportement acceptable non seulement pour prévenir les conflits mais aussi pour protéger le personnel de l'OPS en cas de revendications abusives.

29. La Directrice a indiqué que le programme d'éthique de l'OPS était l'un des meilleurs parmi les organisations internationales sur le plan du nombre de ressources dont disposait le personnel pour régler les questions d'éthique sur les lieux du travail. Au nombre de ces ressources, il fallait compter le bureau de l'Ombudsman, le bureau d'éthique, la gestion des ressources humaines, le bureau du conseil juridique, le bureau de contrôle interne et services d'évaluation, la sécurité de l'information, le Comité d'appel de l'OPS et le tribunal administratif de l'Organisation internationale du travail (OIT). De pair avec l'Association du personnel, ces ressources forment le Système d'intégrité et de gestion des conflits. Ces ressources représentent un éventail de services allant de la résolution informelle des conflits aux auditions de témoins devant le Tribunal administratif de l'OIT dont les décisions ont force exécutoire. Et comme il existe toujours une marge d'amélioration, le bureau continuera à faire de son mieux pour vérifier que le système dans son ensemble fonctionne aussi efficacement que possible. Elle encouragerait autant qu'elle pourra l'esprit d'ouverture et d'honnêteté ainsi que la création

d'un contexte de travail dans lequel tout le personnel se sent respecté et motivé pour respecter ses collègues.

30. Le Comité a pris note du rapport.

Rapport du Comité d'audit de l'OPS (document CE152/8, Rév. 1)

31. M. Alain Gillette (Président du Comité d'audit de l'OPS) a récapitulé le contenu du rapport du Comité d'audit, rappelant que ce comité assumait un rôle consultatif concernant les questions financières et comptables. Il a noté que le rapport comprenait onze recommandations, représentant le résultat de deux sessions et des visites sur le terrain faites par le Comité d'audit lors de la période d'examen et de compte rendu. Et, pour la première fois, le rapport comprenant également une auto-évaluation par le Comité d'audit de son propre travail.

32. Mettant en exergue divers aspects du rapport, il a indiqué que le Comité d'audit était pleinement satisfait par le travail du nouveau commissaire aux comptes externe de l'Organisation (voir paragraphes 118 à 126 ci-après). Concernant l'audit interne, les activités du Bureau de contrôle interne et services d'évaluation (voir paragraphes 127 à 133 ci-après) ainsi que le suivi de ses recommandations ont également été satisfaisants dans l'ensemble. Il existe une bonne synergie et aucun double-emploi entre les activités des auditeurs internes et externes. Le bureau du contrôle interne et services d'évaluation était doté à présent de son personnel complet bien qu'il faille peut-être des membres supplémentaires pour permettre au bureau d'assumer effectivement ses nouvelles fonctions d'évaluation. La mise en œuvre des recommandations d'audits précédents progresse raisonnablement, bien que certains aspects doivent encore être améliorés, surtout en ce qui concerne des questions récurrentes demandant des mesures plus fermes de la part de la direction. Le Comité d'audit avait proposé que le Bureau du contrôle interne et services d'évaluation envisage d'introduire une catégorie de "partiellement mis en œuvre" dans ses rapports pour indiquer qu'une mesure avait été prise concernant telle ou telle recommandation mais qu'elle n'avait pas encore pu être entièrement exécutée.

33. Les états financiers de l'Organisation, tel que constaté, étaient en parfaite conformité avec les Normes comptables internationales du secteur public (IPSAS). Par ailleurs, certaines données financières étaient encore traitées manuellement, avec tous les risques inhérents que cela comporte. Cette situation persistera jusqu'au moment où le nouveau système d'information pour la gestion (SIG) du BSP serait en place (voir paragraphes 188 à 196 ci-après). La restructuration récente du projet du SIG avait remédié à la plupart des problèmes indiqués par le Comité d'audit lors des années précédentes. Par ailleurs, il faudra peut-être des ressources humaines supplémentaires pour s'assurer que le projet soit terminé à temps. Des progrès ont également été faits en ce qui concerne les contrôles internes et la gestion des risques bien qu'il faille répondre aux questions soulevées par le bureau du contrôle interne et de services d'évaluation, surtout celles concernant des directives dépassées et fragmentées sur les procédures à

suivre. Concernant l'éthique et les fraudes, le Comité d'audit a approuvé la brochure sur la tolérance zéro pour la fraude et la corruption et a recommandé que des directives analogues soient formulées sur d'autres aspects comme les conflits d'intérêt. On a également recommandé que la politique de la tolérance zéro soit appliquée non seulement au personnel mais aussi aux partenaires d'exécution et aux fournisseurs.

34. Dans la discussion qui a suivi, les délégués ont insisté sur la nécessité de mettre à jour les politiques et procédures et de veiller à leur application constante, non seulement au Siège de l'OPS mais aussi dans les bureaux de pays. Ils se sont montrés préoccupés par ailleurs par le manque de constance au niveau des procédures entre les bureaux de pays, proposant à cette fin que tous les bureaux reçoivent une visite d'audit. On a demandé au Bureau de donner son avis sur la constatation du Comité d'audit selon laquelle un grand nombre de recommandations des audits précédents n'avaient été que partiellement mises en œuvre. De plus amples informations ont été demandées sur la définition des fonctions de la Fondation panaméricaine pour la santé et l'éducation (PAHEF) et sur le calendrier des évaluations des centres panaméricains. Les délégués souhaitaient savoir s'il était possible de faire des évaluations indépendantes du Centre d'information sur les sciences de la santé de l'Amérique latine et des Caraïbes (BIREME) et sur le Centre panaméricain de lutte contre la fièvre aphteuse (PANAFTOSA), tel que le recommandait le Comité d'audit.

35. M. Guillermo Birmingham (Directeur de l'Administration du BSP) a indiqué que le Bureau avait effectué un examen détaillé des anciennes politiques et procédures et avait annoncé, en mars 2012, que les seules politiques et procédures officielles de l'Organisation étaient celles contenues dans le manuel électronique (*E-Manual*) de l'OPS/OMS. Par ailleurs, l'OPS était une organisation décentralisée avec des bureaux de pays dispersés géographiquement et comptant des caractéristiques différentes et, par conséquent, il s'avérait difficile de mettre en œuvre uniformément chaque politique ou chaque procédure. Aussi, convenait-il de suivre certaines procédures standard de fonctionnement si tant est qu'elles soient conformes à la politique générale de l'Organisation. Quant à la suggestion voulant que tous les bureaux de pays reçoivent une visite d'audit, la décision à cet égard dépendait des profils de risque des bureaux, en accord avec la pratique de l'OMS et de nombreuses organisations du secteur public. Il est un fait que le Bureau étudiait divers moyens de vérification de la gestion des risques dans tous les bureaux de pays. En ce qui concerne l'inclusion de la catégorie "mis en œuvre partiellement" dans les futurs rapports d'audit interne, il lui semblait que le Bureau de contrôle interne et services d'évaluation s'était déjà montré d'accord avec cette suggestion.

36. La Directrice a indiqué que tous les centres panaméricains faisaient l'objet d'une revue régulière et que les rapports étaient présentés aux Organes directeurs. Elle n'était pas certaine du caractère périodique de telles revues mais se renseignerait à cette fin. Elle

a remercié le Comité d'audit pour son travail et ses recommandations auxquelles le Bureau chercherait à répondre.

37. Le Comité a pris note du rapport.

Nomination d'un membre au Comité d'audit de l'OPS (document CE152/9)

38. Le Dr Matías Villatoro (Président du Sous-comité du Programme, du Budget et de l'Administration) a indiqué que le Sous-comité avait été informé que le mandat d'un des membres originaux du Comité d'audit allait expirer en juin 2013 et qu'il faudrait donc que le Comité exécutif nomme un nouveau membre au Comité d'audit lors de la 152^e Session. Le Sous-comité avait également été informé du fait que la Directrice avait déterminé que le membre en question, Mme Amalia Lo Faso, était prête à assumer un second terme et qu'elle recommandait donc de nommer à nouveau Mme Lo Faso comme membre du Comité d'audit pour une période de trois ans. Le Sous-comité avait avalisé la recommandation de la Directrice et avait recommandé que le Comité exécutif nomme Mme Lo Faso à un second mandat. Par ailleurs, en 2014, quand un nouveau membre sera élu, le Sous-comité avait suggéré de ne pas se limiter à un seul candidat.

39. Le Comité a adopté la résolution CE152.R2, nommant Mme Lo Faso pour un second mandat de trois ans auprès du Comité d'audit, de juin 2013 à juin 2016.

Questions relatives à la politique des programmes

Projet de Plan stratégique de l'OPS 2014-2019 (documents CE152/10, Rév. 1 et CE152/10, Add. I, Rév. 1)

40. Le Dr Matías Villatoro (Président du Sous-comité du Programme, du Budget et de l'Administration), faisant le compte rendu de la discussion au sein du Sous-comité concernant une version précédente du document sur ce point de l'ordre du jour (voir paragraphes 8 à 25 du rapport final du Sous-comité, document SPBA7/FR), a indiqué que le Sous-comité avait avalisé la structure générale du Plan stratégique 2014-2019 mais avait recommandé que le Groupe consultatif des pays (CCG) examine de plus près les catégories de travail du Plan et leur alignement sur les catégories du Douzième programme général de travail (GPW) de l'OMS 2014-2019 (voir les paragraphes 181 à 187 ci-après). A l'avis de certains membres du Sous-comité, les déterminants sociaux de la santé devaient être inclus dans une catégorie spécifique alors que d'autres pensaient que les catégories du Plan stratégique de l'OPS devaient correspondre à celles du Programme général de travail de l'OMS pour éviter toute confusion possible et faciliter le suivi des progrès.

41. Le Dr Victor Raúl Cuba Oré (Pérou), prenant la parole au nom du Groupe consultatif des pays (CCG), a récapitulé le travail effectué par le CCG suivant la session en mars du Sous-comité. Le CCG s'est réuni le 29 mai 2013 et avait revu les avant-projets du Plan stratégique 2014-2019 et du Programme et Budget pour 2014-2015, la

première des trois périodes biennales couvertes par le Plan. Suite à la réunion, la chaîne des résultats avait été renforcée et le programme stratégique du Plan a été revu, les moyens de mesurer son impact ont été discutés et les domaines programmatiques de chaque catégorie de travail ont été définis. De plus, un exercice pilote a été réalisé pour valider la méthodologie proposée par le Bureau pour stratifier les priorités programmatiques. Les résultats de cet exercice ont été utilisés pour formuler l'affectation préliminaire du budget 2014-2015 aux domaines programmatiques. Le CCG avait recommandé de tenir des consultations nationales concernant le Plan pour que les États Membres s'approprient davantage le Plan et participent pleinement à sa formulation. Certes, l'alignement sur le Douzième programme général de travail de l'OMS avait été un aspect important envisagé lors de la mise au point du Plan stratégique mais celui n'en reflétait pas moins avant tout les priorités régionales spécifiques retenues par les États Membres. Aussi bien le plan que le budget programme seraient peaufinés sur la base des avis énoncés par le Comité exécutif et par les consultations nationales.

42. Le Dr Amalia Del Riego (Conseillère principale en Planification et coordination des ressources au BSP) a noté que les consultations nationales concernant le Plan étaient déjà en cours et devaient s'achever le 12 juillet 2013. Ces consultations permettaient de recueillir l'avis des États Membres sur les dates butoirs et les objectifs ainsi que sur la stratification des priorités programmatiques. Les États Membres étaient également priés de donner leur avis sur la proposition de budget 2014-2015.

43. Récapitulant les progrès réalisés pour le Plan stratégique et faisant ressortir certaines des questions clés proposées aux fins d'examen par le Comité exécutif, elle a noté des révisions notables portées au document depuis son examen par le Sous-comité dont l'adjonction de résultats à la chaîne de résultats et une délimitation plus claire des résultats incombant à la seule responsabilité du Bureau et celles pour lesquelles les États Membres partageraient la responsabilité. Elle a noté que le CCG avait insisté sur cette démarcation pour conférer un solide sentiment d'appartenance aux États Membres face au plan. Une vision stratégique avait été incluse, représentée graphiquement par une pyramide montrant comment les produits, réalisations et impacts du plan convergeaient dans leur contribution à son but final: une meilleure qualité de vie, un développement durable et l'équité.

44. La section du programme stratégique du plan comprend à présent des objectifs, des indicateurs et des cibles d'impact spécifiques. Elle a noté que l'objectif d'impact "améliorer la santé et le bien-être avec équité" avait été inclus à la demande du CCG car, même s'il était très difficile de suivre la réalisation d'un tel objectif, on jugeait pourtant qu'il était important de faire un effort pour trouver une manière d'évaluer la santé et le bien-être en allant au-delà des indicateurs de morbidité et mortalité. Un compendium complet des indicateurs serait présenté aux fins d'examen par le CCG et ensuite des ajustements finals seront portés avant que le document ne soit présenté au Conseil directeur.

45. Les catégories de travail et domaines programmatiques du plan étaient entièrement alignés sur ceux du Douzième programme général de travail de l'OMS, sauf que "les déterminants de la santé" avaient été ajoutés au nom de la catégorie 3 pour montrer l'importance que la Région attachait à cette question. De même, certains des domaines programmatiques avaient été élargis pour refléter les priorités régionales. Des priorités de leadership pour le Bureau avaient également été incluses, dont la plus importante était celle des déterminants sociaux de la santé. Le Plan spécifiait également la méthode pour stratifier les priorités programmatiques et affecter les ressources parmi les diverses catégories et les divers domaines programmatiques.

46. Le Comité exécutif était prié de donner des directives pour la finalisation du Plan stratégique, en prêtant une attention particulière aux domaines et indicateurs de réalisation mis en avant dans le document CE152/10, Rév. 1 pour des réductions budgétaires possibles (hépatite virale, santé animale, santé buccale).

47. Le Comité a noté avec satisfaction les progrès faits concernant le Plan stratégique depuis la session en mars du Sous-comité et a fait l'éloge du processus participatif au moyen duquel il a été élaboré. On a noté que ce processus, même s'il prenait beaucoup de temps, permettait de s'assurer que les États Membres se sentent véritablement partie prenante au plan et s'engagent à atteindre ses objectifs. Le Comité a félicité les membres du CCG de leur travail et a approuvé les consultations nationales en cours pour le Plan. Le Comité a souligné que ces consultations devaient être menées conjointement par les bureaux de pays de l'OPS et les ministères nationaux de la santé et devaient tenir compte des procédures et circonstances internes. Afin de permettre aux pays de vérifier les indicateurs de base proposés, une information supplémentaire a été demandé sur la manière dont les indicateurs de base avaient été établis.

48. Les délégués ont avancé un certain nombre d'améliorations possibles que l'on pouvait proposer au plan et plusieurs d'entre eux ont indiqué que leurs recommandations seraient faites par écrit au Bureau et, dans certains cas, seraient intégrées dans les rapports de consultations nationales de leurs pays. La plupart des commentaires concernaient les indicateurs. Un délégué a noté que le Plan ne contenait pas d'indicateur pour mesurer la performance de la quatrième des fonctions centrales de l'OPS (Articuler des options de politiques éthiques et basées sur des données probantes). Le même délégué a noté qu'il fallait accorder une plus grande attention à la santé des adultes dans le cadre du plan et intégrer un indicateur se rapportant à la santé des adultes. A cet effet, il a suggéré qu'un tel indicateur pourrait être celui des bilans préventifs annuels de santé pour les adultes âgés de 19 à 65 ans. Il a également insisté sur la nécessité de faciliter l'accès aux soins de santé pour les adultes en offrant des services de santé sur les lieux du travail ou proches du travail et des endroits similaires fréquentés par cette population.

49. Un autre délégué a noté qu'il fallait un indicateur de surveillance sous le domaine programmatique 2.3 (Violence et traumatismes) ainsi qu'un indicateur pour mesurer l'équité de l'accès et la qualité des soins dans le cadre du domaine programmatique 3.1

(santé de la femme, santé maternelle, néonatale, infantile et santé de l'adolescent ainsi que santé sexuelle et génésique). Il a indiqué que, pour cet dernier volet, l'indicateur de l'accès équitable pourrait être la présence d'un prestataire qualifié pour au moins 90% des accouchements dans tous les sous-groupes de la population et un indicateur de la qualité des soins pourrait être le pourcentage de femmes recevant des médicaments utérotoniques dans le cadre des soins liés au travail et à l'accouchement. Si l'idée de l'inclusion des objectifs d'impact a été bien reçue, plusieurs délégués avaient, par contre, des questions sur la manière dont les indicateurs et les cibles de ces buts avaient été choisis, surtout en ce qui concerne le but 1 (promouvoir la santé et le bien-être avec équité) et l'utilisation de l'indice des besoins en santé comme indicateur pour certains des buts mais pas pour tous. On a recommandé que le CCG examine à nouveau les indicateurs et les cibles d'impact sur la santé. Une déléguée craignait que les États Membres n'aient pas suffisamment de temps avant le 52^e Conseil directeur pour évaluer tous les indicateurs aux fins de déterminer s'ils sont mesurables, significatifs et réalisables.

50. Les délégués ont insisté sur le fait que le Plan stratégique 2014-2019 soit ancré dans les résultats et produits du Plan stratégique 2008-2012 et qu'une analyse soit faite des faiblesses du plan précédent et des raisons pour lesquelles certains résultats escomptés n'avaient pas été obtenus. Ainsi, on pourrait retenir l'enseignement pertinent et l'appliquer à la formulation et à la mise en œuvre du nouveau plan. Plusieurs délégués ont également souligné la nécessité de s'assurer que les résolutions, stratégies et plans d'action adoptés dans le cadre du plan précédent fassent l'objet d'un suivi dans le cadre du nouveau plan. Ils ont également retenu l'importance de l'alignement sur les stratégies et plans d'action mondiaux. Par exemple, la cible et l'indicateur se rapportant à l'usage nocif de l'alcool devaient coïncider avec ceux adoptés par les États Membres de l'OMS dans le cadre de la stratégie mondiale sur cette question.⁴ Ils ont également suggéré de préciser davantage la méthodologie utilisée pour fixer les priorités programmatiques et pensaient que les priorités devaient être adoptées conformément aux directives éthiques formelles. Une autre suggestion concernait la chaîne des résultats qui, à l'avis de certains, pouvait être affinée pour montrer des résultats à court, moyen et long termes dans chaque catégorie de travail dans le but de montrer que le travail effectué dans le court terme pouvait contribuer aux impacts souhaités dans le moyen et le long termes.

51. Plusieurs délégués ont retenu des questions spécifiques auxquelles il convient de prêter une attention particulière dans le cadre du nouveau Plan, y compris l'évaluation de la technologie de la santé, la dengue, la rage, l'onchocercose et d'autres maladies négligées, le Règlement sanitaire international (2005) et, tout particulièrement, les déterminants sociaux de la santé. Concernant ce dernier point, ils ont indiqué que des approches adaptées aux besoins et contextes de chaque pays s'avéraient nécessaires et qu'il fallait éviter l'approche unique. Sachant que "le travail mesuré est le travail réalisé,"

⁴ Voir résolution WHA63.13 (2010).

ils ont jugé d'importance capitale de recueillir de solides données pour permettre aux États Membres de suivre et de corriger les inégalités. A cet effet, le Bureau pouvait apporter une assistance technique aux pays pour les aider à renforcer leurs systèmes d'information. Il est également de toute première importance de traiter les déterminants de la santé de manière intégrale et cohérente sans perdre de vue les questions transversales comme le genre, l'appartenance ethnique et les droits de l'homme.

52. Le Dr Del Riego, notant que le plan comprenait un domaine consacré tout particulièrement à l'intégration du genre, de l'équité, des droits de l'homme et de l'appartenance ethnique, a assuré le Comité que tous les commentaires et recommandations reçus de la part des États Membres, aussi bien lors de la discussion précédente qu'à la suite des consultations nationales, seraient pris en compte dans la révision prévue du Plan stratégique. Elle convenait de l'importance de s'inspirer de l'enseignement retiré du Plan stratégique précédent et de continuer à prêter attention aux résolutions adoptées dans le cadre dudit Plan. A cet égard, elle a noté que les cibles liées à l'élimination des maladies transmissibles dans le cadre du nouveau Plan stratégique découlaient des résolutions adoptées dans le cadre du Plan stratégique 2008-2012. L'annexe IV du document comprend une liste des résolutions, des stratégies et des plans d'action existants par domaine programmatique. Le Bureau vérifiera que la liste est complète.

53. Dans le compendium des indicateurs en train d'être compilé, le Bureau donnera une définition claire de chaque indicateur et notera les sources de données servant à son suivi. Il vérifiera également que l'OPS s'aligne sur l'OMS à cet égard. La relation entre les résultats à court, moyen et long termes sera indiquée dans les budgets programmes biennaux puisque le Plan stratégique ne comprend pas d'indicateurs immédiats de réalisation. La raison à cela étant que les progrès peuvent être bien plus rapides dans certains domaines que dans d'autres et, par conséquent, les résultats immédiats pouvaient varier d'un exercice biennal à un autre. Le Bureau cherchera à préciser les liens entre la chaîne des résultats du Plan stratégique et celle des budgets programmes biennaux.

54. La Directrice a fait savoir qu'il convenait effectivement de confier aux États Membres la direction de la formulation du Plan stratégique de l'Organisation puisque l'OPS appartenait aux États Membres et que ces derniers seront responsables conjointement avec le Bureau de réaliser les produits, réalisations et impacts du Plan. Elle a assuré le Comité que les déterminants sociaux de la santé seraient le fil directeur du travail de l'Organisation pendant la période 2014-2019. Elle a pris note des commentaires des délégués souhaitant qu'on fasse ressortir l'approche genre, ethnique, équité et droits de l'homme et elle espérait que les États Membres allaient proposer des orientations supplémentaires lors des consultations nationales sur la manière de garantir que ces domaines reçoivent l'attention qu'ils méritent. Elle serait ravie de recevoir également d'autres suggestions et idées sur les cibles et les indicateurs. Elle souhaitait d'ailleurs à cet effet que les États Membres sachent qu'on avait cherché par tous les

moyens d'éviter de créer de nouvelles exigences onéreuses concernant la collecte ou le rapport des données de la part des États Membres ou du Bureau.

55. La méthodologie suivie pour fixer les priorités sera expliquée dans le détail par les Représentants de l'OPS/OMS lors des consultations nationales. Il convient de noter toutefois que tous les domaines ne bénéficiaient pas du même degré de priorité. De fait, au regard des limitations budgétaires auxquelles se heurterait l'Organisation dans les exercices biennaux à venir, il faudra que le Bureau et les États Membres travaillent ensemble pour déterminer les domaines programmatiques qui peuvent être ajustés ou éliminés progressivement. Le Comité a adopté la résolution CE152.R7, avalisant le Plan stratégique proposé de l'OPS pour 2014-2019.

Projet du Programme et budget de l'OPS 2014-2015 (documents CE152/11, Rév. 1, CE152/11, Add. I et CE152/11, Add. II)

56. Le Dr Matías Villatoro (Président du Sous-comité du Programme, du Budget et de l'Administration) a rendu compte de la discussion, au sein du Sous-comité, des grandes lignes du projet du Programme et budget (voir paragraphes 25 à 36 du rapport final du Sous-comité, document SPBA7/FR), notant les préoccupations qui avaient été exprimées face au déficit chronique des ressources de l'OMS et la suggestion de mettre sur pied un effort régional par les pays des Amériques en vue de négocier une part plus grande du budget OMS pour les Amériques et de vérifier que la Région perçoive la totalité des crédits alloués par l'OMS. Le Sous-comité avait recommandé que la question soit soulevée par les États Membres des Amériques lors de l'Assemblée mondiale de la Santé en mai 2013. Le Sous-comité avait aussi recommandé que le Comité exécutif tienne une réunion spéciale pour adopter une résolution sur la question (voir rapport de la réunion spéciale en Annexe D).

57. Mme Verónica Ortiz (Conseillère en Programme et budget au BSP) a présenté le Projet de Programme et budget pour 2014-2015, mettant en exergue plusieurs aspects clés concernant le budget ainsi que les implications pour les programmes au vu du niveau de financement requis. Elle a insisté sur le fait que le programme et budget serait de nature transitionnelle pour plusieurs raisons : il serait le premier à devenir opérationnel dans le cadre du Plan stratégique 2014-2019 et le Douzième programme général de travail de l'OMS. Il serait également le premier budget auquel s'appliquera la nouvelle politique budgétaire de l'OPS⁵ et le nouveau cadre de stratification des priorités programmatiques. De plus, 2014-2015 était le dernier exercice biennal avant la date cible fixée pour atteindre les objectifs du Millénaire pendant lequel serait décidé les objectifs de développement au-delà de 2015.

58. Le projet de budget a été établi sur la base des tendances historiques, des projections actuelles, du contexte financier mondial et régional et du budget de l'OMS

⁵ Voir document CSP28/7 et résolution CSP28.R10 (2012).

pour 2014-2015 (voir paragraphes 181 à 187 ci-après). Un plancher du budget ordinaire de l'ordre de \$1,5 million a été fixé pour chaque domaine programmatique. Les crédits restants seront alloués conformément à la politique budgétaire de l'OPS et aux critères susmentionnés et en fonction de la disponibilité des contributions volontaires flexibles et non flexibles, des besoins des pays et des analyses des déficits. La proposition stipule une croissance nominale zéro dans le budget ordinaire général. Aussi, le niveau du budget total restera-t-il le même que lors de l'exercice biennal 2011-2012 : \$285,1 millions. Étant donné que le dollar des États-Unis a nettement perdu de son pouvoir d'achat depuis 2011, il faudra absorber environ \$15,4 millions si on veut maintenir le budget à ce niveau. Une augmentation de 3,1% dans les contributions fixées serait nécessaire pour compenser la réduction de \$6 millions dans les recettes diverses concernant le budget pour 2012-2013.

59. En principe, la contribution de l'OMS au budget ordinaire de l'OPS resterait la même que lors de l'exercice biennal précédent, du moins c'est qu'on supposait. Par ailleurs, le montant effectif ne serait fixé qu'en novembre 2013, au moment où se tiendrait le second dialogue financier sur le budget de l'OMS. Nul doute que toute diminution aurait un impact sur le budget programme et la planification opérationnelle de l'OPS. On s'attendait également à une diminution de l'ordre de 13,5% environ dans les contributions volontaires totales de l'OPS et de l'OMS, ce qui diminuera la partie volontaire du budget d'environ 7,2%.

60. Les réductions budgétaires se répercuteront, sans doute aucun, sur les programmes de l'Organisation, notamment les nouveaux domaines programmatiques du Plan stratégique et les indicateurs et cibles de réalisations qui ne sont pas reliés directement aux objectifs d'impact. Certains domaines éventuels où des réductions peuvent être faites ou qui peuvent être éliminés entièrement ont déjà été retenus. Le Bureau finalisera le projet de programme et budget en collaboration avec le Groupe consultatif des pays en fonction des recommandations du Comité et des consultations nationales sur le budget et le Plan stratégique 2014-2019.

61. Dans la discussion qui a suivi, les délégués ont exprimé leur gratitude au Bureau pour ses efforts de préparation d'un budget répondant au Plan stratégique de 2014-2019 ainsi qu'aux priorités identifiées par les États Membres, tout en reconnaissant parallèlement le climat financier mondial et régional. On a reconnu que la proposition demanderait que l'Organisation absorbe \$15,4 millions en majoration de coûts, dont ne relevaient pas de son contrôle, et les délégués ont convenu des difficultés créées par cette situation. On n'en demandait pas moins au Bureau de continuer sa quête des efficacités susceptibles d'aboutir à des réductions de coûts. A cet effet, on pensait que des doubles emplois pouvaient être évités et des efficacités obtenues dans les composantes inter-pays et infrarégionales en matière de dépenses au niveau national et qu'il serait probablement utile de commanditer une évaluation indépendante de l'efficacité de la coopération technique au niveau infrarégional. On encourageait le Bureau à rechercher des domaines

pouvant être réduits ou éliminés, tel que l'avait proposé la Directrice dans la discussion du Plan stratégique (voir paragraphe 55 susmentionné).

62. La baisse des recettes diverses a également été reconnue mais les délégués considéraient que de telles réductions ne devaient pas être compensées par des augmentations dans les contributions fixées. En ce qui concerne la baisse prévue dans les contributions volontaires, on a encouragé le Bureau à examiner les raisons d'une telle réduction et à ajuster les programmes en conséquence. Il est primordial de vérifier que la Région touche la part complète qui lui revient dans son allocation de contributions volontaires de l'OMS.

63. Plusieurs délégués, notant que de nombreux pays de la Région sont en prise à de graves contraintes budgétaires, ont fait savoir que leurs gouvernements ne sauraient accepter une augmentation des contributions fixées. Parallèlement, on a reconnu qu'une augmentation de 3,1% ne demanderait pas un effort indu de la part de certains pays et on a donc proposé que les pays qui sont en mesure de le faire augmentent volontairement leurs contributions à l'Organisation. Plusieurs délégués étaient d'avis qu'il fallait redoubler d'efforts pour recouvrer les arriérés de contributions (voir "Rapport sur le recouvrement des contributions fixées," paragraphes 107 à 110 ci-après). Il était également important d'essayer de recouvrer les contributions volontaires qui avaient été promises mais pas encore versées. Il a également été suggéré que l'Organisation examine les diverses possibilités de partenariat public-privé comme moyen de mobiliser les ressources pour soutenir le travail dans des domaines comme la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles.

64. Mme Ortiz, répondant aux commentaires concernant le financement pour les niveaux infrarégionaux et inter-pays, a expliqué que la coopération technique fournie dans le cadre du volet infrarégional était liée aux mécanismes d'intégration infrarégionaux mais que tel n'était pas le cas du volet inter-pays.

65. The Directrice a ajouté que la composante inter-pays du budget prévoyait des conseillers et des activités couvrant plusieurs pays et qu'elle avait été conçue comme un moyen de renforcer l'efficacité et de diminuer les coûts.

66. La Directrice a reconnu que certains États Membres – pas tous d'entre eux – devaient faire face à des contraintes financières, bien que, à son avis, il faille ramener à sa juste mesure la situation financière : le Bureau demandait une augmentation de \$6 millions qui serait partagée entre tous les États Membres alors que, si l'augmentation n'était pas approuvée, les États Membres demanderaient au Bureau d'absorber un total de plus de \$65 millions. Le Bureau cherchera, si on le lui demande, à réaliser des économies supplémentaires mais n'arrivera pas à compenser une telle somme. Aussi faudrait-il que les États Membres commencent à se tourner vers d'autres options assurant que le Bureau dispose des ressources nécessaires pour mettre en œuvre le nouveau Plan stratégique. Il

serait alors nécessaire d'examiner quels sont les domaines où les activités peuvent être réduites ou les programmes éliminés.

67. Le Bureau a été prié de préparer un projet de résolution reflétant une réduction supplémentaire dans le budget, avec une croissance nominale zéro dans les contributions fixées des États Membres, résumant ainsi le ton de la discussion. Les membres du Comité ont reconnu les défis qu'une croissance zéro dans les contributions allait créer pour le Bureau et savaient aussi que les États Membres allaient devoir fixer les priorités du Plan stratégique 2014-2015 dans un esprit de discipline et ne pas demander au Bureau de faire plus qu'il ne pouvait avec les ressources dont il disposait. Il fallait donc commencer à trouver les domaines programmatiques dont la responsabilité pouvait être confiée éventuellement aux États Membres. Le rôle du Bureau se limiterait au renforcement des capacités et au soutien technique.

68. Aussi, le Comité avait-il envisagé une version amendée de la résolution proposée dans le document CE152/11, Add. I, ne demandant aucune augmentation dans les contributions fixées des États Membres et indiquant les réductions correspondantes dans les crédits alloués aux diverses catégories de travail et domaines programmatiques. La résolution proposée fixant les contributions des États Membres, des États participants et des Membres associés (voir le document CE152/11, Add. II) a été modifiée en voie de conséquence et adoptée en tant que résolution CE152.R17.

Protection sociale en matière de santé (document CE152/12, Rév. 1)

69. M. James Fitzgerald (Gérant du Domaine par intérim des Systèmes de soins de santé basés sur les soins de santé primaires du BSP), introduisant l'étude conceptuelle contenue dans le document CE152/12, Rév.1, a indiqué que le plan symbolisait le dialogue politique et social sur la couverture sanitaire universelle et le développement humain. La plupart des pays de la Région avait établi le droit à une couverture sanitaire universelle et de ce droit découlait la nécessité de se doter de systèmes davantage intégrés et moins fragmentés et distincts, protégeant les familles risquant de tomber dans la pauvreté à cause de dépenses catastrophiques qu'elles devaient payer de leur poche pour les soins de santé. La protection sociale en matière de santé suppose un ensemble intégré de services de santé de qualité, une mise en commun des fonds et l'élimination des dépenses à charge de l'utilisateur. Un tel concept repose sur le principe de l'équité et sert de base à la formulation de politiques visant à garantir une couverture sanitaire universelle et un accès amélioré aux services de santé. Le document conceptuel proposait des grandes lignes d'action pour renforcer les politiques ainsi qu'un cadre juridique posant la protection sociale comme le pivot de la gouvernance et de la réforme des soins de santé.

70. Le Comité a exprimé son soutien à l'étude conceptuelle et se réjouit de la place centrale qu'elle accorde aux déterminants sociaux de la santé et à la recherche de l'équité. Son approche axée sur les droits a été également appréciée. Par ailleurs, il pensait que

certain concepts devaient être définis plus clairement, notamment le concept même de la protection sociale en matière de santé au même titre que celui de l'accès et de la ponctualité et de la qualité des services de soins de santé. D'un pays à l'autre, ce qu'on entend par soins de santé primaires peut différer et il faudrait là aussi en donner une définition plus explicite dans le document conceptuel. De nombreux délégués ont insisté sur l'importance du partage des meilleures pratiques, surtout en ce qui concerne les approches visant à élargir l'accès aux soins de santé et à garantir la couverture universelle. Les délégués de la République bolivarienne du Venezuela et du Pérou ont mis en relief les expériences de leur pays demandant que référence y soit faite dans le récapitulatif des expériences de pays du document conceptuel. Le Réseau de protection sociale interaméricain a été cité comme un mécanisme de partage des meilleures pratiques.

71. Les délégués ont indiqué qu'il existait de nombreuses manières d'assurer la protection sociale en santé et que les approches variaient, suivant le contexte, le système de gouvernement et autres spécificités nationales dans chaque pays. Aussi, a-t-on proposé que le document conceptuel et la résolution proposée sur ce point de l'ordre du jour mentionnent d'autres approches que les programmes de transfert monétaire conditionnel. L'OPS dans le cadre de son soutien technique et conseils en matière de politiques pouvait offrir des approches adaptées aux besoins et caractéristiques spécifiques des pays. Ils ont également relevé l'importance de coordonner les activités de l'OPS concernant la protection sociale en santé avec celle de l'OMS touchant à la couverture universelle en santé.

72. S'agissant de la résolution proposée dans le document CE152/12, Rév. 1, un certain nombre d'amendements ont été proposés, tenant compte des divers aspects soulevés lors de la discussion. Une déléguée notant que la résolution demandait au Bureau de formuler une stratégie fondée sur le document conceptuel en appelait au Bureau pour qu'il trouve une manière de recueillir les données sur la mise en œuvre de la stratégie sans que cela n'exige de la part des États Membres la présentation de rapports supplémentaires.

73. Le Dr Fitzgerald a fait savoir que des exemples des meilleures pratiques seraient inclus au document conceptuel et que le Bureau continuerait à compiler, à analyser et à partager avec les États Membres une information sur les expériences réussies. Dans sa réponse aux commentaires sur les éléments conceptuels dans le document, il a observé que la protection sociale en matière de santé et la couverture sanitaire universelle étaient des concepts harmonieux et cohérents. Le dernier vérifie que tous les habitants ont accès à des services de soins de santé de qualité sans devoir encourir une épreuve financière pour autant alors que la protection sociale en matière de santé représentait la garantie donnée par une société en vue de fournir ces services de santé dans le respect des principes de l'universalité, de la solidarité et de l'équité. Aussi, la protection sociale en

santé pouvait-elle être vue comme un moyen d'arriver à la couverture universelle en santé.

74. La Directrice a fait savoir que la Région avait tout lieu d'être fière des progrès réalisés par les États Membres en vue de réduire l'exclusion sociale et d'étendre la protection sociale en santé. Cela pouvait effectivement être accompli de nombreuses manières. Le Bureau allait continuer à défendre la couverture universelle en santé et élaborer des directives générales de politiques en la matière bien qu'il revienne aux États Membres de décider de la manière spécifique dont ils souhaitaient assurer la protection sociale et la couverture sanitaire universelle en fonction de leurs besoins et caractéristiques spécifiques. La protection financière fait partie intégrante de la protection sociale en santé bien que le concept de la protection sociale soit plus vaste et ne se réduise pas à la seule notion de l'assurance maladie nationale. C'est avec souplesse qu'il faut progresser pour garantir la protection financière et sociale et la couverture universelle, les délais pour y arriver et les services de santé qui doivent être couverts. Quelle que soit l'enveloppe de services choisie, elle devrait comprendre des soins complets, dont la promotion de la santé, la prévention des maladies, la réhabilitation et les soins palliatifs.

75. La résolution proposée sur ce point de l'ordre du jour (voir annexe du document CE152/12, Rév. 1) a été amendée et comprend à présent les aspects soulevés lors de la discussion au sein du Comité. Elle a été adoptée en tant que résolution CE152.R4.

Plan d'action pour la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles (documents CE152/13 et CE152/13, Rév. 1)

76. Le Dr Marcos Espinal (Gérant du Domaine de la Surveillance en santé et de la prévention et du contrôle des maladies du BSP) a présenté le plan d'action proposé dont il est question dans le document CE152/13, notant qu'il avait été préparé en consultation avec les États Membres, les organisations de la société civile et autres parties concernées. Le plan proposé couvre la période 2013 à 2019 et il guide la mise en œuvre de la stratégie pour la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles (MNT), adoptée en 2012 par la Conférence sanitaire panaméricaine.⁶ Il s'inspire de diverses résolutions adoptées par l'Assemblée mondiale de la Santé et les Organes directeurs de l'OPS.

77. Le plan proposé présente les maladies non transmissibles comme une question de développement et met en avant une approche intégrale impliquant la sphère gouvernementale et sociétale entière. Il reconnaît l'importance de l'accès aux technologies et aux médicaments pour prévenir, lutter contre et traiter les maladies non transmissibles. Le plan insiste sur les maladies cardiovasculaires, le cancer, le diabète et les maladies respiratoires chroniques tout en tenant compte de maladies et de facteurs

⁶ Voir document CSP28/9, Rév. 1, et résolution CSP28.R13 (2012).

risques spécifiques à la Région, dont l'insuffisance rénale chronique (voir paragraphes 102 à 106 ci-après). Le but général consiste à réduire la mortalité et morbidité évitables, minimiser l'exposition aux facteurs risques, maximiser l'exposition aux facteurs protecteurs et réduire la charge socioéconomique des maladies non transmissibles par le biais d'actions multisectorielles et pluripartites encourageant le bien-être et cherchant à réduire l'inégalité au sein des États Membres et entre ces derniers. Le plan d'action régional proposé compte quatre axes stratégiques et il est aligné sur le Cadre mondial de suivi pour les maladies non transmissibles de l'OMS et les cibles pour la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles et le Plan d'action mondial pour la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles⁷ mais il introduit 10 indicateurs spécifiques à la Région. De caractère souple, il se prête à des mises à jour périodiques au vu de nouvelles données probantes. Le plan proposé ouvre la porte à l'engagement de multiples parties prenantes du secteur privé, de la société civile et des communautés affectées.

78. Le Comité a accueilli favorablement le plan d'action proposé, jugé comme un solide cadre pour la réduction des maladies non transmissibles dans la Région. Les membres du Comité ont noté avec appréciation le leadership de l'OPS en la matière. On a souligné la nécessité de se doter d'approches multisectorielles faisant entrer en jeu l'ensemble du gouvernement et l'ensemble de la société pour la prévention et la lutte contre les MNT et on a proposé à cet égard de faire ressortir davantage dans le plan le rôle mobilisateur de l'OPS engageant les divers secteurs, notamment le secteur privé et non gouvernemental. Il a également été suggéré que le plan de l'OPS, conformément au plan d'action mondial de l'OMS, envisage des actions pour les partenaires internationaux et les acteurs non étatiques dans le cadre de la réponse multisectorielle. Le Forum panaméricain pour l'action sur les MNT est une bonne plateforme pour encourager de telles actions. Un représentant d'une organisation non gouvernementale a fait remarquer qu'un certain nombre de pays ne disposaient pas des ressources nécessaires pour faire des recherches et collecter les données nécessaires à la mise en œuvre de certains aspects du plan et a proposé que l'Organisation examine à nouveau sa politique sur les conflits d'intérêt concernant l'apport de financement pour la recherche par l'industrie alimentaire et autres parties du secteur privé.

79. De nombreuses suggestions ont été faites pour aligner davantage le plan régional sur le plan d'action mondial et le cadre global de suivi. Il a été proposé notamment que la définition de l'action multisectorielle dans le rappel en bas de page 5 du document CE152/13 coïncide avec la définition mise en avant par la Réunion plénière de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles. Il a également été proposé que l'indicateur se rapportant à l'usage nocif de l'alcool figure au menu des indicateurs acceptés par les États Membres de

⁷ Voir documents OMS A66/8 et A66/9, Corr. 1 (2013).

l'OMS dans le cadre du plan d'action mondial et du cadre global de suivi qui sont alignés, à leur tour, sur la Stratégie mondiale en vue de réduire l'usage nocif de l'alcool.⁸

80. Si l'alignement sur le plan d'action mondial et le cadre global de suivi pour les maladies non transmissibles était vu comme très important, l'accent a également été mis sur le fait que le Plan de l'OPS doit correspondre aux caractéristiques spécifiques de la Région. On a souligné la nécessité d'adapter les cibles et indicateurs mondiaux aux circonstances régionales et nationales et on a proposé de conférer à certaines cibles régionales un caractère encore plus ambitieux que les cibles mondiales correspondantes. Les délégués voyaient également la nécessité de se donner des indicateurs permettant de faire des comparaisons entre les pays de la Région et au sein d'un même pays ainsi que la nécessité de rendre plus spécifiques certains indicateurs et de clarifier la définition de certains termes et concepts, notamment celui du "modèle de soins chroniques" mentionné dans la ligne d'action stratégique 3. La déléguée d'Aruba a noté que son pays avait été récemment l'hôte de la troisième Conférence panaméricaine sur l'obésité et a demandé que les recommandations sur l'obésité chez les enfants⁹ émanant de cette réunion soient prises en compte dans le plan d'action et dans la résolution proposée sur ce point de l'ordre du jour (voir annexe A du document CE152/13).

81. Les délégués ont remarqué que les indicateurs pour le plan d'action mondial étaient toujours en cours de définition par le biais d'un processus consultatif qui devait se terminer à la fin de 2013 et on a jugé qu'il serait préférable de remettre à plus tard toute discussion supplémentaire et accord sur les indicateurs pour le plan régional dans l'attente du consensus sur les indicateurs du plan mondial.

82. Le Dr Espinal, notant que la Conférence sanitaire panaméricaine avait demandé que le plan d'action régional soit présenté au 52^e Conseil directeur,¹⁰ a suggéré que le Comité mette sur pied un groupe de travail pouvant collaborer avec le Bureau pour préparer une version révisée du plan proposé qui sera présenté au Conseil directeur en septembre. Il avait pris note de toutes les suggestions d'amélioration du plan et s'assurerait qu'elles soient prises en compte. Concernant les cibles régionales, il a observé qu'il était compliqué de fixer des cibles pour une région aussi diversifiée que les Amériques. Les vastes différences du point de vue de la taille des pays rendait la tâche particulièrement difficile puisque les cibles en termes de pourcentage, moyenne ou médiane risquaient de ne pas refléter la véritable situation dans les petits pays. Par ailleurs, des cibles régionales sont nécessaires pour que le Bureau et les Organes directeurs puissent suivre les progrès et déterminer quels sont les pays qui progressent et quels sont ceux qui ont besoin d'un soutien technique supplémentaire. Le Bureau

⁸ Voir résolution WHA63.13 (2010).

⁹ Disponible à :

<http://www.paco.aw/paco3docs/Principal/RECOMMENDATIONS%20OF%20THE%20HIGH%20LEVEL%20MEETING%20ON%20CHILDHOOD%20OBESITY%20PREVENTION%20PACO%20III.pdf>

¹⁰ Voir résolution CSP28.R13 (2012).

continuera à collaborer avec les États Membres pour identifier les cibles pertinentes et peaufiner les indicateurs.

83. La Directrice a encouragé le Comité à mettre sur pied un groupe de travail chargé de revoir le plan et de préparer un projet de document inspirant les consultations à venir entre les États Membres lors des mois précédant le Conseil directeur en septembre.

84. Le Comité avait décidé de créer un groupe de travail comprenant Aruba, le Brésil, le Canada, la Colombie, El Salvador, les États-Unis, la Grenade, la Jamaïque et le Mexique. Ce groupe a présenté par la suite une version revue du plan d'action proposé (document CE152/13, Rév. 1). Le Dr Jean Dixon (Jamaïque), prenant la parole en tant que président du groupe de travail, a récapitulé les principaux changements, notamment la mise en valeur d'approches et d'actions multisectorielles et la révision de la définition des approches multisectorielles dans le rappel en bas de page 5 pour qu'elle corresponde à la définition de la déclaration de la réunion plénière de haut niveau des Nations Unies sur les maladies non transmissibles. Les définitions techniques des indicateurs spécifiques à la Région et le menu des actions mondiales et régionales seraient ajoutés en annexe.

85. Le document faisait tout le long référence à la Conférence panaméricaine sur l'obésité et le problème de l'obésité chez les enfants. L'indicateur et la cible de la mortalité prématurée pour la Région ont été transférés au Domaine stratégique 4. A chaque ligne d'action stratégique avaient été ajoutées des actions pour les partenaires intergouvernementaux et non étatiques. Les indicateurs avaient été revus et alignés de plus près sur le cadre global de suivi de l'OMS tout en respectant l'autonomie dont disposaient les gouvernements nationaux pour fixer les cibles nationales. La résolution proposée avait également été revue pour renforcer la définition des approches multisectorielles. Divers changements de nature éditoriale ont également été faits.

86. Le Comité a adopté la résolution CE152.R15, avalisant le plan d'action proposé. On a convenu de tenir des consultations supplémentaires sur le document lors des mois précédant le 52^e Conseil directeur en septembre.

Élaboration de politiques sur la base de données probantes à l'appui des programmes nationaux de vaccination (document CE152/14)

87. Le Dr Gina Tambini (Gérante du domaine de la Santé familiale et communautaire du BSP), soulignant le besoin de disposer de solides données venant étayer la planification et la prise de décisions afférentes aux programmes de vaccination, a expliqué que le document CE152/14 reposait sur une approche à trois axes vérifiant que les programmes nationaux de vaccination disposaient de la capacité nécessaire pour prendre des décisions fondées sur des données probantes. En effet, le document propose que les États Membres *a)* élargissent la base de données factuelle au-delà de la seule notion du coût-efficacité, tenant compte de critères comme l'équité et la viabilité

financière, *b*) institutionnalisent, par le biais de cadres juridiques, le processus décisionnel reposant sur des données probantes pour l'introduction de nouveaux vaccins et *c*) intègrent et harmonisent les processus de calcul des coûts à la planification et à la budgétisation des programmes nationaux de vaccination. L'approche s'inspirerait des progrès déjà faits par l'Initiative ProVac concernant la création de données probantes sur les nouveaux vaccins et permettrait aux pays de faire une utilisation plus judicieuse des ressources limitées. Elle constitue par ailleurs un premier pas pratique et efficace vers l'approche de l'évaluation de la technologie sanitaire et encourage l'acquisition et le renforcement de compétences, une approche qui pourra ensuite être utilisée dans d'autres domaines programmatiques comme la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles.

88. Le Comité a accueilli favorablement l'approche proposée qui s'inscrit dans la même ligne, comme l'ont noté certains délégués, que l'approche qu'utilisent leur pays pour prendre des décisions concernant leurs programmes nationaux de vaccination. A été relevée avec satisfaction la priorité accordée au coût-efficacité et à la création et au renforcement des groupes consultatifs techniques de vaccination dans les divers pays visant à consolider une prise de décisions informée et reposant sur des données probantes à l'appui de la politique de vaccination. A également été soutenue la mise en œuvre élargie de l'Initiative ProVac renforçant la capacité de générer des preuves économiques, surtout pour aider les pays à peser le pour et les contre de l'introduction de nouveaux vaccins onéreux.

89. Les délégués ont insisté sur l'importance de tenir compte des caractéristiques spécifiques aux divers pays, dont la charge de morbidité, la capacité des programmes de vaccination et les contraintes budgétaires et ont proposé certaines modifications correspondantes à la résolution proposée dans le document CE152/14. On a également proposé d'ajouter un alinéa au paragraphe 2 de la résolution proposée, priant la Directrice de donner des conseils en matière de politiques et de faciliter le dialogue aux fins de renforcer la gouvernance et la cohérence en matière de politiques et d'éviter les influences inconsidérées provenant des conflits d'intérêt réels ou éventuels, le but étant de prévenir tout conflit d'intérêt pouvant se présenter par rapport aux "parties prenantes concernées" mentionnées au paragraphe 1.

90. Le Dr Tambini, remerciant les États Membres de leurs suggestions fort utiles, a indiqué que si la Région était un modèle pour le monde sur le plan de la vaccination, le Bureau n'en pensait pas moins que les programmes de vaccination pouvaient être encore davantage renforcés par le biais d'une prise de décision fondée sur des données probantes et un partage d'expériences entre les pays des Amériques et ceux du reste du monde.

91. La Directrice a ajouté que les nouveaux vaccins onéreux risquaient fort de faire grimper nettement le coût des programmes nationaux de vaccination et, partant, le coût des soins de santé et qu'il était donc important que la décision d'introduire un nouveau vaccin repose sur l'analyse du coût-efficacité et du coût-avantage. Le Bureau comptait

une vaste expérience à cet égard et disposait d'outils qui pourraient s'avérer utiles aux États Membres lors de la prise de décisions sur les nouveaux vaccins.

92. La Directrice souhaitait attirer l'attention des États Membres sur le fait que le Bureau se voyait de plus en plus dans l'obligation d'appliquer une approche progressive à l'établissement des coûts des vaccins, surtout pour les nouveaux vaccins chers, plutôt que d'adhérer à la politique du plus faible coût suivie dans le cadre du Fonds renouvelable pour l'achat de vaccins. Souhaitant obtenir l'avis des États Membres sur la question, elle avait l'intention de proposer que le thème soit porté à l'ordre du jour des discussions des Organes directeurs en 2014.

93. La résolution proposée contenue dans le document CE152/14 a été amendée pour tenir compte des suggestions faites lors de la discussion du Comité et a été adoptée en tant que résolution CE152.R5.

Coopération entre les pays pour le développement sanitaire aux Amériques (document CE152/15)

94. Le Dr Mariela Licha-Salomón (Conseillère principale en Soutien ciblé aux pays au BSP) a esquissé l'histoire et l'évolution de la coopération entre les pays de la Région, notant que le thème avait fait l'objet d'une discussion par les Organes directeurs lors de deux occasions précédentes : en 1998 pour le 20^e anniversaire du Plan d'action de Buenos Aires, adopté par la Conférence des Nations Unies de 1978 sur la coopération technique parmi les pays en développement et, en 2005, quand le Conseil directeur avait discuté un document sur la coopération technique parmi les pays de la Région, mettant en avant la coopération triangulaire entre le Bureau et les États Membres.

95. Elle a fait remarquer que le concept de la coopération technique entre pays avait fait du chemin ces dernières années et continue de progresser. Appelée couramment à présent la "coopération Sud-Sud", le concept ne s'arrêtait pas à la seule coopération technique. Aussi, le Bureau cherchait-il à se donner une politique pour l'Organisation reflétant le contexte actuel. La politique visait à encourager les États Membres à chercher et à partager des solutions pour traiter à un stade précoce les problèmes et défis courants en santé, à l'exemple de la couverture sanitaire universelle, et à prendre en compte les déterminants sociaux en santé. La politique délimite clairement les rôles et les responsabilités du Bureau et des États Membres qui sont décrits dans le document CE152/15.

96. Dans la discussion par le Comité de ce point de l'ordre du jour, les délégués ont félicité le Bureau pour son leadership dans la facilitation de la coopération parmi les pays de la Région et se sont montrés en faveur de la politique proposée. Ils ont notamment soutenu le partage des connaissances et des meilleures pratiques. Tel qu'ils l'ont noté, les pays de la Région comptent à présent une considérable expertise en santé publique dans laquelle on pourra puiser pour augmenter l'efficacité des initiatives de santé et renforcer

les capacités au niveau national. A leur avis, la politique devrait chercher à garantir la viabilité à long terme et assurer la synergie des activités mises en œuvre dans le cadre de la coopération entre les pays tout en renforçant les capacités des institutions nationales, ce qui représente le but ultime de toute activité de coopération. On a également rappelé que les activités de coopération envisagées dans le cadre de la politique devaient s'aligner sur les priorités retenues dans le Plan stratégique de l'OPS 2014-2019 et contribuer directement à la réalisation de ses objectifs. A cet égard, plusieurs délégués ont fait ressortir l'importance de la coopération par rapport aux déterminants sociaux de la santé et au Règlement sanitaire international (2005).

97. Le rôle du Bureau, à l'avis des délégués, consiste à faciliter et à aider à coordonner et maximiser les possibilités de coopération entre les pays. On a également remarqué que des initiatives de coopération étaient en cours dans le cadre des initiatives d'intégration infrarégionale comme l'Union des Nations de l'Amérique du Sud (UNASUR) et le Conseil des Ministres de la Santé de l'Amérique centrale et de la République dominicaine (COMISCA), et on a insisté sur le fait que l'OPS devait compléter et non répéter ces efforts. On a également souligné le besoin de veiller à aligner les programmes de santé des organisations infrarégionales à ceux de l'OPS aux fins de renforcer la coopération technique.

98. Des informations supplémentaires ont été demandées sur les projets de coopération mentionnés au paragraphe 11 du document conceptuel. Il a été suggéré que le document et la résolution proposée sur ce point de l'ordre du jour (voir annexe A au document CE152/15) fasse référence à la résolution CD50.R13 (2010), concernant les institutions nationales associées à l'OPS dans le cadre de la coopération technique et que la résolution proposée demande aux États Membres d'identifier des institutions nationales susceptibles de prendre part aux initiatives de coopération technique avec les pays de la Région dans ces mêmes domaines. Au vu du vaste champ d'action de la coopération proposée dans le document conceptuel, il a été suggéré de changer son titre et celui de la résolution proposée à "Coopération pour le développement de la santé dans les Amériques." On a noté que l'adoption de la résolution comporterait des obligations de compte rendu et le Bureau était prié de trouver une manière de rassembler l'information sans que cela n'impose un surcroît de travail concernant l'élaboration de rapport de la part des États Membres.

99. Le Dr Licha-Salomón a indiqué que l'information sur les projets mentionnés dans le document était disponible sur le site web de l'OPS.¹¹ Elle a convenu de l'importance de promouvoir la coopération avec les institutions nationales en association avec l'OPS, et par le biais de celles-ci, tout en notant que la politique proposée avait pour but d'encourager la coopération et le partenariat parmi un large éventail d'acteurs, dont les

¹¹ Disponible à :

http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=2128&Itemid=1850&lang=en

associations professionnelles et autres organisations non gouvernementales intervenant dans le domaine de la santé. Elle a assuré le Comité des efforts continus que ne cesserait de déployer le Bureau dans sa recherche de coopération avec des organisations infrarégionales et avec des réseaux d'institutions. A cet effet, elle a noté que l'OPS avait encouragé la création d'un réseau de laboratoires pour aider les pays des Caraïbes à se conformer aux obligations du Règlement sanitaire international (2005).

100. La Directrice pensait que les États Membres avaient montré clairement qu'ils souhaitaient une démarche dynamique de coopération qui enrichirait la coopération technique du Bureau, sur le plan de l'excellence technique, et élargirait le champ du soutien. Cela contribuera au renforcement institutionnel et au renforcement des capacités au sein des États Membres et, partant, serait une force catapultant le développement de la santé dans la Région. Tel que les délégués l'avaient noté, les États Membres avaient accumulé une connaissance et expérience considérables et il était important d'exploiter les ressources disponibles au niveau national. C'est la raison pour laquelle le Bureau entreprendrait de faire une cartographie de l'expertise nationale et mettrait en place un mécanisme pour apparier cette expertise aux besoins en coopération des États Membres. Cela demandera toutefois aux États Membres de faire connaître leurs besoins et d'identifier les institutions nationales capables de fournir cette coopération. En outre, comme le Bureau n'était pas toujours au courant des initiatives et opportunités de coopération se présentant parmi les organisations et groupes infrarégionaux, il dépend des États Membres pour le maintenir informé.

101. La résolution proposée a été revue pour intégrer les différentes opinions et questions soulevées lors de la discussion et a été adoptée en tant que résolution CE152.R13.

L'insuffisance rénale chronique dans les communautés agricoles en Amérique centrale (document CE152/25)

102. Le Dr James Fitzgerald (Directeur par intérim du domaine des Systèmes de santé basés sur les soins de santé primaires du BSP) a noté que le Bureau avait préparé l'étude conceptuelle contenue dans le document CE152/25 à la demande d'El Salvador et d'autres États Membres. L'étude proposait une série de mesures de riposte à l'insuffisance rénale chronique (néphrite tubulo-interstitielle), forme de maladie rénale dont l'étiologie n'était pas encore déterminée avec certitude bien que de nombreuses études aient constaté des associations avec des facteurs environnementaux et professionnels. La maladie se présente le plus souvent dans des pays d'Amérique centrale où elle est la cause d'une mortalité élevée, surtout au Salvador, au Guatemala et au Nicaragua. Toutefois, la maladie ne se confine pas à l'Amérique centrale, car les taux au Pérou par exemple sont également élevés. Le rapport présente des informations générales sur la maladie, décrit son impact sur les services de santé et les populations touchées et souligne l'urgence de prendre des mesures de riposte. Le document conceptuel et la résolution proposée à

l'appui ébauchaient à cet égard une approche de lutte sous l'angle de la santé publique et dans le souci de l'équité.

103. Les Membres du Comité exécutif ont reconnu la gravité du problème et ont approuvé l'attention que lui porte l'OPS. Ils ont également reconnu qu'en dépit de la prévalence prépondérante de la maladie à l'heure actuelle en Amérique centrale, d'autres pays étaient touchés et le problème risquait de prendre une ampleur régionale si aucune n'était prise rapidement. La recherche vient en priorité à cause du manque de connaissance sur les causes et l'ampleur de la maladie. A cet effet, on a jugé qu'il était essentiel de renforcer les systèmes de santé pour qu'ils puissent s'attaquer efficacement à la maladie. Il a été suggéré de traiter ces priorités dans le cadre du plan d'action sur les maladies non transmissibles (voir paragraphes 76 à 86 ci-dessus).

104. Le Dr Fitzgerald a convenu que la recherche était essentielle pour déterminer les causes de la maladie et les meilleurs moyens de lutte à son égard. Il a souligné la nécessité de se doter d'une approche holistique et systémique recoupant la surveillance au même titre que le diagnostic, le traitement et les soins.

105. La Directrice a fait savoir que la maladie affectait déjà un grand nombre de personnes dans les Amériques et qu'elle se propageait bien au-delà de la sous-région d'Amérique centrale. Au vu des répercussions qu'elle comportait tant sur la charge de maladie que le coût des systèmes de santé, elle pensait que des mesures spécifiques de riposte étaient nécessaires. Il ne suffirait pas de l'inclure comme volet du plan d'action sur les maladies non transmissibles. Par ailleurs, il s'agissait de définir le rôle précis de l'OPS à cet égard. L'Organisation ne serait pas en mesure d'entreprendre à elle seule toute la recherche et tout le recueil de données probantes. La collaboration est de rigueur avec d'autres partenaires et d'autres parties concernées pour établir clairement le profil épidémiologique de la maladie.

106. La résolution proposée contenue en annexe du document CE152/25 a été amendée pour insister davantage sur le besoin de faire des recherches et a été adoptée en tant que résolution CE152.R14. Le Bureau a été prié de faire le point de la mise en œuvre de la résolution chaque année auprès des Organes directeurs.

Questions administratives et financières

Rapport sur le recouvrement des contributions fixées (documents CE152/16, Rév. 1 et Add. I)

107. M. Michael Lowen (Gérant du domaine de la Gestion des ressources financières du BSP), notant que le document CE152/16, Rév. 1 et Add. I, apportait des informations sur les contributions fixées en date du 10 juin 2013, a signalé que, depuis cette date, le Bureau avait reçu un autre paiement de \$18 683 du Costa Rica. Grâce à la stratégie du Bureau en vue d'augmenter le taux du recouvrement des contributions fixées et à

l'engagement démontré par les États Membres de travailler avec l'Organisation, 92% des arriérés avaient été payés, laissant un solde non recouvré de \$2,4 millions. Aucun État Membre n'était sujet actuellement aux restrictions sur le droit de vote envisagées aux termes de l'Article 6.B de la Constitution de l'OPS.

108. Treize États Membres se sont acquittés de l'intégralité de leurs contributions pour 2013. Par ailleurs, le recouvrement de l'année actuelle ne s'élevait qu'à \$14,8 millions, soit 13,9% du montant total exigible pour 2013. Aussi, le Bureau avait-il été obligé d'utiliser environ \$6 millions des crédits du Fonds de roulement et d'autres ressources financières internes pour financer l'exécution du budget ordinaire. Les déboursements du budget ordinaire s'élevaient à \$7,5 millions par mois avec des déboursements jusqu'à présent cette année d'un total de \$38,1 millions.

109. La Directrice a affirmé que, vers le milieu de l'année civile, le Bureau avait dû avoir recours à l'emprunt interne pour répondre à ses obligations, ce qui l'avait mis dans une situation difficile et hypothéquait la mise en œuvre de ses programmes technique. Elle était reconnaissante aux États Membres qui s'étaient acquittés de leurs contributions pour l'année et en appelaient à ceux qui n'avaient pas effectué leurs versements pour 2013 de prendre toutes les mesures possibles pour le faire.

110. Le Comité exécutif a adopté la résolution CE152.R1, remerciant les États Membres qui avaient effectué leurs paiements pour 2013 et les années précédentes et priant instamment les autres États Membres de s'acquitter de leurs arriérés aussi rapidement que possible.

Rapport financier du Directeur et rapport du Commissaire aux comptes externe pour 2012 (*Document officiel 344*)

Rapport financier du Directeur

111. Le Dr Matías Villatoro (Président du Sous-comité du Programme, du Budget et de l'Administration) a rendu compte de l'examen fait par le Sous-comité d'une version préliminaire et non auditée du Rapport financier (voir paragraphes 59 à 67 du Rapport final du Sous-comité, document SPBA7/FR), notant que le Sous-comité avait demandé une information comparative sur les dépenses budgétisées et effectives en 2012 et en 2011.

112. M. Michael Lowen (Gérant du domaine de la Gestion des ressources financières du BSP) a fait ressortir les points essentiels du Rapport financier du Directeur, montrant que la position financière de l'Organisation restait solide bien qu'elle doive faire face à des défis de taille, surtout celui du contexte économique mondial et du financement des obligations à long terme pour le personnel à la retraite. Le total consolidé des recettes pour 2012 s'élevait à \$978,6 millions, soit une augmentation de 17% par rapport à 2011. L'augmentation était due essentiellement à des recettes nettement accrues des fonds d'acquisition de l'Organisation, tout particulièrement le Fonds renouvelable pour l'achat

des vaccins de l'OPS. Les contributions volontaires de l'OPS avaient également augmenté de l'ordre de \$19,3 millions, soit 10%, par rapport à 2011. Les recettes du budget ordinaire pour 2012 s'élevaient à un total de \$137,6 millions, comparées à \$138,9 millions en 2011. Sont compris dans ce total \$99,8 millions des contributions fixées et recettes diverses de l'OPS et \$37,8 millions au titre de fonds de l'OMS alloués à la Région des Amériques.

113. Suite à des taux d'intérêt mondiaux qui continuent à être faibles, l'Organisation a touché nettement moins d'intérêts sur son portefeuille d'investissement et, partant, les recettes diverses n'étaient que de l'ordre de \$3,3 millions, soit un \$1 million de moins qu'en 2011 et \$2,7 millions de moins que les \$6 millions budgétisés pour l'année. Le climat économique mondial en général et les taux d'intérêt mondiaux en particulier continuent d'être un obstacle faisant qu'il est difficile à l'Organisation de réaliser ses attentes en ce qui concerne les recettes diverses. Le Fonds de roulement a baissé de \$5 millions à cause du déficit budgétaire biennal.

114. Les dépenses consolidées s'élevaient à \$969,7 millions en 2012, y compris les dépenses correspondant aux achats, au Centre d'épidémiologie des Caraïbes (CAREC) et à l'Institut des Caraïbes pour l'alimentation et la nutrition (CFNI). Les dépenses pour les activités d'achat effectuées pour le compte des États Membres représentaient un total de \$547 millions. En date du 31 décembre 2012, les obligations à long terme pour l'assurance maladie des personnes à la retraite, les primes de départ et les dépenses de rapatriement s'élevaient à un total de \$318,5 millions, dont la quasi-totalité était consommée par l'assurance-maladie des personnes à la retraite : \$305,5 million. Le Bureau apporterait de plus amples informations sur le financement des obligations à long terme lors de futures sessions des Organes directeurs.

115. Dans la discussion qui a suivi, il a été noté que les recettes totales de l'OPS de l'ordre de \$978,6 millions en 2012 étaient les plus élevées que l'Organisation n'ait jamais eues. On a également remarqué que la plus grande proportion de ces recettes provenait des activités d'achat et qu'un tel financement pouvait être très variable, d'où la précarité de la situation financière de l'Organisation.

116. M. Guillermo Birmingham (Directeur de l'administration du BSP) a expliqué que les recettes des fonds d'achat n'étaient utilisées que pour acheter des vaccins et autres fournitures de santé publique pour le compte des États Membres. Aussi, la variation dans ces recettes n'influait guère la capacité du Bureau sur le plan mise en œuvre des programmes couverts par le budget programme.

117. La Directrice a fait savoir que les États Membres ne devaient pas rester sous la fausse impression que l'OPS disposait d'un budget de près d'un milliard de dollars. En effet, il est important de reconnaître qu'une portion énorme de cette somme était reçue et dépensée pour les achats effectués pour le compte des États Membres et que si de telles activités d'achat tenaient une part certes importante dans la coopération technique de

l'Organisation avec les États Membres, elles ne faisaient pourtant pas partie du programme de coopération technique proprement dit et que les fonds reçus à cette fin n'entraient pas dans son budget ordinaire. Le budget était plus restreint et encore plus restreinte était la portion du budget ordinaire provenant des contributions fixées. Le restant dans sa vaste majorité devait être recouvré sous forme de contributions volontaires. Qui plus est, la portion des recettes diverses du budget ordinaire continuait à diminuer à cause de la situation financière mondiale et c'est bien là que résidait la fragilité du budget.

Rapport du Commissaire aux comptes externe

118. Mme María Dolores Genaro Moya (Cour des comptes d'Espagne), présentant le rapport du Commissaire aux comptes externe, a indiqué qu'après les visites au Siège de l'OPS et aux bureaux de l'OPS/OMS au Brésil et au Costa Rica, et suite à un examen approfondi des états financiers consolidés de l'Organisation pour 2012, le Commissaire aux comptes externe avait préparé les documents comprenant le rapport du Commissaire aux comptes externe contenu dans le Document officiel 344. Les conclusions les plus notables du travail du Commissaire aux comptes externe se trouvaient dans le Rapport sous forme longue concernant l'audit des états de 2012 et l'opinion du commissaire aux comptes externe. De plus, l'équipe du commissaire aux comptes externe avait préparé des lettres de confirmation sur les états financiers de CAREC et CFNI, qui avaient été mis hors de service et leurs fonctions transférées à l'Agence de santé publique des Caraïbes (CARPHA), ainsi qu'un Rapport intérimaire à la Direction et des rapports sur les visites sur place aux bureaux de pays au Costa Rica et au Brésil. Elle se faisait un plaisir de relater que le Commissaire aux comptes externe avait émis une opinion d'audit non qualifiée sur les états financiers de l'Organisation.

119. M. Miguel Ángel Sánchez del Águila (Cour des comptes d'Espagne), faisant ressortir les chiffres du Rapport, a noté que l'Organisation avait affiché un excédent net de \$8,875 millions en 2012. Le compte de caisse avait augmenté de 54%, passant à \$160,9 millions mais les comptes créditeurs avaient baissé, en grande partie à cause de la chute sensible dans les contributions volontaires. Cette situation, conjuguée aux obligations croissantes dues aux avantages et allocations du personnel actuel et en retraite et les faibles rendements continus des investissements, risquait de s'avérer problématique à l'avenir.

120. Le rapport comprenait un certain nombre de recommandations mitigeant ces difficultés, dont des mesures en vue de réduire le risque du taux de change, et des recommandations spécifiques garantissant une solide supervision financière, dont l'utilisation des lettres d'accord, des appels d'offres ouvert pour les contrats de service aux fins d'une grande compétitivité, une formation continue sur l'application des normes IPSAS et les principes de la comptabilité d'exercice, une mise à jour du E-Manuel et la création d'une unité consacrée à la gestion des risques. Au vu de l'importance du nouveau

système d'information en gestion (SIG) du BSP (voir paragraphes 188 à 196 ci-après), on a également recommandé de chercher dans la mesure du possible d'atteindre, dans les délais, les objectifs de la phase de pré- exécution, de maintenir le personnel informé des progrès et de lui apporter une formation portant sur le nouveau système et de se donner des indicateurs et cibles pour le suivi des progrès au niveau de la mise en œuvre. L'équipe de l'audit a également passé en revue les mesures prises pour appliquer les recommandations faites par le Commissaire aux comptes externe précédent et a déterminé que la plupart d'entre elles avaient été mises en œuvre ou étaient en train d'être mises en œuvre.

121. Le Comité exécutif a félicité la Cour des comptes d'Espagne pour la réalisation réussie de son premier audit de l'Organisation et a remercié les membres de l'équipe pour tout le travail qu'ils ont accompli. Les membres du Comité ont accueilli avec plaisir l'opinion d'audit non qualifié, vu comme une preuve de la transparence et de la responsabilisation du Bureau et ont approuvé les recommandations du Commissaire aux comptes externe. Le Bureau a été prié de voir les recommandations comme une possibilité d'arriver à une plus grande efficacité et efficience dans les opérations de l'OPS, d'améliorer ses systèmes, processus et procédures et de renforcer sa gestion, ses contrôles internes et sa transparence. Les délégués ont porté une attention particulière aux recommandations sur le risque lié au taux de change, sur la formation du personnel en matière de normes IPSAS, sur les lettres d'accords, sur les ateliers et séminaires, sur les contrats à fournisseur unique et sur le système d'information pour la gestion du BSP et cadre de gestion des risques d'entreprise. Concernant ce dernier point, on a vivement recommandé au Bureau d'appliquer les recommandations sur le respect des délais pour la mise en œuvre du système et la nécessité de vérifier qu'il existe des ressources humaines suffisantes disposant de l'expertise nécessaire pour superviser la mise en œuvre. On a suggéré de nommer un point focal à cette fin.

122. Concernant les contrats à fournisseur unique, les délégués souhaitaient de plus amples informations quant aux raisons pour lesquelles le Bureau dépendait tellement de tels contrats. Ils ont également demandé des informations sur la hausse de 14,9% dans les frais de personnel et dépenses de déplacement. Ils ont encouragé le Bureau à utiliser les technologies de communication pour réduire la nécessité des déplacements. Ils ont noté les remarques du Commissaire aux comptes externe concernant la réduction des recettes provenant des contributions volontaires et ont demandé au Bureau d'ajuster ses activités pour s'assurer qu'elles étaient entièrement financées avec les recettes disponibles. On a vivement encouragé le Bureau d'améliorer ses contrôles internes pour vérifier la meilleure utilisation possible des contributions volontaires et éviter qu'elles ne soient retournées aux donateurs parce que les projets n'étaient pas entièrement mis en œuvre. C'était particulièrement important au vu du fait que l'Organisation connaissait des réductions dans les contributions volontaires. On a demandé au Bureau de mettre à la disposition des États Membres son plan sur les mesures à prendre pour assumer les obligations à long terme bien avant le 52^e Conseil directeur.

123. M. Lowen a assuré le Comité que le Bureau cherchait continuellement par tous les moyens possibles d'améliorer son travail et qu'à cette fin, il appliquerait certainement les recommandations du Commissaire aux comptes externe. Ce qu'il était déjà en train de faire pour certaines d'entre elles : le comité d'investissement du Bureau examinait les diverses manières de réduire le risque lié au taux de change, les politiques sur les lettres d'accord et les ateliers et séminaires étaient en train d'être revues, une formation était dispensée au personnel des bureaux de pays portant sur la comptabilité d'exercice et l'application des normes IPSAS. Le E-Manuel était revu dans l'idée d'intégrer de nouvelles politiques et procédures conjointement à la mise en œuvre du nouveau système d'information en gestion du BSP.

124. M. Birmingham, répondant aux questions sur les contrats à fournisseur unique, a expliqué que plus de la moitié des contrats de services adjugés en 2012 avaient été des contrats pour lesquels le prix avait déjà été fixé dans le cadre d'un accord à long terme ou avaient été passés pour des sommes inférieures au seuil de \$5000, seuil au-dessus duquel l'appel à la concurrence devenait nécessaire. Pour les contrats supérieurs à cette somme, le Bureau lançait toujours des appels d'offres mais, souvent due à la nature hautement spécialisée des services techniques qu'exigeait l'OPS, il était difficile, voire impossible, de trouver plus d'un seul vendeur. Quant à la majoration des frais du personnel, elle était imputable pour l'essentiel à la charge des postes pourvues, approuvée par les États Membres pour aider à financer la mise en œuvre du projet du Système d'information en gestion.¹²

125. La Directrice a remercié les membres de l'équipe du Commissaire aux comptes externe pour leur rapport et recommandations fort utiles et a affirmé que le Bureau continuerait à procéder aux améliorations dans tous les domaines mentionnés par les auditeurs. Elle pensait que l'OPS avait accompli des progrès considérables au fil des ans pour améliorer et renforcer son système de gestion et de responsabilisation et que l'Organisation faisait un meilleur travail en la matière que la plupart des organisations des Nations Unies. Cela ne voulait pas dire qu'il fallait s'arrêter là car il y avait toujours lieu d'améliorer les choses. Le Bureau avait déjà commencé à passer à l'action et à appliquer certaines des recommandations du Commissaire aux comptes externe et, d'ici septembre, il disposerait d'un plan d'action complet pour traiter chacune d'entre elles.

126. Le Comité a pris note des rapports.

Rapport du Bureau de contrôle interne et services d'évaluation (document CE152/17)

127. M. David O'Regan (Auditeur général du Bureau de contrôle interne et services d'évaluation du BSP) a mis en exergue les points saillants du rapport et a indiqué que les paragraphes 1 à 11 couvraient le champ d'action du travail consultatif indépendant du

¹² Voir document CD50/7 et résolution CD50.R10 (2010).

Bureau, y compris ses ressources ; les paragraphes 12 et 13 décrivaient les manières dont le Bureau coordonnait son travail avec celui du Commissaire aux comptes externe et le Bureau des services de contrôle interne de l'OMS; les paragraphes 14 à 31 récapitulaient les résultats et les recommandations des audits thématiques et les audits des bureaux de terrain et centres panaméricains réalisés pendant l'année; les paragraphes 32 à 39 examinaient d'autres aspects du travail du Bureau et la nature changeante de ce travail, y compris la préparation d'un projet de politique d'évaluation alignée sur la politique d'évaluation de l'OMS mais ajustée aux circonstances du BSP; les paragraphes 41 à 44 revoyaient les actions prises pour appliquer les recommandations précédentes du Bureau de contrôle interne et services d'évaluation et les paragraphes 45 à 50 donnaient l'opinion générale du Bureau sur l'environnement de contrôle interne et faisaient des recommandation générales aux fins d'amélioration.

128. Le Comité a reconnu la valeur du travail du Bureau de contrôle interne et services d'évaluation et a recommandé une application rapide de toutes les recommandations comprises dans le rapport. Une déléguée a demandé dans quelles circonstances le Bureau pouvait choisir de ne pas appliquer une recommandation de l'IES et a proposé que les États Membres soient avisés des raisons expliquant la décision du Bureau. On a demandé que soit expliquée plus en détails la nouvelle approche de collaboration en matière d'évaluation, surtout la question de savoir s'il y aurait un programme annuel de travail pour les évaluations et quel serait le degré d'autorité du Bureau dans le choix des évaluations qui seraient faites.

129. M. O'Regan a expliqué que l'IES avait déjà réalisé deux évaluations par an. Dans le cadre de la nouvelle approche, le Bureau chercherait à consolider et à interpréter un bien plus grand nombre d'évaluations qui avaient déjà été réalisées par divers acteurs au sein du Bureau dans l'objectif de retenir l'enseignement qui s'en dégage. Le changement était analogue à un changement déjà effectué à l'OMS. Quant au rôle du Bureau dans le choix des évaluations qui seraient faites, le projet de politique d'évaluation confère à la direction l'autorité de commanditer les évaluations et le rôle de l'IES serait d'extraire et de consolider l'information et de présenter les rapports à la direction.

130. Dans les rares cas où le Bureau décide de ne pas accepter une recommandation de l'IES, le Bureau en discuterait avec la direction et, en l'absence d'un accord, l'IES abandonnera la recommandation. Les États Membres seraient informés de tels cas dans les rapports annuels du Bureau. Il ne manquerait pas d'inclure de plus amples d'informations sur les raisons de non acceptation dans les futurs rapports.

131. M. Guillermo Birmingham (Directeur de l'administration du BSP), notant que la seule recommandation qui n'a pas été acceptée en 2012 concernait la méthode de calcul des indemnités journalières payées au personnel en déplacement, a indiqué que le Bureau remboursait 100% du coût effectif d'hébergement, tant que ce montant ne dépassait pas le niveau maximum stipulé par les Nations Unies. Cette méthode a permis d'économiser \$250 000 ou plus par an et le Bureau avait donc souhaité de la maintenir plutôt que de

payer des indemnités journalières brutes comme le faisaient un grand nombre d'autres organisations.

132. La Directrice a fait savoir que si l'IES réalisait indépendamment ses activités, la direction travaillait pourtant en étroite collaboration avec ce bureau, demandait ses directives et estimait grandement ses conseils. Cette relation de travail était importante si l'on voulait s'attaquer aux questions épineuses dès qu'elles se présentaient. S'agissant de la nouvelle approche aux évaluations internes, le Bureau cherchait à trouver des moyens de vérifier que les évaluations étaient plus objectives et qu'elles dégageaient davantage d'informations qui pouvaient être utilisées pour procéder à des améliorations programmatiques et gestionnaires.

133. Le Comité a pris note du rapport.

Amendements au Règlement financier (document CE152/18)

134. Le Dr Matías Villatoro (Président du Sous-comité du Programme, du Budget et de l'Administration) a indiqué que le Sous-comité avait examiné plusieurs changements proposés au Règlement financier (voir paragraphes 68 à 71 du rapport final du Sous-comité, document SPBA7/FR), dont celui qui permettrait de déboursier des fonds d'un budget biennal jusqu'à trois mois après la fin de l'exercice biennal pour payer pour un travail commandité lors de ce même exercice biennal. Il a expliqué que les amendements proposés visaient à résoudre un problème de comptabilité qui se présentait quand les services ou activités démarrés lors d'un exercice biennal n'étaient achevés que lors du prochain exercice. Si on ne disposait pas d'un tel mécanisme de report, le montant contractuel entier devrait être payé à partir du budget du nouvel exercice biennal, diminuant ainsi les ressources disponibles pour le plan de travail dudit exercice.

135. Le Comité a adopté la résolution CE152.R8, recommandant que le Conseil directeur approuve les amendements proposés au Règlement financier.

Examen de la commission prélevée sur les achats de fournitures de santé publique effectués pour les États Membres (document CE152/19)

136. Le Dr Matías Villatoro (Président du Sous-comité du Programme, du Budget et de l'Administration), rendant compte de la discussion du Sous-comité sur ce point de l'ordre du jour (voir paragraphes 72 à 80 du rapport final du Sous-comité, document SPBA7/FR), a indiqué que le Sous-comité s'était montré en faveur de l'augmentation proposée mais que certains membres se demandaient si elle serait suffisante pour éviter une subvention des achats à partir du budget ordinaire de l'Organisation. Le Sous-comité avait recommandé que le Comité exécutif approuve le changement proposé tout en proposant également que la question soit à nouveau envisagée en 2015.

137. Mme Florence Petizon (Gérante du domaine des Services d'achats et de passation de marché du BSP), a souligné les nombreux avantages stratégiques des mécanismes de

passation de marché de l'OPS, notant que de tels avantages venaient pourtant au coût d'environ \$12-\$14 millions par exercice biennal au titre des dépenses de fonctionnement et frais de personnel. En fonction des projections et modes historiques, la commission actuelle de 3,5% demandée pour ces services rapporterait \$5 millions par exercice biennal, laissant un déficit critique de \$7 à \$9 millions, qui est actuellement interfinancé par le budget ordinaire. L'augmentation proposée de 0,75% permettrait de combler en grande partie ce déficit, assurant davantage l'autonomie des fonds de passation. Cette augmentation permettrait aussi de renforcer les capacités dans des domaines comme la planification de la demande, la gestion des opérations et la gestion de la qualité, d'améliorer les communications avec les autorités nationales, les services douaniers et les organismes de réglementation, de mieux suivre la performance des fournisseurs et de forger des alliances et des partenariats stratégiques avec les principaux intervenants.

138. La discussion qui a suivi insistait sur le fait que les activités financées par des ressources volontaires et autres ressources extrabudgétaires ne devaient pas être subventionnées de manière disproportionnée par des crédits du budget ordinaire. Les délégués ont approuvé l'augmentation proposée mais pensaient toutefois qu'elle ne serait pas suffisante et se sont montrés en faveur de l'examen ultérieur de la commission en 2015 et de revues périodiques par la suite. Le Bureau a été prié de notifier à l'avance les États Membres de toute augmentation proposée à l'avenir pour qu'ils puissent en tenir compte dans les budgets nationaux de vaccination.

139. Mme Petizon a convenu que l'augmentation était modeste comparée aux commissions demandées par d'autres organisations mais a assuré le Comité qu'elle permettrait l'auto-suffisance pour le moment dans les activités de passation de marché. Elle s'assurerait que les États Membres soient informés à temps de toute augmentation future.

140. La Directrice a reconnu que l'augmentation était minime mais elle suivrait la situation pour s'assurer que les fonds de passation de marché étaient auto-suffisants. Une évaluation était en train d'être faite aussi bien du Fonds stratégique que du Fonds renouvelable dans le but de simplifier les processus administratifs et de vérifier une plus grande efficacité et, partant, la possibilité de réaliser des économies.

141. Le Comité a adopté la résolution CE152.R3, avalisant l'augmentation proposée.

Statut des projets financés par le compte de réserve de l'OPS (document CE152/20)

142. Le Dr Matías Villatoro (Président du Sous-comité du Programme, du Budget et de l'Administration) a récapitulé l'examen par le Sous-comité de ce point de l'ordre du jour (voir paragraphes 81 à 85 du rapport final du Sous-comité, document SPBA7/FR) et a indiqué que le Sous-comité avait avalisé la proposition faite par le Bureau de transférer des soldes non utilisés d'un total de \$93 000 des projets 3.A et 3.C au projet 3.D, la seconde phase du projet de modernisation du Système d'information en gestion du BSP.

143. Mme Verónica Ortíz (Conseillère en Programme et budget au BSP), saluant le soutien apporté par le Sous-comité au transfert proposé, a noté que le document CE152/20 faisait le point de tous les projets en date du 30 avril 2013.

144. Le Comité a adopté la résolution CE152.R6, approuvant le transfert proposé des fonds.

Plan directeur d'investissement (document CE152/21)

145. Le Dr Matías Villatoro (Président du Sous-comité du Programme, du Budget et de l'Administration) a rendu compte de l'examen du Sous-comité de ce point de l'ordre du jour (voir paragraphes 86 à 93 du rapport final du Sous-comité, document SPBA7/FR), notant en réponse à une question d'un délégué, que le Sous-comité avait été informé qu'aucun financement supplémentaire n'était attendu de l'OMS pour les dépenses du sous-fonds d'amélioration et d'entretien des biens immobiliers et du sous-fonds de la technologie d'information.

146. M. Edward Harkness (Gérant du domaine des Opérations des services généraux du BSP) a retracé l'histoire du Fonds directeur d'investissement et a mis en exergue les principales activités réalisées dans le cadre du Plan directeur d'investissement pendant la première année de l'exercice biennal 2012-2013 ainsi que les activités projetées pour 2014-2021, années restantes du Plan décennal. Il a noté qu'en ce qui concerne la technologie de l'information, il fallait continuellement maintenir, réparer et remplacer l'équipement et les logiciels pour s'assurer que le Bureau puisse mener à bien ses fonctions de communication. Des espaces de bureaux sécurisés doivent également être maintenus au Siège et dans les bureaux de pays. Le Bureau travaille en étroite collaboration avec les administrateurs des bureaux dans les pays pour identifier et budgétiser les réparations et améliorations nécessaires sur une période de 10 ans. Il convient de noter au titre des développements décrits dans le document CE152/21 les travaux continus pour le nouveau bureau en Haïti qui sera prêt en décembre 2013. Le bureau remplace celui détruit par le séisme de 2010 et a été payé conjointement par l'OMS et l'OPS. L'OMS a également octroyé un financement permettant au Bureau de faire une évaluation de toutes les propriétés de l'OPS afin de planifier les réparations nécessaires dans les 10 années à venir.

147. Dans la discussion par le Comité de ce point de l'ordre du jour, un délégué a demandé que soit confirmé le fait qu'aucun financement supplémentaire n'allait venir de l'OMS et a demandé des informations supplémentaires sur les sources de financement pour la Stratégie de technologie de l'information de l'Organisation. Un autre délégué a suggéré que les futurs rapports sur le Plan directeur d'investissement présentent une information sur les sources de financement des diverses dépenses.

148. M. Harkness a indiqué que l'OPS avait reçu \$500 000 de l'OMS en 2013 pour la réalisation de l'étude sur les biens immobiliers à laquelle il avait fait allusion et qu'aucun

financement supplémentaire n'était attendu pour l'année. Le financement supplémentaire pour les investissements dans l'immobilier venant du Fonds d'excédent de l'IPSAS. Ces crédits seraient utilisés stratégiquement pour étudier la possibilité de faire des économies, par exemple en construisant un immeuble pour le bureau de pays plutôt que de continuer à payer des frais élevés de location. Tel que demandé, les rapports futurs comporteraient une information plus détaillée sur les sources de financement et sur l'idée stratégique à la base des investissements planifiés.

149. M. Guillermo Birmingham (Directeur de l'administration du BSP), apportant des informations supplémentaires sur les sources de financement des investissements, a expliqué que le Fonds directeur d'investissement était généralement financé par les excédents restants à la fin d'un exercice biennal. A la fin de l'exercice biennal de 2010-2011, les crédits avaient été transférés au Fonds directeur d'investissement en provenance du Compte d'excédent IPSAS, mis en place en 2012, avec un financement restant après la mise en œuvre des Normes comptables internationales du secteur public.¹³ De plus, la Conférence sanitaire panaméricaine en 2012 avait approuvé la création du Sous-fonds renouvelables des biens immobiliers,¹⁴ afin que le Bureau puisse saisir précisément le type d'opportunités que M. Harkness avait mentionnées. Tel que noté, l'OPS touchait également un financement du Fonds des biens immobiliers de l'OMS.

150. La Directrice a ajouté que la sécurité du personnel où que soient situés leurs bureaux, conformément à la politique de sécurité des Nations Unies, venait en priorité au même titre que l'examen et la modernisation continus des systèmes existants de technologie de l'information. Elle a assuré le Comité que le Bureau allait revoir et classer par ordre de priorité les dépenses d'investissement nécessaires et vérifierait la transparence et la responsabilité de l'utilisation des fonds à cette fin.

151. Le Comité exécutif a pris note du rapport.

Questions relatives au personnel

Amendements au Règlement du personnel du Bureau sanitaire panaméricain (document CE152/22)

152. Le Dr Matías Villatoro (Président du Sous-comité du Programme, du Budget et de l'Administration) a récapitulé les délibérations du Sous-comité sur ce point de l'ordre du jour (voir paragraphes 94 à 99 du rapport final du Sous-comité, document SPBA7/FR) et a indiqué que le Sous-comité avait recommandé que le Comité exécutif confirme les amendements portés au Règlement du BSP stipulés dans le document CE152/22. Il a noté que le Sous-comité avait été informé du fait que toute mesure à prendre concernant un certain nombre de recommandations de la Commission de la Fonction publique

¹³ Voir résolution CSP28.R16 (2012).

¹⁴ Voir résolution CSP28.R17 (2012).

internationale avait été remise jusqu'à la reprise de la soixante-septième Session de l'Assemblée générale des Nations Unies au début de 2013 et que si les recommandations étaient approuvées avant juin 2013, la Directrice présenterait les changements correspondants portés au Règlement du personnel au Comité exécutif aux fins de confirmation.

153. Mme Kate Rojkov (Gérante du domaine de la Gestion des ressources humaines du BSP) a décrit les amendements portés au Règlement du personnel, expliquant qu'ils visaient à maintenir l'alignement sur le Règlement du personnel de l'OMS et à refléter les bonnes pratiques au niveau de la gestion des ressources humaines. D'autres amendements étaient portés au Règlement du personnel suite aux décisions prises par la Soixante-septième Session de l'Assemblée générale des Nations Unies. Par ailleurs, l'Assemblée générale n'avait pas approuvé les changements proposés dans la rémunération du personnel des catégories professionnelles et supérieures et, par conséquent, aucun amendement n'était recommandé à cet égard. Les implications d'un âge plus avancé à la retraite pour les nouveaux participants du Fonds de pension du personnel des Nations Unies sont encore en train d'être revues et le Bureau attendrait donc la décision de l'Assemblée générale des Nations Unies avant de proposer d'autres amendements.

154. La Directrice a indiqué que l'Association du personnel avait été consultée à propos des amendements portés au Règlement du personnel et bien que cette dernière n'ait guère été satisfaite au départ de certains des changements proposés, un consensus avait été obtenu après consultation et, à présent, l'Association soutenait pleinement les amendements.

155. Le Comité a adopté la résolution CE152.R11, confirmant les amendements au Règlement du personnel, comme stipulés dans le document CE152/22.

Statistiques des effectifs du BSP (document CE152/23)

156. Le Dr Matías Villatoro (Président du Sous-comité du Programme, du Budget et de l'Administration) a rendu compte de l'examen fait par le Sous-comité de ce point de l'ordre du jour (voir paragraphes 100 à 113 du rapport final du Sous-comité, document SPBA7/FR), notant que le Sous-comité avait exprimé sa préoccupation devant le grand nombre des membres du personnel sur le point de prendre leur retraite et avait souligné la nécessité de se doter d'une politique de recrutement bien planifiée. Il a également noté que le Sous-comité avait demandé une information plus détaillée sur les consultations et sur le pourcentage de personnel temporaire qui était d'anciens membres du personnel ou des membres partis à la retraite. Une information était également demandée sur les implications de coût liées à l'utilisation d'un grand nombre d'arrangements contractuels non traditionnels.

157. Mme Kate Rojkov (Gérante du domaine de la Gestion des ressources humaines du BSP), mettant en exergue certaines des données présentées dans le rapport, a apporté

des informations supplémentaires sur la distribution du personnel au Siège et dans les bureaux de pays, par type d'engagement, sexe, âge et pays d'origine ainsi qu'une information supplémentaire sur le personnel temporaire, y compris la nomination temporaire des personnes à la retraite, (détails donnés en annexe A du document CE152/23).

158. Dans le cadre de la discussion par le Comité de ce point de l'ordre du jour, les délégués ont noté avec satisfaction l'information supplémentaire apportée en réponse aux demandes du Sous-comité et ont félicité les progrès continus faits par le Bureau en vue d'arriver à une parité des sexes à tous les niveaux de l'Organisation. Par ailleurs, ils se sont montrés préoccupés par les risques liés au fait de dépendre d'un important pourcentage de personnel temporaire et à l'utilisation d'une grande variété de mécanismes contractuels non traditionnels. Plusieurs délégués ont demandé si des plans de recrutement avaient été élaborés pour pallier à la perte d'expertise tenant au grand nombre de retraites imminentes. A cet égard, des questions spécifiques ont été soulevées à propos des plans de transfert de connaissances et continuité garantie dans le travail de l'Organisation et des liens entre le processus de recrutement et le nouveau système d'information pour la gestion du BSP (voir paragraphes 188 à 196 ci-après).

159. Mme Rojkov a indiqué que son Bureau travaillait en étroite relation avec divers responsables pour les aider au niveau de la planification des ressources humaines et était en train de réaliser un examen à grande échelle visant à formuler une stratégie et un plan de recrutement reposant sur des buts et objectifs stratégiques et des besoins programmatiques. L'application du système d'information en gestion du BSP aiderait le Bureau à donner des conseils plus stratégiques aux responsables. Son bureau s'était déjà doté des procédures nécessaires pour vérifier la continuité et le transfert de connaissances au moment de la retraite des membres du personnel. Son bureau continuera à améliorer ces procédures.

160. M. Guillermo Birmingham (Directeur de l'administration du BSP), répondant aux commentaires sur les divers types de mécanismes contractuels, a rappelé que le processus de réforme des contrats, démarré quelques années auparavant, avait permis de réduire le nombre général d'arrangements contractuels de plus de 22 à 9 environ, ce qui représentait un chiffre bien plus gérable. Le Bureau continuera à chercher les diverses manières de simplifier les arrangements contractuels et de réduire les risques connexes mais il était important de se rappeler que les consultations et autres contrats à court terme apportaient des opportunités et des dividendes, surtout lorsque un service très spécifique était nécessaire sur une période de temps limitée. A son avis, le Bureau avait réussi à atteindre un juste équilibre entre les arrangements traditionnels et non traditionnels.

161. La Directrice a observé que les ressources humaines étaient d'une valeur inestimable pour une organisation chargée d'apporter une coopération technique. Le Bureau devait mettre au point une stratégie et un plan de ressources humaines en réponse au Plan stratégique 2014-2019, ce qui situait le contexte pour déterminer les besoins en

ressources humaines. La planification des ressources humaines démarrerait de suite après la 152^e session du Comité. Le personnel sera pleinement engagé dans ce processus, afin de s'assurer qu'il se sente véritablement partie prenante du plan des ressources humaines. Des informations supplémentaires seront données sur le processus de planification des ressources humaines lors du Conseil directeur de septembre.

162. Réitérant les commentaires de M. Birmingham, la Directrice a noté l'importance de maintenir une structure souple pour le personnel. Si le Bureau devait garder un personnel central pour exécuter les fonctions centrales et les priorités de l'Organisation, retenues dans le Plan stratégique, il lui fallait pourtant aussi la souplesse nécessaire pour recruter en réponse à des situations spécifique pouvant survenir et satisfaire au besoin de disposer d'une expertise à court terme spécifique. Cette souplesse dans la planification des ressources humaines sera d'autant plus utile au vu des futures contraintes de ressources. Elle a également noté que le Bureau était doté actuellement de solides mécanismes garantissant une composition adéquate du personnel. Le plan de travail annuel témoignait d'un tel mécanisme que toutes les entités du BSP devaient présenter. Il était la base du recrutement de tout le nouveau personnel.

163. Le Comité a pris note du rapport.

Déclaration du Représentant de l'Association du personnel de l'OPS/OMS (document CE152/24)

164. Mme Carolina Báscones (Représentante de l'Association du personnel de l'OPS/OMS) a souligné les questions que l'Association du personnel souhaitait porter à l'attention du Comité, surtout ses opinions et préoccupations se rapportant à l'administration interne de la justice et à la gestion des ressources humaines. Elle a commencé par souligner que l'Association du personnel se félicitait que la Directrice soit ouverte au dialogue et appréciait les actions qu'elle avait prises pour garantir des conditions de travail sans harcèlement ni abus de pouvoir. Si l'Association du personnel reconnaissait à juste titre l'existence des divers mécanismes de résolution des conflits (voir Rapport annuel du Bureau d'éthique, paragraphes 23 à 30 ci-dessus), elle n'en restait pas moins préoccupée par les insuffisances de l'administration interne de la justice et pensait qu'il fallait demander à l'Unité d'inspection conjointe des Nations Unies d'entreprendre un examen indépendant du Système d'intégrité et de gestion des conflits. Il s'avérait particulièrement préoccupant que le comité d'appel n'ait pas élu de membres depuis 10 ans, n'ait toujours pas adopté ses règles de procédures et soit présidé par une personne n'appartenant pas à l'Organisation. L'Association pensait que le moment était venu de faire une telle revue : l'Organisation avait une nouvelle Directrice et était sur le point d'adopter un nouveau Plan stratégique, ce qui la plaçait à une conjoncture véritablement historique.

165. L'Association du personnel était heureuse de noter l'intérêt évident que portaient les États Membres aux questions afférentes au personnel et soutenait pleinement la

formulation d'un plan intégral des ressources humaines accompagnant le nouveau Plan stratégique qui garantisse les compétences nécessaires à sa mise en œuvre. Elle a noté l'importance de revoir régulièrement le plan pour s'assurer que les ressources humaines étaient gérées conformément aux mandats établis par les Organes directeurs.

166. Dans la discussion qui a suivi, un membre du Comité a demandé que soit clarifié le paragraphe 11 de la déclaration écrite de l'Association du personnel (contenue dans le document CE152/24), indiquant que le Système d'intégrité et de gestion des conflits ne répondait pas aux normes minimales du système de justice interne et constituait une violation de la Déclaration universelle des droits de l'homme, affirmation qui semblait contraire à ce qui avait été dit auparavant à propos du système (voir paragraphes 23 à 30 ci-dessus). La Directrice était priée de travailler avec le groupe de politique mondiale de l'OMS en vue d'améliorer le système d'administration interne de la justice dans l'ensemble de l'OMS.

167. Mme Báscones a répondu qu'un système de justice devait comporter des attributs évidents, dont l'indépendance et la séparation des rôles et fonctions, le droit des parties à la défense, le droit d'examiner les preuves, le droit à une justice rapide et le droit de faire appel. Actuellement, seule l'Administration avait accès à toutes les preuves ;t tel n'était pas le cas pour le personnel puisque certains documents étaient jugés la propriété confidentielle de l'Organisation. Il arrivait que le comité d'appel prenne jusqu'à trois ans pour arriver à une décision tenant à un cas donné. Qui plus est, seul le personnel détenant un contrat des Nations Unies avait accès au Système d'intégrité et de gestion des conflits. Autant de facteurs qui avaient créé un climat de méfiance au sein du personnel. Le Système ne répondait pas aux normes minimales auxquelles de tels organes étaient tenus de satisfaire dans les États Membres et l'Association du personnel réitérait donc sa demande pour qu'un examen approfondi du système soit mené, le but étant que l'OPS devienne un modèle parmi les organisations internationales sur le plan des pratiques touchant aux ressources humaines.

168. La Directrice a indiqué que, si le personnel avait le sentiment que le système de justice interne ne fonctionnait pas correctement – peu importe que ce sentiment soit justifié ou non – sa préoccupation devait être prise au sérieux, car le personnel était le pivot même de la mission d'une organisation de coopération technique comme l'OPS. Elle avait déjà promis qu'elle travaillerait avec l'Association du personnel et se tenait prête à entamer le dialogue sur les problèmes perçus dans le système, bien qu'elle ne puisse pas promettre que tous les vœux et toutes les demandes seront exaucés et elle s'attendait à ce que le personnel fasse montre de respect et de coopération. Ce qu'elle souhaitait avant tout, c'était d'éviter une situation de confrontation et de conflit pour au contraire encourager un environnement dans lequel le personnel se sent respecté, apprécié et motivé à faire de son mieux pour remplir la mission de l'Organisation.

169. Le Comité a pris note de la déclaration.

Questions pour information

Mise à jour sur la réforme de l'OMS (document CE152/INF/1)

170. M. Colin McIff (États-Unis d'Amérique), s'exprimant en tant que représentant d'un État Membre habilité à désigner une personne devant faire partie du Conseil exécutif de l'OMS, a passé en revue les objectifs de programme, de gouvernance et de gestion de la réforme de l'OMS et a récapitulé les mesures prises à cet égard par le Conseil et par la soixante-sixième Assemblée mondiale de la Santé qui s'est tenue récemment, notamment l'adoption du Douzième programme général de travail 2014-2019, représentant une réforme stratégique et programmatique clé pour l'Organisation. Il a noté que l'Assemblée de la Santé avait également décidé d'adopter le budget programme entier pour 2014-2015 plutôt que la seule portion financée par les contributions fixées, comme ce fut le cas par le passé, et de tenir un dialogue de financement en deux parties visant à mobiliser les ressources nécessaires pour financer entièrement le budget. Le Conseil exécutif a également pris plusieurs décisions concernant la réforme de l'OMS, dont sa décision d'élaborer un ensemble unique de principes sous-jacents guidant l'engagement de l'OMS face à des intervenants non étatiques.¹⁵ Ces principes ont été revus par le Conseil en mai 2013 et seraient envisagées plus en détails en janvier 2014 avant d'être présentées à la soixante-septième Assemblée mondiale de la Santé.

171. M. Guillermo Birmingham (Directeur de l'Administration du BSP) a noté que la soixante-sixième Assemblée mondiale de la santé avait également prié le Directeur général de l'OMS – en grande partie à la demande des États Membres des Amériques – de mettre au point une méthodologie d'allocation stratégique des ressources qui garantirait un octroi transparent et équitable des fonds entre les bureaux et les niveaux organisationnels de l'OMS.¹⁶ La méthodologie sera appliquée pour la première fois lors de l'exercice biennal 2016-2017. Le Secrétariat de l'OMS avait indiqué qu'il mettrait en place un processus consultatif avec des représentants de toutes les Régions de l'OMS pour développer la méthodologie et qu'il s'inspirerait tout particulièrement de l'expérience de la Région concernant la formulation de la politique budgétaire de l'OPS.

172. Le processus de mobilisation des ressources garantissant le financement intégral du budget programme de l'OMS pour 2014-2015 se déroulera sur trois étapes, tel que précisé dans le document de l'OMS A66/48 (Annexe A au document CE152/INF/1). La première étape, approbation des priorités et adoption du budget programme, avait déjà eu lieu. Lors de la seconde phase, le dialogue de financement, deux réunions se tiendront, la première le 24 juin 2013. La première réunion a pour objet d'apporter aux participants une information sur les besoins de financement et la quantité de financement déjà disponible, de revoir le travail planifié dans le cadre du budget programme 2014-2015 et de décider de la structure de la seconde réunion ainsi que de la manière de suivre les

¹⁵ Décision EB132(11) (2013).

¹⁶ Décision WHA66(9) (2013).

progrès au niveau de la mobilisation des contributions dans l'intervalle entre la première et la seconde réunions.

173. Lors de la seconde réunion, qui se tiendra le 25 et le 26 novembre 2013, le Secrétariat de l'OMS apportera des informations sur les ressources déjà mobilisées et le déficit restant, accompagnées de détails programmatiques sur ce qu'on compte réaliser dans le cadre du budget programme 2014-2015. De plus, le Directeur Général présentera un premier plan de distribution des fonds flexibles disponibles pour financer les diverses catégories du budget et les principaux bureaux de l'Organisation. La troisième phase exigera une mobilisation des ressources sur l'ensemble de l'Organisation tout au long de l'exercice biennal. Un plan de mobilisation des ressources sera mis au point et un compte rendu des progrès sera présenté aux Organes directeurs de l'OMS.

174. Dans la discussion qui a suivi, les délégués souhaitaient recevoir des informations sur la tendance dans les affectations de l'OMS aux Amériques et ont demandé ce qui pouvait être fait pour garantir une plus grande stabilité et sécurité dans les montants reçus dans le moyen et long termes. Ils ont également demandé si la méthodologie d'allocation stratégique des ressources serait utilisée pour l'affectation des contributions volontaires de l'OMS et pour la distribution du budget par catégorie et domaine programmatique. Les délégués souhaitaient également connaître les attentes du Secrétariat de l'OMS concernant le rôle des diverses Régions de l'OMS au niveau des appels de fonds volontaires. A cet égard, ils ont noté que même après la mise en place de la méthodologie d'allocation stratégique des ressources, la Région ne serait pas forcément assurée de recevoir sa part entière des contributions volontaires de l'OMS. On a également fait remarquer, qu'au vu de l'identité de l'OPS comme organisation séparée et indépendante, il existait des différences dans la manière dont ses contributions volontaires étaient prises en compte : les fonds mobilisés par l'OPS n'étaient pas forcément comptés comme entrant dans la part de la Région des contributions volontaires de l'OMS alors que les fonds mobilisés par les autres cinq Régions de l'OMS l'étaient.

175. M. Birmingham a répondu que l'affectation régionale des contributions fixées de l'OMS est restée relativement stable aux environs de \$80,7 millions pendant plusieurs années. Par ailleurs, l'affectation à la Région des contributions volontaires de l'OMS est en baisse constante, passant de \$59 millions en 2008-2009 à \$40 millions en 2010-2011 et à \$30 millions en 2012-2013. Quant à ce qu'on pouvait faire pour assurer une plus grande stabilité dans les ressources octroyées à la Région, il a fait savoir que les États Membres avaient déjà fait un pas dans cette direction par le biais de la résolution de la réunion spéciale de la 152^e Session du Comité¹⁷ et de la prise de position ferme et déterminée, lors de la Soixantième-sixième Assemblée mondiale de la Santé, des représentants des États Membres des Amériques revendiquant une méthode juste et

¹⁷ Résolution CE152.SS.R1 (2013), *Allocation des fonds de l'OMS à la Région des Amériques*. Voir Annexe D.

transparente guidant l'affectation des ressources de l'OMS à toutes les Régions et à tous les niveaux de l'Organisation.

176. Il a été suggéré que certaines des ressources mobilisées dans la Région pour l'OPS soient comptées dans la part des contributions volontaires de l'OMS revenant aux Amériques car tel n'était pas le cas à l'heure actuelle. Le Bureau continuera à discuter de la question avec le Secrétariat de l'OMS. Cependant, la vérification qu'une part équitable des contributions volontaires mondiales pour la Région ne relève probablement pas de la simple comptabilité.

177. Le mécanisme d'allocation stratégique des ressources ne s'appliquera pas à l'octroi des contributions volontaires ou à la répartition des crédits aux catégories de travail et domaines programmatiques lors de l'exercice biennal 2014-2015 puisque le mécanisme ne sera mis en œuvre que lors de l'exercice 2016-2017. L'affectation des crédits aux catégories du Douzième programme général de travail et aux divers bureaux et niveaux de l'Organisation se décidera largement en fonction du dialogue sur le financement. Aussi, est-il de toute première importance que les États Membres participent activement au dialogue pour s'assurer que les besoins de la Région soient équitablement pris en compte.

178. La Directrice a affirmé l'importance de la participation des États Membres de l'OPS au dialogue sur le financement, notant que la part totale du budget programme de l'OMS accordée à la Région avait baissé, passant de \$141 millions en 2008-2009 à \$111 millions en 2012-2013. Ce sont les réductions dans les contributions volontaires qui représentaient la majeure partie de cette baisse. Qui plus est, ces chiffres indiquent les montants budgétisés et non pas les sommes que touche effectivement la Région. Il est important que les États Membres des Amériques continuent de veiller à ce que la Région touche sa part équitable du budget de l'OMS.

179. La Directrice souhaitait assurer au Comité que le Bureau était pleinement conscient des implications que comportait pour l'OPS la réforme de l'OMS et en avait pleinement tenu compte lors de la formulation, en étroite collaboration avec les États Membres, du Plan stratégique de l'OPS 2014-2019 et du programme et budget proposé pour 2014-2015.

180. Le Comité a pris note du rapport.

Douzième programme général de travail de l'OMS 2014-2019 et Budget programme 2014-2015 de l'OMS (document CE152/INF/2)

181. M. Colin McIff (États-Unis d'Amérique), prenant à nouveau la parole en tant que représentant d'un État Membre habilité à nommer une personne auprès du Conseil exécutif de l'OMS, a présenté le document sur ce point de l'ordre du jour, observant que le Douzième programme général de travail (GPW) 2014-2019 et le budget programme de

l'OMS 2014-2015 étaient des jalons dans le processus de réforme de l'OMS. L'établissement et l'adoption du nouveau programme général de travail de six ans était le résultat final d'un processus stratégique de détermination des priorités, déployé sur de nombreuses années qui avait démarré en 2010 et avait fait appel à la participation de tous les États Membres. Il avait été décidé dans le cadre de la réforme de l'OMS de simplifier les documents de planification stratégique de l'OMS et de réduire la période du GPW de 10 à 6 ans. Le GPW exprime la vision stratégique de haut niveau pour le travail de l'OMS pendant la période de six ans et délimite les catégories de travail et les priorités du leadership, qui sont les domaines clés dans lesquels l'OMS cherchera à exercer son influence sur la santé dans le monde. Le document expose également une chaîne des résultats qui sera l'outil essentiel du suivi et de l'évaluation de la performance de l'OMS.

182. Le budget programme découlant du GPW comprenait un plan de travail détaillé pour les deux premières années du GPW. La chaîne de résultats présente un ensemble de produits pour lesquels le Secrétariat de l'OMS serait responsable de pair avec des réalisations et des impacts pour lesquels le Secrétariat, les États Membres et les partenaires, seraient responsables conjointement. L'Assemblée mondiale de la Santé avait approuvé un budget total de \$3,98 milliards, soit une petite augmentation par rapport à 2012-2013, mais sans augmentation dans les contributions fixées. Ce sont les maladies transmissibles qui ont de loin obtenu la part la plus grande dans les catégories de travail malgré une réduction notable par rapport à l'exercice actuel. Tel que noté dans le point précédent de l'ordre du jour, c'est la première fois que l'Assemblée mondiale de la Santé avait approuvé le budget dans son intégralité, une réforme importante du financement conférant aux États Membres l'appartenance collective du budget entier et de ses priorités.

183. L'approbation du Douzième programme général de travail 2014-2019 et du budget programme 2014-2015 n'avait toutefois pas marqué la fin du processus de réforme. Le Secrétariat de l'OMS avait expliqué clairement que 2014-2015 serait un exercice biennal de transition durant lequel il continuerait à peaufiner les indicateurs de produits et de réalisations. Il apporterait plus de détails, notamment un calcul plus précis des coûts des activités et l'établissement d'un lien entre les dépenses et les produits. Ces améliorations renforceront la chaîne des résultats, rehaussant ainsi la gestion fondée sur les résultats et la transparence.

184. Mme Amalia Del Riego (Conseillère principale en Planification et coordination des ressources au BSP) a convenu que l'approbation du Douzième programme général de travail et du budget programme de l'OMS pour 2014-2015 étaient des jalons sous l'angle programmatique dans la réforme de l'OMS. Elle a noté que les Amériques avaient fait une contribution importante à la formulation des deux documents, notamment par le biais d'une consultation régionale tenue lors de la 28^e Conférence sanitaire panaméricaine en 2012. Tant le GPW que le budget programme pour 2014-2015 avaient profondément influencé le projet de Plan stratégique de l'OPS 2014-2019 et le programme et budget

2014-2015. Tel que l'avait fait remarquer M. Birmingham, le fait que l'Assemblée mondiale de la Santé n'a pas approuvé une affectation fixe des contributions fixées pouvait avoir des implications pour l'OPS, surtout en ce qui concerne la planification opérationnelle devant se réaliser après le 52^e Conseil directeur.

185. Dans la discussion qui a suivi, un délégué a noté que la prise en compte des déterminants sociaux, économiques et environnementaux de la santé était l'une des priorités retenues dans le programme de travail de l'OMS et a souligné la nécessité de prendre des mesures programmatiques concrètes, de se donner une stratégie claire et des indicateurs de cibles et de progrès bien définis pour aborder les déterminants de la santé. Il a insisté sur le fait qu'il ne fallait pas simplement s'arrêter au simple discours sans aucune action en soutien.

186. La Directrice a reconnu la grande importance des déterminants sociaux de la santé pour la Région, tel qu'en témoignent les discussions entourant le Douzième programme général de travail, dans le cadre duquel les États Membres des Amériques avait insisté pour que les déterminants de la santé figurent de manière plus prééminente au niveau de la catégorie. Les déterminants de la santé avaient été inclus explicitement dans l'une des catégories du Plan stratégique de l'OPS (voir paragraphes 40 à 55 ci-dessus) et, cherchant à s'assurer que la question reçoive l'attention qu'elle mérite, elle allait créer dans la structure organisationnelle de l'OPS un programme spécial qui traiterait des déterminants de la santé et du développement durable.

187. Le Comité a pris note du rapport.

Projet pour la modernisation du système d'information pour la gestion du BSP (SIG) : Rapport d'avancement (document CE152/INF/3)

188. Le Dr Matías Villatoro (Président du Sous-comité du Programme, du Budget et de l'Administration) a rendu compte de l'examen par le Sous-comité de ce point de l'ordre du jour (voir paragraphes 114 à 122 du document final du Sous-comité, document SPBA7/FR). Le Sous-comité avait été informé du fait que le Bureau étudiait la possibilité de logiciels à plus faible coût car ceux proposés dans l'appel d'offres original étaient trop chers. Le Sous-comité espérait qu'un logiciel adéquat puisse être trouvé et que le projet puisse être mis en œuvre dans les délais indiqués et pour le montant budgétisé. Un rapport à jour a été demandé pour le Comité exécutif.

189. Le Dr Caterina Luppi (Gérante du domaine des Services de technologie de l'information du BSP) a fait savoir que, depuis la réunion du Sous-comité en mars, le Bureau avait organisé des ateliers d'information avec fournisseurs de divers logiciels de planification des ressources de l'entreprise, avait évalué les propositions reçues et retenu les solutions, au niveau du logiciel, qui convenaient le mieux aux besoins de l'OPS. Il a également identifié les déficiences dans les divers logiciels à l'étude et il évaluait actuellement un logiciel supplémentaire qui pouvait être intégré dans le système pour

comblent les lacunes fonctionnelles. L'équipe de gestion du projet devait faire une recommandation pour une solution technique d'ici à la mi-juillet 2013 et, par la suite, il ferait l'évaluation financière du logiciel préféré. Une fois achevées les évaluations techniques et financières, le Bureau commencerait à rechercher une société pouvant aider au niveau du projet, de la gestion du changement et des communications. Le Bureau avait l'intention de recruter une société disposant d'une expérience d'utilisation directe du logiciel choisi. On pensait que le projet serait terminé à la date prévue de juin 2015 et dans les limites budgétaires escomptées. Par ailleurs, le Bureau avait mis au point un "plan B" pour mitiger les coûts supplémentaires et s'assurer que l'Organisation pouvait continuer à faire fonctionner ses anciens systèmes dans le cas de retards imprévus.

190. Elle a souligné qu'une attention suffisante à l' "élément humain" serait d'importance critique pour la mise en œuvre réussie du nouveau système. Aussi, une bonne communication et une bonne gestion du changement s'avèrent indispensables. Il sera également nécessaire de mettre en place une stratégie de connectivité intégrale vérifiant que les bureaux de pays de l'OPS aient accès au système.

191. Dans la discussion par le Comité de ce point de l'ordre du jour, les délégués se sont montrés préoccupés par le fait qu'il n'a pas été possible jusqu'à présent de trouver une solution complète sur le plan d'un logiciel pouvant être acheté avec le financement accordé par le Conseil directeur en 2010 et que, selon le rapport du Commissaire aux comptes externe, le travail réalisé et le \$1,1 million dépensé jusqu'à présent n'avaient pas été utiles pour l'OPS.¹⁸ Une déléguée avait demandé si cette dépense allait créer un déficit dans le financement accordé au projet. On encourageait le Bureau à faire tous les efforts possibles pour ne pas dépasser les limites budgétaires et progresser aussi rapidement que possible pour respecter le calendrier et terminer le projet à temps. On a également retenu la nécessité de planifier et de suivre les risques, les coûts et les aspects problématiques retenus dans le document sur ce point de l'ordre du jour. Les délégués ont aussi insisté sur le fait que le système du BSP doit être entièrement aligné et intégré sur le Système de gestion mondiale de l'OMS et fournir un niveau analogue de planification stratégique et opérationnelle, de gestion du plan de travail, de suivi et de notification et de transparence et responsabilisation – conformément aux termes de la résolution CD50.R10 (2010). De plus amples informations ont été demandées sur le bien-fondé commercial du projet, surtout les avantages relatifs des diverses solutions de la planification des ressources de l'entreprise envisagées et les avantages escomptés du nouveau système.

192. Le Dr Luppi a assuré le Comité que la mise en œuvre du nouveau système serait suivie de près pour garantir un strict contrôle des coûts et maintenir la transparence et la responsabilisation. Les États Membres seront maintenus informés des progrès tout au long de la mise en œuvre. Le Bureau avait confiance dans le fait que le nouveau système,

¹⁸ Voir paragraphe 43 du *Rapport du Commissaire aux comptes externe*, contenue dans le *Document officiel 344* (2012).

une fois toutes ses composantes en place, répondrait à tous les besoins de l'Organisation concernant la notification et l'intégration et l'alignement sur le système mondial de gestion et qu'il serait suffisamment souple pour s'adapter aux besoins changeants de l'avenir. C'était important car le système devra rester en place pour un certain nombre d'années. De fait, la souplesse et la capacité d'intégration étaient parmi les aspects primordiaux dans les évaluations faites par le Bureau des divers logiciels proposés. Autre priorité : minimiser au possible le besoin d'adapter le système aux processus de l'Organisation. A cet égard, elle a noté que l'expérience du GSM avait montré qu'il était nettement moins cher et nettement moins long d'adapter les processus au logiciel que vice-versa.

193. Quant aux avantages escomptés du nouveau système, il devait faciliter les notifications, non seulement pour le Bureau mais aussi pour les États Membres, et améliorer la transparence des processus. Il permettra une ventilation plus facile des coûts. Par conséquent, les décisions sur la coopération technique pourront être faites plus aisément sur la base de faits et de chiffres solides. En ce qui concerne le \$1,1 million déjà dépensé pour le projet, elle a rappelé que la proposition initiale envisageait des dépenses importantes lors de la phase préparatoire du projet et a indiqué que le Bureau ne s'attendait à aucune insuffisance dans le montant budgétisé pour terminer le projet.

194. M. Guillermo Birmingham (Directeur de l'administration du BSP) a affirmé que le coût total du projet ne dépasserait pas, selon les prévisions, le montant original budgétisé de \$20,3 millions dont \$10 millions provenaient du compte de réserve. Le transfert du solde restant de la première phase du projet permettra de s'assurer que le projet reste dans les limites budgétaires. Il ne partageait pas les vues du Commissaire aux comptes externe quant à l'utilité du \$1,1 million déjà dépensé. La dépense avait permis non seulement de lancer les appels d'offres sur le logiciel mais aussi de déterminer les cahiers de charge du projet et, grâce à cette démarche, le Bureau avait acquis des connaissances et compétences importantes et n'aurait donc pas besoin de recruter un consultant externe pour aider à rechercher un logiciel de planification des ressources de l'entreprise adéquat.

195. La Directrice a assuré le Comité qu'elle reconnaissait à sa juste valeur l'importance du SIG tant pour les États Membres que pour le personnel du Bureau et qu'elle était pleinement engagée à s'assurer que le système réponde aux besoins actuels et futurs de l'Organisation. Le Bureau retire tout l'enseignement pertinent de l'expérience de l'OMS concernant le système de gestion globale et chercherait à préparer le personnel, par le biais du processus de gestion du changement, pour qu'il puisse utiliser efficacement le nouveau système. Elle demandait aux États Membres de ne pas chercher à micro-gérer le processus de mise en œuvre du projet et promettait de les garder au courant des progrès. Le Bureau n'hésitera pas à demander, le cas échéant, l'avis de leurs experts techniques.

196. Le Comité a pris note du rapport.

Rapport sur la 16^e Réunion interaméricaine, au niveau ministériel, sur la santé et l'agriculture (RIMSA16) (document CE152/INF/4)

197. Le Dr Marcos Espinal (Gérant du domaine de la Surveillance de la santé et de la prévention et de la lutte contre les maladies du BSP) a indiqué que la 16^e Réunion interaméricaine, au niveau ministériel, sur la santé et l'agriculture (RIMSA 16) s'est tenue à Santiago, au Chili, du 26 au 27 juillet 2012. La réunion traitait de la demande croissante pour des aliments de haute qualité et d'un prix abordable et se penchait sur les défis liés à la production d'aliments respectant l'environnement et protégeant en même temps la santé des consommateurs et des individus dans la chaîne de l'agroalimentaire. La réunion a également mis en exergue la nécessité d'une collaboration intersectorielle et internationale pour analyser et gérer les risques de santé existants et émergents dans l'interface humain-animal-environnement. La réunion a aussi traité du besoin de renforcer les capacités nationales en matière de surveillance, prévention, lutte, alerte précoce et riposte aux maladies transmises par les aliments, aux zoonoses et autres défis sur le plan sanitaire. RIMSA 16 a reconnu le rôle de la sécurité sanitaire des aliments dans l'éradication de la faim et de la malnutrition et la prévention de la résistance antimicrobienne et des maladies transmises par les aliments. Si les foires internationales des aliments, les voyages et le tourisme contribuent au développement ils sont pourtant aussi des facteurs risques pour la survenue d'événements de santé publique donnant lieu à des préoccupations nationales et internationales.

198. RIMSA 16 a pris note des résolutions et des recommandations de la 12^e Réunion du Comité hémisphérique pour l'éradication de la fièvre aphteuse (COHEFA 12) et de la sixième réunion de la Commission panaméricaine sur la sécurité sanitaire des aliments (COPAIA 6) et a adopté le Consensus de Santiago au Chili, exhortant les pays à mettre en place des systèmes d'alerte précoce et des mécanismes de coordination intersectorielle dans le cadre de leurs efforts en vue d'éliminer la rage humaine transmise par les chiens et d'éradiquer la fièvre aphteuse. Le Consensus fait également appel aux pays pour qu'ils collaborent aux efforts garantissant la production d'une nourriture saine et sans risques, essentielle entre autre pour la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles chroniques. L'importance des initiatives de coopération technique pour le renforcement des capacités nationales a été notée et on a vivement recommandé que de telles initiatives soient exécutées avec le maximum de coopération interorganisations.

199. Les délégations ont accueilli favorablement le Consensus de Santiago et ont convenu de l'importance d'une offre alimentaire adéquate et sans risques. Elles ont noté qu'il fallait de solides contrôles réglementaires pour garantir l'innocuité des médicaments vétérinaires et des aliments pour animaux afin de garantir la sécurité des aliments destinés aux humains et à base d'animaux. Les délégations ont insisté sur l'importance pour les pays d'adopter des normes communes élevées sur la sécurité sanitaire des aliments pour protéger les consommateurs sur un marché mondial. L'éducation du consommateur en matière de sécurité sanitaire des aliments est également jugée

d'importance capitale, au même titre que de solides système de surveillance des aliments et de surveillance sanitaire. La référence dans le rapport de RIMSA 16 aux approches "une seule santé" a été notée favorablement. De telles approches sont vues comme une arme essentielle dans la lutte contre les maladies infectieuses émergentes comme la grippe aviaire. Les délégués ont félicité la réunion pour son thème consacré à l'environnement et à l'interface humain-animal-environnement. Il était d'ailleurs espéré que ce thème serait renforcé lors des futures réunions de RIMSA.

200. La déléguée du Canada a annoncé que son pays serait l'hôte de la 24^e réunion sur la rage dans les Amériques qui se tiendrait à Toronto du 27 au 31 octobre 2013.

201. Le Comité a pris note du rapport.

Troisième forum mondial sur les ressources humaines pour la santé : rapport sur les préparatifs (par le Brésil) (document CE152/INF/5)

202. M. Alberto Kleiman (Brésil) a présenté une vue d'ensemble des préparatifs et des résultats escomptés du troisième forum mondial sur les ressources humaines pour la santé, qui se tiendra à Recife du 10 au 13 novembre 2013, sur le thème "Les ressources humaines pour la santé : fondement de la couverture sanitaire universelle et programme de développement au-delà de 2015." Le Forum, réunissant de nombreuses parties concernées provenant des gouvernements, des organisations de la société civile et des organisations internationales, profitant des progrès faits suite aux deux premiers forums, tenus en Ouganda en 2008 et en Thaïlande en 2011, visait à renouveler l'engagement pris lors de ces deux rencontres et à en prendre de nouveaux. Il voulait aussi mettre en avant la question prioritaire des ressources humaines en santé dans le programme de santé mondiale, faisant ressortir le rôle crucial du personnel de santé dans les progrès continus faits pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement et arriver à la couverture de santé universelle. De plus, le Forum retiendra les questions clés liées aux ressources humaines pour le programme de développement au-delà de 2015.

203. Le programme sera organisé en tables rondes de haut niveau avec des discussions de suivi techniques portant sur cinq thèmes : leadership, partenariat et responsabilisation; conditions financières pour de solides politiques de ressources en matière de santé; soutien juridique et réglementaire; habilitation des agents de santé ; innovation et recherche. Les résultats escomptés sont les suivants : une Déclaration de Recife dont on espérait qu'elle influencerait le programme mondial de santé et le programme de développement au-delà de 2015, un mécanisme faisant progresser la coopération sur la question des ressources humaines pour la santé et un mécanisme pour suivre les progrès au niveau des engagements pris lors des divers Forums mondiaux. Des informations supplémentaires peuvent être trouvées sur le site web de l'Alliance mondiale du personnel de santé (Global Health Workforce Alliance).¹⁹ De plus, sa délégation avait

¹⁹ Disponible à l'adresse suivante : <http://www.who.int/workforcealliance/forum/2013/en/index.html>

l'intention de présenter un projet de résolution sur ce thème qui sera présenté, aux fins d'examen, aux organes directeurs de l'OPS.

204. La déléguée des États-Unis d'Amérique a remercié le Gouvernement du Brésil d'organiser et d'accueillir le Forum prévu et a noté que son gouvernement était engagé à augmenter la formation du personnel de santé pour dépendre dans une moindre mesure du personnel étranger venant de pays aux ressources limitées. Il soutenait également les opportunités de formation pour le personnel de soins de santé dans d'autres pays, notamment en Afrique, afin d'augmenter la réserve de professionnels qualifiés.

205. La Directrice a remercié elle aussi le Gouvernement du Brésil pour son leadership et a encouragé les États Membres à participer au troisième forum mondial, observant que les deux premiers avaient aidé à positionner les ressources humaines pour la santé comme un atout essentiel du renforcement des systèmes de santé. Les forums attirent généralement un grand nombre de participants et représentent l'occasion idéale de partager les expériences et les meilleures pratiques.

206. Le Comité a pris note du rapport.

La santé dans le programme de développement au-delà de 2015 : rapport sur les préparatifs pour le panel (document CE152/INF/6)

207. Le Dr Luiz Augusto Galvão (Gérant du domaine du Développement durable et de la santé environnementale du BSP) a indiqué que le panel de santé sur le programme de développement au-delà de 2015, qui se tiendra lors du 52^e Conseil directeur, passerait en revue, dans l'optique santé, les discussions qui s'étaient tenues sur ce thème suivant la session de 2012 de l'Assemblée générale des Nations Unies, la Conférence des Nations Unies sur le développement durable (Rio+20) et d'autres forums. La discussion au sein du panel a pour objet d'informer les ministres de la santé de la Région sur les consultations se rapportant au programme de développement au-delà de 2015. En plus du Directeur-général de l'OMS, le Dr Margaret Chan, il a été proposé qu'au nombre des participants figurent l'Honorable María Angela Holguín, Ministre des affaires étrangères de la Colombie, José Ignacio Carreño Ayala, Directeur de l'organisation non gouvernementale Coordinación en Salud Integral (PROCOSI) de la Bolivie et le Dr Carissa Etienne, Directrice du BSP. Des discours seront prononcés par Shamshad Akhtar, Secrétaire général adjoint pour le développement économique des Nations Unies et Heraldo Muñoz, Président du Groupe de développement des Nations Unies, Equipe régionale pour l'Amérique latine et les Caraïbes.

208. Les États Membres étaient invités à s'engager dans un dialogue ouvert sur divers thèmes dont le rôle de la santé dans le cadre du développement durable et les mesures qui peuvent être prises dans les Amériques pour s'assurer que les priorités de santé de la Région sont inscrites dans la discussion mondiale, surtout l'obtention de la couverture

sanitaire universelle et l'attention devant être portée aux déterminants sociaux des buts essentiels de la santé du programme de développement au-delà de 2015.

209. Suivant l'introduction du Dr Galvão, les États Membres ont souligné l'importance de mettre en avant le rôle de la santé dans le développement durable tout en notant que, par ailleurs, le développement durable compte trois dimensions : sociale, économique et environnementale. L'importance de l'attention continue portée aux objectifs du Millénaire pour le développement a été également soulignée, ainsi qu'à la convergence entre ces buts et les futurs buts du développement durable. Certes, les maladies non transmissibles restent une priorité mais fallait-il en faire un objectif spécifique dans le programme de développement au-delà de 2015 ou les mettre sous l'objectif plus vaste de la réalisation de la couverture sanitaire universelle ? Il a été suggéré que les concepts du "bien-être" et du "vivre bien", mentionnés à l'alinéa 6(e) du document sur ce point de l'ordre du jour, soient davantage précisés.

210. Le Dr Galvão a indiqué que les délégués avaient soulevé un certain nombre de questions importantes qui seront prises en compte dans la préparation du document général pour la discussion en panel.

211. La Directrice, notant que les aspects de la santé s'inscrivaient souvent en marge des discussions sur le programme de développement au-delà de 2015, pensait que le plaidoyer revêtait une grande importance pour que la santé soit placée à un rang plus prioritaire. Il faudra se mettre d'accord sur un but dans le domaine de la santé qui pourra être inclus dans le programme de développement durable. Ce but doit recouper de nombreux aspects, dont le travail continu pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement qui n'ont pas encore été atteints, l'attention aux déterminants sociaux de la santé et le renforcement des systèmes de santé basés sur les soins de santé primaires. Étant donné qu'un grand nombre des négociations sur la question seraient confiées aux ministres des affaires étrangères et autres représentants diplomatiques, il sera également important que les autorités sanitaires de la Région communiquent avec ces représentants officiels pour voir comment la santé pouvait être positionnée dans le programme au-delà de 2015 et avancer l'argument voulant que sans un accès égal aux soins de santé et sans une attention aux déterminants sociaux de la santé, il ne saurait y avoir de développement durable. Elle a encouragé les autorités sanitaires à démarrer de suite un tel dialogue.

212. Observant qu'il existait une confusion considérable quant à ce qui constituait une "couverture sanitaire universelle," elle a indiqué que le Bureau organiserait un événement à part sur le thème pendant la semaine du 52^e Conseil directeur. Un document conceptuel était en cours de préparation à titre d'information pour l'événement.

213. Le Comité a pris note du rapport.

Rapports d'avancement sur les questions techniques (documents CE152/INF/7-A, B, C, D, E, F, G, H, and I)

A. *Stratégie et plan d'action régionaux sur la santé néonatale dans le contexte des soins apportés à la mère, au nouveau-né et à l'enfant (2008-2015) : évaluation à mi-parcours*

214. Le Dr Gina Tambini (Gérante du domaine de la Santé familiale et communautaire du BSP), a salué les efforts faits par les États Membres en vue de réduire la mortalité néonatale, notant que des progrès importants avaient été faits bien qu'il faille encore progresser sur le plan de la formation des professionnels de santé et de l'amélioration de la qualité des soins.

215. La Directrice a rendu hommage au Dr Ricardo Fescina, Directeur du Centre latino-américain de périnatalogie/Santé de la femme et santé reproductive, qui allait prendre sa retraite le 30 juin 2013. Le Comité s'est joint à la Directrice pour remercier le Dr Fescina pour ses années de dévouement à la santé néonatale et à l'OPS.

216. Le Comité a pris note du rapport.

B. *Stratégie et plan d'action pour l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis congénitale : évaluation à mi-parcours*

217. Le Dr Gina Tambini (Gérante du domaine de la Santé familiale et communautaire du BSP) a indiqué que cinq États Membres avaient atteint la cible fixée par le Plan d'action concernant la réduction de la transmission mère-enfant du VIH et que dix autres étaient sur le point d'y arriver. Quatorze États Membres avaient atteint la cible de réduction de la syphilis congénitale, et trois autres étaient sur le point d'y arriver. Les résultats jusqu'à présent avaient démontré qu'il est possible d'éliminer la syphilis congénitale dans les Amériques.

218. Le Comité a pris note du rapport.

C. *Objectifs du Millénaire pour le développement et cibles sanitaires dans la Région des Amériques*

219. Le Comité a pris note du rapport.

D. *Mise en œuvre de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac*

220. La Directrice a recommandé aux États Membres de lutter en solidarité les uns avec les autres pour contrecarrer les efforts de l'industrie du tabac souhaitant mettre en échec la lutte antitabac.

221. Le Comité a pris note du rapport.

E. *Plan régional sur la santé des travailleurs*

222. Les délégués se sont montrés reconnaissants au Bureau pour son travail concernant la mise en œuvre du Plan régional et ont noté son impact sur les maladies du travail et les maladies non transmissibles tant dans les statistiques de santé qu'au niveau du coût des soins de santé.

223. Le Comité a pris note du rapport.

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

224. Il a été noté qu'aucun nouveau cas d'onchocercose ne s'était présenté dans la Région depuis 1995, accomplissement élogieux aux yeux de tous. Les États Membres devaient mobiliser la volonté politique et les ressources nécessaires pour supprimer les barrières restantes à l'élimination de la transmission de la maladie parmi les populations à risque. Le dialogue et la coordination dans les plus hautes sphères sont jugés essentiels à cet égard. Les délégués ont également recommandé d'appliquer l'enseignement tiré de l'élimination de l'onchocercose à la lutte contre d'autres maladies tropicales négligées. La déléguée du Brésil a affirmé l'engagement de son gouvernement à prendre les mesures qui s'imposent, au plus haut niveau politique, pour éliminer la maladie, surtout dans la population des Yanomami le long de la frontière de son pays avec la République bolivarienne du Venezuela.

225. Le Comité a pris note du rapport.

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

226. Il a été recommandé d'élargir la portée des activités de l'OPS portant sur le renforcement des données d'état civil et de santé pour englober d'une manière plus globale la production et le suivi des données des systèmes d'informations sanitaires, dont la projection des besoins en ressources humaines et le financement des soins de santé, la production de données pour mesurer la qualité et l'efficacité de la prestation de soins de santé et le suivi des progrès faits pour atteindre les buts de prévention et de lutte contre les maladies. On a également recommandé que le Plan d'action intègre les activités visant à créer et à renforcer des centres de collaboration et de référence pour fournir une coopération technique concernant les classifications et codages internationaux en matière de santé. A cet effet, le Bureau pourrait encourager la coopération technique entre les pays et promouvoir les audits sur la mortalité comme moyen de renforcer l'information statistique.

227. Le Dr Marcos Espinal (Gérant du domaine de la Surveillance sanitaire et de la prévention et de la lutte contre les maladies du BSP) a signalé que le Plan d'action englobait la coopération relative à la famille des classifications internationales de l'OMS.

Le rapport d'avancement qui sera présenté au Conseil directeur en septembre comportera des informations plus détaillées sur cet aspect du plan et reflètera les recommandations et les commentaires faits par les États Membres.

228. La Directrice a fait savoir qu'une information, en plus des statistiques d'état civil, sera nécessaire à l'évidence pour suivre, évaluer et noter les progrès au niveau des indicateurs compris dans le Plan stratégique 2014-2019. Le Bureau et les États Membres devront travailler ensemble pour que les données nécessaires soient recueillies.

229. Le Comité a pris note du rapport.

H. Mise en œuvre du Règlement sanitaire international

230. La Directrice, soulignant l'importance de vérifier que les capacités essentielles nécessaires à la mise en œuvre du Règlement sanitaire international (2005) étaient en place, a observé que certains petits États, surtout dans les Caraïbes, ne seraient pas en mesure de satisfaire individuellement à toutes les obligations sur le plan des capacités nécessaires et qu'il faudra donc trouver des manières de mettre en place les capacités sur une base inter-pays ou infrarégionale.

231. Le Comité a pris note du rapport.

I. Situation des Centres panaméricains

232. La Directrice a noté que le Centre d'épidémiologie des Caraïbes (CAREC) et l'Institut des Caraïbes pour l'alimentation et la nutrition (CFNI) avaient cessé récemment leurs activités et que certaines de leurs fonctions avaient été transférées à la nouvelle Agence de santé publique des Caraïbes (CARPHA). Elle a noté qu'il pourrait s'avérer nécessaire de revoir les activités des autres centres au vu des contraintes budgétaires continues.

233. Le Comité a pris note du rapport.

Résolutions et autres actions d'organisations intergouvernementales revêtant un intérêt pour l'OPS : A) Soixante-sixième Assemblée mondiale de la Santé et B) Organisations infrarégionales (documents CE152/INF/8-A et -B)

234. Mme Piedad Huerta (Conseillère principale du Bureau des Organes directeurs du BSP) a rendu compte des résolutions et autres actions prises par la Soixante-sixième Assemblée mondiale de la Santé et autres organes infrarégionaux considérés comme revêtant un intérêt particulier pour les organes directeurs de l'OPS, notant que les résolutions de l'Assemblée de la Santé n'avaient été publiées qu'une semaine avant l'ouverture de la 152^e Session du Comité et que le Bureau présenterait une analyse détaillée de leurs implications pour la Région lors du prochain Conseil directeur. Elle a attiré l'attention sur les résolutions relatives au Douzième programme général de travail

2014-2019 et au budget programme de l'OMS pour 2014-2015 (WHA66.1 et WHA66.2), santé oculaire universelle (WHA66.4), santé mentale (WHA66.8), handicap (WHA66.9), maladies non transmissibles (WHA66.10), santé dans le programme de développement pour l'après 2015 (WHA66.11), maladies tropicales négligées (WHA66.12), accord entre l'OMS et le Centre Sud (WHA66.20) et la formation des personnels de santé à l'appui de la couverture sanitaire universelle (WHA66.23), dont toutes avaient un impact direct sur les activités de l'OPS.

235. S'agissant des actions des autres organes revêtant un intérêt pour l'OPS, le Conseil des Ministres de la Santé de l'Amérique centrale et de la République dominicaine (COMISCA) a adopté une stratégie de maintien de la lutte intégrale contre le VIH, un accord pour les négociations conjointes sur les médicaments et une déclaration sur l'insuffisance rénale chronique. Le Conseil pour le développement humain et social de la Communauté des Caraïbes (CARICOM) avait examiné plusieurs thèmes sur la santé des enfants et des jeunes alors que le Caucus des Ministres de la Santé des Caraïbes avait discuté, entre autres, des maladies non transmissibles et des ressources humaines en santé. La Réunion des Ministres de la santé du Marché commun du Sud (MERCOSUR) avait approuvé un certain nombre d'accords en matière de santé publique, dont un accord sur la lutte contre la tuberculose et un accord sur la conception d'un instrument d'évaluation nutritionnelle pour les adolescentes enceintes. Le Conseil de santé de l'Union des Nations de l'Amérique du Sud (UNASUR) avait traité le thème des prix des médicaments et la capacité de production en Amérique du Sud, les soins aux personnes handicapées et autres thèmes. La Communauté des Nations andéennes avait adopté diverses résolutions qui étaient liées aux programmes et initiatives de l'OPS, tel que décrit dans le document CE152/INF/8-B.

236. Dans la discussion qui a suivi, il a été mentionné que le rapport ne faisait pas allusion à la résolution WHA66.22 ou à la Décision WHA66(12) concernant le suivi du rapport du groupe de travail consultatif d'experts sur le financement et la coordination de la recherche-développement, qui demandait que des consultations régionales soient tenues en préparation d'une réunion consultative technique qui sera convoquée par le Directeur général de l'OMS avant la fin de 2013. Le rôle du Bureau dans la coordination du processus de consultation a été mis en exergue et on a insisté sur la nécessité d'organiser les consultations aussi rapidement que possible.

237. Mme Huerta a expliqué que certaines résolutions de l'Assemblée de la Santé n'avaient pas encore été publiées au moment de la rédaction du rapport du Bureau et a assuré le Comité que le rapport qui serait présenté au Conseil directeur comprendrait toutes les résolutions de l'Assemblée.

238. La Directrice a affirmé que le domaine technique pertinent au sein du Bureau coordonnerait le processus de consultation du groupe de travail consultatif d'experts.

239. Le Comité a pris note du rapport.

Autres questions

240. Lors de la semaine de la 152^e Session, les membres du Comité ont pris connaissance de présentations sur le coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient, la semaine de la vaccination aux Amériques 2013 et le manuel publié récemment, *Manual for Developing Tobacco Control Legislation in the Region of the Americas*.¹

Clôture de la Session

241. Suivant l'échange habituel de politesses, le Président a déclaré la clôture de la 152^e Session du Comité exécutif.

Résolutions et décisions

242. Les résolutions et décisions suivantes ont été adoptées par le Comité exécutif lors de sa 152^e Session :

Résolutions

CE152.R1 : *Recouvrement des contributions fixées*

LA 152^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant considéré le document *Rapport sur le recouvrement des contributions fixées* (documents CE152/16, Rév. 1 et Add. I) ;

Notant qu'aucun État Membre est en arriéré de paiement de ses contributions l'assujettissant à l'application de l'Article 6.B de la Constitution de l'Organisation panaméricaine de la Santé ;

Notant qu'il y a eu une réduction significative du montant des arriérés de contributions ;

Notant que 24 États Membres ne se sont acquittés d'aucun paiement correspondant à leurs contributions pour 2013,

¹ *Manual for Developing Tobacco Control Legislation in the Region of the Americas*. Washington (DC): Pan American Health Organization; 2013. Disponible à : http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=22031&Itemid=270&lang=en

DÉCIDE :

1. De prendre note du document *Rapport sur le recouvrement des contributions* fixées (documents CE152/16, Rév. 1 et Add. I).
2. De féliciter les États Membres pour leur engagement à s'acquitter de leurs obligations financières envers l'Organisation en faisant des efforts significatifs pour régler leurs contributions impayées.
3. De remercier les États Membres qui se sont déjà acquittés de leurs paiements pour 2013 et d'exhorter les autres États Membres à s'acquitter de toutes leurs contributions impayées dès que possible.
4. De prier la Directrice de continuer à informer les États Membres de tout montant dû et de présenter un rapport au 52^e Conseil Directeur sur la situation du recouvrement des contributions.

(Première réunion, le 17 juin 2013)

CE152.R2 : Désignation d'un membre auprès du Comité d'audit de l'Organisation panaméricaine de la Santé

LA 152^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Considérant que la résolution CD49.R2 (2009) du 49^e Conseil directeur a créé le Comité d'audit de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) pour servir d'entité consultative experte et indépendante auprès du Directeur du Bureau sanitaire panaméricain (BSP) et des États Membres de l'OPS ;

Guidée par les Termes de référence du Comité d'audit déterminant le processus à suivre dans l'évaluation et la nomination par le Comité exécutif des membres du Comité d'audit de l'OPS ;

Notant que les Termes de référence du Comité d'audit stipulent que les membres seront nommés pour un maximum de deux mandats complets de trois années chacun ;

Considérant qu'il se produira une vacance au sein du Comité d'audit,

DÉCIDE :

1. De remercier la Directrice du BSP et le Sous-comité du Programme, du Budget et de l'Administration pour le travail exhaustif effectué de sorte à identifier et désigner des candidats hautement qualifiés auprès du Comité d'audit de l'OPS.
2. De désigner Mme Amalia Lo Faso comme membre du Comité d'audit de l'OPS pour un mandat de trois ans, à savoir du juin 2013 à juin 2016.

(Troisième réunion, le 18 juin 2013)

CE152.R3 : Examen de la commission prélevée sur les achats de fournitures de santé publique effectués pour le compte des États Membres

LA 152^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné le document *Examen de la commission prélevée sur les achats de fournitures de santé publique effectués pour le compte des États Membres* (document CE152/19),

DÉCIDE :

De recommander au 52^e Conseil directeur l'adoption d'une résolution rédigée selon les termes suivants :

**EXAMEN DE LA COMMISSION PRÉLEVÉE SUR LES ACHATS DE
FOURNITURES DE SANTÉ PUBLIQUE EFFECTUÉS
POUR LE COMPTE DES ÉTATS MEMBRES**

LE 52^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant considéré le document *Examen de la commission prélevée sur les achats de fournitures de santé publique effectués pour le compte des États Membres* (document CD52/___) ;

Reconnaissant la contribution importante des mécanismes d'achat de l'OPS pour promouvoir l'accès et assurer un approvisionnement constant de fournitures essentielles de santé publique de haute qualité, sûres et efficaces pour répondre aux priorités régionales et réduire la morbidité et la mortalité dans les Amériques ;

Considérant que les mécanismes d'achat de l'OPS facilitent le développement de la capacité des pays à intensifier l'accès aux fournitures de santé publique critiques, afin de prévenir, contrôler et traiter les maladies prioritaires dans la Région ;

Notant l'augmentation de l'activité d'achat et l'écart critique dans le budget requis pour financer les coûts globaux – administratifs, de fonctionnement et de personnel – liés à leur gestion,

DÉCIDE :

1. D'augmenter la commission actuelle de trois et demi pour cent (3,5%) sur les achats de toutes les fournitures de santé publique effectués pour le compte des États Membres de l'OPS par le Bureau sanitaire panaméricain de trois quarts de un pour cent (0,75%) et de la fixer à un total de quatre pour cent un quart (4,25%), à compter du 1^{er} janvier 2014.

2. De créditer la commission supplémentaire prélevée (0,75%) au Fonds spécial pour les dépenses d'appui aux programmes afin de défrayer les coûts des activités d'achat dans l'ensemble de l'Organisation pour les trois mécanismes d'achat suivants :

- (a) Achats remboursables effectués au nom des États Membres,
- (b) Fonds renouvelable pour l'achat de vaccins,
- (c) Fonds régional renouvelable pour les fournitures stratégiques en matière de santé publique.

3. D'examiner la commission prélevée par le Bureau sanitaire panaméricain sur les achats de toutes les fournitures de santé publique effectués pour le compte des États Membres à la fin de chaque période biennale.

4. De demander à la Directrice de présenter un rapport sur cette question aux Organes directeurs à la fin de chaque période biennale.

(Troisième réunion, le 18 juin 2013)

CE152.R4 : Protection sociale en matière de santé

LA 152^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné le document conceptuel *Protection sociale en matière de santé* (document CE152/12, Rév. 1),

DÉCIDE :

De recommander au 52^e Conseil directeur l'adoption d'une résolution rédigée selon les termes suivants :

PROTECTION SOCIALE EN MATIÈRE DE SANTÉ

LE 52^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant examiné le document conceptuel *Protection sociale en matière de santé* (document CD52/5) ;

Considérant la résolution CSP26.R19 (2002), qui appuie l'élargissement de la protection sociale en tant que ligne de travail dans le cadre des activités de coopération technique de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) ;

Tenant en compte que lors de sa soixante-septième période de sessions l'Assemblée générale des Nations Unies a reconnu que les améliorations de la protection sociale en faveur de la couverture universelle constituent un investissement dans les personnes à qui elle donne les moyens de s'ajuster aux changements dans l'économie et dans le marché du travail ;

Conscient du cadre du réseau interaméricain de protection sociale envers lequel les dirigeants et chefs d'état se sont engagés dans le cinquième Sommet des Amériques afin d'alléger la pauvreté et de réduire les inégalités en échangeant les bonnes pratiques en matière de protection sociale, et du groupe de travail conjoint des Sommets duquel l'OPS est membre, et qui soutient l'exécution dudit cadre ;

Reconnaissant que même s'il est vrai que les pays de la Région ont réalisé des progrès importants dans les processus de réforme de leurs systèmes de santé (bien qu'il subsiste des défis importants tels que la poursuite du renforcement de la qualité des services de santé pour tous) et dans la lutte contre leur segmentation et fragmentation, qui engendre l'inégalité ;

Conscient du besoin de donner une continuité à la formulation de politiques et de programmes axés sur la construction de systèmes de santé plus intégrés, équitables et solidaires qui appuient le droit au niveau de santé le plus élevé possible ;

Considérant que d'un point de vue stratégique, la protection sociale en matière de santé est mise en pratique par le biais des soins primaires de santé, sur la base de ses trois valeurs nucléaires, à savoir l'équité, la solidarité et le droit au niveau de santé le plus élevé possible, et la conformité à ses principes,

DÉCIDE :

1. De prendre note du document conceptuel *Protection sociale en matière de santé*.

2. De prier instamment les États Membres, selon leurs contextes particuliers :
 - a) de reconnaître la nécessité de renforcer les initiatives de santé et la protection sociale afin de réduire la pauvreté dans la Région ;
 - b) d'incorporer le concept de protection sociale en matière de santé en tant que fondement dans les processus de gouvernance et de transformation des systèmes de santé ;
 - c) d'établir des cadres juridiques, selon les cas, qui définissent les mesures se rapportant à la protection sociale en matière de santé ;
 - d) de renforcer les composantes de santé des programmes de protection sociale (en particulier les approches de soins de santé primaires et les déterminants sociaux de la santé), y compris les programmes de transferts conditionnels d'argent et autres programmes sociaux ;
 - e) d'encourager la participation sociale et la conscience des droits et obligations en ce qui concerne la santé des personnes, des familles et de la communauté, tant dans la société même que dans le collectif des travailleurs du système de santé ;
 - f) d'utiliser les mécanismes établis comme le réseau interaméricain de protection sociale et d'autres initiatives infrarégionales et régionales, afin d'échanger les bonnes pratiques en ce qui concerne les programmes de lutte contre la pauvreté liés à la santé de la part des gouvernements et des institutions de toute la Région.
3. De demander à la Directrice :
 - a) de renforcer la coopération technique en matière de protection sociale en santé en tant qu'axe prioritaire de travail sur la voie de la couverture universelle ;
 - b) de promouvoir la production d'information systématique et de données factuelles sur les lacunes et les progrès en matière de protection sociale en santé observés dans les pays de la Région, y compris les preuves et les bonnes pratiques concernant les transferts conditionnels de revenu ;
 - c) de diffuser et d'encourager les bonnes pratiques en matière de protection sociale en santé et de promouvoir la communication et l'articulation des progrès de la Région en matière de protection sociale sur les débats de l'Organisation mondiale de la Santé concernant la couverture universelle de santé, en utilisant les mécanismes existants ;
 - d) de renforcer le travail interinstitutionnel en matière de protection sociale ;

- e) à partir du présent document conceptuel, de formuler une stratégie qui donne la direction pour aborder la protection sociale en matière de santé dans la Région, une stratégie dans laquelle se reconnaissent les contextes particuliers des États Membres de la Région et qui tient compte du fait qu'il existe de nombreuses façons de réaliser la protection sociale en matière de santé.

(Quatrième réunion, 18 juin 2013)

CE152.R5 : Prise de décisions fondées sur les données probantes pour les Programmes nationaux de vaccination

LA 152^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné le document *Prise de décisions fondées sur les données probantes pour les Programmes nationaux de vaccination* (document CE152/14),

DÉCIDE :

De recommander au 52^e Conseil directeur l'adoption d'une résolution libellée dans les termes suivants :

**PRISE DE DÉCISIONS FONDÉES SUR LES DONNÉES PROBANTES
POUR LES PROGRAMMES NATIONAUX DE VACCINATION**

LE 52^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant examiné le document intitulé : *Prise de décisions fondées sur les données probantes pour les Programmes nationaux de vaccination* (document CD52/___) ;

Reconnaissant le besoin croissant pour les gouvernements de disposer de bases solides de données probantes pour l'adoption de décisions relatives à l'allocation de leurs ressources en vue d'assurer l'obtention de résultats positifs, équitables et durables en matière de santé ;

Rappelant l'engagement de tous les États Membres et des partenaires de renforcer les capacités nationales pour la prise de décisions fondées sur des données probantes en matière de vaccination, approche qui a été documentée dans le Plan d'action mondial pour les vaccins, adopté par la 65^e Assemblée mondiale de la Santé ;

Conscient des efforts en cours visant à institutionnaliser le processus décisionnel fondé sur les données probantes dans le domaine de la santé publique, comme indiqué

dans la résolution CSP28.R9, et tenant compte de la capacité existante dont disposent plusieurs pays pour favoriser un élargissement de ces efforts ;

Notant le besoin pour les États Membres d'élaborer et de planifier l'évaluation de l'adoption de vaccins en attente qui peuvent entraîner des coûts plus élevés que les vaccins traditionnels, tout en maintenant d'autres réalisations dans le domaine de la vaccination,

DÉCIDE :

1. De prier instamment les États Membres, à la lumière de leurs conditions particulières à :
 - a) d'adopter les approches de politiques décrites dans le document « Prise de décisions fondées sur des données probantes pour les Programmes nationaux de vaccination », en collaboration avec le Bureau sanitaire panaméricain et d'autres partenaires pertinents, en mettant un accent particulier sur les mesures suivantes :
 - i. la création officielle et le renforcement des Groupes consultatifs techniques nationaux en matière de vaccination (GCTNV) ou les organes régionaux de politique à vocation analogue, comme c'est le cas pour le Comité consultatif pour la Caraïbe qui formule des recommandations à l'intention de la sous-région dans son ensemble ;
 - ii. l'ancrage du processus de prise de décisions en matière de vaccination dans une vaste base nationale de données probantes qui inclut les critères techniques, programmatiques, financiers et sociaux requis pour l'adoption de décision correctement fondées ;
 - iii. l'élaboration de groupes de travail techniques, lorsqu'un besoin a été identifié, chargé de synthétiser et/ou de produire des données obtenues localement pour étayer les recommandations des GCTNV ;
 - iv. l'institutionnalisation des activités en vue d'harmoniser les processus de planification et d'établissement des coûts des programmes nationaux de vaccination et la création de rapports solides entre les usages de l'information relative aux coûts dans la budgétisation, la planification et la prise de décisions ;
 - v. le partage de ces expériences en vue d'évaluer d'autres interventions de santé dans le cadre de l'évaluation des technologies de la santé ;
 - b) de rechercher l'adoption de mesures en vue d'entériner ces approches de politiques en :

- i. mettant en place des cadres juridiques exhaustifs visant à promouvoir et à protéger la prise de décisions fondées sur des données probantes en matière de vaccination ;
 - ii. assurant des crédits budgétaires modestes destinés à appuyer la collecte et la synthèse des données, ainsi que l'utilisation de données probantes dans le processus décisionnel concernant la vaccination.
2. De prier instamment la Directrice :
- a) de continuer à fournir un support institutionnel aux États Membres en vue de renforcer les capacités de production et d'utilisation de données probantes dans leurs processus nationaux de prise de décisions en matière de vaccination à travers l'initiative ProVac du programme régional de vaccination ;
 - b) d'encourager la participation des États Membres au Réseau ProVac des Centres d'excellence ;
 - c) de promouvoir parmi les États Membres l'harmonisation des processus nationaux de planification de programme et d'établissement des coûts, en prenant en compte les caractéristiques spécifiques propres à chaque pays ;
 - d) d'appuyer les efforts de mobilisation de ressources visant à permettre au programme régional de vaccination de poursuivre les activités relatives à l'initiative ProVac ;
 - e) de fournir des conseils en matière de politique et faciliter le dialogue visant à renforcer la gouvernance et la cohérence des politiques, et de prévenir toute influence excessive provenant de conflits d'intérêt réels ou potentiels.

(Quatrième réunion, 18 juin 2013)

CE152.R6 : Usage du solde résultant de l'achèvement de deux projets du Compte de réserve

LA 152^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné le document CE152/20 portant sur l'état de la mise en œuvre des projets du Compte de réserve en date du 30 avril 2013 ;

Tenant compte du fait que le projet 3.A, intitulé « Modernisation du système d'information pour la gestion du BSP – phase 1 » a été achevé, avec un solde restant de

US\$ 80 249¹ et que le projet 3.C, intitulé « Renforcement de la capacité de l'Organisation de se conformer aux normes IPSAS d'ici 2010 » a également été achevé, avec un solde restant de \$13 088 ;

Notant que le Bureau sanitaire panaméricain se propose de transférer les deux soldes susmentionnés au projet 3.D, intitulé « Modernisation du système d'information pour la gestion du BSP – phase 2 », ce qui représenterait une affectation additionnelle de \$93 337 à ce projet ;

DÉCIDE :

1. De réduire le financement approuvé provenant du compte de réserve pour le projet 3.A, intitulé « Modernisation du système d'information pour la gestion du BSP – phase 1 », de \$80 249, ce qui porte le financement total pour le projet 3.A à \$919 751.
2. De réduire le financement approuvé provenant du compte de réserve pour le projet 3.C, intitulé « Renforcement de la capacité de l'Organisation de se conformer aux normes IPSAS d'ici 2010 », de \$13 088, ce qui porte le financement total pour le projet 3.C à \$286 912.
3. D'accroître le financement du projet 3.D, intitulé « Modernisation du système d'information pour la gestion du BSP – phase 2 », d'une somme totale de \$93 337 ; le financement total provenant du compte de réserve pour le projet 3.D sera donc de \$9 228 337.

(Quatrième réunion, 18 juin 2013)

CE152.R7 : *Projet de Plan stratégique 2014-2019 de l'Organisation panaméricaine de la Santé*

LA 152^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné le *Projet de Plan stratégique 2014-2019 de l'OPS* (document CE152/10, Rev. 1), présenté par la Directrice en collaboration avec le Groupe consultatif des pays (GCP) aux fins d'élaboration du plan ;

Reconnaissant les informations présentées par le Président du Sous-comité du Programme, du Budget et de l'Administration (SPBA) ;

Prenant acte des informations présentées par la présidence du GCP ;

¹ Sauf stipulation contraire, toutes les sommes d'argent dans ce document sont exprimées en dollars des États-Unis.

En prévision de l'examen, par le Bureau sanitaire panaméricain, des commentaires formulés par le Comité exécutif ainsi que des rétroinformations issues des consultations nationales dans les dernières phases d'élaboration du Plan stratégique,

DÉCIDE :

De recommander que le 52^e Conseil directeur adopte une résolution dont la teneur serait comme suit :

**PROJET DE PLAN STRATÉGIQUE 2014-2019 DE L'ORGANISATION
PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ**

LE 52^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant considéré le *Projet de Plan stratégique 2014-2019 de l'OPS* présenté par la Directrice (*Document officiel* __) ;

Notant que le Plan stratégique offre un cadre souple, qui s'étend sur plusieurs exercices biennaux et oriente et assure la continuité dans l'élaboration des programmes et du budget ainsi que des plans opérationnels sur une période de trois exercices biennaux, et que le Plan stratégique correspond aux dispositions du Programme d'action sanitaire pour les Amériques, aux mandats établis à l'échelle régionale, aux priorités collectives des États Membres ainsi qu'au douzième programme général de travail de l'Organisation mondiale de la Santé ;

Saluant la vision stratégique du plan, dont le thème central est « Le champion de la santé : le développement durable et l'équité », lequel est axé sur la réduction des iniquités dans la Région en matière de santé à l'intérieur des pays et territoires ainsi qu'entre ceux-ci au moyen d'un examen des déterminants sociaux de la santé et de l'universalisation progressive de la couverture sanitaire ;

Reconnaissant le processus participatif présidant à l'élaboration du Plan stratégique par l'intermédiaire du Groupe consultatif des pays (GCP) ainsi que des grandes consultations nationales effectuées par les États Membres en collaboration avec le Bureau sanitaire panaméricain (BSP) ;

Reconnaissant que le Plan stratégique représente un ensemble de résultats complets et collectifs que l'Organisation panaméricaine de la Santé (États Membres et BSP) s'est donné comme objectif et que, à l'avenir, la communication de résultats ayant trait à la mise en œuvre du Plan stratégique constituera la principale modalité de responsabilisation programmatique pour le BSP et les États Membres ;

Saluant les avancées réalisées au titre de la transparence et de la planification axée sur les résultats, représentées dans ce Plan stratégique ;

Reconnaissant la nécessité, pour le BSP, de canaliser ses efforts et ses ressources au profit des priorités collectives régionales en matière de santé pour contribuer à ce que tous les peuples de la Région parviennent à un état de santé optimal,

DÉCIDE :

1. D'approuver le Plan stratégique 2014-2019 de l'Organisation panaméricaine de la Santé (*Document officiel* ___).
2. De remercier les membres du GCP pour leur engagement et leurs contributions techniques et stratégiques à l'appui de l'élaboration du Plan stratégique 2014-2019, et de remercier la Directrice pour avoir fait en sorte que le BSP, à tous les niveaux, soutienne le GCP ainsi que pour la méthode participative employée dans cet important processus.
3. Compte tenu des priorités des pays et de la conjoncture y prévalant, d'encourager les États Membres à déterminer les mesures à prendre et les ressources nécessaires afin d'atteindre les cibles établies dans le Plan stratégique.
4. D'inviter les organisations concernées du système des Nations Unies et du système interaméricain, les partenaires internationaux de l'aide au développement, les institutions financières internationales, les organisations non gouvernementales et le secteur privé ainsi que d'autres entités à envisager d'appuyer la concrétisation des résultats prévus dans le Plan stratégique.
5. De revoir l'évaluation à mi-parcours du Plan stratégique 2014-2019 pour réviser ce dernier, y compris ses indicateurs et cibles, selon que de besoin.
6. De demander à la Directrice :
 - a) d'utiliser le Plan stratégique afin d'établir une orientation stratégique pour l'Organisation durant la période 2014-2019 de sorte à faire progresser le Programme d'action sanitaire pour les Amériques ainsi que le programme mondial de santé contenu dans le douzième programme général de travail de l'Organisation mondiale de la Santé ;
 - b) d'utiliser le Plan stratégique et la stratification des priorités programmatiques prévue dans le Plan pour en faire le principal cadre de la coordination et de la mobilisation des ressources ;

- c) d'établir un système de suivi et d'évaluation marqué par la globalité et la responsabilisation, qui bénéficiera de la contribution des États Membres et aura pour objet de rendre compte de la mise en œuvre du Plan stratégique au moyen de l'exploitation et de l'expansion, si nécessaire, des systèmes d'information actuels de l'Organisation ;
- d) de faire rapport sur la mise en œuvre du Plan stratégique au moyen de rapports biennaux d'évaluation des résultats ;
- e) d'effectuer une évaluation à mi-parcours et une évaluation au terme du Plan stratégique ;
- f) de recommander au Conseil directeur d'opérer, par l'intermédiaire du Comité exécutif et en sus des projets de budget programme biennal 2016-2017 et 2018-2019, les révisions jugées nécessaires au titre du Plan stratégique.

(Sixième réunion, 19 juin 2013)

CE152.R8 : Amendements au Règlement financier

LA 152^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant envisagé le rapport de la Directrice concernant les amendements proposés au Règlement financier, dans l'Annexe A du document CE152/18 ;

Sachant que les amendements portés au Règlement financier reflètent les meilleures pratiques modernes de la gestion financière qui augmentent l'efficacité et l'efficience de l'exécution du Programme et Budget ainsi que les opérations administratives qui soutiennent les programmes techniques de l'OPS,

DÉCIDE :

De recommander au 52^e Conseil directeur d'approuver les amendements aux Articles III et IV du Règlement financier en adoptant une résolution libellée dans les termes suivants :

AMENDEMENTS AU RÈGLEMENT FINANCIER

LE 52^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant envisagé les amendements proposés au Règlement financier de l'Organisation panaméricaine de la Santé dans le document CD52/___;

Sachant que les amendements portés au Règlement financier reflètent les meilleures pratiques modernes de la gestion financière qui augmentent l'efficacité et l'efficience de l'exécution du Programme et Budget ainsi que les opérations administratives qui soutiennent les programmes techniques de l'OPS,

DÉCIDE :

D'approuver les amendements aux Articles III et IV du Règlement financier de l'Organisation panaméricaine de la Santé se rapportant au Programme et Budget et aux Affectations du Budget ordinaire, tel qu'indiqué en Annexe A du document CD52/__, et de faire entrer en vigueur ces amendements au 1^{er} janvier 2014.

(Sixième réunion, le 19 juin 2013)

CE152.R9 : Organisations non gouvernementales en relations officielles avec l'Organisation panaméricaine de la Santé

LA 152^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné le rapport du Sous-comité du Programme, du budget et de l'Administration, *Organisations non gouvernementales en relations officielles avec l'OPS* (document CE152/6) ;

Consciente des dispositions des *Principes régissant les relations entre l'Organisation panaméricaine de la Santé et les organisations non gouvernementales,*

DÉCIDE :

1. De renouveler les relations officielles entre l'OPS et les organisations non gouvernementales (ONG) suivantes pour une période de quatre ans :
 - a) Société américaine de microbiologie (ASM) ;
 - b) Association interaméricaine du génie sanitaire et de l'environnement (AIDIS) ;
 - c) Fédération internationale du diabète (FID) ;
 - d) Fédération latino-américaine de l'industrie pharmaceutique (FIFARMA) ;
 - e) March of Dimes ;
 - f) Pharmacopée des États-Unis (USP) ;

- g) Association mondiale pour la santé sexuelle (WAS, était appelée antérieurement l'Association mondiale de sexologie)
- 2. D'autoriser l'Association américaine de santé publique à entretenir des relations officielles avec l'OPS pour une période de quatre ans.
- 3. De prendre note du rapport à mi-parcours sur la situation des relations entre l'OPS et les organisations non gouvernementales.
- 4. De demander à la Directrice :
 - a) d'informer les organisations non gouvernementales respectives quant aux décisions prises par le Comité exécutif ;
 - b) de continuer à forger des relations de travail dynamiques avec des ONG interaméricaines présentant un intérêt pour l'Organisation dans des domaines correspondant aux priorités programmatiques adoptées par les Organes directeurs pour l'OPS ;
 - c) de continuer à développer des relations entre les États Membres et les ONG œuvrant dans le domaine de la santé.

(Sixième réunion, le 19 juin 2013)

CE152.R10 : Prix de l'OPS pour l'administration (2013)

LA 152^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné le *Rapport du Jury d'octroi du Prix de l'OPS pour l'Administration (2013)* (document CE152/5, Add. I) ;

Gardant à l'esprit les dispositions des procédures et directives pour conférer le Prix de l'OPS pour l'Administration, tel qu'approuvées par la 18^e Conférence sanitaire panaméricaine (1970) et modifiées par la 24^e Conférence sanitaire panaméricaine (1994) et par le Comité exécutif lors des ses 124^e (1999), 135^e (2004), 140^e (2007) et 146^e (2010) sessions.

DÉCIDE :

- 1. De conférer, sur recommandation du Jury, le Prix de l'OPS pour l'Administration (2013) au Dr Brendan Courtney Bain de la Jamaïque pour ses contributions exemplaires en matière d'administration et pour son dévouement à renforcer les compétences du

personnel de santé publique des Caraïbes à travers l'enseignement, la formation et la recherche.

2. De féliciter le Dr Brendan Courtney Bain pour son professionnalisme hors normes et son extraordinaire travail au nom de son pays et de la Région.

3. De transmettre le *Rapport du Jury d'octroi du Prix de l'OPS pour l'Administration (2013)* (document CE152/5, Add. I) au 52^e Comité directeur.

(Septième réunion, le 20 juin 2013)

CE152.R11 : Amendements au Règlement du personnel du Bureau sanitaire panaméricain

LA 152^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné les amendements au Règlement du personnel du Bureau sanitaire panaméricain soumis par la Directrice à l'annexe A du document CE152/22 ;

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

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

DÉCIDE :

De confirmer, conformément à l'article 020 du Règlement du personnel, les amendements au Règlement du personnel qui ont été apportés par la Directrice, en vigueur à compter du 1^{er} juillet 2013 concernant : les politiques de nomination, les heures de travail et la présence, l'âge obligatoire de la retraite, l'expiration des nominations et les allocations pour frais d'études, comme suit :

420. POLITIQUES DE NOMINATION

...

420.3 Une "nomination de durée déterminée" est une nomination de durée limitée pour une année ou plus. Toute prolongation est sujette à des conditions déterminées par le Bureau.

420.4 Une “nomination temporaire” est une nomination de durée limitée pour moins d’une année. Une nomination temporaire peut être prolongée, dans la mesure où la durée totale du service ininterrompu pour des nominations temporaires consécutives n’excède pas deux ans. Un membre du personnel qui arrive au terme de la période maximale de service ininterrompu pour une nomination temporaire ou plus ne peut pas être employé par l’Organisation à moins que 30 jours civils ne se soient écoulés depuis son départ. Tout emploi futur est sujet à des conditions établies par le Bureau.

610. HEURES DE TRAVAIL ET PRÉSENCE

...

610.5 Aucun salaire ne sera payé aux membres du personnel pour des périodes d’absence du travail non autorisée à moins qu’une telle absence ne soit due à des raisons hors de leur contrôle. Il peut y avoir retenue de paiement tant et aussi longtemps que les raisons de l’absence non autorisée n’ont pas été déterminées. S’il est déterminé que l’absence était hors du contrôle du membre du personnel, le salaire retenu est alors versé.

1020. RETRAITE

1020.1 Les membres du personnel doivent prendre leur retraite le dernier jour du mois lors duquel ils atteignent l’âge de la retraite, en particulier lorsqu’ils atteignent :

- (1) l’âge de 60 ans, s’ils sont devenus des participants à la Caisse commune des pensions du personnel des Nations Unies (CCPPNU) avant le 1^{er} janvier 1990 ;
- (2) l’âge de 62 ans, s’ils sont devenus des participants à la CCPPNU le 1^{er} janvier 1990 ou après ;
- (3) l’âge de 65 ans, s’ils sont devenus des participants à la CCPPNU le 1^{er} janvier 2014 ou après.

1020.2 Dans des circonstances exceptionnelles, la nomination d’un membre du personnel peut être prolongée au-delà de l’âge obligatoire de la retraite dans la mesure où la prolongation est dans l’intérêt du Bureau et qu’une seule prolongation d’une année est accordée à la fois. Aucune prolongation ne sera accordée au-delà du soixante-cinquième anniversaire du membre du personnel.

1020.3 Un membre du personnel dont les années de service et l’âge lui donnent droit, à sa cessation de services, à la réception de prestations de retraite anticipée aux termes du Règlement de la Caisse commune des pensions du personnel des Nations Unies peut prendre sa retraite avant l’âge normal de la retraite, sous réserve des conditions énoncées à l’article 1010.

1040. EXPIRATION DES NOMINATIONS

1040.1 Les nominations temporaires et de durée déterminée ne confèrent pas de droit de prolongation ou de conversion de la nomination. En l'absence de toute offre et de toute acceptation de la prolongation, les nominations en question expirent à la fin de la période de service convenue.

1040.1.1 Un membre du personnel nommé pour une période déterminée sera avisé de l'expiration de sa nomination au moins trois mois avant la date d'expiration.

1040.1.2 Un membre du personnel nommé à titre temporaire sera normalement avisé de l'expiration de sa nomination au moins un mois avant la date d'expiration. Un tel avis n'est pas requis dans le cas d'un membre nommé à titre temporaire qui a atteint la durée maximale de service ininterrompu pour des nominations temporaires consécutives, tel que stipulé à l'article 420.4 du Règlement du personnel.

1040.2 À la discrétion du Bureau, un paiement tenant lieu de la période d'avis prescrite à l'article 1040.1 peut être versé à un membre du personnel. Les membres admissibles du personnel qui ne désirent pas être pris en considération pour un nouveau mandat devront également faire part de leur intention dans le délai minimal spécifié ci-dessus.

1040.3 Lorsqu'une nomination temporaire ou de durée déterminée est sur le point d'expirer au cours d'un congé de maternité, d'un congé de paternité le cas échéant, ou d'un congé d'adoption, la nomination peut être prolongée pour une période déterminée par le Bureau et aux conditions établies par ce dernier.

(suite)

**[AMENDEMENTS À L'ALLOCATION POUR FRAIS D'ÉTUDES
(ANNEXE 2 DU RÈGLEMENT DU PERSONNEL DU BSP)]**
**DROITS AUX ALLOCATIONS POUR FRAIS D'ÉTUDES APPLICABLES DANS LES CAS OÙ LES
FRAIS D'ÉTUDES SONT ENCOURUS DANS DES MONNAIES ET DES PAYS SPÉCIFIÉS**
(année scolaire effective en cours au 1er janvier 2013)

<i>Pays/ zone monétaire</i>	<i>(1)</i>	<i>(2)</i>	<i>(3)</i>	<i>(4)</i>	<i>(5)</i>	<i>(6)</i>
	<i>Maximum admissible des frais d'études et allocation maximale pour enfants handicapés</i>	<i>Allocation maximale pour frais d'études</i>	<i>Taux fixe lorsque le logement n'est pas compris</i>	<i>Taux fixe additionnel pour le logement (pour le personnel en poste dans des lieux d'affectation désignés)</i>	<i>Allocation maximale pour membres du personnel en poste dans des lieux d'affectation désignés</i>	<i>Maximum admissible des frais d'études pour fréquentation (seulement lorsque le taux fixe pour logement est payé)</i>
Partie A						
Allemagne (euro)	20 130	15 098	4 322	6 484	21 582	14 368
Belgique (euro)	16 014	12 011	3 647	5 470	17 481	11 152
Danemark (krone)	122 525	91 894	28 089	42 134	134 028	85 073
Espagne (euro)	17 153	12 864	3 198	4 797	17 661	12 888
France ¹ (euro)	11 497	8 623	3 127	4 691	13 314	7 328
Irlande (euro)	17 045	12 784	3 147	4 721	17 505	12 849
Italie (euro)	21 601	16 201	3 223	4 836	21 037	17 304
Japon yen (yen)	2 324 131	1 743 098	609 526	914 290	2 657 388	1 511 429
Pays-Bas (euro)	18 037	13 528	3 993	5 990	19 518	12 713
Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord (livre sterling)	25 864	19 398	3 821	5 731	25 129	20 769
Suède (krona)	157 950	118 462	26 219	39 328	157 790	175 641
Suisse (franc suisse)	32 932	24 699	5 540	8 310	33 009	25 545
Partie B						
Dollar des États-Unis (en dehors des États-Unis d'Amérique)	21 428	16 071	3 823	5 735	21 806	16 331
Partie C						
Dollar des États-Unis (aux États-Unis) ²	45 586	34 190	6 265	9 399	43 589	37 233

(Septième réunion, 20 juin 2013)

¹ À l'exception des écoles suivantes où le dollar US aux niveaux des É.-U.-A. sera appliqué: (a) American School of Paris; (b) American University of Paris; (c) British School of Paris; (d) École Active Bilingue Victor Hugo; (e) European Management School of Lyon; (f) International School of Paris; (g) Marymount School of Paris; (h) École Active Bilingue Jeanine Manuel.

² Le dollar des États-Unis aux États-Unis s'applique, à titre de mesure spéciale, à la Chine, à l'Indonésie, à la Hongrie, à la Roumanie et à la Fédération de Russie. À compter de l'année scolaire en cours au 1^{er} janvier 2013, les mesures spéciales pour la Roumanie prennent fin. Des mesures spéciales sont introduites en Thaïlande et pour l'American Cooperative School à Tunis, en Tunisie, et l'American International School de Johannesburg, en Afrique du Sud.

CE152.R12 : Ordre du jour provisoire du 52^e Conseil Directeur, 65^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques

LA 152^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné l'ordre du jour provisoire préparé par la Directrice pour le 52^e Conseil directeur, 65^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques, présenté comme annexe A au document CE152/3 ;

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

DÉCIDE :

D'approuver l'ordre du jour provisoire préparé par la Directrice pour le 52^e Conseil directeur, 65^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques.

(Septième réunion, le 20 juin 2013)

CE152.R13 : La coopération pour le développement en matière de santé aux Amériques

LA 152^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné le document document *La coopération pour le développement en matière de santé aux Amériques* (document CE152/15),

DÉCIDE :

De recommander au 52^e Conseil directeur l'adoption d'une résolution libellée dans les termes suivants :

**LA COOPÉRATION POUR LE DEVELOPPEMENT
EN MATIÈRE DE SANTÉ AUX AMÉRIQUES**

LE 52^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant examiné le document *La coopération pour le développement en matière de santé aux Amériques* (document CD52/___) ;

Prenant en compte la résolution 33/134 de l'Assemblée générale des Nations Unies, par laquelle cet organe fait sien le Plan d'action de Buenos Aires pour la promotion et la mise en oeuvre de la coopération technique entre pays en développement

(1978) ; la résolution 64/222 de l'Assemblée générale des Nations Unies, par laquelle cet organe fait sien le document final de la Conférence de haut niveau des Nations Unies sur la coopération Sud-Sud tenue à Nairobi (2009) ; ainsi que la déclaration du Partenariat de Busan pour une coopération efficace au service du développement (2011) ;

Rappelant la résolution EB60.R4 du Conseil exécutif de l'OMS, laquelle recommande que les programmes et activités encouragent et stimulent la coopération entre les pays, ainsi que la résolution CD25.R28 du Conseil directeur de l'OPS, laquelle recommande que les programmes de coopération technique soient pilotés conjointement par les pays, tant à l'intérieur des groupes sous-régionaux qu'en dehors de ceux-ci ;

Prenant en compte les rapports présentés par le Bureau sanitaire panaméricain en 1980 (27^e Conseil directeur), 1984 (30^e Conseil directeur), 1985 (31^e Conseil directeur), 1986 (22^e Conférence sanitaire panaméricaine), 1998 (25^e Conférence sanitaire panaméricaine) et 2005 (46^e Conseil directeur) sur les avancées réalisées en matière d'exécution d'initiatives de coopération technique entre pays dans le contexte de l'OPS ;

Conscient que tant la coopération internationale en matière de santé que le concept de coopération technique entre pays en développement ont évolué avec le temps pour devenir un concept plus large de coopération entre pays et de partenariats horizontaux, appelé à comprendre un large éventail d'acteurs dans le domaine du développement du secteur santé, notamment les entités gouvernementales, les organisations multilatérales, le secteur privé, la société civile et les établissements universitaires, entre autres ;

Constatant que l'aide traditionnelle au développement dans le domaine de la santé connaît une diminution dans les pays à revenus intermédiaires, y compris la plus grande partie des pays de la Région des Amériques, et qu'il faut encourager et renforcer les mécanismes complémentaires de développement et de coopération pour la santé de sorte à continuer de progresser sur le plan du programme d'action régional et mondial en matière de santé ;

Reconnaissant que de nombreux pays et partenaires de la Région ont réalisé d'importants progrès en matière de développement de la santé et acquis des connaissances spécialisées sur des questions de développement qui sont susceptibles de bénéficier à d'autres dans la Région et à d'autres régions ; appréciant également le fait que de nombreux pays de la Région participent activement à la coopération Sud-Sud, à la coopération triangulaire et à d'autres modalités de coopération entre pays, en particulier dans des questions relatives au développement sanitaire,

DÉCIDE :

1. D'approuver la politique rénovée de coopération pour le développement en matière de santé aux Amériques, laquelle fait l'objet du document CD52/___.
2. De prier instamment les États Membres :
 - a) de continuer de promouvoir cette cause dans les forums et le dialogue internationaux pour mobiliser la volonté politique et les ressources nécessaires pour appuyer et renforcer encore plus la coopération entre les pays et d'autres bailleurs et d'affermir leur fonction en tant qu'approche complémentaire de coopération internationale ;
 - b) d'entreprendre, de piloter et d'administrer des initiatives de coopération pour le développement en matière de santé et poursuivre les efforts en cours pour renforcer la capacité des pays à participer à la coopération internationale en matière de santé, tant à l'intérieur des régions qu'entre celles-ci, en coordination avec l'OPS, selon que les États le jugent opportun ;
 - c) de promouvoir et d'intensifier les initiatives en cours pour échanger les données d'expériences et pratiques les plus adéquates qui, ultérieurement, jetteront les bases de l'échange et de l'apprentissage collectif entre pays, y compris l'échange de méthodes pour évaluer les activités de coopération entre les pays ;
 - d) d'appuyer la mobilisation des ressources pour renforcer la coopération pour le développement sanitaire à l'intérieur de la Région et dans toutes les régions ;
 - e) d'identifier des institutions nationales associées à l'OPS/OMS en matière de coopération technique qui pourraient éventuellement se joindre à des initiatives de coopération technique avec les pays de la Région dans des domaines précis ;
 - f) de promouvoir l'harmonisation et l'alignement des programmes d'action de santé élaborés par les organismes infrarégionaux avec celui de l'OPS dans le but de renforcer la coopération entre les pays, les organismes et d'autres acteurs du changement et ainsi aborder de manière efficace les problèmes communs en matière de santé.
3. De demander à la Directrice :
 - a) de réaliser des activités de promotion et de collaboration avec les États Membres et d'autres bailleurs ayant trait à la coopération Sud-Sud et à la coopération triangulaire ainsi que de consentir des efforts de mobilisation de ressources pour renforcer la coopération entre les pays en tant que modalité viable et durable de coopération au service du développement en matière de santé ;

- b) d'inclure la politique relative à la coopération au service du développement en matière de santé aux programmes de coopération technique de l'Organisation et dans son nouveau Plan stratégique, en évitant tout chevauchement des efforts dans la Région ;
- c) de promouvoir la fonction d'intermédiaire de l'Organisation et de faciliter la mise en relation de l'offre et de la demande de connaissances spécialisées, de données d'expériences et de technologies relatives à la santé, aux niveaux national, régional et mondial, et ce en coordination avec d'autres bureaux de l'OMS, d'autres organismes du système des Nations Unies et du système interaméricain et d'autres partenaires, en particulier les bureaux intervenant à l'appui du développement de la santé et de l'aide humanitaire portant sur la santé, dont la création appropriés pour les échanges interrégionaux ;
- d) de renforcer les relations avec les organisations sous-régionales, notamment, s'il y a lieu, au moyen de la conclusion d'accords désignant l'Organisation comme leur organe spécialisé en matière de santé afin de faciliter l'acquittement de la fonction stratégique de l'OPS en matière de coordination et d'optimisation des possibilités de coopération entre les pays ;
- e) de faciliter l'élaboration de méthodes et guides pour examiner et évaluer les modalités de coopération et leurs incidences sur le développement de la santé de sorte à renforcer les approches fondées sur des preuves scientifiques et déterminer la meilleure manière d'exploiter ces modalités aux fins de consolidation et d'accélération des progrès en matière de santé dans la Région ;
- f) de continuer d'élaborer et de perfectionner la plate-forme régionale d'échange de connaissances pour faciliter l'échange de pratiques et méthodes les plus adéquates sur la base de l'expérience acquise par les pays ;
- g) de promouvoir la création de réseaux et partenariats stratégiques durables et souples entre les institutions nationales et infrarégionales, les centres régionaux d'excellence et les acteurs non gouvernementaux susceptibles d'être utilisés pour traiter des questions de santé tant à l'intérieur de chaque région qu'entre les différentes régions ;
- h) de renforcer les mécanismes de coopération technique entre pays, en encourageant une utilisation stratégique de ces derniers pour aborder les priorités arrêtées et les problèmes particuliers qui peuvent se présenter avec une efficacité accrue au moyen de l'action collective à l'intérieur de chaque région et entre les différentes régions ;
- i) de présenter au Conseil directeur ou à la Conférence sanitaire panaméricaine des évaluations périodiques portant sur l'exécution de la politique de coopération pour le développement en matière de santé aux Amériques dans le but de mettre l'accent sur les éventuels défis à relever et les facteurs de réussite susceptibles de

contribuer à perfectionner davantage la politique, ce à partir de la 29^e Conférence sanitaire panaméricaine.

(Huitième réunion, le 20 juin 2013)

CE152.R14 : L'insuffisance rénale chronique dans les communautés agricoles en Amérique centrale

LA 152^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné le document conceptuel *L'insuffisance rénale chronique dans les communautés agricoles en Amérique centrale* (document CE152/25),

DÉCIDE :

De recommander au 52^e Conseil directeur l'adoption d'une résolution libellée dans les termes suivants :

**L'INSUFFISANCE RÉNALE CHRONIQUE
DANS LES COMMUNAUTÉS AGRICOLES EN AMÉRIQUE CENTRALE**

LE 52^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant examiné le document conceptuel *L'insuffisance rénale chronique dans les communautés agricoles en Amérique centrale* (document CD52/___) ;

Rappelant l'importance que les États Membres accordent à l'objectif consistant à atteindre la couverture universelle en santé et l'accès équitable aux services de santé ;

Conscient de la Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles (A/66/L.1) ;

Reconnaissant l'existence de l'insuffisance rénale chronique dans les communautés agricoles en Amérique centrale et le besoin urgent d'une recherche plus poussée pour soutenir une réponse fondée sur les données probantes ;

Tenant compte de la Déclaration de San Salvador qui reconnaît l'insuffisance rénale chronique comme un grave problème de santé publique qui exige une action urgente ;

Conscient de l'obligation des États Membres d'apporter une réponse intégrale, intégrée et solidaire aux problèmes de santé de leurs populations,

DÉCIDE :

1. De prendre note du document conceptuel *L'insuffisance rénale chronique dans les communautés agricoles en Amérique centrale* (document CD52/___).
2. De prier instamment les États Membres, comme il convient :
 - a) de soutenir la Déclaration de San Salvador qui reconnaît l'insuffisance rénale chronique due à des causes non traditionnelles en Amérique centrale comme un grave problème de santé publique ;
 - b) de promouvoir l'élaboration et la mise en œuvre de programmes de recherche nationaux et régionaux pour l'insuffisance rénale chronique qui permettent de combler les lacunes dans les connaissances ;
 - c) de développer une approche interministérielle et d'établir des alliances avec d'autres secteurs du gouvernement, des organismes de développement, la société civile, les communautés affectées, les universités, les entreprises privées et d'autres parties concernées pour coordonner les efforts, mobiliser les ressources, établir des plans aux niveaux régional, national et infranational, et donner priorité au soutien des actions qui permettent de promouvoir des politiques publiques fondées sur des données factuelles et atténuer avec urgence les conséquences sanitaires, sociales et économiques dérivées de cette maladie ;
 - d) de renforcer la surveillance de l'insuffisance rénale chronique, en mettant l'accent sur les populations et les communautés à risque ;
 - e) de renforcer leurs capacités en matière de santé environnementale et de santé au travail en tenant compte des cadres réglementaires et des engagements et normes internationaux ;
 - f) de renforcer le réseau de services de santé afin d'améliorer la qualité et la sécurité des soins aux patients, la disponibilité des ressources humaines, des médicaments et des technologies sanitaires, et le financement de l'ensemble des prestations en base à des données factuelles.
3. De demander à la Directrice :
 - a) de poursuivre le plaidoyer en faveur d'une mobilisation effective des ressources et d'encourager un rôle actif des États Membres dans l'application de cette résolution ;

- b) de fournir l'appui technique au renforcement des systèmes de surveillance et de faciliter les progrès des priorités de la recherche sur l'insuffisance rénale chronique ;
- c) de promouvoir le renforcement de la capacité des pays en matière de santé environnementale et de santé au travail en tenant compte des cadres réglementaires et des compromis et normes internationaux ;
- d) d'appuyer les pays en ce qui concerne l'abord intégral de l'insuffisance rénale chronique en base à des données factuelles, y compris la gestion des ressources humaines et les mécanismes d'acquisition de médicaments et autres intrants essentiels de santé publique comme le Fonds stratégique de l'OPS afin d'accroître la couverture, l'accès et la qualité des soins ;
- e) de continuer à alerter les pays sur la possibilité qu'ils peuvent se trouver dans une situation équivalente et présenter annuellement aux Organes directeurs l'état d'avancement de l'exécution de cette résolution.

(Huitième réunion, le 20 juin 2013)

CE152.R15 : Plan d'action pour la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles

LA 152^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné le document *Plan d'action pour la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles* (document CE152/13, Rév. 1),

DÉCIDE :

De recommander au 52^e Conseil directeur l'adoption d'une résolution libellée dans les termes suivants :

**PLAN D'ACTION POUR LA PRÉVENTION ET LA LUTTE
CONTRE LES MALADIES NON TRANSMISSIBLES**

LE 52^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant examiné le document *Plan d'action pour la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles* (document CD52/__);

Considérant la *Stratégie de l'OPS pour la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles* (document CSP28/9, Rév. 1), qui fournit un cadre global d'action sur les maladies non transmissibles (MNT) dans la Région pour la période 2012-2025, le consensus sur le cadre mondial de suivi de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS),

qui comprend neuf cibles volontaires et 25 indicateurs, dont une cible mondiale de 25% de réduction de la mortalité précoce par les MNT en 2025, ainsi que le plan d'action 2013-2020 de la stratégie mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles de l'OMS, qui propose des actions pour le Secrétariat, les États Membres et les partenaires ;

Reconnaissant que la morbidité et la mortalité des MNT imposent des fardeaux sociaux et économiques considérables, en particulier du fait que plus d'un tiers des décès par les MNT sont des décès prématurés et que ces fardeaux constituent une menace pour le développement régional et national ;

Reconnaissant que les déterminants sociaux de la santé sont les principaux moteurs de l'épidémie des MNT et débouchent sur le fardeau disproportionné des MNT sur les populations socialement et économiquement vulnérables, qui demande des actions multisectorielles¹ urgentes pour la prévention et la lutte contre les MNT ;

Reconnaissant que des interventions efficaces par rapport au coût et fondées sur les données factuelles sont disponibles pour la prévention et la lutte contre les MNT y compris les interventions de politique publique ainsi que le renforcement des services de santé fondés sur les soins de santé primaires, et la mise à disposition de médicaments essentiels et de technologies ;

Reconnaissant qu'il existe des inégalités importantes dans l'accès à la prévention et aux services de traitement des MNT entre les pays et à l'intérieur des pays de la Région et que ces inégalités ont des implications pour le développement ;

Reconnaissant le besoin de coordination régionale et de leadership dans la promotion et le suivi de l'action régionale contre les MNT et engageant tous les secteurs, selon le cas, au niveau gouvernemental et au niveau d'une vaste série d'acteurs non gouvernementaux, à l'appui des efforts nationaux pour réduire le fardeau des MNT et l'exposition aux facteurs de risque,

DÉCIDE :

1. D'approuver le *Plan d'action pour la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles* pour 2013-2019.

¹ Les approches multisectorielles de la santé incluent les approches « de tous les niveaux de gouvernement » et « de l'ensemble de la société ». Au niveau du gouvernement, cette action inclut, selon le cas, la santé dans toutes les politiques et les approches de tous les niveaux de gouvernement parmi des secteurs tels que la santé, l'éducation, l'énergie, l'agriculture, les sports, le transport, la communication, l'aménagement urbain, l'environnement, le travail, l'emploi, l'industrie et le commerce, les finances et le développement économique et social. Les approches de l'ensemble de la société incluent les parties prenantes pertinentes dont les personnes, les familles et les communautés, les organisations intergouvernementales et les institutions religieuses, la société civile, les universités, les médias, les associations volontaires et au besoin, le secteur privé et l'industrie.

2. De prier instamment les États Membres :
 - a) a'accorder priorité aux MNT dans les programmes nationaux de santé et de développement infrarégional et d'engager des efforts de plaidoyer aux plus hauts niveaux en faveur d'une mise en œuvre durable d'interventions efficaces par rapport au coût et fondées sur des données factuelles pour prévenir et lutter contre les MNT ;
 - b) d'appliquer au niveau national et infrarégional des politiques, des programmes et des services alignés sur le Plan d'action régional sur les MNT et appropriés au contexte et aux circonstances dans chaque État Membre et chaque sous-région ;
 - c) de promouvoir le dialogue et la coordination entre ministères et autres institutions publiques et académiques et les bureaux des Nations Unies dans les pays, et avec le secteur public et le secteur privé et la société civile, dans le but d'une application intégrée d'interventions efficaces de prévention des MNT qui tiennent compte des déterminants sociaux de la santé ;
 - d) de formuler et de promouvoir des politiques multisectorielles et des plans nationaux de santé qui protègent et favorisent la santé de populations entières en réduisant l'exposition aux facteurs de risque des MNT et en augmentant l'exposition aux facteurs de protection, en particulier pour les personnes vivant dans des situations vulnérables ;
 - e) de renforcer et de maintenir la capacité de la santé publique en vue d'une planification, mise en œuvre et gestion efficace des programmes, reconnaissant que la prévention et la lutte efficaces contre les MNT exigent un mélange de politiques visant l'ensemble de la population et des interventions individuelles, avec un accès équitable à la prévention, au traitement et aux soins de fin de vie de qualité, qui mettent l'accent sur l'approche des soins de santé primaires ;
 - f) de soutenir la recherche et la mise en œuvre durable de systèmes de surveillance pour recueillir les données sur les MNT et les facteurs de risque ainsi que l'information sur les déterminants socioéconomiques de la santé pour constituer la base de connaissances sur les politiques et interventions efficaces par rapport au coût et équitables afin de prévenir et de lutter contre les MNT.
3. De demander à la Directrice :
 - a) de diriger une réponse régionale aux MNT en rassemblant les États Membres, d'autres organismes des Nations Unies, des institutions scientifiques et techniques, des organisations non gouvernementales, la société civile, le secteur privé et d'autres pour faire progresser l'action multisectorielle et les partenariats de collaboration dans le but d'appliquer le Plan d'action pour la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles, tout en sauvegardant l'OPS et les politiques de santé publique de l'influence indue de toute forme de conflits

- d'intérêt réels, perçus ou potentiels d'une façon qui complète le mécanisme de coordination mondiale de l'OMS ;
- b) de soutenir les réseaux régionaux existants tels que CARMEN, les alliances stratégiques telles que le Forum d'action panaméricain sur les MNT, les entités infrarégionales de MNT et les États Membres afin de promouvoir et renforcer la réponse de l'ensemble de la société et de tous les niveaux de gouvernement ; et de faciliter le dialogue entre les pays et le partage des expériences et des leçons concernant les expériences novatrices et réussies dans les politiques, programmes et services des MNT ;
 - c) de soutenir les États Membres dans leurs efforts pour renforcer leurs systèmes d'information en santé afin de suivre les MNT, leurs facteurs de risque, les indicateurs socioéconomiques pertinents et l'impact des interventions en santé publique ;
 - d) de soutenir la poursuite des stratégies régionales de lutte contre des MNT spécifiques et leurs facteurs de risque qui orientent la Stratégie régionale et le Plan d'action pour les MNT, y compris le développement ou l'adaptation de directives et d'outils techniques concernant des MNT spécifiques et leurs facteurs de risque afin de faciliter l'application du Plan d'action ;
 - e) de suivre et de soumettre un rapport de situation au Conseil directeur de l'OPS sur la mise en œuvre du *Plan d'action pour la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles* pour 2013-2019, à mi-parcours et à la fin de la période de mise en œuvre.

(Huitième réunion, le 20 juin 2013)

CE152.R16 : Projet de budget programme 2014-2015 de l'OPS

LA 152^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné le *Projet de budget programme 2014-2015 de l'OPS* (document CE152/11, Rév. 1), lequel constitue le premier budget programme du Plan stratégique 2014-2019 et est le premier à être mis en œuvre au titre de la nouvelle politique budgétaire de l'OPS ;

Ayant examiné le *Rapport du Sous-comité du Programme, du Budget et de l'Administration* (document CE152/4) ;

Reconnaissant le processus participatif observé dans l'élaboration de ce projet au moyen du travail effectué par le Groupe consultatif des pays (GCP) et les consultations nationales ;

Notant les efforts consentis par le Bureau sanitaire panaméricain (BSP) pour proposer un budget programme tenant compte tant du climat financier mondial et régional que de ses incidences sur les États Membres ainsi que de la position des États Membres en faveur d'une croissance nominale zéro dans les contributions fixées ;

Notant que la croissance nominale zéro dans les contributions fixées représente une absorption de US\$ 21,4 millions au titre des coûts, avec les incidences programmatiques correspondantes, et exige que l'on privilégie de plus en plus les priorités et les gains de productivité de manière à compenser la réduction dans les ressources ;

Prenant en compte les efforts constants déployés par le BSP pour accroître l'efficacité, l'économie, la responsabilisation et la transparence et pour continuer de répondre aux attentes des États Membres en ce qui concerne leurs priorités collectives telles qu'elles sont établies dans le Plan stratégique 2014-2019 ;

Attentif aux effets que le versement opportun des quotes-parts produit sur l'aptitude de l'Organisation à planifier et exécuter des programmes convenablement financés ;

Reconnaissant les incidences potentielles du budget programme 2014-2015 de l'Organisation mondiale de la Santé au regard de l'incertitude quant à l'affectation des contributions fixées pour les Régions de l'OMS, incidences auxquelles s'ajoute la tendance à la baisse des contributions volontaires au Bureau régional pour les Amériques (AMRO) ;

Reconnaissant qu'AMRO continue de recevoir la plus faible part de pourcentage du budget et des affectations de crédits approuvés par l'OMS par rapport à ce budget ;

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

DÉCIDE :

1. De remercier le Sous-comité du Programme, du Budget et de l'Administration pour l'examen préliminaire effectué et pour son rapport sur le projet de budget programme.
2. D'exprimer sa reconnaissance au Groupe consultatif des pays pour son apport et son pilotage stratégique dans le processus d'élaboration du projet de budget programme.

3. D'exprimer sa reconnaissance à la Directrice pour le leadership et les soins apportés à l'élaboration du budget programme, à l'application du cadre de stratification des priorités programmatiques et d'en faire l'élément essentiel contribuant au projet de ventilation budgétaire par secteur et initiative de programme, aux fins de consolidation du cadre de gestion fondé sur les résultats au sein de l'OPS en privilégiant pour ce faire la simplification ainsi que la transparence et la responsabilité accrues.

4. De demander à la Directrice d'inclure les commentaires formulés par les membres du Comité exécutif dans le document révisé qui sera examiné par le 52^e Conseil directeur et d'opérer les ajustements nécessaires pour refléter les résultats des consultations nationales (valeurs de référence, cibles et modifications budgétaires en fonction des groupements régionaux des priorités programmatiques).

5. De recommander que le 52^e Conseil directeur adopte une résolution dont la teneur serait comme suit :

**PROJET DE BUDGET PROGRAMME 2014-2015 DE
L'ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ**

LE 52^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant examiné le *Projet de budget programme 2014-2015 de l'Organisation panaméricaine de la Santé (Document officiel ___)* ;

Ayant examiné le rapport du Comité exécutif (document CD52/___) ;

Notant les efforts consentis par le Bureau sanitaire panaméricain (BSP) pour proposer un budget programme qui tienne compte tant du climat financier mondial et régional que de ses incidences sur les États Membres ainsi que du respect des engagements souscrits par les États Membres et l'Organisation en matière de santé publique ;

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

DÉCIDE :

1. D'approuver le programme de travail du BSP prévoyant une croissance nulle dans les contributions fixées nettes, comme le prévoit le budget programme 2014-2015 de l'OPS.

2. D'encourager tous les États Membres, les États participants et les Membres associés à verser des contributions volontaires entièrement souples, lesquelles seront

gérées dans un fonds spécial, ce qui compensera la réduction du budget ordinaire (US\$ 6 millions¹) résultant d'une croissance nominale zéro, dont les ressources serviront à satisfaire les priorités établies dans le budget programme 2014-2015.

3. D'encourager les États Membres à continuer leur plaidoyer en faveur d'une part équitable des ressources de l'OMS et, en ce qui concerne l'OMS en particulier, de maintenir l'affectation des contributions fixées au moins au même niveau que celui de l'exercice biennal actuel, soit \$80,7 millions.

4. D'encourager les États Membres à effectuer des paiements au titre de leurs quotes-parts pour l'exercice 2013 ainsi que de leurs arriérés correspondant aux exercices 2011 et 2012, ainsi qu'à s'engager à effectuer des paiements opportuns durant l'exercice biennal 2014-2015.

5. D'affecter, pour l'exercice budgétaire 2014-2015, la somme de \$297 340 000 comme suit : a) \$279 100 000 pour les besoins du budget de fonctionnement effectif (catégories 1 à 6), ce qui représente une croissance nominale zéro dans les contributions fixées pour les États Membres de l'OPS, les États participants et les Membres associés et d'imputer cette somme aux contributions fixées pour l'exercice 2012-2013 et b) \$18 240 000 à titre de virement au Fonds de péréquation des impôts (section 17) comme indiqué au tableau ci-après :

Catégorie et secteur de programme		Programmes de base
		Budget ordinaire (en dollars des États-Unis)
1	Maladies transmissibles	
1.1	VIH/sida et MST	4 904 000
1.2	Tuberculose	5 011 000
1.3	Paludisme et autres maladies à transmission vectorielle (dont la dengue et la maladie de Chagas)	5 052 000
1.4	Maladies tropicales et zoonoses négligées	3 980 000
1.5	Maladies évitables par la vaccination (dont le maintien de l'éradication de la polio)	3 495 000
	<i>Total partiel Catégorie 1</i>	22 442 000
2	Maladies non transmissibles	
2.1	Maladies non transmissibles et facteurs de risques	12 053 000
2.2	Santé mentale	1 527 000
2.3	Violences et blessures	3 074 000

¹ Sauf stipulation contraire, toutes les valeurs monétaires dans le présent rapport sont exprimées en dollars des États-Unis.

Catégorie et secteur de programme		Programmes de base
		Budget ordinaire (en dollars des États-Unis)
2.4	Handicaps et rééducation	1 509 000
2.5	Nutrition	6 233 000
	<i>Total partiel Catégorie 2</i>	24 396 000
3	Déterminants de la santé et promotion de la santé à toutes les étapes de la vie	
3.1	Santé de la femme, de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent ; santé sexuelle et génésique	13 416 000
3.2	Vieillesse et santé	1 043 000
3.3	Intégration d'une démarche antisexiste, soucieuse de l'équité et respectueuse des droits de l'homme et de l'origine ethnique	5 501 000
3.4	Santé et environnement	7 198 000
3.5	Déterminants sociaux de la santé	5 937 000
	<i>Total partiel Catégorie 3</i>	33 095 000
4	Systèmes de santé	
4.1	Gouvernance et financement de la santé, politiques, stratégies et plans sanitaires nationaux	10 583 000
4.2	Services de santé intégrés centrés sur la personne	7 630 000
4.3	Accès aux produits médicaux et renforcement de la capacité de réglementation	8 946 000
4.4	Informations et données factuelles sur les systèmes de santé	12 590 000
4.5	Ressources humaines pour la santé	5 188 000
	<i>Total partiel Catégorie 4</i>	44 937 000
5	Préparation, surveillance et intervention	
5.1	Capacités d'alerte et d'intervention	4 721 000
5.2	Maladies à tendance épidémique et pandémique	6 267 000
5.3	Gestion des crises et des risques associés aux urgences	4 504 000
5.4	Sécurité sanitaire des aliments	3 171 000
	<i>Total partiel Catégorie 5</i>	18 663 000
	Total partiel catégories 1 à 5	143 533 000
6	Services institutionnels et fonctions d'appui	
6.1	Leadership et gouvernance	56 319 000
6.2	Transparence, responsabilisation et gestion des risques	2 929 000
6.3	Planification stratégique, coordination des ressources et établissement de rapports	23 987 000
	<i>(suite)</i>	

Catégorie et secteur de programme		Programmes de base
		Budget ordinaire (en dollars des États-Unis)
6.4	Gestion et administration	43 291 000
	Gestion et administration (PMIS)	
6.5	Communications stratégiques	9 041 000
	<i>Total partiel Catégorie 6</i>	135 567 000
	Total partiel (catégories 1 à 6)	279 100 000
	Imposition	18 240 000
	BUDGET TOTAL	297 340 000

6. D'arrêter que les crédits ouverts seront financés à partir des sources ci-après :
- a) Imposition au regard des :
 - États Membres, États participants et Membres associés imposés en fonction du barème adopté 210 640 000
 - b) Recettes diverses 6 000 000
 - c) Part AMRO (calcul fondé sur des affectations correspondant à l'exercice 2012-2013) 80 700 000
- TOTAL..... 297 340 000

7. D'arrêter que, dans les contributions établies au regard des États Membres, des États participants et des Membres associés, les sommes imposées seront également défalquées de la somme versée à leur crédit dans le Fonds de péréquation des impôts, étant entendu toutefois que les crédits des États qui imposent les traitements versés par le BSP à leurs ressortissants et résidents seront défalqués des sommes correspondant à ces remboursements d'impôts effectués par le BSP.

8. D'arrêter que, conformément au Règlement financier de l'OPS, des sommes non supérieures aux crédits établis au paragraphe 2 seront disponibles aux fins d'acquittement des obligations contractées du 1^{er} janvier 2014 au 31 décembre 2015 ; nonobstant la disposition figurant dans ce paragraphe, les obligations correspondant à l'exercice budgétaire 2014-2015 seront limitées au budget de fonctionnement effectif, c'est-à-dire aux catégories 1 à 6 du tableau des ouvertures de crédits figurant au paragraphe 2.

9. D'arrêter que la Directrice sera habilitée à opérer des virements entre les sections des crédits inscrits au budget de fonctionnement effectif à concurrence de 10 % de la

somme inscrite pour le secteur de programme à partir duquel le virement est effectué ; les virements excédant 10 % entre secteurs de programme peuvent être effectués avec l'assentiment du Comité exécutif, tous les virements des crédits budgétaires devant être communiqués au Conseil directeur ou à la Conférence sanitaire panaméricaine.

10. Qu'une somme ne dépassant pas 5 % du budget affecté au niveau pays sera réservée à titre d' « allocation pays variable » comme le prévoit la politique budgétaire de l'OPS. Les dépenses au titre de l'allocation pays variable seront autorisées par la Directrice conformément aux critères approuvés durant la 2^e session du Sous-comité du Programme, du Budget et de l'Administration et présentés à la 142^e session du Comité exécutif comme établi dans le document CE142/8. Les dépenses effectuées à partir de l'allocation variable pays seront reflétées dans les catégories de crédits correspondantes (1 à 6) au moment de la rédaction du rapport.

11. Qu'une part additionnelle, correspondant à 5 % du budget affecté au niveau pays, sera réservée à titre de « composante fondée sur les résultats » comme le prévoit la politique budgétaire de l'OPS. L'allocation dans la composante fondée sur les résultats sera autorisée par la Directrice conformément aux critères établis dans la politique budgétaire.

12. De calculer que le montant des dépenses dans le budget programme 2014-2015 sera financé par d'autres sources à hauteur de \$290 000 000 comme le prévoit le *Document officiel* __.

(Huitième réunion, 20 juin 2013)

CE152.R17 : Contributions fixées des États Membres, des États participants et des Membres associés de l'Organisation panaméricaine de la Santé pour 2014-2015

LA 152^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Attendu que dans la résolution CE152.R16, le Comité exécutif a recommandé que le 52^e Conseil directeur approuve le programme et le budget de l'OPS (*Document officiel* __) ;

Prenant en considération le fait que le barème des contributions de l'OPS pour la période 2012-2014 est basé sur le barème des contributions de l'Organisation des États Américains ;

DÉCIDE :

De recommander que le 52^e Conseil directeur adopte une résolution dans les termes suivants :

CONTRIBUTIONS FIXÉES DES ÉTATS MEMBRES, DES ÉTATS PARTICIPANTS ET DES MEMBRES ASSOCIÉS DE L'ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ POUR 2014-2015

LE 52^e CONSEIL DIRECTEUR,

Attendu que dans la résolution CD52.R__, le Conseil directeur a approuvé le programme et le budget 2014-2015 de l'OPS (*Document officiel* __) ;

Tenant compte du fait que d'après le Code sanitaire panaméricain, le barème des contributions fixées s'appliquant aux États Membres de l'Organisation panaméricaine de la Santé sera basé sur le barème des contributions adopté par l'Organisation des États Américains pour ses membres, et que dans la résolution CD52.R__, le Conseil directeur a adopté le barème des contributions pour les membres de l'OPS pour la période biennale 2014-2015,

DÉCIDE :

D'établir les contributions fixées des États Membres, des États participants et des Membres associés de l'Organisation panaméricaine de la Santé pour la période comptable 2014-2015 conformément au barème des contributions exposé ci-dessous et selon les sommes correspondantes, lesquelles ne représentent aucune augmentation par rapport à la période biennale 2012-2013.

**CONTRIBUTIONS DES ÉTATS MEMBRES, DES ÉTATS PARTICIPANTS ET DES MEMBRES ASSOCIÉS
DE L'ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ POUR 2014-2015**

(1) Membres	(2)		(3)		(4)		(5)		(6)	
	Barème adapté aux membres de l'OPS		Contribution brute		Crédit provenant du Fonds de péréquation des impôts		Réajustements relatifs aux impôts prélevés par les États Membres sur les émoluments du personnel du BSP		Contribution nette	
	2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015
	%	%	\$ US	\$ US	\$ US	\$ US	\$ US	\$ US	\$ US	\$ US
États Membres										
Antigua-et-Barbuda	0,022	0,022	23 170	23 170	2 006	2 006			21 164	21 164
Argentine	2,408	2,408	2 536 106	2 536 106	219 610	219 610			2 316 496	2 316 496
Bahamas	0,062	0,062	65 298	65 298	5 654	5 654			59 644	59 644
Barbade	0,045	0,045	47 394	47 394	4 104	4 104			43 290	43 290
Belize	0,022	0,022	23 170	23 170	2 006	2 006			21 164	21 164
Bolivie	0,049	0,049	51 607	51 607	4 469	4 469			47 138	47 138
Brésil	9,941	9,941	10 469 861	10 469 861	906 619	906 619			9 563 242	9 563 242
Canada	11,972	11,972	12 608 910	12 608 910	1 091 846	1 091 846	45 000	45 000	11 562 064	11 562 064
Chili	1,189	1,189	1 252 255	1 252 255	108 437	108 437			1 143 818	1 143 818
Colombie	1,049	1,049	1 104 807	1 104 807	95 669	95 669			1 009 138	1 009 138

CONTRIBUTIONS DES ÉTATS MEMBRES, DES ÉTATS PARTICIPANTS ET DES MEMBRES ASSOCIÉS
DE L'ORGANISATION PANAMÉRICAINE DE LA SANTÉ POUR 2014-2015

(1) Membres	(2) Barème adapté aux membres de l'OPS		(3) Contribution brute		(4) Crédit provenant du Fonds de péréquation des impôts		(5) Réajustements relatifs aux impôts prélevés par les États Membres sur les émoluments du personnel du BSP		(6) Contribution nette	
	2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015
	%	%	\$ US	\$ US	\$ US	\$ US	\$ US	\$ US	\$ US	\$ US
Costa Rica	0,221	0,221	232 757	232 757	20 155	20 155			212 602	212 602
Cuba	0,183	0,183	192 736	192 736	16 690	16 690			176 046	176 046
Dominique	0,022	0,022	23 170	23 170	2 006	2 006			21 164	21 164
El Salvador	0,114	0,114	120 065	120 065	10 397	10 397			109 668	109 668
Équateur	0,258	0,258	271 726	271 726	23 530	23 530			248 196	248 196
États-Unis d'Amérique	59,445	59,445	62 607 474	62 607 474	5 421 384	5 421 384	10 000 000	10 000 000	67 186 090	67 186 090
Grenade	0,022	0,022	23 170	23 170	2 006	2 006			21 164	21 164
Guatemala	0,168	0,168	176 938	176 938	15 322	15 322			161 616	161 616
Guyana	0,022	0,022	23 170	23 170	2 006	2 006			21 164	21 164
Haïti	0,034	0,034	35 809	35 809	3 101	3 101			32 708	32 708
Honduras	0,051	0,051	53 713	53 713	4 651	4 651			49 062	49 062

**CONTRIBUTIONS DES ÉTATS MEMBRES, DES ÉTATS PARTICIPANTS ET DES MEMBRES ASSOCIÉS
DE L'ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ POUR 2014-2015**

(1) Membres	(2)		(3)		(4)		(5)		(6)	
	Barème adapté aux membres de l'OPS		Contribution brute		Crédit provenant du Fonds de péréquation des impôts		Réajustements relatifs aux impôts prélevés par les États Membres sur les émoluments du personnel du BSP		Contribution nette	
	2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015
	%	%	\$ US	\$ US	\$ US	\$ US	\$ US	\$ US	\$ US	\$ US
Jamaïque	0,093	0,093	97 948	97 948	8 482	8 482			89 466	89 466
Mexique	8,281	8,281	8 721 549	8 721 549	755 227	755 227			7 966 322	7 966 322
Nicaragua	0,034	0,034	35 809	35 809	3 101	3 101			32 708	32 708
Panama	0,158	0,158	166 406	166 406	14 410	14 410			151 996	151 996
Paraguay	0,093	0,093	97 948	97 948	8 482	8 482			89 466	89 466
Pérou	0,688	0,688	724 602	724 602	62 746	62 746			661 856	661 856
République dominicaine	0,257	0,257	270 672	270 672	23 438	23 438			247 234	247 234
Sainte-Lucie	0,022	0,022	23 170	23 170	2 006	2 006			21 164	21 164
Saint-Kitts-et-Nevis	0,022	0,022	23 170	23 170	2 006	2 006			21 164	21 164
Saint-Vincent-et-les Grenadines	0,022	0,022	23 170	23 170	2 006	2 006			21 164	21 164
Suriname	0,034	0,034	35 809	35 809	3 101	3 101			32 708	32 708

CONTRIBUTIONS DES ÉTATS MEMBRES, DES ÉTATS PARTICIPANTS ET DES MEMBRES ASSOCIÉS
DE L'ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ POUR 2014-2015

(1) Membres	(2) Barème adapté aux membres de l'OPS		(3) Contribution brute		(4) Crédit provenant du Fonds de péréquation des impôts		(5) Réajustements relatifs aux impôts prélevés par les États Membres sur les émoluments du personnel du BSP		(6) Contribution nette	
	2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015
	%	%	\$ US	\$ US	\$ US	\$ US	\$ US	\$ US	\$ US	\$ US
Trinité-et-Tobago	0,180	0,180	189 576	189 576	16 416	16 416			173 160	173 160
Uruguay	0,214	0,214	225 385	225 385	19 517	19 517			205 868	205 868
Venezuela	2,186	2,186	2 302 295	2 302 295	199 363	199 363	0	0	2 102 932	2 102 932
Total partiel	<u>99,583</u>	<u>99,583</u>	<u>104 880 815</u>	<u>104 880 815</u>	<u>9 081 969</u>	<u>9 081 969</u>	<u>10 045 000</u>	<u>10 045 000</u>	<u>105 843 846</u>	<u>105 843 846</u>
États participants										
France	0,219	0,219	230 651	230 651	19 973	19 973			210 678	210 678
Royaume des Pays-Bas	0,017	0,017	17 904	17 904	1 550	1 550			16 354	16 354
Royaume-Uni	0,046	0,046	48 447	48 447	4 195	4 195			44 252	44 252
Total partiel	<u>0,282</u>	<u>0,282</u>	<u>297 002</u>	<u>297 002</u>	<u>25 718</u>	<u>25 718</u>			<u>271 284</u>	<u>271 284</u>
Membres associés										
Aruba*	0,017	0,017	17 904	17 904	1 550	1 550			16 354	16 354

**CONTRIBUTIONS DES ÉTATS MEMBRES, DES ÉTATS PARTICIPANTS ET DES MEMBRES ASSOCIÉS
DE L'ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ POUR 2014-2015**

(1) Membres	(2) Barème adapté aux membres de l'OPS		(3) Contribution brute		(4) Crédit provenant du Fonds de péréquation des impôts		(5) Réajustements relatifs aux impôts prélevés par les États Membres sur les émoluments du personnel du BSP		(6) Contribution nette	
	2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015
	%	%	\$ US	\$ US	\$ US	\$ US	\$ US	\$ US	\$ US	\$ US
Curaçao*	0,017	0,017	17 904	17 904	1 550	1 550			16 354	16 354
Porto Rico	0,084	0,084	88 469	88 469	7 661	7 661			80 808	80 808
Sint-Maartin*	0,017	0,017	17 904	17 904	1 550	1 550			16 354	16 354
Total partiel	<u>0,135</u>	<u>0,135</u>	<u>142 181</u>	<u>142 181</u>	<u>12 311</u>	<u>12 311</u>			<u>129 870</u>	<u>129 870</u>
TOTAL	<u>100,000</u>	<u>100,000</u>	<u>105 319 998</u>	<u>105 319 998</u>	<u>9 119 998</u>	<u>9 119 998</u>	<u>10 045 000</u>	<u>10 045 000</u>	<u>106 245 000</u>	<u>106 245 000</u>

(5) Cette colonne contient les sommes estimatives que les gouvernements membres respectifs devaient recevoir en 2010-2011 relativement aux impôts retenus par eux sur les émoluments que les membres du personnel reçoivent du BSP. Ces sommes sont réajustées pour tenir compte de la différence entre les chiffres estimatifs et les chiffres réels pour les années antérieures.

* Aruba, Curaçao et Sint-Maartin ont été admises comme Membres associés durant la 28^e Conférence sanitaire panaméricaine. Le barème final est en instance jusqu'à la discussion qui doit avoir lieu avec les États Membres ; il sera présenté au Conseil directeur en septembre 2013.

(Huitième réunion, 20 juin 2013)

Décisions

CE152(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 la Directrice, tel qu'amendé par le Comité (document CE152/1, Rév. 1).

(Première réunion, 17 juin 2013)

CE152(D2) : Représentation du Comité exécutif au 52^e Conseil directeur de l'OPS, 65^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 Pérou et El Salvador, son Président et son Vice Président, respectivement, pour représenter le Comité lors du 52^e Conseil directeur de l'OPS, 65^e Session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques. Le Chili et la Jamaïque étaient élus comme représentants de remplacement.

(Sixième réunion, 19 juin 2013)

EN FOI DE QUOI, le Président du Comité exécutif, Délégué du Pérou et le Secrétaire de droit, Directrice du Bureau sanitaire panaméricain, signent le présent Rapport final en langue espagnole.

FAIT à Washington, D.C., en ce vingt-et-unième jour de juin de l'année deux mille treize. Le Secrétaire déposera le document original dans les archives du Bureau sanitaire panaméricain.

Víctor Raúl Cuba Oré
Délégué du Pérou
Président de la 152^e Session du Comité
exécutif

Carissa Etienne
Directrice du Bureau sanitaire
panaméricain et Secrétaire de droit de la
152^e Session du Comité exécutif

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 réunions
- 2.2 Représentation du Comité exécutif lors du 52^e Conseil directeur de l'OPS, 65^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques
- 2.3 Ordre du jour provisoire du 52^e Conseil directeur de l'OPS, 65^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques

3. QUESTIONS RELATIVES AU COMITÉ

- 3.1 Rapport sur la septième session du Sous-comité du programme, budget et administration
- 3.2 Prix de l'OPS pour l'administration (2013)
- 3.2 Organisations non gouvernementales en relations officielles avec l'OPS
- 3.3 Rapport annuel du Bureau d'éthique (2012)
- 3.4 Rapport du Comité d'audit de l'OPS
- 3.5 Nomination d'un membre au Comité d'audit de l'OPS

4. QUESTIONS RELATIVES À LA POLITIQUE DES PROGRAMMES

- 4.1 Projet de Plan stratégique de l'OPS 2014-2019
- 4.2 Projet du Programme et budget de l'OPS 2014-2019
- 4.3 Protection sociale en matière de santé

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

- 4.4 Plan d'action pour la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles
- 4.5 Elaboration de politiques sur la base de données factuelles à l'appui des programmes nationaux de vaccination
- 4.6 Coopération entre les pays pour le développement sanitaire aux les Amériques
- 4.7 L'insuffisance rénale chronique dans les communautés agricoles en Amérique centrale

5. QUESTIONS ADMINISTRATIVES ET FINANCIÈRES

- 5.1 Rapport sur le recouvrement des contributions
- 5.2 Rapport financier du Directeur et rapport du Commissaire aux comptes externe pour 2012
- 5.3 Rapport du Bureau de contrôle interne et services d'évaluation
- 5.4 Amendements au Règlement financier
- 5.5 Examen de la commission prélevée sur les achats de fourniture de santé publique effectués pour le compte des États Membres
- 5.6 Statut des projets financés par le compte de réserve de l'OPS
- 5.7 Plan directeur d'investissement

6. QUESTIONS RELATIVES AU PERSONNEL

- 6.1 Amendements au Règlement du personnel du BSP
- 6.2 Statistiques des effectifs du BSP
- 6.3 Déclaration du représentant de l'Association du personnel de l'OPS/OMS

7. QUESTIONS POUR INFORMATION

- 7.1 Mise à jour sur la Réforme de l'OMS
- 7.2 Programme général de travail de l'OMS 2014-2019 et de budget programme 2014-2015 de l'OMS
- 7.3 Projet pour la Modernisation du système de gestion de l'information du Bureau sanitaire panaméricain : Rapport d'avancement
- 7.4 Rapport sur la 16^e Réunion interaméricaine, au niveau ministériel, sur la santé et l'agriculture (RIMSA 16)
- 7.5 Troisième forum mondial sur les ressources humaines pour la santé : rapport sur les préparatifs (par le Brésil)
- 7.6 La santé dans le programme de développement pour l'après-2015 : rapport sur les préparatifs pour le panel
- 7.7 Rapports d'avancement sur les questions techniques
 - A. Stratégie et plan d'action régionaux sur la santé néonatale dans le contexte des soins apportés à la mère, au nouveau-né et à l'enfant (2008-2015) : évaluation a mi-parcours
 - B. Stratégie et plan d'action pour l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis congénitale : évaluation a mi-parcours
 - C. Objectifs du Millénaire pour le développement et cibles sanitaires dans la Région des Amériques
 - D. Mise en œuvre de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac
 - E. Plan régional sur la santé des travailleurs
 - F. Vers l'élimination de l'onchocercose (cécité des rivières) dans les Amériques
 - G. Plan d'action régional pour le renforcement du recueil des données d'état civil et de santé
 - H. Mise en œuvre du Règlement sanitaire international
 - I. Situation des Centres panaméricains

7. QUESTIONS POUR INFORMATION (*suite*)

7.8 Résolutions et autres actions d'organisations intergouvernementales revêtant un intérêt pour l'OPS

- A. Soixante-sixième Assemblée mondiale de la Santé
- B. Organisations sous-régionales

8. AUTRES AFFAIRES

9. CLÔTURE DE LA SESSION

LISTE DES DOCUMENTS

Document officiel

Document Officiel
344 Rapport financier du Directeur et rapport du Commissaire
aux comptes externe pour 2012

Documents de travail

CE152/1, Rév. 1 CE152/WP	Ordre du jour Programme des réunions
CE152/2	Représentation du Comité exécutif lors du 52 ^e Conseil directeur de l'OPS, 65 ^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques
CE152/3	Ordre du jour provisoire du 52 ^e Conseil directeur de l'OPS, 65 ^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques
CE152/4	Rapport sur la septième session du Sous-comité du programme, budget et administration
CE152/5 et Add. I	Prix de l'OPS pour l'administration (2013)
CE152/6	Organisations non gouvernementales en relations officielles avec l'OPS
CE152/7	Rapport annuel du Bureau d'éthique (2012)
CE152/8, Rév. 1	Rapport du Comité d'audit de l'OPS
CE152/9	Nomination d'un membre au Comité d'audit de l'OPS
CE152/10, Rév. 1 et Add. I, Rév. 1	Projet de Plan stratégique de l'OPS 2014-2019
CE152/11, Rév. 1 et Add. I et II	Projet du Programme et budget de l'OPS2014-2019
CE152/12, Rév. 1	Protection sociale en matière de santé

Documents de travail (*suite*)

CE152/13, Rév. 1	Plan d'action pour la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles
CE152/14	Elaboration de politiques sur la base de données factuelles à l'appui des programmes nationaux de vaccination
CE152/15	Coopération entre les pays pour le développement sanitaire aux Amériques
CE152/16, Rév. 1 et Add. I	Rapport sur le recouvrement des contributions
CE152/17	Rapport du Bureau de contrôle interne et services d'évaluation
CE152/18	Amendements au Règlement financier
CE152/19	Examen de la commission prélevée sur les achats de fourniture de santé publique effectués pour le compte des États Membres
CE152/20	Statut des projets financés par le compte de réserve de l'OPS
CE152/21	Plan directeur d'investissement
CE152/22	Amendements au Règlement du personnel du BSP
CE152/23	Statistiques des effectifs du BSP
CE152/24	Déclaration du représentant de l'Association du personnel de l'OPS/OMS
CE152/25	L'insuffisance rénale chronique dans les communautés agricoles en Amérique centrale

Documents de information

CE151/INF/1	Mise à jour sur la Réforme de l'OMS
CE152/INF/2	Programme général de travail de l'OMS 2014-2019 et de budget programme 2014-2015 de l'OMS
CE152/INF/3	Projet pour la Modernisation du système de gestion de l'information du Bureau sanitaire panaméricain : Rapport d'avancement

Documents de information (*suite*)

- CE152/INF/4 Rapport sur la 16^e Réunion interaméricaine, au niveau ministériel, sur la santé et l'agriculture (RIMSA 16)
- CE152/INF/5 Troisième forum mondial sur les ressources humaines pour la santé : rapport sur les préparatifs (par le Brésil)
- CE152/INF/6 La santé dans le programme de développement pour l'après-2015 : rapport sur les préparatifs pour le panel
- CE152/INF/7 Rapports d'avancement sur les questions techniques :
- A. Stratégie et plan d'action régionaux sur la santé néonatale dans le contexte des soins apportés à la mère, au nouveau-né et à l'enfant (2008-2015) : évaluation à mi-parcours
 - B. Stratégie et plan d'action pour l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis congénitale : évaluation à mi-parcours
 - C. Objectifs du Millénaire pour le développement et cibles sanitaires dans la Région des Amériques (Rév. 1)
 - D. Mise en œuvre de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac
 - E. Plan régional sur la santé des travailleurs
 - F. Vers l'élimination de l'onchocercose (cécité des rivières) dans les Amériques
 - G. Plan d'action régional pour le renforcement du recueil des données d'état civil et de santé
 - H. Mise en œuvre du Règlement sanitaire international (Rév. 1)
 - I. Situation des Centres panaméricains
- CE152/INF/8 Résolutions et autres actions d'organisations intergouvernementales revêtant un intérêt pour l'OPS :
- A. Soixante-sixième Assemblée mondiale de la Santé
 - B. Organisations d'intégration sous-régionales

**LIST OF PARTICIPANTS/LISTA DE PARTICIPANTES
MEMBERS OF THE COMMITTEE/MIEMBROS DEL COMITÉ**

BRAZIL/BRASIL

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Sr. Alberto Kleiman
Assessor Especial para Assuntos
Internacionais em Saúde
Ministério da Saúde
Brasília

Delegates – Delegados

Sra. Juliana Vieira Borges Vallini
Assesora Internacional, Secretaria de
Vigilância em Saúde
Ministério da Saúde
Brasília

Sra. Indira Gonçalves
Técnica Especializada em Relações
Internacionais
Ministério da Saúde
Brasília

Mr. Erwin Epiphanyo
Representante Alternativo
Missão Permanente do Brasil junto à
Organização dos Estados Americanos
Washington, D.C.

CANADA/CANADÁ

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Mr. Robert Shearer
Director General
Office of International Affairs for the
Health Portfolio
Health Canada
Ottawa

Delegates – Delegados

Ms. Lucero Hernández
Senior Policy Analyst
Multilateral Relations Division
Office of International Affairs for the
Health Portfolio
Health Canada
Ottawa

CANADA/CANADÁ (cont.)

Delegates – Delegados (cont.)

Ms. Monica Palak
Senior Policy Analyst
Multilateral Relations Division
Office of International Affairs for the
Health Portfolio
Health Canada
Ottawa

Mr. Brett Maitland
Counsellor, Alternate Representative
of Canada to the Organization of
American States
Washington, D.C.

CHILE

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Luis Castillo
Subsecretario de Redes Asistenciales
Ministerio de Salud
Santiago

Delegates – Delegados

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

Sr. Rodrigo Olsen
Consejero, Representante Alternativo de
Chile ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

Sr. Francisco Devia
Primer Secretario, Representante Alternativo de
Chile ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

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

EL SALVADOR

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Matías Villatoro
Coordinador, Unidad de Gestión de
Servicios de Salud
Ministerio de Salud
San Salvador

Delegates – Delegados

Srta. Wendy Acevedo
Consejera, Representante Alterna de
El Salvador ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

Srta. María José Grandino
Consejera, Representante Alterna de
El Salvador ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

GRENADA/GRANADA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. George Mitchell
Acting Chief Medical Officer
Ministry of Health
St. George's

Delegate – Delegado

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

JAMAICA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. Dr. Fenton Ferguson
Minister of Health
Ministry of Health
Kingston

Delegate – Delegado

Dr. Jean Dixon
Permanent Secretary
Ministry of Health
Kingston

PARAGUAY

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Antonio H. Arbo Sosa
Ministro de Salud Pública y
Bienestar Social
Ministerio de Salud Pública y
Bienestar Social
Asunción

Delegates – Delegados

Excelentísimo Sr. Martín Sannemann
Embajador, Representante Permanente de
Paraguay ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

Sr. Adolfo Rene Marin Ferraira
Consejero, Representante Alterno de
Paraguay ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

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

PERU/PERÚ

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Víctor Raúl Cuba Oré
Director General
Oficina General de Cooperación
Internacional
Ministerio de Salud
Lima

Delegates – Delegados

Excelentísimo Sr. Walter Albán
Embajador, Representante Permanente
del Perú ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

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

Ministro Consejero Javier Yépez
Representante Alterno del Perú ante la
Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

Consejera Ana Lucía Nieto
Representante Alterna del Perú ante la
Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

Sr. Samuel Ashcallay
Tercer Secretario
Misión Permanente del Perú ante la
Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

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

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Mr. Colin McIlff
Health Attaché
U.S. Permanent Mission to the European
Office of the United Nations and other
International Organizations
Geneva

Delegates – Delegados

Ms. Ann Blackwood
Director of Health Programs
Office of Human Security
Bureau of International Organization Affairs
Department of State
Washington, D.C.

Dr. Jordan Tappero
Associate Director for Science
Centers for Disease Control and Prevention
Department of Health and Human Services
Atlanta, Georgia

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

Ms. Sonia Angell
Senior Advisor for Global Non-communicable
Diseases
Center for Global Health
Centers for Disease Control and Prevention
Department of Health and Human
Services
Atlanta, Georgia

Ms. Hannah Burris
International Health Advisor
Office of Global Health Affairs
Department of Health and Human
Services
Washington, D.C.

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

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

Delegates – Delegados (cont.)

Mr. Charles Darr
International Health Policy Analyst
Office of Global Health Affairs
Department of Health and Human
Services
Washington, D.C.

Mr. John Flanigan
Center for Global Health
Center for Diseases Control and Prevention
Department of Health and Human
Services
Atlanta, Georgia

Ms. Paula Harrison
Program Analyst
Office of Management, Policy, and
Resources
Bureau of International Organization Affairs
Department of State
Washington, D.C.

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

Ms. Peg Marshall
Bureau for Latin America and the Caribbean
US Agency for International Development
Washington, D.C.

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

Delegates – Delegados (cont.)

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

Ms. Ellie Panahi
Special Assistant
Office of Global Affairs
Department of Health and Human
Services
Washington, D.C.

Ms. Judnefera Rasayon
Program Analyst
Office of Human Security
Bureau of International Affairs
Department of State
Washington, D.C.

Ms. Alyson Rose-Wood
Senior International Health Analyst
Office of Global Health Affairs
Department of Health and Human
Services
Washington, D.C.

Ms. Veronica Valdivieso
Deputy Health Team Leader
Bureau for Latin America and the
Caribbean
US Agency for International Development
Washington, D.C.

**OTHER MEMBERS NOT SERVING THE COMMITTEE/
OTROS MIEMBROS QUE NO FORMAN PARTE DEL COMITÉ**

BARBADOS

Ms. Jane Brathwaite
Counselor, Alternate Representative of
Barbados to the Organization of the
American States
Washington, D.C.

COLOMBIA

Sra. Adriana Maldonado Ruiz
Primera Secretaria, Representante
Alternativa de Colombia ante la
Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

**DOMINICAN REPUBLIC/REPÚBLICA
DOMINICANA**

Srta. Carolina Peguero
Consejera
Embajada de República Dominicana
Washington, D.C.

GUATEMALA

Lic. José Carlos Castañeda y Castañeda
Asesor de Cooperación Internacional
Ministerio de Salud Pública
Ciudad de Guatemala

Lic. Jorge Loza
Coordinador de Cooperación Internacional
Ministerio de Salud Pública
Ciudad de Guatemala

Excelentísimo Sr. José R. Vielmann De León
Embajador, Representante Permanente de
Guatemala ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

HONDURAS

Excelentísimo Sr. Leonidas Rosa Bautista
Embajador, Representante Permanente de
Honduras ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

Excelentísimo Sr. Jorge Milla Reyes
Embajador, Representante Alterno de
Honduras ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

MEXICO/MÉXICO

Lic. Martha Caballero Abraham
Directora de Cooperación Bilateral
y Regional
Secretaría de Salud
México, D.F.

Sra. Dolores Jimenez
Ministra, Representante Alternativa de México
ante la Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

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

Lic. Ana Paola Riveros
Tercera Secretaria, Representante Alternativa
de México ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

**OTHER MEMBERS NOT SERVING THE COMMITTEE (cont.)/
OTROS MIEMBROS QUE NO FORMAN PARTE DEL COMITÉ (cont.)**

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

Dra. Carmen Velásquez de Visbal
Ministra Consejera, Representante
Alternativa de la República Bolivariana de
Venezuela ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

Srita. Marlene Da Vargem Da Silva
Consejera, Representante Alternativa de la
República Bolivariana de Venezuela ante
la Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

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

Sra. Marcella Camero Montanez
Segunda Secretaria, Representante Alternativa
de la República Bolivariana de Venezuela
ante la Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

Sra. Rocio Carolina Figueroa
Segunda Secretaria, Representante Alternativa
de la República Bolivariana de Venezuela
ante la Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

ASSOCIATE STATES/ESTADOS ASOCIADOS

ARUBA

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

**OBSERVER STATES/
ESTADOS OBSERVADORES**

SPAIN/ESPAÑA

Excmo. Sr. D. Jorge Hevia Sierra
Embajador, Observador Permanente
de España ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

SPAIN/ESPAÑA (cont.)

Sr. D. Guillermo Marín Gorbea
Observador Permanente Adjunto de España
ante la Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

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

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

Sra. Inés Bustillo
Mr. Fernando Flores

**United Nations Office for South-South
Cooperation/ Oficina de las Naciones
Unidas para la Cooperación Sur-Sur**

Mr. Rogel Nuguid
Mr. Francisco Simplicio
Ms. Teresa Liu
Ms. Mirriah Vitale

**United Nations Development Program/
Programa de las Naciones Unidas para el
Desarrollo**

Mr. Paul Clayman

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

American Public Health Association

Dr. Georges Benjamin

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

Ms. Marcela Gaitán

**Healthy Caribbean Coalition/Coalición del
Caribe Saludable**

Dr. Victor Coombs

U.S. Pharmacopeia

Dr. Damian Cairatti

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

Dr. Norberto Larroca

**SPECIAL GUESTS/
INVITADOS ESPECIALES**

**PAHO Audit Committee/
Comité de Auditoría de la OPS**

Mr. Alain Gillette
Mr. Peter Maertens

**Court of Audit of Spain/Tribunal de Cuentas
de España**

Ms. Dolores Genaro
Mr. Miguel Ángel Sánchez del Águila
Ms. Karen Ortíz

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

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

Dr. Carissa F. Etienne

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

Dr. Jon Kim Andrus
Deputy Director
Director Adjunto

Dr. José Romero Teruel
Assistant Director, a.i.
Subdirector Interino

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

Mr. Guillermo Birmingham
Director of Administration
Director de Administración

Dr. Heidi Jiménez
Legal Counsel, Office of Legal Counsel
Asesora Jurídica, Oficina del Asesor
Jurídico

Ms. Piedad Huerta
Senior Advisor, Governing Bodies Office
Asesora Principal, Oficina de los Cuerpos
Directivos



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



152^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF

Washington, D.C., ÉUA, du 17 au 21 juin 2013

CE152/FR (Fr.)
Annexe D

CE152/SS/FR (Fr)
29 avril 2013
ORIGINAL : ANGLAIS

RAPPORT FINAL SESSION SPÉCIALE DE LA 152^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF

TABLE DES MATIÈRES

	<i>Page</i>
Ouverture de la session	3
Questions relatives au règlement	
Adoption de l'ordre du jour	3
Questions relatives à la politique des programmes	
Allocation des fonds de l'OMS à la Région des Amériques	4
Clôture de la session	9
Résolutions	
<i>Résolution</i>	
CE152.SS.R1 Allocation des fonds de l'OMS à la Région des Amériques	10
Annexes	
Annexe A. Ordre du jour	
Annexe B. Liste des documents	
Annexe C. Liste des participants	

**RAPPORT FINAL
SESSION SPÉCIALE DE LA 152^e SESSION
DU COMITÉ EXÉCUTIF**

Ouverture de la session

1. Le Comité exécutif a tenu une réunion spéciale le 29 avril 2013 suite à une demande du Sous-comité du Programme, du Budget et de l'Administration et conformément à l'Article 17(a) de la Constitution de l'OPS. Des représentants des neuf membres du Comité (Brésil, Canada, Chili, El Salvador, États-Unis d'Amérique, Grenade, Jamaïque, Paraguay et Pérou) ont participé à la réunion, au même titre que les représentants des États Membres et Membres associés suivants : Argentine, Aruba, Bahamas, Barbade, Colombie, Cuba, Curaçao, Guatemala, Mexique, Nicaragua, Panama et Sint Maarten. Le Dr Mohamed Abdi Jama (Sous-directeur général chargé de l'administration à l'OMS) a participé au nom du Secrétariat de l'OMS. Certains participants ont assisté à la réunion en personne au Siège de l'OPS à Washington, D.C., alors que d'autres y ont pris part via téléphone ou logiciel de conférence sur le Web.

2. Dr. Víctor Raúl Cuba Oré (Pérou, Président du Comité exécutif) a ouvert la réunion et a souhaité la bienvenue aux participants, notant que l'objet principal de la réunion était de discuter de l'allocation budgétaire de l'OMS à la Région des Amériques.

3. La Directrice a également souhaité la bienvenue aux participants. Elle a observé que la réunion était organisée juste avant la Soixante-sixième Assemblée mondiale de la Santé, lors de laquelle serait discuté le budget programme de l'OMS pour 2014-2015. Le projet du budget programme qui sera présenté à l'Assemblée de la Santé tient compte des discussions précédentes des États Membres tenues pendant et après les réunions du Comité du Budget, du programme et de l'administration de l'OMS et du Conseil exécutif. La proposition avait été préparée avec grand soin et il était important de se rappeler de ce travail minutieux lors des discussions du Comité. Par ailleurs, il est tout aussi important de se rappeler de l'opinion bien arrêtée parmi les États Membres de l'OPS souhaitant une allocation équitable de la portion du budget de l'OMS octroyée à la Région. Elle a noté que le Directeur général de l'OMS lui avait demandé d'aviser le Comité qu'elle était pleinement engagée à mettre en place un mécanisme vérifiant la transparence concernant les affectations budgétaires aux régions de l'OMS.

Questions relatives au Règlement

Adoption de l'ordre du jour

4. Le Comité a adopté l'ordre du jour proposé dans le document CE152/SS/1.

Questions relatives à la politique des programmes

Allocation des fonds de l'OMS à la Région des Amériques (document CE152/SS/2)

5. Le Dr Matías Villatoro (El Salvador, Président de la septième Session du Sous-comité du Programme, du Budget et de l'Administration) a rappelé que, lors de l'examen par le Sous-comité du projet de programme et budget, lors de sa septième Session en mars 2013, (voir document SPBA7/FR, paragraphes 26 à 36), la déléguée du Mexique avait présenté des données sur la tendance historique du financement accordé par l'OMS à la Région des Amériques (AMRO). Le Bureau avait été prié de valider les données. Par la suite, en sa capacité de Président du Sous-comité, avait-il demandé au Bureau de convoquer une réunion virtuelle spéciale du Sous-comité pour discuter des données présentées par le Mexique et pour fournir des directives supplémentaires aidant les États Membres à se préparer pour l'Assemblée mondiale de la Santé en mai 2013.

6. La réunion spéciale s'est tenue le 17 avril 2013.¹ Le Sous-comité avait examiné un document préparé par le Bureau (document SPBA7/SS/2), présentant une vue générale du cadre juridique et des caractéristiques budgétaires qui distinguent l'OPS de l'OMS, ainsi qu'une comparaison des montants budgétisés par l'OMS pour la Région des Amériques et les montants effectivement perçus par la Région lors des trois exercices biennaux précédents. Le Sous-comité avait également pris connaissance d'une présentation par la déléguée du Mexique et avait examiné un document préparé par le Gouvernement du Mexique (document SPBA7/SS/3), contenant la déclaration proposée par les États Membres des Amériques sur les allocations de fonds de l'OMS à la Région. La déclaration proposée demandait au Secrétariat de l'OMS de garantir le financement intégral de l'allocation à la Région du budget de l'OMS 2014-2015 et de revoir les critères des affectations budgétaires régionales.

7. Le Sous-comité avait exprimé sa préoccupation face à la diminution de la part du budget de l'OMS accordée à la Région et avait demandé une approche plus transparente et plus équitable en matière d'affectation des ressources entre les Régions de l'OMS. Le fait que la Région manquait régulièrement de recevoir son allocation entière du budget de l'OMS était considérée une source de vive préoccupation. Il a également été jugé d'importance primordiale d'attirer l'attention de l'Assemblée mondiale de la Santé sur la question et on a jugé que le moment propice de le faire serait lors de la Soixante-sixième Assemblée mondiale de la Santé en mai, dans le contexte de la discussion de la réforme de l'OMS, du Douzième Programme général de travail de l'OMS et du budget programme de l'OMS pour 2014-2015.

8. Aussi, le Sous-comité a-t-il recommandé que le Comité exécutif organise une réunion spéciale avant l'ouverture officielle de sa 152^e Session pour que le Comité puisse adopter une résolution sur la question, qui sera transmise au Comité du Programme, du

¹ Le rapport final de la réunion est donné en annexe D du document SPBA7/FR.

Budget et de l'Administration de l'OMS. On a également recommandé que la question soit discutée par le Groupe des Amériques (GRUA) qui se rencontrerait avant l'Assemblée mondiale de la Santé et qu'une déclaration soit faite au nom des Amériques pendant l'Assemblée.

9. Mme Verónica Ortiz (Conseillère en Programme et budget au BSP) a présenté le document CE152/SS/2, mettant en exergue plusieurs aspects importants concernant l'allocation des fonds par l'OMS à la Région des Amériques. Elle a évoqué l'un de ces aspects : l'OPS, en plus d'être le Bureau régional de l'OMS pour les Amériques, était une organisation internationale indépendante, ce qui signifiait que ses Organes directeurs, et non pas l'Assemblée mondiale de la Santé, approuvait ses budgets et ses États Membres versaient des contributions fixées à l'OPS ainsi qu'à l'OMS. Cela signifiait aussi que l'OPS recevait des contributions fixées aussi bien directement que par le truchement de sa part du budget de l'OMS. La même chose s'appliquait aux contributions volontaires. Autre aspect important : les contributions volontaires de l'OPS (à savoir les fonds mobilisés par l'OPS en tant qu'organisation indépendante) ne peuvent pas être comptabilisées légalement comme contributions volontaires dans la part des contributions volontaires de l'OMS qui revient à la Région.

10. Récapitulant les chiffres du tableau 1 dans le document CE152/SS/2, elle a noté que, si l'OPS avait reçu pratiquement toute son allocation au titre du budget ordinaire de l'OMS en 2010-2011, l'Organisation a reçu uniquement 25% de sa part budgétisée des contributions volontaires de l'OMS. En date du 31 décembre 2012, l'OPS avait reçu \$30 millions environ de la part budgétisée de la Région s'élevant à plus de \$80 millions des contributions volontaires de l'OMS pour l'exercice biennal actuel. La figure 1 dans le document, indiquant la tendance dans les fonds budgétisés et fonds reçus ces trois derniers exercices biennaux, met à jour la tendance constante du sous-financement de contributions volontaires de l'OMS à la Région, puisque l'OPS ne reçoit que 30% environ de sa part budgétisée.

11. Une comparaison des montants reçus contre les montants budgétisés (y compris les crédits du budget ordinaire et les contributions volontaires) pour toutes les régions de l'OMS en 2010-2011 a indiqué que les Amériques recevaient la proportion la plus faible du financement escompté de l'OMS (49%, comparé à 57% pour la Région de l'Afrique, 62% pour la Région de l'Asie du Sud-est, 79% pour la Région de l'Europe, 59% pour la Région de la Méditerranée orientale et 83% pour la Région du Pacifique occidental). La Région avait également reçu la proportion la plus faible du budget de l'OMS pour les programmes de base : 6,1% en 2012-2013, alors que le mécanisme d'allocation stratégique des ressources, approuvé en 2006,² stipulait que la Région reçoive entre 6,3% et 7,7%. Pour 2014-2015, la part projetée pour la Région dans le budget total de l'OMS serait de 4,4%, alors que sa part du budget OMS pour les programmes de base serait de 5,4%. Le Bureau s'attendait à ce que les allocations du budget ordinaire de l'OMS à la

² Voir documents OMS EB118/7 et EBSS-EB118/2006/REC/1.

Région restent au même niveau que lors des deux exercices biennaux précédents (\$80,7 millions) bien que les allocations du budget ordinaire n'aient pas encore été établies. Le mécanisme de l'allocation stratégique des ressources de l'OMS a été abandonné et ne s'appliquera pas au budget de 2014-2015. On ne sait pas pourquoi il a été abandonné ni s'il allait être remplacé par un autre mécanisme stratégique.

12. Le Comité exécutif était invité à envisager la résolution proposée en annexe du document CE152/SS/2, contenant la déclaration proposée par les États Membres des Amériques et devant être présentée à la Dix-huitième réunion du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration de l'OMS et à la Soixante-sixième Assemblée mondiale de la Santé.

13. Le Comité s'est montré vivement préoccupé par la part de la Région qui va en s'amenuisant dans le budget de l'OMS, notant que non seulement cette part était inférieure au pourcentage envisagé dans le cadre du mécanisme de l'allocation stratégique des ressources, approuvé en 2006 mais aussi que les montants perçus étaient régulièrement inférieurs aux montants affectés. Le fait que la Région recevait nettement moins, tant en termes absolus qu'en termes proportionnels, que les autres régions de l'OMS étaient également un sujet de préoccupation. Les délégués ont noté que la portion des contributions volontaires du budget, en particulier, était sous-financée et que la portion des Amériques était financée à un niveau nettement moindre que celle des autres Régions. Une explication avait été demandée au Secrétariat de l'OMS sur la raison d'une telle divergence. Les délégués souhaitent savoir pourquoi le mécanisme d'allocation stratégique des ressources de 2006 n'avait pas été appliqué et quels étaient les critères qui avaient été utilisés à sa place pour déterminer les affectations aux diverses régions dans le cadre du budget 2014-2015. On a insisté sur le fait que toute nouvelle méthode d'affectation des ressources qui pouvait être conçue pour remplacer le mécanisme de 2006 devait être juste, équitable et transparente et garantir la responsabilisation. On a également insisté sur le fait que l'hétérogénéité et les asymétries existantes dans les Amériques devaient être prises en compte dans la détermination des allocations à la Région.

14. Plusieurs délégués ont noté que le manque de certitude et l'impossibilité de prévoir le financement de la portion du budget de l'OMS allant à la Région font qu'il est difficile de prêter une attention suffisante aux priorités comme les maladies non transmissibles et les déterminants sociaux de la santé. Plusieurs délégués ont demandé quel était l'impact qu'avait eu les réductions et déficits du financement dans la portion du budget de l'OMS sur l'accomplissement des responsabilités de l'OPS face à l'OMS et sur la réalisation dans la Région des objectifs stratégiques et résultats escomptés sur l'ensemble de l'Organisation, fixés dans le Plan stratégique à moyen terme de l'OMS. Il est capital de présenter de solides données démontrant l'impact du déficit de financement pour étayer l'argument en faveur d'un financement accru de l'OMS pour la Région. Il était également de toute première importance de "vendre" l'OPS comme une organisation leste, efficace et axée sur les résultats.

15. Mme Ortíz a affirmé que la part de la Région dans le budget de l'OMS s'élevait en 2012-2013 à 6,1%, proportion inférieure donc à la fourchette des 6,3% à 7,7% stipulée dans le cadre du mécanisme d'octroi des ressources de 2006. Qui plus est, le pourcentage reçu effectivement avait encore été plus faible que ce montant. En 2010–2011, un montant de \$245 millions avait été alloué à la Région alors qu'en fait la Région n'avait reçu que la moitié de cette somme : \$121 millions. Nul doute que le déficit de financement avait eu un impact sur la capacité du Bureau à fournir une coopération technique et il existait une relation assez directe entre le pourcentage du financement reçu et la mesure dans laquelle les résultats escomptés avaient été atteints.

16. Le Dr Amalia del Riego (Conseillère principale en Planification et coordination des ressources au BSP) a ajouté que dans les opérations quotidiennes, les lacunes du financement d'une source étaient comblées avec les fonds disponibles à partir d'autres sources et qu'il n'était donc pas possible d'identifier les domaines où l'impact souhaité n'avait pas été atteint à cause de la diminution des fonds de l'OMS. Néanmoins, l'impact sur le budget général de l'Organisation ne laissait aucun doute, comme l'avait montré la présentation de Mme Ortíz.

17. La Directrice a fait savoir qu'à sa connaissance les divergences dans l'allocation des contributions volontaires entre les régions était dues au fait que le financement volontaire mobilisé par d'autres régions était compté dans la composante des contributions volontaires du budget de l'OMS alors que le financement volontaire mobilisé par l'OMS ne l'était pas. Les principaux responsables du Secrétariat de l'OMS étaient d'avis qu'une portion des contributions volontaires de l'OPS devrait être comptée dans la part qui revenait à la Région dans les contributions volontaires de l'OMS. La Directrice convenait de la nécessité de se donner des critères transparents pour déterminer les affectations budgétaires entre les régions. Par ailleurs, vu que l'OMS ne recevait pas tout le financement volontaire prévu dans le budget, il fallait aussi, à son avis, se donner des directives claires pour déterminer le pourcentage des contributions volontaires disponibles qui serait versé à chaque Région.

18. Alors que le Comité envisageait le type d'action à prendre en la matière, elle encourageait les États Membres à garder présent à l'esprit que l'établissement d'un budget relevait d'une procédure longue et complexe. Si les États Membres des Amériques décidaient d'insister pour que le mécanisme de l'allocation stratégique des ressources de 2006 soit appliqué au budget programme proposé de l'OMS pour 2014-2015, cela causerait sans aucun doute des retards dans l'Assemblée mondiale de la Santé de mai 2013. Aussi, proposait-elle que les États Membres revendiquent simplement la mise au point et l'adoption d'un mécanisme d'allocation clair, équitable et transparent qui sera appliqué aux futurs budgets.

19. Le Dr Mohamed Abdi Jama (Sous-directeur général chargé de l'administration de l'OMS), s'est exprimé par téléphone depuis le Siège de l'OMS, et a expliqué que le mécanisme de l'allocation stratégique des ressources, approuvé en 2006, avait été une

mesure limitée dans le temps qui devait expirer en 2013. Un mécanisme de remplacement n'avait pas encore été conçu mais les diverses options étaient en train d'être discutées dans le cadre de la réforme de l'OMS au sein d'une équipe spéciale dirigée par le Directeur régional pour l'Europe et le Directeur général adjoint de l'OMS. La question serait ouverte aux fins de discussion par les États Membres dans les mois à venir. Dans l'attente, le Directeur général avait suggéré que les ressources suivent les fonctions, à savoir que les ressources se dirigent vers le niveau ou la partie de l'Organisation où les fonctions spécifiques étaient exécutées. Cette idée avait informé l'affectation proposée du budget de 2014-2015. Le principal critère appliqué pour déterminer les affectations se situait au niveau des dépenses en date de décembre 2012.

20. Concernant les raisons pour lesquelles les Amériques semblaient recevoir une proportion moindre des contributions volontaires de l'OMS que les autres régions, il a expliqué que les montants alloués aux autres régions comprenaient les fonds recouverts par la Région elle-même et les contributions volontaires transitant par le Secrétariat de l'OMS. Dans toutes les régions, à l'exception de la Région de l'Afrique, le financement recouvert dans la Région représentait plus de la moitié de l'allocation de la Région des contributions volontaires et pouvait aller jusqu'à 80%. La Région des Amériques était la seule Région pour laquelle le financement volontaire mobilisé au niveau régional n'était pas compté dans la part des contributions volontaires de l'OMS revenant à la Région. Il a indiqué que les Amériques touchaient cependant le même pourcentage que toutes les autres régions, sauf l'Afrique, des contributions volontaires acheminées par le Secrétariat de l'OMS. Ce pourcentage se situait dans une fourchette allant de 20% à 30%.

21. En réponse aux remarques du Dr Jama, un délégué a indiqué que le mécanisme d'allocation stratégique ne semblait pas spécifier de délais limites sur son application et il souhaitait que le Dr Jama puisse mettre au clair la date d'expiration. Une autre déléguée voulait qu'on lui confirme que, lorsque les États Membres approuvent collectivement le budget de l'OMS, le budget de l'OPS en tant qu'organisation indépendante n'était pas pris en compte pour déterminer le montant alloué à la Région des Amériques. Si tel était bien le cas, elle se demandait alors pourquoi ce montant était en baisse constante.

22. Le Dr Jama a confirmé que le budget de l'OMS ne reflétait que les contributions volontaires générées par le biais du siège de l'OMS. Il n'indiquait pas de telles contributions générées au niveau régional dans les Amériques. Il a réitéré que, pour toutes les autres régions sauf l'Afrique, la composante des contributions volontaires de leurs budgets comprenait le financement volontaire mobilisé par la Région elle-même, complété par les contributions volontaires transitant par le siège de l'OMS.

23. Plusieurs délégués ont fait savoir que le sous-financement de l'allocation des fonds volontaires de la Région n'avait pas été adéquatement expliqué. On a remarqué que, lors de plusieurs exercices biennaux passés, les Amériques avaient reçu moins de 50% de leur allocation, alors que d'autres régions avaient reçu jusqu'à 80% et on a souligné que le manque de certitude et l'imprévisibilité dans le financement de l'OMS rendait la tâche

difficile à l'OPS tant pour établir et exécuter son budget que pour évaluer les résultats atteints. Concernant le commentaire du Dr Jama – expliquant que le projet de budget 2014-2015 avait été établi sur la base des dépenses de l'exercice biennal précédent – on se demandait si les niveaux de dépenses avaient été évalués en fonction des crédits alloués ou des crédits effectivement reçus. Il a été souligné que les dépenses ne devaient pas être le seul facteur envisagé dans les affectations budgétaires.

24. Concernant le mécanisme d'allocation stratégique des ressources de 2006, plusieurs délégués partageaient du principe suivant : à moins qu'il n'existe un accord écrit explicite de la part des États Membres en vue de faire cesser son application, le mécanisme devait continuer à être utilisé jusqu'à ce qu'un nouveau mécanisme soit approuvé. Il a été souligné que les États Membres doivent participer à la formulation du nouveau mécanisme et on a réaffirmé la nécessité de se donner des critères clairs d'allocation aux fins de transparence et de responsabilisation.

25. Le projet de résolution et la déclaration contenus dans le document CE152/SS/2 a été longuement discuté et la déclaration a été amplement revue pour tenir compte des points soulevés lors de la discussion et pour renforcer la formulation et la rendre plus concise. Les paragraphes 2, 4 et 5 ont été supprimés, soit parce que leur contenu était redondant ou de nature subjective ou parce qu'ils semblaient reposer sur des hypothèses et non des faits. On a fait remarquer que les paragraphes 4 et 5, par exemple, se rapportaient à des arguments qui pouvaient être débattus ou rejetés mais n'offraient aucune preuve montrant que de tels arguments avaient été avancés. Concernant le paragraphe 5, on a noté que l'objectif ici était de montrer que l'OPS était engagé à respecter la transparence et la responsabilisation dans sa planification stratégique et dans sa budgétisation et que les États Membres s'attendaient à la même transparence et responsabilisation de la part de l'OMS.

26. Les sous-paragraphes 6(b) et (c) de la déclaration originale proposée (qui sont devenus les sous-paragraphes 5(b) et (c) dans la résolution amendée) ont été nettement raccourcis et la formulation a été révisée pour demander au Secrétariat de l'OMS de faire connaître les critères à l'aune desquelles les budgets étaient alloués et les ressources distribuées entre le siège de l'OMS et les bureaux régionaux ainsi que la nécessité de faire participer les États Membres à la formulation d'un nouveau mécanisme d'allocation stratégique des ressources.

27. Le Comité a adopté la résolution CE152.SS.R1 et a demandé qu'elle soit transmise à la Dix-huitième Réunion du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration de l'OMS et à la soixante-sixième Assemblée mondiale de la Santé.

Clôture de la Session

28. Suivant l'échange habituel de politesses, le Président a déclaré la clôture de la Session spéciale de la 152^e Session du Comité exécutif.

Résolutions

29. Le texte suivant est la résolution adoptée par le Comité exécutif lors de sa 152^e Session spéciale.

Résolution

CE152.SS.R1 Allocation de fonds par l'OMS à la Région des Amériques

LA SESSION SPÉCIALE DE LA 152^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant considéré le document de référence Allocation de fonds par l'OMS à la Région des Amériques (document CE152/SS/2) ;

Soucieuse du fait que le Conseil directeur de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) ne se réunit pas avant septembre 2013 et que cet apport est requis avec urgence pour la soixante-sixième Assemblée mondiale de la Santé de mai 2013 ;

Notant le besoin d'une discussion ouverte et interactive de l'allocation des enveloppes budgétaires et des ressources financières aux niveaux mondial et régional et

Considérant les défis de santé complexes que nous affrontons à l'avenir et le besoin de travailler de façon responsable et avec des stratégies communes qui encouragent la solidarité entre les régions,

DÉCIDE :

De demander que la déclaration suivante soit présentée à la dix-huitième réunion du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration du Conseil exécutif de l'OMS et à la Soixante-sixième Assemblée mondiale de la Santé.

DÉCLARATION PAR LES ÉTATS MEMBRES DES AMÉRIQUES CONCERNANT LES ALLOCATIONS BUDGÉTAIRES DE L'OMS À LA RÉGION DES AMÉRIQUES

1. Pendant plusieurs exercices biennaux les États Membres de la Région des Amériques ont constaté une réduction continue dans l'allocation des enveloppes budgétaires et des ressources financières à la Région des Amériques par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Les États Membres des Amériques ont exprimé leurs préoccupations lors de la Soixante-quatrième Assemblée mondiale de la Santé en 2011 par le biais d'un manifeste qu'ils ont présenté, plaidant pour un partage équitable des allocations budgétaires à la Région. Cette préoccupation n'a pas été entendue. Le Bureau régional de l'OMS pour les Amériques (AMRO) est systématiquement financé à moins de 50% des contributions volontaires inscrites au budget.

2. Pour l'exercice biennal 2014-2015, le Secrétariat de l'OMS a proposé une enveloppe budgétaire de base par programme de 5,4%¹ pour AMRO. Alors que le Secrétariat a déclaré dans le *Projet de budget programme 2014-2015*² que le mécanisme d'allocation stratégique des ressources approuvé en 2006³ n'est pas utilisé, il vaut néanmoins la peine de rappeler que ce modèle—un moyen objectif pour une allocation budgétaire fondée sur des critères basés sur les besoins—recommandait une allocation budgétaire à AMRO de 6,3% à 7,7%. L'absence d'information sur les critères utilisés pour allouer les ressources pour l'exercice biennal 2014-2015 est une préoccupation partagée des États Membres des Amériques. Par conséquent, à moins qu'un nouveau moyen d'allocation budgétaire mondiale ne soit convenu par le Conseil exécutif, le mécanisme d'allocation stratégique des ressources constitue la meilleure base objective de discussion.

3. L'OPS est attachée à la transparence et à la responsabilisation, et présente son plan stratégique et son programme et budget à ses Organes directeurs et les publie sur sa page web.

4. La Région des Amériques reconnaît que l'OMS s'efforce de présenter un budget réaliste qui reflète les fonctions à tous les niveaux de l'OMS et les priorités sanitaires des pays. Toutefois, la Région des Amériques exprime sa préoccupation du fait que la mise en œuvre de budgets antérieurs ne devrait pas être le seul facteur considéré dans l'allocation du budget, étant donné que les ressources allouées n'ont jamais été fournies à la Région dans leur intégralité.

5. Guidés par un engagement clair concernant la transparence et la responsabilisation, les États Membres des Amériques demandent par la présente que le Comité du Programme, du Budget et de l'Administration du Conseil exécutif et l'Assemblée mondiale de la Santé décident de fournir les instructions suivantes au Secrétariat de l'OMS :

- (a) Alors qu'il est reconnu que l'allocation de 4,4% du budget total 2014-2015 de l'OMS à AMRO est moins qu'optimale, cette allocation n'est acceptable que pour ce seul exercice biennal, à la condition que le financement réel correspondant à cette enveloppe comprenne 100% de la portion correspondant aux contributions et, si cela est faisable, au moins 75% de la portion correspondant aux contributions volontaires, sur le principe du traitement équitable pour toutes les régions.

¹ Ce chiffre (5,4%) correspond à l'enveloppe budgétaire du programme de base de l'OMS pour AMRO (n'incluant pas les fonds de riposte aux flambées épidémiques et aux crises [OCR] qui sont conditionnés à l'occurrence d'une flambée ou d'une crise). L'allocation budgétaire totale de l'OMS pour AMRO (y compris les fonds OCR) est de 4,4%.

² Document A66/7 de l'Assemblée mondiale de la Santé.

³ Document EB118/7.1 de l'OMS.

- (b) La Région des Amériques demande que le Secrétariat soumette les critères selon lesquels les budgets sont alloués et les ressources distribuées au siège de l’OMS et aux bureaux régionaux.
- (c) Le Secrétariat de l’OMS devrait travailler avec les États Membres en ce qui concerne un processus pour l’établissement d’un nouveau modèle d’allocation stratégique des ressources de l’OMS à compter de l’exercice biennal 2016-2017.

(Adoptée à la séance plénière unique, 29 avril 2013)

ORDRE DU JOUR

- 1. OUVERTURE DE LA SESSION**
- 2. QUESTIONS RELATIVES AU RÈGLEMENT**
 - 2.1 Adoption de l'ordre du jour
- 3. QUESTIONS RELATIVES À LA POLITIQUE DES PROGRAMMES**
 - 3.1 Allocation des fonds de l'OMS à la Région des Amériques
- 4. AUTRES QUESTIONS**
- 5. CLÔTURE DE LA SESSION**

LISTE DES DOCUMENTS

Documents du travail

CE152/SS/1	Ordre du jour
CE152/SS/2	Allocation des fonds de l'OMS à la Région des Amériques

**LIST OF PARTICIPANTS/LISTA DE PARTICIPANTES
MEMBERS OF THE COMMITTEE/MIEMBROS DEL COMITÉ**

BRAZIL/BRASIL

Sr. Leandro Luiz Viegas
Chefe da Divisão de Temas Multilaterais
Ministério da Saúde
Brasília

Sra. Juliana Vieira Borges Vallini
Jefa Adjunta del Área Internacional
Secretaria de Vigilância em Saúde
Ministério da Saúde
Brasília

Sra. Indiara Gonçalves
Jefa de la División de Análisis Técnica del
Área Internacional
Secretaria de Vigilância em Saúde
Ministério da Saúde
Brasília

CANADA/CANADÁ

Mr. Gloria Wiseman
Director of Multilateral Relations Division
Office of the International Affairs for the
Health Portfolio
Health Canada
Ottawa

Ms. Monica Palak
Senior Policy Analyst
Multilateral Relations Division
Office of International Affairs for the
Health Portfolio
Health Canada
Ottawa

Ms. Lucero Hernández
Office of International Affairs for the
Health Portfolio
Health Canada
Ottawa

CHILE

Dra. Gabriela Moreno
Jefa de la División de Planificación Sanitaria
Ministerio de Salud
Santiago

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

Sr. José Ignacio Dougnac Vera
Jefe del Departamento de Gestión y
Planificación Financiera
Ministerio de Salud
Santiago

EL SALVADOR

Dra. María Isabel Rodríguez
Ministra de Salud
Ministerio de Salud
San Salvador

Dr. Matías Villatoro
Coordinador, Unidad de Gestión de
Servicios de Salud
Ministerio de Salud
San Salvador

GRENADA/GRANADA

Mr. Clement Gabriel
Chief Planner
Ministry of Health
St. George's

JAMAICA

Dr. Jean Dixon
Permanent Secretary
Ministry of Health
Kingston

MEMBERS OF THE COMMITTEE/MIEMBROS DEL COMITÉ

PARAGUAY

Dr. Antonio H. Arbo Sosa
Ministro de Salud Pública y
Bienestar Social
Ministerio de Salud Pública y
Bienestar Social
Asunción

Dr. José María Massolo
Director General de Relaciones
Internacionales
Ministerio de Salud Pública y
Bienestar Social
Asunción

PERU/PERÚ

Dr. Víctor Raúl Cuba Oré
Director General
Oficina General de Cooperación
Internacional
Ministerio de Salud
Lima

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

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

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

Dr. Jordan Tappero
Associate Director for Science
Center for Diseases Control and
Prevention
Department of Health and Human
Services
Atlanta, Georgia

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

**OTHER MEMBERS NOT SERVING THE COMMITTEE/
OTROS MIEMBROS QUE NO FORMAN PARTE DEL COMITÉ**

ARGENTINA

Dr. Eduardo Bustos Villar
Secretario de Determinantes de la Salud
y Relaciones Sanitarias
Ministerio de Salud
Buenos Aires

Lic. Andrea Polach
Asesora, Dirección de Relaciones
Internacionales
Ministerio de Salud
Buenos Aires

BARBADOS

Mr. Samuel Deane
Chief Health Planner
Ministry of Health
St. Michael

COLOMBIA

Lic. Catalina Góngora
Oficina de Cooperación y Relaciones
Internacionales
Ministerio de Salud
Bogotá, D.F.

OTHER MEMBERS NOT SERVING THE COMMITTEE (cont.)
OTROS MIEMBROS QUE NO FORMAN PARTE DEL COMITÉ (cont.)

CUBA

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

MEXICO/MÉXICO

Lic. Martha Caballero Abraham
 Directora de Cooperación Bilateral
 y Regional
 Secretaría de Salud Pública
 México, D.F.

**DOMINICAN REPUBLIC/REPÚBLICA
DOMINICANA**

Dra. Hilda Natera
 Directora de Residencias Médicas y
 Postgrado
 Ministerio de Salud Pública
 y Asistencia Social
 Santo Domingo

NICARAGUA

Dr. Alejandro Solís
 Director General de Planificación y
 Desarrollo
 Ministerio de Salud
 Managua

Lic. Emilce Herrera
 Directora de Cooperación Externa
 Ministerio de Salud
 Managua

GUATEMALA

Lic. José Carlos Catañeda
 Unidad de Cooperación Internacional
 Ministerio de Salud Pública
 y Asistencia Social
 Ciudad de Guatemala

PANAMA/PANAMÁ

Dra. Zelibeth Valverde
 Directora de Planificación
 Ministerio de Salud
 Ciudad de Panamá

ASSOCIATE STATES/ESTADOS ASOCIADOS**ARUBA**

Hon. Richard Wayne Milton Visser
 Minister of Health and Sport
 Ministry of Health and Sport
 Oranjestad, Aruba

SINT MAARTEN

Hon. Van Hugh Cornelius de Weever
 Minister of Public Health, Social
 Development and Labour
 Ministry of Public Health, Social
 Development and Labour
 Philipsburg, Sint Maarten

CURAÇAO

The Hon. Dr. Bernard Whiteman
 Minister of Health, Environment & Nature
 Ministry of Health, Environment & Nature
 Willemstad, Curaçao

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

Dr. Mohamed Abdi Jama
Assistant Director-General

Mr. Scott Pendergast
Coordinator, Planning, Monitoring,
Assessment & Quality Assurance

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

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

Dr. Jon Kim Andrus
Deputy Director/Director Adjunto

Dr. José Romero Teruel, a.i.
Assistant Director/Subdirector

Mr. Guillermo Birmingham
Director of Administration
Director de Administración

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

Dr. Heidi Jiménez
Legal Counsel/Asesora Jurídica

Ms. Piedad Huerta
Senior Advisor, Governing Bodies Office
Asesora Principal, Oficina de los Cuerpos
Directivos

- - -