



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



138^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF

Washington, D.C., EUA, 19-23 juin 2006

CE138/FR (Fr.)
23 juin 2006
ORIGINAL: ANGLAIS

RAPPORT FINAL

TABLE DES MATIÈRES

| | <i>Page</i> |
|---|-------------|
| Ouverture de la session | 7 |
| Questions relatives au Règlement | 7 |
| Bureau | 7 |
| Adoption de l'ordre du jour et programme des réunions | 8 |
| Représentation du Comité exécutif lors du 47 ^e Conseil directeur de l'OPS, 58 ^e Session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques | 8 |
| Ordre du jour provisoire du 47 ^e Conseil directeur, 58 ^e Session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques | 8 |
| Questions relatives aux comités | 9 |
| Rapport de la 40e Session du Sous-Comité de planification et de programmation | 9 |
| Rapport du Groupe de travail sur la rationalisation des mécanismes de gouvernance de l'OPS | 10 |
| Création du Sous-Comité des programmes, du budget et de l'administration | 11 |
| Rapport du Jury du Prix en administration de l'OPS, 2006 | 14 |
| Rapport du Comité permanent sur les organisations non gouvernementales | 15 |
| Questions relatives à la politique des programmes | 16 |
| Méthodologie employée pour la formulation du Plan stratégique du Bureau sanitaire panaméricain pour la période 2008-2012 et Programme-santé 2008-2017 pour les Amériques | 16 |
| Rapport sur l'évaluation de la performance du budget-programme biennal de l'Organisation panaméricaine de la Santé, 2004–2005 | 18 |
| Stratégie régionale visant au maintien des programmes nationaux d'immunisation dans les Amériques | 19 |
| Santé néonatale dans le contexte de la santé maternelle, néonatale et infantile avec pour but d'atteindre les objectifs pour le développement de la Déclaration du Millénaire des Nations Unies | 24 |
| Santé des peuples indigènes dans les Amériques | 28 |

TABLE DES MATIÈRES (suite)

| | <i>Page</i> |
|--|-------------|
| Questions relatives à la politique des programmes (suite) | |
| Projet de plan décennal régional sur la santé bucco-dentaire | 31 |
| Incapacité : prévention et réadaptation dans le contexte du droit au meilleur état de santé physique et mentale susceptible d'être atteint et d'autres droits connexes..... | 34 |
| Promotion de la santé : Réalisations et leçons apprises entre la Charte d'Ottawa et la Charte de Bangkok et perspectives pour l'avenir..... | 40 |
| Stratégie régionale et Plan d'action pour une approche intégrée de la prévention des maladies chroniques et de la lutte contre celles-ci, y compris l'alimentation, l'activité physique et la santé..... | 43 |
| Stratégie régionale et plan d'action portant sur la nutrition dans la santé et le développement, 2006-2015..... | 49 |
| Questions administratives et financières | 52 |
| Rapport sur le recouvrement des contributions | 52 |
| Rapport financier de la Directrice et rapport de l'auditeur externe, 2004-2005..... | 53 |
| Rapport sur les activités des Services de contrôle interne | 57 |
| Amendements aux règlements financiers | 59 |
| Procédure à suivre pour la nomination de l'Auditeur externe | 60 |
| Procédure à suivre pour mettre en place la nouvelle échelle de cotisations basée sur la nouvelle échelle de l'OEA | 61 |
| Questions relatives au personnel | 62 |
| Amendements au règlement du BSP..... | 62 |
| Déclaration du Représentant de l'Association du personnel de l'OPS/OMS..... | 62 |
| Questions soumises pour information | 63 |
| Mise à jour sur le processus de renforcement institutionnel du Bureau sanitaire panaméricain..... | 63 |
| Examen des Centres panaméricains..... | 66 |

TABLE DES MATIÈRES (suite)

| | <i>Page</i> |
|---|-------------|
| Questions soumises pour information (suite) | |
| Rapport d'activité sur la préparation et la réponse aux désastres en matière de santé aux niveaux national et régional | 68 |
| Pandémie de grippe : rapport d'activité | 70 |
| Rapport annuel sur les ressources humaines du BSP..... | 73 |
| Résolutions et autres actions de la Cinquante-neuvième Assemblée mondiale de la Santé revêtant un intérêt pour le Comité exécutif de l'OPS | 74 |
| Autres questions | 74 |
| Clôture de la Session | 77 |
| Résolutions et Décisions | 77 |
| Resolutions | 78 |
| CE138.R1 Stratégie régionale et plan d'action pour une approche intégrée de la prévention des maladies chroniques et de la lutte contre celles-ci, y compris l'alimentation, l'activité physique et la santé..... | 78 |
| CE138.R2 Stratégie et Plan d'action régionaux de nutrition en santé et développement | 80 |
| CE138.R3 Procédure à suivre pour mettre en place le nouveau barème de contributions basé sur le nouveau barème de l'OEA | 82 |
| CE138.R4 Stratégie régionale visant au maintien des programmes nationaux d'immunisation dans les Amériques | 83 |
| CE138.R5 Procédure de nomination du commissaire aux comptes..... | 85 |
| CE138.R6 Amendements au règlement financier | 86 |
| CE138.R7 Amendements au règlement du personnel du Bureau sanitaire panaméricain | 87 |
| CE138.R8 Amendements au règlement du personnel du Bureau sanitaire panaméricain..... | 89 |
| CE138.R9 Proposition de plan régional décennal de santé bucco-dentaire pour les Amériques | 90 |
| CE138.R10 La santé néonatale dans le contexte de la santé maternelle, infantile et juvénile pour atteindre les objectifs du millénaire pour le développement énoncés dans la Déclaration des Nations Unies pour le Millénaire | 92 |

TABLE DES MATIÈRES (*suite*)

| | <i>Page</i> |
|--|-------------|
| Resolutions (<i>suite</i>) | |
| CE138.R11 Le handicap : prévention et réhabilitation dans le contexte du droit de la personne à jouir du meilleur état de santé qu'elle soit capable d'atteindre et autres droits connexes..... | 93 |
| CE138.R12 Rapport du groupe de travail sur la rationalisation des mécanismes de gouvernance de l'organisation panaméricaine de la santé : Création du sous-comité des programmes, du budget et de l'administration | 97 |
| CE138.R13 Rapport du groupe de travail sur la rationalisation des mécanismes de gouvernance de l'OPS : Dissolution du sous-comité sur la femme, la santé et le développement | 100 |
| CE138.R14 Rapport financier du directeur et rapport de l'auditeur externe, 2004-2005 | 102 |
| CE138.R15 Rapport sur le recouvrement des contributions | 102 |
| CE138.R16 Organisations non gouvernementales maintenant des relations officielles avec l'Organisation panaméricaine de la santé..... | 104 |
| CE138.R17 Ordre du jour provisoire du 47 ^e Conseil directeur de L'OPS, 58 ^e session du Comité régional de l'Organisation mondiale pour les Amériques | 105 |
| CE138.R18 La santé des populations autochtones des Amériques | 105 |
| CE138.R19 Programme de santé pour les Amériques, 2008-2017 | 107 |
| CE138.R20 Rapport du groupe de travail sur la rationalisation des mécanismes de gouvernance de l'OPS : processus d'élection du Directeur du Bureau sanitaire panaméricain..... | 108 |
| CE138.R21 Méthodologie pour la formulation du plan stratégique du Bureau sanitaire panaméricain 2008-2012..... | 115 |
| CE138.R22 Rapport du groupe de travail sur la rationalisation des mécanismes de gouvernance de l'OPS : Amélioration du règlement intérieur du conseil directeur | 116 |
| CE138.R23 Prix d'administration décerné par l'OPS, 2006 | 118 |

| | |
|--|-----|
| <i>Décisions</i> | 119 |
| CE138(D1) Adoption de l'ordre du jour | 119 |
| CE138(D2) Représentation du Comité exécutif lors du 47 ^e Conseil directeur de l'OPS, 58 ^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques | 119 |

Annexe A : Ordre du jour
Annexe B : Liste de Documents
Annexe C : Liste de Participants

Ouverture de la session

1. La 138^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 19 au 23 juin 2006. Assistaient à la session des délégués de neuf États Membres du Comité exécutif élus par le Conseil directeur : Antigua-et-Barbuda, Argentine, Barbade, Canada, Chili, Costa Rica, Cuba, Panama et Venezuela. Des représentants d'autres États Membres et des États observateurs étaient également présents : Brésil, Mexique, Paraguay, Espagne, Trinité-et-Tobago et les États-Unis d'Amérique. De plus, trois organisations intergouvernementales et six organisations non gouvernementales étaient également représentées.

2. Dr Carlos Vizzotti (Argentine, Président du Comité exécutif) a ouvert la session et a souhaité la bienvenue aux participants. Rappelant avec regret le décès récent du Dr Lee Jong-Wook, Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), il a noté qu'il était de coutume dans de telles situations d'observer une minute de silence. Connaissant pourtant la personnalité dynamique et le caractère jovial du Dr Lee, il pensait qu'une minute d'applaudissement serait davantage indiquée.

3. Le Comité a commémoré la vie du Dr Lee avec une série d'applaudissements.

4. Le Dr Mirta Roses (Directrice, Bureau sanitaire panaméricain) a également souhaité la bienvenue aux participants, avec une bienvenue toute spéciale aux représentants des organisations non gouvernementales dont elle sait que ce sont des partenaires importants du travail de l'OPS. Elle a noté que le Comité discuterait d'un grand nombre de points revêtant une grande importance pour la vie de l'Organisation et se réjouissait à l'idée de riches et cordiales délibérations.

Questions relatives au Règlement

Bureau

5. Le Bureau élu pour la 137^e Session a continué de servir dans ces capacités respectives lors de la 138^e Session :

Président: Argentine (Dr Carlos Vizzotti)

Vice-Président: Costa Rica (M. Carlos Valerio Monge)

Rapporteur: Canada (Mme Kate Dickinson
M. Nick Previsich)

6. Le Directeur était le Secrétaire de droit et le Dr Joxel García, Directeur adjoint du Bureau sanitaire panaméricain (BSP) était le Secrétaire technique.

Adoption de l'ordre du jour et programme des réunions (Documents CE138/1, Rev. 1, et CE138/WP/1, Rev. 2)

7. Introduisant l'ordre du jour provisoire et conformément à l'Article 9 du Règlement intérieur, le Dr Joxel García a attiré l'attention du Comité sur de petits changements dans les titres de plusieurs points de l'ordre du jour, notant qu'une version révisée de l'ordre du jour (Document CE138/Rev/2) serait préparée pour refléter ces changements et qu'un rectificatif aux documents de travail respectifs leur serait communiqué.

8. Le Comité a adopté l'ordre du jour provisoire. Le Comité a également adopté un programme de réunions (Décision CE138 (D1)).

Représentation du Comité exécutif lors du 47^e Conseil directeur de l'OPS, 58^e Session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques (Document CE138/3)

9. Conformément à l'Article 54 du Règlement intérieur, le Comité exécutif a nommé les délégués de l'Argentine et du Costa Rica, son Président et Vice-Président, respectivement, pour représenter le Comité lors du 47^e Conseil directeur. Antigua et Barbuda a été désigné comme remplaçant de l'Argentine et le Chili comme remplaçant de Costa Rica (Décision CE138 (D2))

Ordre du jour provisoire du 47^e Conseil directeur, 58^e Session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques (Document CE138/4, Rev.1)

10. Le Secrétaire technique a présenté l'ordre du jour provisoire préparé par le Directrice conformément à l'Article 14.B de la Constitution de l'OPS et à l'Article 7 du Règlement intérieur du Conseil directeur. Il a également attiré l'attention du Comité sur plusieurs adjonctions et certains changements éditoriaux mineurs dans les titres de plusieurs points de l'ordre du jour.

11. Le Comité a approuvé l'ordre du jour provisoire avec les changements et adjonctions notés par le Secrétaire technique (Résolution CE138.R17) avec une certaine préoccupation quant à sa longueur.

Questions relatives aux comités

Rapport de la 40e Session du Sous-Comité de planification et de programmation (Document CE138/6)

12. Dr. Roberto Dullak Peña (Paraguay, Rapporteur du Sous-Comité de planification et de programmation) a présenté le rapport de la 40^e Session du Sous-Comité, notant qu'un certain nombre des points discutés par le Sous-Comité seront également revus par le Comité exécutif lors de sa 138^e Session et qu'il donnerait donc l'aperçu nécessaire sur ces points de l'ordre du jour lorsqu'ils seront examinés par le Comité. Par contre, les points suivants examinés par le Sous-Comité ne figuraient pas à l'ordre du jour du Comité : Plan d'action pour la mise en œuvre de la gestion axée sur les résultats du Bureau sanitaire panaméricain, Cadre de l'OPS pour la mobilisation des ressources et Cadre et processus pour la formulation de plans de santé publique pour les Amériques. Les commentaires du Sous-Comité sur ces points de l'ordre du jour figurent dans le rapport final de sa 40^e Session (Document SPP40/FR, annexé au Document CE138/6).

13. Sous "Autres questions", le Sous-Comité a pris note de brèves communications sur les activités récentes des Services de contrôle interne et sur la préparation de la publication de 2007 *Santé dans les Amériques*. Le Sous-Comité a également discuté de l'ordre du jour de la 138^e Session du Comité exécutif et de la préparation dans les délais indiqués des documents pour les Organes directeurs. Concernant ce dernier point, le Sous-Comité a prié le Secrétariat de terminer et de remettre aussi rapidement que possible les documents vérifiant qu'ils contiennent l'information nécessaire sur les ressources humains et financières et les conséquences sur les populations vulnérables, notamment les peuples autochtones, les personnes âgées ainsi que les femmes et les enfants.

14. Les Membres du Comité exécutif ont félicité le Sous-Comité pour la qualité de son travail notant que la plupart des points examinés étaient reliés directement aux fonctions originales du SPP : planification et programmation. Ils ont également fait ressortir l'importance de la gestion axée sur les résultats ainsi que l'importance de la pleine participation des Etats Membres à la formulation de l'instrument de planification à long terme de l'Organisation, le Programme de santé de dix ans pour les Amériques.

15. Le Comité a souligné une fois de plus la nécessité de mettre aussi rapidement que possible les documents à la disposition des délégués en insistant également sur le fait que les documents doivent être plus courts pour faciliter la préparation de la discussion par les Etats Membres.

16. Le Délégué du Canada, notant qu'il avait soulevé la question des contributions volontaires de l'OMS lors des délibérations du Sous-Comité, a recommandé que le Secrétariat prépare et circule un rapport, chaque année, sur la proportion de ces

contributions parvenant aux Amériques. Il a également suggéré qu'un bref aperçu sur les contributions volontaires soit ajouté à l'ordre du jour du Conseil directeur afin que les ministres de la santé prennent connaissance de l'importance du lobbying pour l'obtention d'une grande partie des ressources extrabudgétaires de l'OMS pour la Région.

17. Le Comité a pris note du rapport.

Rapport du Groupe de travail sur la rationalisation des mécanismes de gouvernance de l'OPS (Documents CE138/5 and CE138/5, Add. I)

18. Le rapport du Groupe de travail a été présenté par M. Nick Previsich (Canada, Président du Groupe de travail sur la rationalisation des mécanismes de gouvernance de l'OPS). Il a passé en revue les termes de référence du Groupe ainsi que sa méthode de travail et a récapitulé les délibérations ainsi que les recommandations faites à l'issue des deux réunions et d'une réunion virtuelle du groupe ayant trait aux thèmes suivants : réforme et simplification du Sous-Comité de planification et de programmation et création du nouveau Sous-Comité des programmes, du budget et de l'administration ; fonctionnement du Comité permanent sur les ONG entretenant des relations officielles avec l'OPS ; la dissolution du Sous-Comité de la femme, de la santé et du développement ; la procédure d'élection du Directeur du Bureau sanitaire panaméricain et les amendements au Règlement des Organes directeurs.

19. M. Previsich a remercié le Secrétariat pour le soutien apporté aux activités du Groupe de travail et a mentionné plusieurs questions devant être discutées plus amplement par le Comité exécutif, notamment une représentation plus diversifiée du point de vue géographique dans la composition du Sous-Comité proposé sur les programmes, le budget et l'administration (SBPA) ; les détails sur la procédure pour la période question et réponses lors du forum ouvert qui est proposé pour les candidats au poste de Directeur du BSP ; des modalités pour un mécanisme de supervision pour l'utilisation de fonds discrétionnaires pendant les 6 mois avant les élections et les 6 mois suivant les élections ainsi que les descriptions de tâches ou termes de référence pour le Directeur adjoint et le Sous-Directeur. Il a conclu en mentionnant qu'une documentation supplémentaire était disponible si les Etats Membres souhaitaient davantage d'information sur les questions envisagées par le Groupe de travail.

20. Le Comité exécutif a remercié le Groupe de travail pour tous ses efforts et son travail et a félicité le Président pour avoir su guider avec autant de doigté les délibérations du Groupe. On a convenu de discuter séparément les divers aspects examinés par le Groupe de travail et ses recommandations, tel qu'exprimé par les quatre résolutions proposées qui ont été présentées au Comité.

Création du Sous-Comité des programmes, du budget et de l'administration

21. Le Comité exécutif s'est montré d'accord avec la recommandation du Groupe de travail, à savoir dissoudre l'actuel Sous-Comité de planification et de programmation (SPP) et créer un nouveau Sous-Comité des programmes, du budget et de l'administration lui confiant des fonctions analogues à celles du Comité des programmes, du budget et de l'administration (PBAC) de l'OMS. Le Comité a également convenu des termes de référence proposés pour le nouveau Sous-Comité.

22. Concernant la composition du Sous-Comité, les Membres ont souligné qu'il fallait une représentation géographique équilibrée des Etats Membres. Le Comité a discuté de la possibilité de mettre en place un système qui garantirait un certain nombre de membres de chaque sous-région mais a conclu que la procédure proposée par le Groupe de travail favorisait une représentation géographique équitable : élection de quatre membres par le Comité exécutif pour les mandats exécutés parallèlement à ceux de leur qualité de membre du Comité exécutif et nomination de trois membres par la Directrice en consultation avec le Président du Comité exécutif avant chaque session du Sous-Comité.

23. Concernant la fréquence des réunions du Sous-Comité, on a convenu que le nouveau SBPA se rencontrerait au moins une fois par an à des dates qui seront fixées par le Comité exécutif, la première session devant se tenir en mars 2007. On a également indiqué que le Comité, lorsqu'il fixera les dates, devra déterminer quand les commentaires du Sous-Comité sur les questions programmatiques, budgétaires et administratives seraient les plus utiles pour le Secrétariat. On a également convenu que le Comité exécutif aurait la liberté de convoquer des sessions supplémentaires du Sous-Comité, si c'est nécessaire, surtout lors des années où devait être établi le budget-programme de l'Organisation.

24. Enfin, le Comité a convenu de la recommandation du Groupe de travail, à savoir que le nouveau Sous-Comité allait reprendre les fonctions assumées actuellement par le Comité permanent sur les Organisations non gouvernementales en relations officielles avec l'OPS, renforçant ainsi les relations de l'OPS avec les ONG et favorisant un examen plus approfondi de leurs contributions à l'avancement des priorités des programmes des ONG. M. Previsich a expliqué qu'il n'était pas nécessaire d'adopter une résolution dissolvant le Comité permanent puisque ce n'était pas un comité créé officiellement.

25. La Résolution CE138.R12 fait état des décisions du Comité concernant la dissolution du Sous-Comité de planification et de programmation et la création du Sous-Comité des programmes, du budget et de l'administration.

Dissolution du Sous-Comité de la femme, de la santé et du développement

26. Le Comité exécutif a s'est montré d'accord avec la recommandation du Groupe de travail sur la dissolution du Sous-Comité de la femme, de la santé et du développement tout en insistant sur le fait que la question de l'égalité entre les genres devait continuer à être discutée par les Organes directeurs et intégrée à tous les aspects du travail de l'Organisation. Le Comité a également convenu de la création d'un groupe consultatif technique composé d'experts de la Région sur les questions de la femme, de la santé et du développement afin de s'assurer que l'égalité entre les genres resterait au premier rang du champ d'action de l'Organisation.

27. Le Comité a adopté la Résolution CE138.R13, dissolvant le Sous-Comité de la femme, de la santé et du développement et demandant à la Directrice de créer le groupe consultatif technique recommandé et de vérifier que les questions relatives au genre reçoivent l'attention nécessaire dans le cadre des activités de l'Organisation et lors des discussions des Organes directeurs.

Procédure pour l'élection du Directeur du Bureau sanitaire panaméricain

28. Concernant les critères de nomination proposés pour les candidats, M. Previsich a souligné qu'ils étaient strictement volontaires. Les pays ne sont nullement tenus de les appliquer lors de la nomination de leur candidat. Par ailleurs, le Groupe de travail pensait qu'ils reflétaient les qualités dont devait être pourvu un éventuel candidat au poste de directeur de l'Organisation. Le Comité a convenu des critères de nomination proposés par le Groupe de travail.

29. S'agissant de la présentation des nominations, le Comité a convenu que chaque Etat Membre, Etat participant ou Membre Associé n'aurait le droit de nommer qu'un seul candidat et que les candidats devaient être des ressortissants d'un pays de la Région. Par contre, un candidat ne devait pas forcément être un ressortissant de l'Etat qui le nommait.

30. Concernant le forum des candidats, le Comité a convenu avec le Groupe de travail pensant qu'un forum devait être une discussion entre des représentants des Etats Membres et des candidats individuels et non pas un débat entre candidat posant le risque de dresser un candidat contre l'autre. Le Comité s'est également montré d'accord avec les autres recommandations du Groupe de travail concernant la structure, la logistique et le financement de la participation des candidats au forum.

31. Le Comité a approuvé la plupart des recommandations du Groupe de travail concernant les candidats internes (à savoir, un Directeur sortant se présentant à nouveau et les candidats qui sont des membres actuels du personnel de l'OPS ou de l'OMS). Par contre, le Comité était divisé quant à la proposition voulant que tous les membres

internes doivent se mettre en disponibilité et prendre des congés sans solde avant l'élection. Les délégués de l'Argentine, du Chili, du Costa Rica, de Cuba, de Panama et du Venezuela étaient d'avis que cette disposition ne devait pas s'appliquer au Directeur sortant qui se présente à nouveau aux élections. A leurs yeux, une mise en disponibilité dont le but était de donner aux candidats l'occasion de se déplacer dans la Région pour faire connaître leurs positions n'était pas nécessaire pour un directeur sortant dont les vues étaient déjà bien connues dans la Région. En outre, ils pensaient que le Directeur sortant devait continuer à assumer ses fonctions et obligations pour lesquelles il ou elle avait été élu. Les observateurs du Brésil et du Paraguay étaient du même avis.

32. Les Délégués de la Barbade et du Canada appuyés par les Observateurs du Mexique et des Etats-Unis d'Amérique pensaient qu'en vertu du principe de transparence et d'équité ainsi que pour éviter toute perception d'inégalité, il était capital que la condition de la mise en disponibilité s'applique avec égalité à tous les candidats internes, y compris le directeur sortant. Ils ont fait savoir que tel avait été le consensus auquel était arrivé le Groupe de travail et qu'il était regrettable que certains Etats Membres aient à présent changé d'avis.¹ Ils ont également noté que la recommandation du Groupe de travail concernant la mise en disponibilité pour tous les candidats internes était conforme aux procédures adoptées récemment pour l'élection de la position de Directeur général de l'OMS en vertu de la Résolution EB118.R2 (30 mai 2006).

33. Les Délégués de la Barbade et du Canada ont indiqué qu'ils ne s'opposeraient pas à l'adoption par le Comité exécutif de la résolution proposée à cet égard mais souhaitaient que leur objection à la disposition- dispensant le directeur sortant de la mise en disponibilité- figure dans les minutes.

34. Le Comité exécutif a convenu que les candidats internes qui se mettaient en disponibilité devaient d'abord prendre leurs congés annuels et une fois ces congés terminés seraient en droit de prendre des congés sans solde.

35. En ce qui concerne les mesures après élection, le Comité exécutif a convenu de la recommandation indiquant que les délégués des Etats Membres, des Etats Participants ou des Membres Associés qui avaient participé aux élections ne soient pas recrutés par l'Organisation pour une période donnée suivant l'élection, le Comité pensant par ailleurs que la période proposée par le Groupe de travail – 6 mois- était trop courte. On a convenu que la période devait être rallongée à un an. Le Comité pensait également qu'un mécanisme de contrôle devait être adopté pour permettre au Comité exécutif de suivre les nominations du personnel temporaire après une élection, vérifiant ainsi qu'il n'existait aucun favoritisme pour les personnes qui ont pu aider le Directeur à être élu. On a

¹ Le Délégué d'Antigua-et-Barbuda s'était exprimé en faveur de la mise en disponibilité lors d'une discussion précédente mais n'avait pas pu assister à la session pendant laquelle la résolution finale a été prise

convenu que le Secrétariat présenterait un rapport sur ces nominations au Président du Comité exécutif tous les trois mois sur une période d'un an suivant l'élection du Directeur. Le Comité pensait également qu'il devait être tenu au courant de l'utilisation des Crédits variables aux pays et Fonds de développement du Directeur régional pendant une période d'élection et a convenu que le Secrétariat devait présenter un rapport au Président du Comité exécutif sur tous les débloquements de tels crédits, rapports qui seraient présentés tous les trois mois sur une période de 6 mois avant l'élection et une année après l'élection du Directeur.

36. Le Comité a également approuvé les propositions du Groupe de travail concernant l'Article 55 du Règlement du Conseil directeur et l'Article 56 du Règlement de la Conférence sanitaire panaméricaine. Le Comité s'est également montré d'accord avec la recommandation du Groupe de travail concernant l'élection du Directeur au scrutin secret, conformément à la Constitution de l'OPS et au Règlement de la Conférence.

37. Le Comité exécutif a adopté la Résolution CE138.R20 afférente à la procédure d'élection du Directeur du Bureau sanitaire panaméricain notant les objections de la Barbade et du Canada face au paragraphe 4.5

Amélioration du Règlement du Conseil directeur

38. Le Comité exécutif a avalisé les amendements portés au Règlement du Conseil directeur proposés par le Groupe de travail. Concernant la longueur des documents présentés aux Organes directeurs, le Comité ne pensait pas qu'il était approprié de fixer un nombre donné de pages tout en soulignant par ailleurs que les documents devaient être concis et, si le Secrétariat trouvait que des informations supplémentaires devaient être données, il fallait les mettre en annexe du document en question.

39. Le Comité a adopté la Résolution CE138.R22, recommandant que le Conseil directeur approuve les amendements proposés à son Règlement.

40. En ce qui concerne les descriptions de poste pour le Directeur adjoint et le Sous-Directeur, la Directrice a expliqué que les postes hors classe n'étaient pas accompagnés de description des postes puisque les fonctions entrant dans ces positions changeaient souvent lorsque sont modifiés les règlements régissant l'Organisation ou sa structure. Elle a proposé qu'à la place de descriptions formelles des postes, le Secrétariat fasse une liste des fonctions et qualifications souhaitées pour ces postes. Le Comité exécutif a convenu de cette proposition.

Rapport du Jury du Prix en administration de l'OPS, 2006 (Documents CE138/7 et CE138/7, Add. I)

41. M. Carlos Valerio Monge (Costa Rica) a fait savoir que le Jury du Prix en administration de l'OPS, 2006, composé de représentants d'Antigua-et-Barbuda, du Chili et de Costa Rica s'était réuni le 23 juin 2006. Après un examen attentif de la documentation sur les candidats nommés par les Etats Membres, le Comité a décidé d'adjuger le prix au Dr Adolfo Horacio Chorny du Brésil pour ses contributions au développement et aux innovations dans le domaine de la planification, de la gestion et du financement des systèmes et services de santé aux niveaux national et international, notamment l'aide qu'il a apportée au développement du leadership dans le domaine de la santé publique passant par plusieurs générations de responsables et décideurs.

42. Il a également indiqué que le Jury pensait qu'il fallait adapter la version actuelle des critères de sélection des candidats afin de tenir compte des nouvelles conditions influençant le domaine de la santé ainsi que de la terminologie utilisée couramment. Le prix a pour objet de reconnaître une haute performance dans la gestion des systèmes et services de santé aux niveaux national, régional et international alors que les contributions dans les domaines universitaires et de recherche sont jugées d'importance secondaire tout en restant pertinentes. Aussi, le Comité du Jury a-t-il recommandé que le Comité exécutif demande au Secrétariat de préparer une nouvelle version des conditions et procédures à suivre pour l'évaluation des candidats en mentionnant explicitement qu'un Etat Membre ne pouvait proposer qu'une seule candidature.

43. Le Comité exécutif a adopté la Résolution CE138.R23 adoptant la décision du Jury.

Rapport du Comité permanent sur les organisations non gouvernementales en relations officielles avec l'OPS (Documents CE138/8 et CE138/8, Add. I)

44. Mme Antoinette Williams (Barbade) a indiqué que le Comité permanent sur les Organisations non gouvernementales (ONG) composé de représentants de la Barbade, du Costa Rica et de Panama n'avait reçu aucune demande présentée par la Directrice, conformément aux relations entre l'Organisation panaméricaine de la Santé et les organisations non gouvernementales, aux fins d'admettre une ONG dans des relations officielles avec l'OPS.

45. Le Comité permanent a examiné par ailleurs la documentation concernant deux ONG dont le statut d'organisations en relations officielles avec l'OPS devait être revu : Latin American Confederation of Clinical Biochemistry (COLABIOCLI) and National Alliance for Hispanic Health.

46. Après une brève présentation par des ONG respectives et des commentaires du Secrétariat de l'OPS, et après avoir pris connaissance de l'information écrite sur les activités de collaboration entre chacune des ONG et l'OPS, le Comité permanent a décidé de recommander au Comité exécutif d'autoriser pour les quatre années à venir la continuation des relations officielles avec Latin American Confederation of Clinical Biochemistry (COLABIOCLI) and National Alliance for Hispanic Health.

47. Le Comité a avalisé les recommandations du Comité permanent, adoptant la Résolution CE138.R16.

Questions relatives à la politique des programmes

Méthodologie employée pour la formulation du Plan stratégique du Bureau sanitaire panaméricain pour la période 2008-2012 et Programme-santé 2008-2017 pour les Amériques (Documents CE138/9 et CE138/INF/5)

48. Le Président a indiqué que ce point de l'ordre du jour serait envisagé en deux parties. Le Comité allait discuter en premier du Programme-santé proposé pour les Amériques, 2008-2017, qui constitue le fondement du Plan stratégique du Bureau sanitaire panaméricain, 2008-2012. Le Comité examinerait ensuite la méthodologie proposée pour formuler le Plan stratégique.

Programme-santé proposé pour les Amériques, 2008-2017

49. Dr. Roberto Dullak Peña (Représentant du Sous-Comité de planification et de programmation) a indiqué que le Président du Comité exécutif avait convoqué une réunion spéciale des Membres du Comité exécutif et des Membres du SPP qui ne font pas partie du Comité exécutif afin de donner suite aux discussions concernant le Programme -santé pour les Amériques pendant la 40^e Session du SPP. Ces Etats Membres s'étaient réunis le dimanche 18 juin 2006 au Siège de l'OPS. Le rapport intégral des conclusions de cette réunion (Rapport du Groupe consultatif Ad Hoc sur le Programme de santé des Amériques, Document CE138/INF/5) a été distribué au Comité exécutif et sera affiché sur le site web de l'Organisation.

50. Le Groupe consultatif Ad Hoc a fait les recommandations suivantes demandant au Comité exécutif de les avaliser :

- Recommandation #1: Un groupe de travail devrait être mis en place immédiatement pour terminer la version préliminaire du Programme-santé. Les sept Etats Membres proposés comme membres du Groupe de travail sont les suivants : Antigua-et-Barbuda, Argentine, Canada, Chili, Cuba, Panama (à la présidence du groupe de travail) et Etats-Unis d'Amérique. Les détails concernant les termes de référence et le plan de travail pour le Groupe sont donnés en Annexe A du Document CE138/INF/5.

- Recommandation #2 : A certains stades importants de la formulation du Programme-santé, le Groupe devrait consulter un autre groupe consultatif composé de tous les membres du SPP et du Comité exécutif, plus cinq organisations externes intervenant dans le domaine de la santé et qui seront choisis en temps opportun par le Groupe de travail.
- Recommandation # 3 : Le produit initial du Groupe de travail, version préliminaire du Programme-santé pour les Amériques, 2008-2017, devrait être présenté aux fins d'examen à la 139^e Session du Comité exécutif en septembre 2006.
- Recommandation #4 : Le Secrétariat devrait apporter tout le soutien possible au Groupe de travail pour vérifier qu'il achève son activité dans les délais souhaités.
- Recommandation #5 : Cette information, dont le Rapport du Groupe consultatif Ad Hoc, devrait être donnée au 47^e Conseil directeur en septembre 2006 de pair avec les autres documents pertinents concernant le Programme-santé 2008-2017 pour les Amériques.

51. Il a été noté lors de la discussion qui a suivi que l'approche à la planification et à la programmation proposée dans le Document CE138/9 était conforme aux principes de la gestion axée sur les résultats (RBM) et que la formulation du Programme-santé pour les Amériques et le Plan stratégique seraient une étape importante dans le processus continu de mise en œuvre de la RBM au sein de l'Organisation.

52. Le Comité exécutif a avalisé les recommandations du Groupe consultatif Ad Hoc, adoptant la Résolution CE138.R19.

Méthodologie pour la formulation du Plan stratégique pour le Bureau sanitaire panaméricain, 2008-2012

53. Dr Dullak Peña a indiqué que le SPP avait avalisé la méthodologie pour la formulation du Plan stratégique tel que présenté en mars 2006 (Document SPP40/3). Il a noté que le Plan stratégique du BSP définirait, tel que clarifié pour le SPP, la réponse du Secrétariat aux buts définis par les Etats Membres dans le Programme-santé pour les Amériques.

54. Mettant au clair d'autres informations contenues dans le Document CE138/9, il a indiqué que :

- Le Plan stratégique est l'ébauche exclusive et spéciale du travail du Bureau sanitaire panaméricain.
- La formulation du Plan stratégique ne débutera qu'une fois achevée la version préliminaire du Programme-santé (en août 2006). Le Plan stratégique couvre une période de cinq ans, de 2008 à 2012, soit la moitié de la période couverte par le Programme-santé.

- Le Plan stratégique sera présenté, aux fins d'examen au SPP (ou son remplaçant, le Sous-Comité des programmes, du budget et de l'administration) au début de 2007. Il sera ensuite examiné par le Comité exécutif en juin et présenté aux fins d'approbation finale par la Conférence sanitaires panaméricaine en septembre 2007.
- Le Secrétariat proposera une méthodologie revue pour la formulation du Plan stratégique au 47^e Conseil directeur en septembre 2006, doté de tous les mécanismes vérifiant une ample participation et consultation des Etats Membres.

55. Le Comité a adopté la Résolution CE138.R21, recommandant que le Conseil directeur approuve la méthodologie pour la formulation du Plan stratégique pour le Bureau sanitaire panaméricain, 2008-2012.

Rapport sur l'évaluation de la performance du budget-programme biennal de l'Organisation panaméricaine de la Santé, 2004-2005 (Document CE138/10 et Corrig.)

56. Dr. Daniel Gutierrez (Responsable, Planification, Budget-Programme et Soutien aux Projets, OPS) a introduit le Document CE138/10, notant que c'était la première fois qu'un tel document était présenté comme document de travail aux Organes directeurs. Le document explique dans quelle mesure ont été atteints les objectifs stipulés dans le Budget-Programme de l'OPS/OMS de 2004/2005. Aussi, vient-il compléter l'engagement du Secrétariat face aux Etats Membres pour l'exercice biennal 2004-2005. Il en représente la dernière partie: le rapport après mise en œuvre sur les accomplissements. Le rapport comporte une analyse générale et une analyse pour chaque domaine d'activités.

57. Récapitulant les résultats présentés dans le rapport, le Dr Gutierrez a indiqué que 66,8% des 554 indicateurs mentionnés dans le Budget-Programme de 2004-2005 avaient été entièrement atteints, que 28,2% avaient été partiellement atteints et que 5,1% n'avaient pas été atteints du tout. En ce qui concerne la distribution des 210 résultats escomptés par niveau d'accomplissement, 118 ont été atteints de 75% à 100%, 55 ont été atteints de 50% à 74% et 37 ont été atteints dans une mesure moindre. En ce qui concerne les dépenses encourues comparées aux affectations budgétaires approuvées, les montants étaient environ les mêmes pour le budget ordinaire. Dans le cas des fonds extrabudgétaires, les dépenses dépassaient nettement les montants budgétisés. C'est dû au fait que le budget de 2004-2005 n'indiquait que les fonds extrabudgétaires assurés. L'Organisation avait pourtant reçu \$134 millions² en contributions volontaires, par rapport au montant budgétisé de \$57 millions. Par conséquent, le budget approuvé s'élevait à \$317 millions et les dépenses étaient de l'ordre de \$382,5 millions.

² A moins qu'il ne soit indiqué autrement, les montants dans ce rapport sont exprimés en dollars américains.

58. Le Comité exécutif s'est montré satisfait du rapport. Les membres pensaient qu'il s'agissait en effet d'une bonne vue d'ensemble des résultats escomptés, des accomplissements et des leçons retenues du budget-programme biennal de 2004-2005. Ils ont reconnu que le rapport avait cherché à appliquer la budgétisation et gestion axées sur les résultats et ont vivement approuvé l'effort fait pour relier les affectations budgétaires, ordinaires et extra-budgétaires aux objectifs indiqués dans chaque domaine d'activités. Les délégués ont noté que le rapport soulignait l'importance d'articuler clairement les résultats escomptés et les indicateurs, dès le début, car il était difficile de mesurer l'obtention de résultats qui étaient formulés de manière trop généralisée ou abstraite. Tel qu'on l'avait d'ailleurs remarqué lors de 40^e session du Sous-Comité sur la planification et la programmation en mars 2006, la fixation de résultats escomptés bien clairs était la première étape d'importance capitale dans une gestion réussie axée sur les résultats.

59. Les délégués ont trouvé que les leçons retenues dans ce rapport étaient particulièrement utiles et ont noté avec satisfaction que ces leçons étaient déjà appliquées dans l'exercice biennal actuel 2006-2007. Il serait également utile, aux fins de programmation future, d'inclure une analyse des obstacles qui s'étaient mis en travers des efforts faits pour atteindre les résultats escomptés dans certains domaines. Le Secrétariat devait chercher à engager les pays dans les futures évaluations de la performance en fin d'exercice biennal car leurs points de vue aideront à enrichir l'analyse des résultats, surtout sous l'angle qualitatif.

60. L'Observateur des Etats-Unis d'Amérique a fait savoir que sa délégation présenterait des commentaires écrits spécifiques sur le rapport.

61. Dr Gutierrez a remercié les délégués de leurs commentaires et suggestions sur le rapport dont le Secrétariat tiendra certainement compte en revoyant le document pour le Conseil directeur. Le Secrétariat cherchera notamment à inclure une liste des facteurs et obstacles qui ont entravé la réalisation des objectifs dans certains domaines.

62. La Directrice tenait à rappeler au Comité que la manière dont les contributions volontaires/extrabudgétaires étaient présentées dans le budget avait changé en 2006-2007. Si les budgets précédents ne montraient que les ressources garanties, le budget actuel par contre comportait le montant entier pour une activité donnée, y compris les portions non financées. Ce changement dans la méthodologie avait facilité la mobilisation de contributions volontaires. Cela aidait également le Secrétariat a montré, à la fin de l'exercice biennal, la mesure dans laquelle les résultats escomptés n'avaient pas été atteints pour manque de mobilisation des ressources nécessaires.

63. Le Comité exécutif a pris note du rapport mais ne considérait pas nécessaire d'adopter une résolution sur ce point de l'ordre du jour.

Stratégie régionale visant au maintien des programmes nationaux d'immunisation dans les Amériques (Document CE138/11)

64. Dr. Gina Tambini (Responsable, Santé familiale et communautaire, OPS) a introduit le Document CE138/11, mettant en relief les progrès réalisés sur le plan de la vaccination et de l'élimination de maladies pouvant être prévenues par vaccin dans la Région et faisant l'ébauche du cadre de la coopération technique de l'OPS avec les Etats Membres sur le plan des vaccinations, expliquant les défis à relever dans les domaines techniques et programmatiques et présentant la vision stratégique des futures activités en ce domaine. La vision stratégique est articulée le long de cinq axes : élimination de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale ; couverture vaccinale de 95% au minimum pour tous les vaccins réguliers, introduction de nouveaux vaccins tels que ceux contre le rotavirus, la grippe et le vaccin antipneumococcique et vaccin antipapillomavirus ; transition de la vaccination des enfants vers la vaccination familiale et le renforcement de la participation des pays au Fonds renouvelable d'achat des vaccins aux fins d'assurer une plus grande équité et de garantir la viabilité du Fonds. Elle a souligné que les activités de l'OPS répondaient aux Objectifs du Millénaire pour le Développement (réduction de la mortalité infantile) et aux directives de « la vaccination dans le monde : vision et stratégie » de l'OMS

65. Le Dr Tambini a conclu ses remarques en décrivant une initiative de cinq ans mise en œuvre à l'heure actuelle : Pro-Vac dont le but est de renforcer la capacité nationale de prise de décision informée sur le plan des vaccinations. Trois volets entrent dans l'initiative : outils d'analyse économique des coûts et des avantages liés à l'introduction de nouveaux vaccins, ateliers régionaux pour analyser l'information économique disponible et faire des recommandations concernant les décisions de politiques ainsi que soutien continu aux pays par l'intermédiaire du télé-enseignement utilisant diverses technologies.

66. Le Comité exécutif a été prié d'avaliser les cinq axes de la vision stratégique.

67. Le Comité a fait l'éloge des réussites rencontrées par le passé, indiquant combien il était important d'étendre de manière durable la couverture vaccinale dans la Région pour protéger ces réussites – surtout l'éradication régionale de la poliomyélite et de la rougeole- et arriver à de nouvelles réussites, notamment l'éradication de la rubéole et du syndrome de rubéole congénital. L'OPS devait continuer à donner la priorité et la visibilité bien méritée à son programme de vaccinations. On a également encouragé l'Organisation à prendre les mesures nécessaires pour garantir la viabilité à long terme du Fonds renouvelable - mécanisme essentiel pour garantir la disponibilité de vaccins de haute qualité d'un coût abordable pour tous les pays.

68. Par ailleurs, on a noté qu'il était extrêmement important que les Etats Membres, surtout les pays les plus grands de la Région, continuent à soutenir le Fonds renouvelable pour garantir l'accès aux vaccins pour les pays plus pauvres. Il serait utile à cette fin que le Secrétariat apporte plus d'informations sur l'utilisation du Fonds renouvelable et les problèmes rencontrés pour le maintenir puisque cela aidera les Etats Membres à mieux comprendre la situation et les enjeux. Une telle information aiderait également les pays qui ne participent pas actuellement au Fonds à saisir pleinement les avantages de cette éventuelle participation. L'OPS pouvait notamment circuler à plus grande échelle toute information sur les besoins de financement retenus par le Groupe consultatif technique (TAG) sur les Maladies vaccinables pour que d'autres Etats Membres puissent juger du meilleur type d'assistance qu'ils peuvent apporter.

69. Le Comité a également souligné la nécessité de maintenir un engagement politique dans les hautes sphères, des lois à jour sur la vaccination ainsi qu'un financement suffisant et durable pour les programmes de vaccination au niveau des pays. Les délégués ont décrit les initiatives récentes dans leur pays visant à renforcer et à étendre leurs programmes nationaux de vaccinations et à rehausser la couverture vaccinale. Plusieurs délégués ont mentionné la participation de leur pays à la Semaine de la vaccination dans les Amériques qui a bénéficié d'un solide soutien. On a également mis en avant l'importance des partenariats entre les programmes nationaux de vaccination et les organisations aux niveaux international, national et local. Le maintien et le renforcement de la surveillance épidémiologiques est un autre aspect qui a été mentionné vu son rôle important pour garantir un dépistage et une enquête rapides des flambées de cas de maladies pouvant être prévenues par vaccins.

70. Le Comité a approuvé la transition vers la vaccination familiale et a réitéré son soutien pour le but de l'élimination de la rubéole et du syndrome de rubéole congénital d'ici 2010. On a proposé que le Secrétariat présente un rapport au Comité exécutif en 2007 faisant le point des progrès réalisés en vue d'atteindre ce but et donnant des informations sur les déficits de ressources. Le Comité a également félicité les efforts faits par l'OPS pour aider les pays à se servir de l'analyse économique pour étayer les décisions relatives à l'introduction de nouveaux vaccins tels que le vaccin contre le virus du papillome humain (HPV) et plusieurs délégués ont fait savoir qu'ils avaient déjà participé à des ateliers organisés par l'OPS sur ce thème.

71. Le Délégué d'Antigua-et-Barbuda et le Délégué de la Barbade notant que la sous-région des Caraïbes serait l'hôte de la coupe mondiale du Cricket en 2007 ont demandé l'assistance de l'OPS pour protéger les pays des Caraïbes contre la réintroduction de la poliomyélite et d'autres maladies suite à la venue d'un grand nombre de visiteurs de régions où ces maladies existent encore. A cet égard, un représentant de l'OPS pourrait faire partie du comité mis en place par les ministres de la santé des Caraïbes pour superviser la gestion des problèmes de santé et autres catastrophes lors du tournoi de cricket.

72. Le Secrétariat a été prié d'inclure, lors la révision du document CE 138/11 pour le Conseil directeur, des informations sur les ressources humaines et financières octroyées aux activités de vaccination dans le cadre du budget-programme actuel de l'OPS/OMS de pair avec des informations sur la couverture vaccinale chez les populations autochtones et les obstacles entravant l'élargissement de cette couverture.

73. Le Dr Tambini a indiqué que les réussites de ces 25 dernières années étaient dues au renforcement des programmes nationaux de vaccination grâce au soutien du programme régional et des divers partenaires, démontrant ainsi l'efficacité de ce modèle de coopération technique. La discussion du Comité a fait ressortir plusieurs enseignements retenus du programme régional de vaccination : importance de la participation sociale et de la création d'une « culture » de vaccination, prévention des maladies et promotion sanitaire. L'importance de la législation relative à la vaccination a également été retenue. En effet, pour adopter une telle législation dans les pays de la Région, il a fallu collaborer avec les comités de santé des congrès, ce qui a conféré une plus grande visibilité aux programmes de vaccins et a permis d'obtenir plus de soutien pour augmenter les dépenses pour la santé publique en général. La troisième leçon retenue concerne un solide engagement politique qui se traduit en investissement national pour les activités de vaccination. En utilisant de solides données économiques lors de dialogues avec les ministres des finances, on a su justifier des investissements accrus dans la vaccination. Toutes ces leçons pourraient être appliquées de manière bénéfique dans d'autres domaines de la santé publique.

74. Le Conseil consultatif technique sur les maladies pouvant être évitées par vaccins (TAG) auquel a fait allusion le Comité représente une autre réussite du programme régional de vaccinations. Depuis 25 ans, le TAG apporte un soutien au programme, évalue les progrès des programmes nationaux de vaccinations, retient les possibilités, identifie les obstacles et les besoins et fait des recommandations. Elle souhaite remercier les Etats Membres dont les experts en vaccinations ont fait partie du TAG. Les comités de coordination interorganisations qui existent aux niveaux national et régional sont une autre source importante de soutien pour le programme. En effet, ils ont permis de trouver les goulots d'étranglement et les déficits de programme et ont su coordonner les activités de divers partenaires en vue de supprimer ces obstacles. S'agissant du Guatemala, que le Comité a également mentionné, le comité national de coordination interorganisations s'est réuni récemment et a identifié un déficit financier de \$2 millions, risquant ainsi de freiner la campagne de vaccination contre la rubéole du Guatemala. On a fait appel à la communauté internationale pour mobiliser les 2 millions de dollars, somme avec laquelle on a pu interrompre la circulation du virus de la rubéole sur toute l'Amérique centrale.

75. S'agissant de la Coupe mondiale du Cricket, elle a indiqué au Comité que l'OPS interviendrait par l'intermédiaire de ses bureaux sous-régionaux pour assurer une

couverture vaccinale très élevée dans les Caraïbes, surtout contre la rougeole, vu les flambées épidémiques qui sont survenues récemment en Europe. L'Organisation collaborera également avec les pays des Caraïbes pour mettre au point une stratégie spécifique traitant des menaces éventuelles posées par la présence de visiteurs d'autres régions. Elle a noté que la Semaine de la Vaccination dans les Amériques serait une excellente occasion d'accroître la couverture vaccinale en préparation pour la Coupe de Cricket.

76. Le Dr Tambini a pris note des demandes du Comité concernant le document et vérifiera que la version revue comporte effectivement des informations sur les ressources consacrées aux activités de vaccination et à la couverture vaccinale chez les populations autochtones. Des objectifs bien précis ont été fixés pour les peuples autochtones en Amérique centrale et dans la région des Andes pour la Semaine de la Vaccination dans les Amériques en 2002 et le Secrétariat donnera des informations sur les résultats obtenus dans le document qui doit être préparé pour le Conseil directeur.

77. M. John Fitzsimmons (Responsable technique, santé familiale et communautaire, OPS) a répondu aux commentaires sur le Fonds renouvelable et a indiqué que pour assurer la viabilité du Fonds, le Secrétariat faisait appel à trois lignes stratégiques. Premièrement, il essayait de trouver des moyens de rendre la chaîne d'approvisionnement plus efficace et de réaliser des économies de coûts supplémentaires pour les pays qui utilisent le Fonds. Deuxièmement, il forge des partenariats stratégiques avec des pays qui n'achètent des vaccins à l'heure actuelle en passant par le Fonds renouvelable afin de mobiliser des réserves supplémentaires de vaccins surtout le vaccin contre la grippe. Troisièmement, le Secrétariat étudie les diverses possibilités d'augmenter le capital du Fonds qui est nettement en dessous du niveau actuel de dépenses et insuffisant pour couvrir les achats des vaccins, même pour ceux utilisés actuellement. L'introduction de nouveaux vaccins chers viendrait encore creuser ce déficit.

78. La Directrice a observé que le Fonds renouvelable s'était avéré un mécanisme important de dialogue avec l'industrie pharmaceutique. La relation bénéficiait à tous, tant aux sociétés enregistrées comme fournisseurs du Fonds qui avaient ainsi l'assurance de commandes régulières de grandes quantités de vaccins qu'aux les Etats Membres qui étaient ainsi en mesure d'acheter des vaccins à des prix favorables. Par ailleurs, comme le signale M. Fitzsimmons, le Fonds avait besoin de capitaux plus importants au vu du volume actuel de transactions. A son avis, le moment était probablement opportun de faire un appel de fonds par le biais de contributions volontaires pour alimenter le Fonds et augmenter son capital préparant ainsi l'introduction de nouveaux vaccins et permettant aux pays plus petits et plus pauvres de la Région de continuer à acheter des vaccins sans devoir payer à l'avance.

79. Pour la Directrice, la réduction du temps nécessaire pour l'introduction de nouveaux vaccins représentait une des grandes réussites du programme de vaccination,

outre la prévention et l'élimination des maladies. A présent, la majorité des enfants dans les Amériques avaient accès à de nouveaux vaccins en l'espace de trois à quatre ans suivant leur approbation. On avait tout lieu d'en être fier. Par ailleurs, alors pourtant que la Région envisage d'introduire de nouveaux vaccins pour protéger les enfants contre des agents infectieux comme le rotavirus et les pneumocoques, certains enfants ne sont toujours pas entièrement vaccinés contre des maladies infantiles courantes, à preuve les cas de diphtérie qui continuent de se présenter même dans des pays qui ont pourtant des programmes de vaccination bien développés. Aussi, fallait-il s'attaquer aux éléments non couverts dans le plan des vaccinations.

80. Concernant la Coupe mondiale du Cricket, la Directrice a indiqué que l'OPS était représentée dans la direction médicale pour le tournoi. En plus, par le truchement du Bureau de coordination des Caraïbes, du Centre d'épidémiologie des Caraïbes (CAREC) et de l'Unité des préparations et réponse aux catastrophes du Secrétariat, l'Organisation apportait également une assistance aux pays pour les préparations de la Coupe mondiale, surtout en ce qui concerne la surveillance épidémiologique, l'identification des risques et les plans de réponse aux urgences, non seulement pour les maladies vaccinables mais aussi pour la grippe aviaire et l'innocuité alimentaire. Les équipes de l'OPS aidaient également les gouvernements à procéder aux planifications et préparations nécessaires aux urgences ou catastrophes pouvant survenir dans les stades, ports ou aéroports et prenaient les mesures nécessaires pour mettre sur pied des équipes d'urgence tertiaires au cas où elles seraient nécessaires.

81. Le Comité exécutif a adopté la Résolution CE138.R4 sur ce point de l'ordre du jour.

Santé néonatale dans le contexte de la santé maternelle, néonatale et infantile avec pour but d'atteindre les objectifs pour le développement de la Déclaration du Millénaire des Nations Unies. (Document CE138/12)

82. Le Dr. Yehuda Benguigui (Chef, Santé de l'enfant et de l'adolescent, OPS) a introduit le Document CE138/12 qui a pour objet d'attirer l'attention sur le problème souvent ignoré de la mortalité néonatale et sur l'urgence de prendre des mesures pour y remédier. Certes, un grand pas en avant a été fait pour réduire la mortalité infantile et des moins de cinq ans mais, tel que le note le Dr Benguigui, les taux de mortalité néonatale n'ont pas pratiquement pas changé depuis 1995.

83. L'OPS juge qu'il est capital de passer à l'action dans plusieurs domaines prioritaires afin de faire reculer la mortalité néonatale et d'atteindre cette cible dans les Objectifs du Millénaire pour le développement. Il est important de commencer par rendre le problème plus visible et pour cela, il faut donner la priorité à la santé néonatale ce qui suppose un solide engagement politique dans les plus hautes sphères. Il est également nécessaire de renforcer les systèmes de santé, de garantir l'accès universel à tous et de

fournir un continuum de soins dans le contexte des services de santé maternelle, néonatale et infantile afin de saisir toutes les possibilités d'éviter les décès des nouveau-nés. Le document précise également d'autres domaines d'actions prioritaires.

84. Le Comité exécutif s'est félicité de l'initiative de l'OPS visant à accorder une plus grande priorité à la santé néonatale dans les programmes nationaux de santé et a avalisé les mesures proposées pour remédier au problème. Le Comité était d'accord que la majorité des décès maternels et périnataux ou néonataux pouvaient être évités et qu'il était donc de la plus haute importance d'apporter une bonne protection lors de la grossesse et pendant les premiers mois de la vie en utilisant des interventions qui ont fait leurs preuves, d'une grande efficacité et d'un faible coût, tels que les bilans réguliers, les soins qualifiés lors de l'accouchement et l'allaitement maternel prolongé. On a encouragé les Etats Membres à renforcer leur engagement pour mettre en œuvre ce type d'interventions de manière novatrice et souple en faisant appel aux principales parties concernées dont les bailleurs et les ONG. Un tel engagement est indispensable si la Région veut atteindre les Objectifs du Millénaire pour le développement, notamment l'Objectif 4.

85. Plusieurs délégués ont décrit des initiatives en cours dans leur pays en vue d'améliorer la santé maternelle, infantile et néonatale et d'élargir l'accès aux services. On a fait ressortir la grande importance du partage d'expériences, surtout entre les pays qui ont réussi à faire reculer la mortalité néonatale et ceux dont ces taux restent relativement élevés. Plusieurs délégués sont prêts à fournir du matériel de formation et autres informations pour aider d'autres pays à améliorer la santé du nouveau-né. On a d'ailleurs proposé que le Centre de l'Amérique latine pour la périnatalogie aide à coordonner de tels échanges.

86. Par ailleurs, on a souligné que les pays avaient besoin de se donner des stratégies distinctes en fonction de leur profil épidémiologique et de leur niveau de mortalité néonatale et infantile. On a également souligné qu'il fallait adapter aux réalités locales le volet néonatal des directives de la Prise en charge intégrée des maladies de l'enfance (PCIME).

87. Le Comité a vivement approuvé l'orientation du document, à savoir l'importance qu'il accorde aux statistiques d'état civil et aux systèmes de suivi. Le système des registres de naissances à lui seul aura un effet important non seulement pour améliorer les évaluations mais aussi pour contrôler dans le plus long terme d'autres problèmes tels que la violence à l'égard des enfants, l'exploitation de l'enfant et l'accès aux services de santé. On a également proposé d'inclure l'âge gestationnel, variable essentielle pour comprendre le décès néonatal. Les systèmes de suivi et d'évaluation devraient être configurés pour suivre les progrès faits par les pays pour améliorer les résultats de la santé néonatale et également l'efficacité des programmes de santé néonatale du Secrétariat de l'OPS.

88. Les délégués ont noté que l'analyse traditionnelle de la mortalité maternelle et infantile se limitait à l'analyse quantitative des cas. Une telle approche de « suivi passif » ne permet pas de formuler des stratégies capables d'améliorer la performance des services de santé. Plusieurs délégués ont souligné l'importance d'un suivi épidémiologique « actif » de la mortalité maternelle et infantile qui permettrait de faire une analyse qualitative des décès en temps réel, et donc d'identifier et de retenir les problèmes au niveau des soins dans le but d'améliorer la qualité des soins grâce à la connaissance des facteurs déterminants.

89. On a également noté que la morbidité et la mortalité liées à la reproduction constituaient un indicateur de la santé des populations, du fonctionnement des systèmes de santé, du statut social de la femme et du degré d'équité au sein de la société de chaque pays, ainsi qu'une mesure de l'inégalité entre les pays. Aussi, la réduction de la mortalité liée à la reproduction peut-elle être prise comme une expression de l'engagement d'une société à protéger la vie humaine dès ses premiers débuts. La morbidité et la mortalité imputables à la reproduction tendent à se présenter essentiellement dans les secteurs les plus défavorisés de la société, telles que les populations rurales, autochtones ou pauvres, et tout effort fait pour améliorer la santé maternelle et néonatale devrait donc aller de pair avec les efforts en vue de réduire la pauvreté et l'inégalité.

90. Un certain nombre de recommandations spécifiques ont été faites concernant le Document CE138/12. On a proposé d'y ajouter un récapitulatif des données disponibles sur les taux de mortalité néonatale en Amérique latine et aux Caraïbes ainsi qu'une estimation des coûts qui devront être encourus pour assurer la continuité des soins. En ce qui concerne les soins, un délégué pensait que le document devait reconnaître la nature visionnaire du concept de l'accès universel puisqu'il n'existe que peu de données soutenant l'idée qu'un accès véritablement universel puisse devenir une réalité. On pouvait également enrichir le document en y ajoutant un bilan plus détaillé des programmes de l'OPS sur le plan de la santé néonatale. De plus, à l'avis de certains délégués, il fallait insister davantage sur l'optique égalité entre les genres dans le document puisque la discrimination à l'égard de la femme est un des facteurs expliquant les taux de mortalité néonatale plus élevés parmi les filles. En effet, certaines sociétés accordent moins de valeur aux filles, d'où un risque accru d'infanticide féminin et forte probabilité que les bébés de sexe féminin reçoivent moins de soins. On a également suggéré d'inclure la violence familiale dans les facteurs-risques clés pouvant affecter l'issue néonatale. Un délégué notant que son pays recevait un nombre important d'immigrants des pays voisins, surtout des femmes qui traversent la frontière pour accoucher ou faire soigner leur enfant, souhaitait que le document traite de la nécessité de se donner des politiques traitant de la question de la santé des femmes et des enfants migrants.

91. Les délégués ont noté que le document maintenait l'approche traditionnelle aux soins de santé maternelle et infantile, qui tend à donner une plus grande priorité à la santé

et au bien-être de l'enfant qu'à la santé et aux droits sexuels et reproductifs de la mère. Plusieurs délégués pensaient que le document et la résolution proposée sur ce point de l'ordre du jour devaient traiter de cette dimension. A l'avis d'un autre délégué, puisque le Document CE138/12 avait pour thème la santé néonatale, et que la mortalité maternelle avait été discutée par les Organes directeurs de l'OPS en 2002, la résolution proposée n'avait pas besoin d'aborder des questions telles que la santé sexuelle et reproductive ou les droits en matière de sexualité et de reproduction.

92. Le Dr Benguigui a observé que les Organes directeurs de l'Organisation avaient adopté ces dernières années une série de résolutions se rapportant à la santé reproductive, à la mortalité maternelle et à la santé infantile. Par contre, aucune résolution ne traitait spécifiquement de la santé néonatale. Aussi, le Secrétariat pensait-il communiquer un document d'information sensibilisant à l'urgence de prendre des mesures pour remédier au problème de la mortalité néonatale élevée dans la Région. Par la suite, une stratégie pourrait être formulée en consultation avec les Etats Membres précisant les interventions concrètes et donnant des estimations des coûts.

93. Deux grands facteurs sont à l'origine de la mortalité néonatale élevée. Le premier est celui de la faible visibilité de la santé néonatale à tous les niveaux du système de santé. Le deuxième facteur se rapporte aux inégalités dans l'accès aux soins qualifiés, surtout au niveau des soins de santé primaires. Dans la Région des Amériques, environ 30% de la population n'a pas accès aux services de santé et, par conséquent, il faut trouver d'autres mécanismes, par exemple les soins à base communautaire, pour combler l'insuffisance chronique dans la disponibilité des soins de santé maternelle et néonatale.

94. Se montrant d'accord avec les délégués étant d'avis qu'il était impossible de séparer la santé maternelle de la santé néonatale, il a indiqué que c'était précisément la raison pour laquelle le document préconisait la continuité des soins. L'idée était de montrer que la mère, le nouveau-né et l'enfant sont inséparables sur le plan des politiques de santé.

95. Il a remercié les délégués de leurs suggestions concernant le document et a indiqué qu'elles seront intégrées à la version révisée du document. Il a également remercié les pays qui étaient prêts à partager leurs expériences avec d'autres.

96. La Directrice a affirmé que le thème de la santé néonatale devait être placé dans le contexte d'au moins deux scénarios différents. Dans un scénario, la question fondamentale était celle de l'accès aux soins. Diverses initiatives étaient en cours dans la Région pour étendre la protection et les soins aux mères et aux nouveau-nés, tels que les systèmes d'assurance-maladie pour les populations les plus pauvres et d'autres programmes spécifiques visant à baisser les barrières à l'accès, notamment les barrières financières. Les pays et les sous-régions de la Région ont emprunté des chemins différents mais le but reste le même : faciliter l'accès aux soins pendant la grossesse,

l'accouchement, le puerpérium et le stade néonatal. L'autre scénario est axé sur la qualité des soins. Même dans les pays où il existe un bon accès aux soins, la qualité des soins risque d'être variable. A l'évidence, ces deux scénarios différents nécessiteront des approches différentes.

97. Le Comité exécutif a adopté la Résolution CE138.R10, recommandant que le 47^e Conseil directeur demande à la Directrice de préparer une stratégie intégrée régionale et un plan d'action sur la santé néonatale.

Santé des peuples indigènes dans les Amériques (Document CE138/13, Rev. 1, et Document CE138/13, Corrig.)

98. Dr. Hernán Montenegro (Chef, Organisation des services de santé, OPS) a fait une présentation appuyée par des diapositives, en complément du Document CE138/13, Rev.1. Il a noté qu'une évaluation de l'Initiative régionale de la Santé des peuples autochtones, démarrée en 1993, et à laquelle ont participé 19 pays des Amériques, montrait qu'en dépit des efforts louables et de certaines réussites, il n'existait toujours pas de véritable coordination nationale ou sous-régionale sur les questions et initiatives de santé autochtone. Les conditions de vie et de santé pour un grand nombre des populations autochtones de la Région restaient bien précaires. En plus, les populations autochtones sont affligées par une pauvreté systémique et un chômage élevé. Ces groupes sont également handicapés par des taux élevés d'analphabétisme, surtout parmi les femmes, ainsi que par le manque de terres et de territoire et souffrent d'un profil épidémiologique avec des taux élevés de morbidité et décès prématuré alors que sont prédominantes des causes évitables.

99. La situation défavorisée des populations autochtones est mise en relief sous le faisceau des Objectifs du millénaire pour le développement (OMD). En effet, la comparaison entre populations autochtones et populations non autochtones fait ressortir clairement le manque de progrès et les inégalités entre les deux sur le plan des OMD. Les stratégies pour atteindre ces objectifs ne coïncident pas forcément avec les visions et préférences culturelles des populations autochtones, parfois sont même carrément contradictoires avec cette culture. En plus, les populations autochtones n'ont pas pris part à la formulation des OMD et n'étaient guère au courant de ces objectifs.

100. Devant l'urgence de trouver des manières novatrices et respectueuses de travailler avec des représentants autochtones, l'OPS avait démarré une démarche de consultation avec des peuples autochtones, des gouvernements nationaux, des institutions universitaires, des professionnels de la santé publique, etc. Cette démarche a permis de délimiter quatre axes stratégiques pour la coopération technique de l'OPS proposée dans le Document CE138/13, Rev.1, dans le contexte des nouveaux défis et engagements tels que ceux exprimés dans les OMD et dans la Seconde Décennie internationale des Peuples indigènes du monde.

101. Le Comité exécutif a noté avec satisfaction les quatre lignes d'action pour améliorer la santé autochtone. Certains délégués ont décrit ce que faisait leur gouvernement pour améliorer la situation de leurs peuples autochtones montrant comment ces initiatives concordaient avec les lignes d'actions. Des efforts sont faits, de différentes manières dans les divers pays, pour tenir compte du multiculturalisme, pour apporter une formation en interculturalité au personnel soignant et pour inclure davantage les peuples autochtones.

102. Tout en insistant sur le fait que la responsabilité primaire de la santé des peuples autochtones incombe au gouvernement de leur pays respectif, les Membres ont indiqué que l'OPS pouvait jouer un rôle important pour promouvoir la coopération entre pays, faciliter l'échange d'information et de documentation sur la prestation de services de santé dans un contexte interculturel, former le personnel de santé au travail dans un contexte interculturel, intégrer l'approche interculturelle dans les programmes de santé et fournir des conseils concernant la position légale de la médecine autochtone.

103. On a proposé que l'OPS organise une conférence ou un forum faisant participer tous les Etats Membres de la Région, aux fins de partager des expériences et connaissances sur les questions liées à la santé de leurs populations autochtones. L'OPS pourrait également aider les Etats Membres à collecter les données nécessaires pour étayer les politiques visant à améliorer la santé des populations autochtones. On a noté que la collecte de données sur la race et l'appartenance ethnique, surtout pour les populations autochtones, relevait d'une tâche gigantesque dans la plupart des pays mais par ailleurs, il serait difficile de se donner des lignes d'action cohérentes si on ne dispose pas d'une base de données fiable.

104. On a également proposé que le second axe – amélioration des connaissances et de l'information- mentionne explicitement la recherche en matière de santé des peuples autochtones et génération des statistiques de santé. Les délégués pensaient également que le troisième axe- intégration de l'approche interculturelle dans les systèmes nationaux de santé de la Région- devait faire référence à la formulation et à l'évaluation de modèles de soins qui tiennent compte de la diversité culturelle des pays.

105. Le Comité a regretté qu'aucune référence ne soit faite dans le document du facteur genre et de sa pertinence face à l'analyse de la santé autochtone, sachant que les femmes autochtones, de par leur double condition de subordination, étaient bien plus défavorisées que le reste de la population autochtone et que les femmes non autochtones. Les délégués étaient également d'avis que le document devait traiter de la question importante de la violence familiale et à l'égard des femmes et contrecarrer l'idée selon laquelle la violence est un droit de l'homme sur la femme et de l'adulte sur l'enfant.

106. Plusieurs délégués ont attiré l'attention sur la question du financement. Le document montre clairement que des ressources supplémentaires sont nécessaires et les délégués souhaitaient savoir comment le Secrétariat prévoyait de mobiliser de telles ressources. On a notamment proposé d'utiliser des budgets de domaines parallèles pour les actions de nature polyvalente.

107. Le délégué de Cuba a indiqué qu'il était capital de gagner la confiance des peuples autochtones, en tant que point de départ de la collaboration avec ces groupes. Cette confiance n'existe pas à l'heure actuelle. L'OPS pourrait faire fonction d'intermédiaire, aidant à forger des partenariats avec les leaders et les peuples autochtones. Ensuite, il serait possible de donner aux peuples autochtones le choix entre la médecine traditionnelle et la médecine moderne, offrant les avantages des deux. Parallèlement, il serait également avantageux d'offrir les avantages de la médecine traditionnelle à la population non autochtone.

108. Le délégué du Costa Rica a indiqué qu'il ne serait guère facile de gagner la confiance des populations autochtones. Certes, ces groupes ont souvent des idées et des attitudes qui s'avèrent néfastes à leur propre santé mais il n'en reste pas moins que le fait de vouloir changer ces attitudes empiète sur le droit à l'auto-détermination, droit stipulé dans la Convention 169 de l'Organisation internationale du travail. Une difficulté analogue se présente, bien que dans une mesure moindre, en ce qui concerne les recommandations de l'UNESCO sur la protection du matériel génétique. Il est important de se rappeler que ces instruments confèrent aux peuples autochtones certains droits et certaines protections.

109. L'Observateur des Etats-Unis d'Amérique se demandait si l'avantage comparatif du Secrétariat de l'OPS, sur le plan mise au point d'une stratégie fondée sur des données probantes traitant de la santé des peuples autochtones, s'appliquait aux questions de droits humains, mentionnées à plusieurs reprises dans les axes stratégiques. A son avis, on perdait de vue le véritable objectif : à savoir trouver des solutions pratiques à des problèmes de santé réels. Il a également suggéré qu'une liste des définitions ou un glossaire de terminologie serait une adjonction utile au document.

110. Le Dr Montenegro a remercié tous les délégués de leurs opinions et suggestions ainsi que de leur enthousiasme et engagement face à la question de la santé des populations autochtones. Il a indiqué que les diverses suggestions faites, notamment celles se rapportant au genre, à la violence ainsi que l'inclusion du glossaire seraient portées à la prochaine version du document.

111. Il a approuvé l'idée d'un forum ou conclave, notant que l'OPS pouvait être le chef de file mais qu'il serait bon que d'autres organisations participent également puisque la santé des populations autochtones était un thème couvrant un champ très large dans la Région. Le Dr Montenegro a également apprécié les rapports des délégués faisant le point

de leurs progrès, espérant que les Etats Membres continuent à échanger expériences et information. Il était très important que les problèmes de la santé des populations autochtones occupent une place plus prépondérante dans le contexte d'un plan régional.

112. Nul ne doute, à son avis, toute initiative visant à améliorer la santé des peuples autochtones devait être entreprise en collaboration avec ces groupes et leur leader. Gagner leur confiance, respecter leur droit à l'auto-détermination et obtenir leur consentement informé étaient bien les principes qui avaient guidé la formulation des axes stratégiques.

113. La Directrice a attiré sur l'attention sur la place centrale qu'occupe la santé dans plusieurs Objectifs du Millénaire pour le développement. La Déclaration du Millénaire s'adressait directement à la situation des gens les plus pauvres et dans les Amériques, les plus pauvres appartiennent généralement aux populations autochtones. La Région si elle voulait remplir la mission confiée par la Déclaration du Millénaire devait obligatoirement améliorer la situation de ses peuples autochtones. D'ailleurs, la Région comptait des populations d'origine africaine dont la situation n'était que légèrement meilleure à celles des peuples autochtones. Les deux groupes connaissaient les pires indicateurs de la santé dans les Amériques qui, combinés aux autres facteurs mentionnés par le Dr Montenegro, les plaçaient dans une situation d'exclusion cumulée.

114. Les pays du continent avaient une expérience très diversifiée d'initiatives visant à améliorer la santé de leurs populations autochtones et il serait fort utile de regrouper toute cette expérience, d'échanger des idées sur des modèles réussis de soins et d'interventions et de se pencher sur l'enseignement retenu. Toutefois, au premier rang d'importance reste la collaboration des peuples autochtones eux-mêmes. La Directrice était entièrement d'accord pour dire qu'il était indispensable de travailler avec les dirigeants communautaires, et c'était bien l'approche adoptée par l'OPS dès le départ.

115. Une des difficultés réside dans la déclaration de son appartenance ethnique est volontaire chez une personne et, de fait, dans plusieurs pays de la Région, les enquêteurs des recensements n'ont pas le droit de poser des questions sur l'origine ethnique. Aussi, faut-il deviner certains indicateurs et bien souvent l'indicateur de la pauvreté a été utilisé comme valeur supplétive pour l'indicateur de l'ethnicité.

116. Quant au financement, la Directrice a noté qu'il était difficile de mobiliser des fonds pour une initiative de cette nature. Généralement, l'Organisation trouvait qu'il était plus facile d'obtenir des crédits pour des programmes verticaux visant un résultat particulier, par exemple combattre le paludisme, la tuberculose et d'autres maladies. Par ailleurs, certains bailleurs de fonds notamment le Canada, l'Allemagne et l'Espagne avaient apporté une assistance précieuse au travail de l'OPS dans le domaine de la santé des populations autochtones.

117. Le Comité exécutif a adopté la Résolution CE138.R18, recommandant que le 47^e Conseil directeur approuve les lignes d'action stratégiques proposées pour la coopération technique de l'OPS sur la santé des peuples autochtones des Amériques.

Projet de plan décennal régional sur la santé bucco-dentaire (Document CE138/14)

118. Dr. Saskia Estupiñan (Conseillère régionale pour la santé buccale, OPS) a récapitulé le contenu du Document CE138/14, faisant ressortir l'importance, souvent ignorée, de la santé buccale pour la santé en général et l'apport qu'une meilleure santé buccale pouvait faire à la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le développement. Depuis 1995, la Région des Amériques connaît un net recul de la prévalence des caries dentaires, variant par pays de 35% à 85%, bien que la charge des maladies orales reste élevée si l'on compare à d'autres Régions, surtout parmi les groupes vulnérables. La situation est d'autant plus préoccupante que l'investissement dans les programmes de santé publique dentaire est à la baisse.

119. Le document fait l'esquisse d'une stratégie et d'un plan d'action pour traiter les problèmes de santé buccale dans la Région. La stratégie repose sur des modèles de meilleures pratiques susceptibles d'améliorer l'accès aux services de santé buccale et de réduire nettement la charge des maladies buccales d'ici 2015, en utilisant notamment le traitement restaurateur atraumatique (ART). Cet objectif ne saurait être atteint que par l'intermédiaire de solides partenariats entre les communautés dentaires privées et publiques.

120. Le Comité exécutif a été prié d'apporter un feed-back sur la Stratégie proposée et le Plan d'action proposés sur la Santé buccale (2005-2015) ainsi que sur le plan opérationnel et le budget proposé dans les annexes au Document CE138/14.

121. Le Comité exécutif a vivement soutenu la stratégie et le plan d'action proposés. Les délégués ont noté que, pour certains pays de la Région, la santé buccale n'était pas une priorité malgré toutes les preuves établissant une relation entre la santé buccale et la santé en général. On a souligné qu'il fallait accroître l'investissement dans les ressources humaines et matérielles, surtout pour améliorer la santé buccale des populations autochtones, pauvres et défavorisées. Par ailleurs, sachant que les services proposés dans le document représentent le niveau minimum de soins, il est fort probable qu'il faille attendre longtemps avant de noter des améliorations significatives dans la santé buccale de la Région.

122. Plusieurs délégués ont décrit les étapes prises pour traiter les problèmes de santé buccale dans leur pays et certains délégués de pays ayant réussi à améliorer la santé buccale de leur population ont proposé de partager leur expérience avec les pays intéressés. Un délégué a noté que dans son pays, certains professionnels médicaux étaient opposés à la fluoruration et avait intenté des procès contre le gouvernement cherchant à mettre fin à cette initiative. Un autre délégué, notant que la fluoruration du sel n'était guère

utilisée dans son pays, sauf dans certaines communautés autochtones, a suggéré que le document fasse référence à certaines populations autochtones montrant comment elles utilisent la fluoration du sel. En ce qui concerne le risque de fluorose dentaire, le document devrait traiter la nécessité d'obtenir des ressources financières supplémentaires pour permettre la défloration dans les régions avec des niveaux élevés de fluor dans l'approvisionnement public en eau.

123. Le Comité a noté avec satisfaction la discussion dans le document sur le lien entre la santé buccale et les problèmes lors de la grossesse tout en notant qu'il devait insister davantage sur le lien entre la santé buccale et la santé en général, surtout en ce qui concerne le diabète et peut-être aussi la pneumonie. Un délégué a demandé si des progrès avaient été faits pour isoler un type particulier de bactérie expliquant le lien entre les infections buccales et les problèmes lors de la grossesse.

124. Par ailleurs, le document devait expliquer clairement que le traitement restaurateur atraumatique pouvait être exécuté avec les ressources humaines existantes dans les structures de soins de santé primaires sans qu'il faille une formation spéciale pour le personnel auxiliaire. On a également proposé que le document mentionne également les établissements d'enseignement qui forment les professionnels de la santé buccale, telles que les facultés dentaires, dans le cadre de la référence faite du renforcement des capacités dans les institutions dentaires et médicales, les organisations gouvernementales et non gouvernementales et le secteur privé.

125. Finalement, les Membres ont demandé que soit mise au clair la période couverte par les chiffres budgétaires pour le plan régional proposé et ont demandé pourquoi le Guatemala et Sainte Lucie n'étaient pas identifiés comme des « pays clés et prioritaires » puisque le score DMFT-12 (dents cariées, manquantes et obturées) pour les enfants de 12 ans) était supérieur à cinq.

126. Le Dr Estupiñan a remercié les délégués de leurs commentaires et du soutien exprimé pour le plan régional proposé. Elle a souligné que, pour faire des progrès, il fallait s'intégrer et travailler avec les programmes qui existaient déjà plutôt que de s'attaquer à la santé buccale prise isolément. Notant que l'ART ne demanderait pas de ressources humaines supplémentaires, elle a rappelé que la formation pour acquérir cette technique ne prenait que 40 heures et qu'elle pouvait être administrée dans les structures de soins de santé primaires et dans les facultés dentaires. Elle a insisté sur le fait que la formation des professionnels de la santé devait accorder une plus grande importance à la prévention et à des méthodes plus efficaces par rapport aux coûts.

127. Par ailleurs, coût-efficacité ne veut pas dire bon marché. Certains pays avaient opté pour la fluoration de l'eau plutôt que la fluoration du sel car c'était moins cher. L'OPS avait pourtant indiqué que la fluoration de l'eau n'était pas forcément l'approche la plus efficace par rapport aux coûts surtout dans les régions où les systèmes

d'approvisionnement en eau n'arrivaient pas jusqu'aux populations qui avaient le plus besoin des avantages que comportait cette fluoration. Dans de tels cas, la fluoration du sel était la meilleure approche car partout où on vend du sel, on arriverait à atteindre la population. L'OPS était prête à apporter une coopération technique en ce domaine.

128. Probablement qu'il existera toujours des groupes qui sont opposés à la fluoration mais par ailleurs ils n'ont jamais réussi à bloquer un seul programme de fluoration dans les Amériques. Les preuves sur les avantages de la fluoration étaient simplement indéniables. L'OS connaissait les risques de la fluorose dentaire et cherchait à déterminer comment réaliser la défloration dans des régions avec des niveaux naturels très élevés de fluore dans leur eau, peut-être même avec des systèmes suffisamment petits pour être utilisés à la maison.

129. Le Docteur Estupiñan a remercié les délégués de leurs suggestions concernant le document et les a assurés qu'une information supplémentaire serait ajoutée sur la relation entre la santé buccale et le diabète et la pneumonie ainsi que des informations sur la fluoration du sel et ses effets sur les populations autochtones. Répondant aux commentaires sur la formation, elle a expliqué que l'OPS travaillait en collaboration avec les facultés dentaires pour intégrer les nouvelles technologies dans leur programme de formation. Concernant la question pour le Guatemala et Sainte Lucie, elle a expliqué qu'il fallait vérifier les chiffres DMFT car l'OPS n'était pas sûre que les chiffres soient exacts. Quant aux chiffres budgétaires donnés dans le document, elle a expliqué qu'ils concernaient chacun des deux exercices biennaux dans la période 2008-2011.

130. Répondant à la questions sur les causes des problèmes lors de la grossesse, elle a indiqué que des études cliniques étaient réalisées sur les conséquences des bactéries provenant des infections buccales sur le déroulement d'une grossesse mais l'inconvénient, c'est qu'elles sont menées auprès de groupes très spécifiques. Ce qui manquait, c'était une étude de santé publique sur les infections buccales liée à un programme prénatal. L'OPS espérait être en mesure d'organiser une telle étude mais il fallait trouver un bailleur de fonds prêt à la financer.

131. La Directrice a attiré l'attention sur l'importance qu'accorde le plan régional à l'existence de meilleures pratiques et au besoin de les utiliser davantage. Le document avançait de bons exemples de l'efficacité des diverses interventions décrites, telle que la fluoration et la nouvelle orientation dans le cadre de la formation des professionnels dentaires. Elle souhaitait également en avant l'importance accordée aux termes de l'objectif 2 du but 1 du plan de promotion d'hygiène orale et de santé buccale dans les écoles, tant au niveau primaire que secondaire. La Directrice a souligné que le Plan régional de 10 ans sur la santé buccale venait soutenir trois des Objectifs du Millénaire pour le développement sur le plan santé.

132. Le Comité exécutif a adopté la Résolution CE138.R9, recommandant que le 47^e Conseil directeur approuve le Plan décennal proposé sur la santé bucco-dentaire pour les Amériques.

Incapacité : prévention et réadaptation dans le contexte du droit au meilleur état de santé physique et mentale susceptible d'être atteint et d'autres droits connexes (Document CE138/15)

133. Dr. Camilo Alleyne (Ministre de la Santé, Panama) avait l'honneur de présenter ce point que son Gouvernement avait proposé d'inclure à l'ordre du jour. Il a noté que la Constitution de l'OMS déclarait que le droit de jouir de l'état de santé le meilleur possible était un droit fondamental de chaque être humain. Et pourtant, une analyse de la situation dans les pays de la Région montrait clairement que les 60 millions de personnes souffrant d'une invalidité dans les Amériques ne jouissaient pas vraiment de ce droit. Le Document CE138/15 et la résolution proposée pour ce point de l'ordre du jour recommandaient une série de mesures visant à prévenir les infirmités et incapacités et à améliorer l'accès des personnes invalides y compris les enfants aux services de santé et de réadaptation, de transport et de communications, d'éducation, d'emploi et autres services nécessaires pour qu'ils puissent exercer pleinement leurs droits fondamentaux. Ces recommandations témoignent du vif intérêt que porte le Gouvernement du Panama – intérêt partagé nul doute par d'autres Etats Membres- à la situation des personnes souffrant d'incapacité afin de vérifier qu'elles puissent profiter du meilleur état de santé possible.

134. Dr Armando Vásquez (Conseiller régional pour la réhabilitation, OPS) a noté que le problème de l'incapacité dans la Région frappait plus que les 60 millions de personnes jugées invalides dans la Région car l'infirmité comportait également des conséquences pour la famille, les amis et d'autres membres de l'environnement immédiat de la personne concernée. Les études ont montré que, pour chaque personne invalide, quatre à cinq personnes étaient affectées. Aussi, jusqu'à 25% de la population totale de la Région risque d'être affectée directement ou indirectement par l'incapacité.

135. Par ailleurs, les chiffres sur la prévalence de l'incapacité dans la Région risquent de ne pas dévoiler la véritable ampleur du problème suite au manque de constance, d'un pays à l'autre, dans la définition de l'invalidité/incapacité et dans les méthodes de collecte de données. L'application de la Classification internationale sur le fonctionnement, l'invalidité et la santé (ICF), adoptée récemment, permettra plus aisément d'obtenir des données comparables et, partant, de déterminer la véritable prévalence de l'incapacité dans la Région. De fait, tel que le document l'indiquait, plusieurs études utilisant l'ICF sont en train d'être réalisées dans les pays des Amériques. Par ailleurs, peu importe la diversité des données et des méthodologies utilisées, il ne faisait nul doute que la prévalence de l'incapacité était en train d'augmenter.

136. L'OPS, par le truchement du Programme régional sur la prévention de l'incapacité et la réadaptation, collabore avec des Etats Membres pour prévenir les incapacités et traiter les problèmes connexes, en faisant appel à diverses approches stratégiques. Ces approches sont récapitulées dans les paragraphes 38-47 du Document CE138/15.

137. M. Javier Vásquez (Conseiller régional sur les droits humains, OPS) a présenté une vue d'ensemble des diverses résolutions et instruments internationaux constituant le socle des droits humains présentés dans la Document CE138/15. S'agissant notamment de la Résolution WHA58.23, adoptée par l'Assemblée mondiale de la Santé en 2005, exhortant les Etats Membres à se donner une solide base d'informations pour défendre les droits des personnes invalides et CD43.R10, adoptée en 2001 par le Conseil directeur de l'OPS, exhortant les Etats Membres à se doter de dispositions juridiques protégeant les droits humains des personnes souffrant de troubles mentaux. De plus, les personnes souffrant d'invalidité étaient protégées par divers traités internationaux et nationaux et autres directives et normes sur les droits humains. Ces instruments sont indiqués dans le document et autres traités que les Etats de la Région qui les ont ratifiés.

138. Conformément à la Résolution WHA58.23, le Secrétariat avait jugé important d'inclure une section dans le document qui aiderait tant les Etats Membres que le Secrétariat lui-même à renforcer leur connaissance des sources les plus importantes détenant les droits fondamentaux civils, politiques, économiques, sociaux et culturels ainsi que les libertés fondamentales des personnes souffrant d'invalidité. Ces instruments internationaux fourniront des directives utiles à la formulation et à la révision au niveau national des politiques, des lois, des plans et services bénéficiant aux personnes invalides. L'information dans le document visait également à aider le Secrétariat de l'OPS et les Etats Membres à contribuer plus efficacement aux efforts déployés actuellement par les Nations Unies en vue de rédiger une Convention internationale sur la protection et la promotion des droits et dignités des personnes souffrant d'incapacités.

139. Depuis l'année 2000, le Secrétariat de l'OPS apporte une coopération technique pour l'application des instruments internationaux de droits humains dans divers domaines de santé, et il était prêt à aider les Etats Membres à intégrer les dispositions de ces instruments dans leurs politiques, programmes, plans et lois nationaux afférentes à l'incapacité et à restructurer les services de santé et de réadaptation pour les personnes invalides.

140. Le Comité exécutif a remercié le Gouvernement du Panama d'avoir pris l'initiative de porter la question de l'incapacité à l'ordre du jour des Organes directeurs et a fait bon accueil au document qui présente un solide cadre conceptuel pour une action concrète visant à améliorer la qualité de la vie et à défendre les droits des personnes vivant avec des incapacités dans la Région. Les Membres ont également convenu, tel qu'indiqué dans le document, que l'invalidité devait être abordée comme une

responsabilité sociale et non pas individuelle. A cet égard, on a souligné l'importance de travailler avec des organisations communautaires, surtout des organisations représentant des personnes invalides et d'organiser des services communautaires. Un délégué a décrit l'initiative prise dans son pays qui cherche à réunir les divers groupes de personnes souffrant d'invalidités dans le cadre d'une seule organisation afin de leur donner plus de poids politique.

141. Le Comité a insisté sur le fait que la réponse à l'incapacité doit être une réponse multisectorielle, débordant les limites du secteur de la santé et touchant d'autres secteurs, éducation, travail, transport etc. Parallèlement, on a noté que le secteur de la santé n'assumait son rôle de chef de file pour s'attaquer au problème dans bien des pays et que les besoins des personnes invalides n'avaient pas reçu la priorité qu'ils méritaient dans les discussions sur la prestation des soins de santé, les assurances et le financement.

142. Le Comité a également souligné que toute loi promulguée pour protéger les droits des personnes souffrant d'incapacités devait comporter de solides clauses d'application de ses stipulations car dans le cas contraire, elles risquaient fort de ne jamais être appliquées. On a noté que, si de nombreux pays de la Région étaient dotés de lois rendant obligatoire l'accès en chaise roulante dans les immeubles, les services publics responsables d'approuver les permis de constructions n'appliquaient pourtant pas ces lois. Un délégué, notant que les divers instruments internationaux concernant les droits des personnes invalides n'avaient pas force de loi pour le moment, et espérait donc que sous peu elles seraient davantage vues comme des lois leur donnant plus de poids juridique. Une autre déléguée a remarqué que la Convention internationale sur la protection et la promotion des droits et dignités des personnes souffrant d'incapacités, en cours de négociation par les Nations Unies, devait vérifier que les questions relatives à l'invalidité soient reconnues par le droit international. Elle a souligné que les articles de l'avant-projet de la convention, surtout ceux sur la santé, l'incapacité et la réadaptation, devaient étayer les approches stratégiques de l'OPS assurant ainsi la continuité de cet instrument. On a également mis en relief l'importance de la Convention interaméricaine sur l'élimination de toutes les formes de discrimination contre les personnes souffrant d'incapacités.

143. Divers délégués ont décrit les lois et autres initiatives prises dans leur pays respectif visant à protéger les droits des personnes souffrant d'incapacités afin de leur permettre de participer pleinement à l'éducation, à l'emploi et à d'autres aspects de la vie sociale et économique. Plusieurs délégués ont également présenté des informations écrites.

144. Le Comité a fait un certain nombre de suggestions et de recommandations spécifiques concernant le document et la résolution proposée sur ce point de l'ordre du jour. On a proposé de définir plus clairement le terme « incapacité » afin d'arriver à une compréhension commune et de faciliter ainsi la mise en place d'une approche régionale

partagée. On a également remarqué que toute définition du terme devait reconnaître la nature progressive du concept de sorte à ne pas exclure les nouvelles formes d'incapacité. L'importance qu'accorde le document à réadaptation sous toutes ces formes a été approuvée et pourtant, il ne fallait pas oublier que la prévention de l'incapacité était tout aussi importante peut-être même plus importante que la réadaptation. Aussi propose-t-on que la résolution insiste davantage sur la prévention et sur la recherche pour trouver les causes de l'incapacité. On a également suggéré que la violence, surtout la violence sexospécifique devait être incluse parmi les causes mentionnées dans le document et dans la résolution proposée. On a également remarqué que le document rangeait l'espérance de vie plus longue parmi les causes d'incapacité et certes, et certes, le risque augmente au fur et à mesure qu'augmente le nombre de personnes âgées mais un âge avancé ne doit pas être comparé à une incapacité.

145. S'agissant des approches stratégiques présentées dans le document, on a indiqué que la priorité numéro un pour l'OPS devait être la surveillance épidémiologique. L'OPS devait notamment encadrer et coordonner la collecte de données sur la prévalence de l'incapacité dans la Région pour mettre en place une base initiale servant à la formulation d'une approche régionale ou d'un programme régional. On a jugé d'importance capitale de collecter des données et d'évaluer les politiques, les plans, les programmes et les lois existant actuellement sur l'incapacité. A cette fin, on pouvait créer un observatoire régional sur l'invalidité. Le Secrétariat pouvait expliquer dans un rapport futur sur le sujet les divers domaines dans lesquels il apportait une expertise technique actuellement et indiquer également dans quelle direction il souhaitait se diriger à l'avenir.

146. En dernier lieu, on a demandé au Secrétariat d'apporter plus d'informations sur le budget disponible pour la coopération technique concernant l'incapacité, notamment les ressources qui pourraient être disponibles d'autres domaines d'activités vu que l'incapacité est un problème entrant dans bien des domaines différents.

147. Le Dr Armando Vásquez a indiqué que la définition de « l'incapacité » telle que donnée dans le Document CE138/15 était une définition globale et générique, s'inspirant de la Classification internationale du fonctionnement, de l'incapacité et de la santé. Elle recoupe trois dimensions et permet ainsi aux divers pays et organisations de l'adapter aisément pour arriver à leurs propres définitions du terme. Il a convenu qu'il était important d'éviter les définitions statiques qu'il faudra forcément changer puisque la signification du terme continue d'évoluer. De fait, il pense que le terme « incapacité » finira par être mis de côté pour être remplacé par la référence au statut fonctionnel des personnes.

148. Il a assuré au Comité que le domaine de la surveillance épidémiologique était une priorité pour l'OPS. Récemment, l'Organisation a travaillé avec divers pays pour identifier des indicateurs qui pourront être utilisés pour collecter des données sur l'incapacité au niveau national. Ces indicateurs aideront à formuler des indicateurs

régionaux qui seront utilisés pour suivre les programmes et mettre en œuvre des accords internationaux relatifs à l'incapacité. Ce travail faciliterait la contribution de la Région au rapport mondial de l'OMS sur l'incapacité et la réadaptation qui doit être publié en 2007 conformément à la Résolution WHA58.23.

149. Concernant la référence dans le document à une espérance de vie plus longue comme cause d'incapacité, il a fait savoir que le Secrétariat n'avait nullement cherché à impliquer que le fait de vieillir signifiait forcément devenir incapable ou encore qu'il existait une corrélation directe entre le vieil âge et l'incapacité. Par ailleurs, il est indéniable que la perte de fonctionnalité notée souvent lors du vieillissement d'une personne l'expose au risque de souffrir d'une incapacité. Le Secrétariat indiquerait clairement ce qu'on cherchait à dire dans la révision du document pour le Conseil directeur. Il apporterait également de plus amples informations sur les activités de coopération technique réalisées ces dernières années, mettant en avant les nombreux exemples réussis de coopération technique entre les pays.

150. M. Javier Vásquez, faisant référence aux commentaires concernant la Convention interaméricaine sur l'élimination de toutes les formes de discrimination contre les personnes souffrant d'incapacités et au rôle de l'OPS concernant son application a indiqué que, à la demande du Conseil permanent de l'Organisation des Etats américains, l'OPS cherchait à assumer un rôle plus actif au sein du Comité créé par la Convention. Concernant les commentaires quant au poids légal et les recommandations internationales sur l'incapacité, il a indiqué que l'OPS fournissait des services consultatifs techniques à la demande des Etats Membres pour les aider à intégrer ces normes dans les lois, politiques et pratiques nationales surtout dans le domaine de la santé mentale. Le Secrétariat organisait également des ateliers de formation pour le personnel de santé afin de le sensibiliser aux normes recommandées pour le traitement de personnes souffrant d'invalidités mentales. Concernant l'avant-projet de la Convention internationale sur la protection et la promotion des droits et de la dignité des personnes souffrant d'incapacités, il a indiqué que le Secrétariat s'assurerait que la prochaine version du document reflète le langage de cet instrument.

151. La Directrice, répondant aux questions sur le budget pour les activités se rapportant à l'incapacité, a indiqué que les services de prévention de l'incapacité et de réadaptation entraient dans le domaine de la Prestation des Services de Santé, tel qu'indiqué dans l'évaluation de la performance du budget 2004-2005 (Document CE138/10). Par ailleurs, les activités se rapportant à la prévention de l'incapacité et de réadaptation étaient également exécutées dans d'autres domaines, tels que la santé oculaire et la santé infantile.

152. Elle a noté que l'OPS devenait de plus en plus une source de conseils, dans l'optique santé publique, sur des questions se rapportant à la santé et aux droits humains. Par exemple, l'OEA avait demandé conseil récemment à l'Organisation, en tant

qu'organisme de santé publique, sur des cas présentés à la Cour interaméricaine des droits humains qui se rapportent à la santé, surtout la santé de personnes souffrant d'incapacités physiques et mentales. L'OPS avait également apporté une assistance à plusieurs reprises au Rapporteur spécial des Nations Unies sur le droit de chacun à attendre le niveau le plus élevé possible de santé physique et mentale.

153. Le Dr Alleyne a remercié le Comité pour ses commentaires et suggestions et a exprimé sa reconnaissance aux experts techniques du Secrétariat pour leurs recommandations. Il était certain qu'on arriverait à une résolution intégrant toutes les préoccupations et toutes les recommandations de tous les Membres et présentant une vision commune concernant la question importante de l'invalidité.

154. Le Comité exécutif a adopté la Résolution CE138.R11 sur ce point de l'ordre du jour.

Promotion de la santé : Réalisations et leçons apprises entre la Charte d'Ottawa et la Charte de Bangkok et perspectives pour l'avenir (Document CE138/16)

155. Le Président a attiré l'attention du Comité exécutif sur le Document CE138/16, indiquant que le Dr María Teresa Cerqueira (Chef, Développement durable et Santé environnementale, OPS) était disponible pour répondre aux commentaires du Comité et aux questions concernant le rapport.

156. Le Comité exécutif a approuvé l'évaluation des progrès faits et leçons retenues pendant la période allant de la Charte d'Ottawa en 1986 à la conférence plus récente sur la promotion de la santé, tenue à Bangkok en 2005, et a fortement soutenu le travail de l'OPS dans le domaine de la promotion de la santé. Le Comité s'est montré très satisfait de la priorité accordée dans le rapport aux déterminants sociaux de la santé. Les membres étaient d'accord avec la conclusion de l'OPS : plus d'effort et d'investissement étaient nécessaires pour donner aux gens les moyens d'adopter des comportements sains ou pour supprimer les obstacles qui les empêchent de le faire. L'inégalité et l'iniquité toujours croissantes dans les conditions sanitaires et socioéconomiques, tant à l'intérieur d'un pays qu'entre différents pays, était jugée une des grandes barrières à une meilleure santé et bien-être.

157. On a proposé que l'OPS mette au point une stratégie pour soutenir et exécuter le travail de la Commission de l'OMS sur les déterminants sociaux de la santé, une fois que cessera l'activité de la Commission en 2008. On a également proposé que les pays envisagent de créer des commissions nationales sur les déterminants sociaux de la santé, renforçant ainsi le travail de la commission et aidant à consolider la capacité institutionnelle des pays concernant la promotion de la santé.

158. Plusieurs délégués ont mentionné l'importance des échanges d'expériences et de la coopération technique entre pays. C'est un rôle important de l'OPS que de faciliter de

tels échanges qui aident les Etats Membres à communiquer des modèles réussis de promotion de la santé et des moyens de supprimer des obstacles difficiles, appuyant ainsi les pays dans l'élaboration de leurs plans nationaux de promotion de la santé et prévention des maladies et leur évitant de reproduire les erreurs faites par d'autres. L'Organisation devrait également aider les pays à renforcer leur capacité d'évaluer l'impact et l'efficacité des politiques et initiatives de promotion de la santé.

159. On a proposé que l'OPS compile une base de données sur les meilleures pratiques dans le domaine de la promotion de la santé. En rendant davantage disponibles de telles données, l'Organisation aidera à renforcer les bases de données probantes, permettant ainsi aux décideurs de mieux comprendre le coût-efficacité des interventions de promotion de la santé. Une base de données plus solide serait également un bon outil de plaidoyer pour obtenir des crédits supplémentaires pour la promotion de la santé.

160. On a également proposé d'organiser des événements régionaux et sous-régionaux pour communiquer les expériences réussies dans le domaine de la promotion de la santé. Un délégué a d'ailleurs indiqué que de tels événements aideraient à élucider la différence mentionnée dans le document entre prévention des maladies et promotion de la santé. Une autre déléguée pensait cependant qu'il était impossible de tracer une ligne de démarcation entre les deux puisque les deux approches étaient complémentaires l'une de l'autre. A son avis, il serait plus constructif de chercher une approche intégrée et holistique regroupant les deux points de vue plutôt que de s'efforcer à faire la distinction entre les deux.

161. Plusieurs délégués ont décrit les activités de promotion de la santé dans leur propre pays, présentant parfois des activités, initiatives et des programmes particuliers qui ne figuraient pas parmi les exemples cités dans le document. La Déléguée de la Barbade a mentionné un certain nombre de leçons retenues des activités entreprises sur la promotion de la santé dans la région des Caraïbes susceptibles d'être appliquées dans d'autres pays et au travail de l'OPS. Il est notamment utile d'avoir un plan stratégique par écrit pour renforcer les chances de trouver des partenaires et pour faciliter le travail réalisé de pair avec ces derniers par la suite. Autre leçon : il est important de tirer profit de la pléthore d'organisations communautaires qui existent à la base afin d'habiliter et de responsabiliser les individus et de les engager à prendre soin de leur propre santé. Au titre de la troisième leçon retenue : mobiliser et utiliser l'intérêt croissant des médias pour les questions de santé afin de renforcer la collaboration pour la promotion de la santé.

162. La Déléguée de la Barbade a mis en avant une autre leçon importante – plusieurs autres délégués abondant dans son sens – montrant qu'il fallait à tout prix pouvoir compter sur un solide leadership politique dans les plus hautes sphères pour faciliter la collaboration intersectorielle et obtenir l'engagement du gouvernement entier face à la promotion de la santé. En même temps, et tout en reconnaissant l'importance de l'action intersectorielle, plusieurs délégués ont également indiqué qu'il fallait reconnaître et

renforcer le rôle de leadership des ministères de la santé. Il est également nécessaire d'engager le secteur privé. Les délégués ont noté que les entreprises et commerces avaient un impact direct sur la santé des gens et sur les facteurs déterminant leur santé et par conséquent, ils devaient être responsables et défendre la santé et bien-être de leurs clients. Aussi, le document devait-il donner une place plus importante au rôle du secteur privé dans la promotion de la santé.

163. On a proposé que la section du document traitant de la coopération technique des organisations internationales doive mentionner la Fédération Ibéro-américaine des Ombusmen (FIO) et l'Institut interaméricain des droits humains (IAIHR), travaillant toutes les deux dans le domaine de la promotion de la santé avec des Etats Membres de l'Amérique latine.

164. La Déléguée du Canada, notant que son pays serait l'hôte de la Conférence mondiale de 2007 sur la promotion de la santé et l'éducation sanitaire de l'Union internationale pour la promotion et l'éducation sanitaires (IUHPE) a proposé que le Document CE138/16 soit examiné lors de cette conférence ou ajouté à l'ensemble des documents préparés pour la conférence et qui se seront publiés dans un numéro spécial de la revue *Health Promotion International* de l'IUHPE.

165. Le Comité exécutif a noté avec satisfaction l'intention de l'OPS de s'engager dans une consultation plus diversifiée pour formuler un futur plan d'action qui renforcerait la capacité institutionnelle des Etats Membres en matière de promotion de la santé, mentionnée dans la section du document intitulée « Soutien de l'OPS et suivi des engagements à la Charte de Bangkok. » Il serait bon cependant que l'OPS attende la sortie du rapport final de la Commission sur les déterminants sociaux de la santé en 2008 pour intégrer ces conclusions au plan d'action. Un délégué s'est montré préoccupé du fait que le document semble indiquer que la Charte de Bangkok contient des engagements pour les pays alors que tel n'est pas le cas puisqu'elle n'était pas entièrement négociée ou approuvée par les Etats-Membres.

166. On a suggéré de préparer une résolution, proposant que le Conseil directeur approuve la préparation d'un plan d'action régional sur la promotion de la santé en précisant les délais de la formulation du plan d'action.

167. Le Dr Cerqueira a remercié les délégués pour leurs commentaires, demandant qu'ils présentent par écrit leurs suggestions concernant le document et le travail de l'OPS. Elle était contente et intéressée de prendre connaissance des plans d'action de promotion de la santé dans les divers pays. Il serait important de tenir compte des expériences entourant ces plans lors des étapes suivantes de la formulation d'un plan régional. Elle a convenu que la mise au point d'un plan devait se faire en parallèle avec le travail de la Commission de l'OMS sur les déterminants sociaux de la santé. La conférence sur la promotion de la santé au Canada pourrait bien être l'occasion d'une consultation

complémentaire sur un plan régional au même titre que le 11^e Congrès mondial sur la santé publique qui se tiendra en août 2006 au Brésil.

168. L'OPS a l'intention de renforcer et de valoriser la formation des ressources humaines dans le secteur de la santé ainsi que dans d'autres secteurs pour appliquer un concept élargi de la promotion de la santé débordant les sphères de l'information, de la communication et de l'éducation. Ces dernières activités, certes importantes, ne suffisaient pas à susciter les transformations qu'une stratégie de promotion de la santé devait réaliser. Au-delà de l'information et de l'éducation, les pays avaient besoin de procéder aux changements préconisés par leurs études et évaluations.

169. En ce qui concerne la Charte de Bangkok, elle a confirmé que celle-ci n'imposait aucun engagement pour les Etats Membres.

170. La Directrice a noté que le Document CE138/16 était un rapport faisant état des progrès réalisés et des leçons retenues tout au long de la mise en œuvre de la stratégie de promotion de la santé. A son avis, il serait difficile de formuler une résolution sur la base d'un rapport d'activités. Le Comité exécutif pourrait décider à la place de prendre note du rapport, de soutenir les idées qu'il contenait et de reconnaître la nécessité de mettre en place un mécanisme pour formuler le plan d'action contenu dans le document. Le Comité pourrait également faire des recommandations spécifiques concernant la promotion de la santé dans le contexte du Programme de santé pour les Amériques, 2008-2017, et du Plan stratégique pour le Bureau sanitaire panaméricain, 2008-2012. Une stratégie pour la promotion de la santé pourrait revêtir une grande importance pour les deux documents.

171. Le Comité exécutif a pris note du rapport et a avalisé la mise au point d'un plan régional d'action visant à renforcer la capacité institutionnelle des Etats Membres en ce qui concerne la promotion de la santé.

Stratégie régionale et Plan d'action pour une approche intégrée de la prévention des maladies chroniques et de la lutte contre celles-ci, y compris l'alimentation, l'activité physique et la santé (Document CE138/17)

172. Le Président a attiré l'attention du Comité sur les Documents CE138/17 et CE138/18 et a fait savoir que la Stratégie régionale et le Plan d'action sur l'approche intégrée à la prévention et à la lutte contre les maladies chroniques, y compris le régionale, l'exercice physique et la santé ainsi que la Stratégie régionale et le Plan d'action sur la nutrition dans le cadre de la santé et le développement seraient discutés consécutivement puisque les deux étaient étroitement liés. Le Comité se concentrerait d'abord sur la stratégie des maladies chroniques.

173. Dr. Roberto Dullak Peña (Représentant du Sous-Comité de planification et de programmation) a indiqué que le Sous-Comité de planification et de programmation avait vivement appuyé les deux stratégies et plans d'action et a félicité leur approche intégrée

et intersectorielle. Les Membres pensaient que les deux stratégies régionales complèteraient et appuieraient la mise en œuvre de la stratégie mondiale de l’OMS sur le régime alimentaire, l’activité physique et la santé et que la stratégie mondiale de l’OMS sur la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles bien que certains se préoccupent du double emploi d’efforts dans la formulation de stratégies régionales séparées risquant par ailleurs de diluer les modiques ressources nécessaires pour mettre en œuvre les stratégies mondiales. Le Sous-Comité avait noté la solide corrélation entre les deux stratégies et plans d’action et avait insisté sur le besoin d’intégrer les deux initiatives afin d’éviter une fragmentation et d’utiliser le plus efficacement possible les ressources. Le Sous-Comité avait également pensé que le lien entre les deux devait être démontré plus explicitement dans les documents respectifs.

174. Concernant spécifiquement la Stratégie régionale et le Plan d’action sur une approche intégrée à la prévention et au contrôle des maladies chroniques, le Sous-Comité a indiqué qu’il fallait mettre au premier plan la promotion de la santé et la prévention des maladies et avait souligné que la promotion de la santé visant à prévenir les maladies chroniques devait commencer dès l’enfance. En ce qui concerne le diabète, on a mentionné que la stratégie devait se concentrer sur l’identification et le traitement du pré-diabète, puisqu’on savait que l’intervention précoce pouvait éviter que le pré-diabète ne se transforme en diabète. Le Sous-Comité a insisté sur l’importance du dépistage et de l’intervention précoce pour toutes les maladies chroniques.

175. Le Sous-Comité a également noté qu’il fallait prêter une plus grande attention aux maladies mentales qui coexistaient souvent avec les affections chroniques et qui risquaient d’entraîner des comportements contraires à la santé, la non observance des instructions médicales et un pronostic pessimiste chez les patients souffrant de maladies chroniques. On a recommandé que l’OPS utilise le Programme OMS d’action mondiale sur la santé mentale pour renforcer la stratégie régionale sur les maladies chroniques.

176. Le Dr Carissa Etienne (Directrice adjointe, BSP) a introduit le document CE138/17 et le Document CE138/18 indiquant que les deux stratégies présentées au Comité avaient été formulées en consultation avec les principales parties concernées au niveau des pays et dans la communauté des partenaires externes. Elles répondent aux caractéristiques et besoins spécifiques des Etats Membres en Amérique latine et dans les Caraïbes. Les deux stratégies visent à réduire les inégalités dans l’accès aux stratégies de prévention des maladies et promotion de la santé et aux services de santé de qualité et médicaments essentiels. Les deux mettent en avant le rôle prépondérant des déterminants, notamment des déterminants biologiques et sociaux et les deux font appel au secteur privé et à la société civile avec un solide leadership de la part du gouvernement. De plus, les deux stratégies étaient de nature intégrale et holistique et les deux envisageaient des réponses multisectorielles et multidisciplinaires.

177. Le Secrétariat abordait les deux stratégies sous un même angle cherchant toutes les possibilités d'action synergiques. Par ailleurs, il était impossible de fusionner les deux stratégies en une seule. Il existait des différences notables entre les deux et elles exigeraient des réponses différentes de la part des Etats Membres et du Secrétariat. Il existait également des différences dans leurs populations cibles. Si les pauvres sont affectés de manière disproportionnée par les problèmes dont traitaient les deux stratégies, les pauvres ciblés par chaque stratégie avaient pourtant des caractéristiques spécifiques et distinctes.

178. Les pays de l'Amérique latine et des Caraïbes ployaient sous un double fardeau, celui des carences en nutrition et micronutriment auquel s'ajoutait une épidémie croissante de maladies chroniques, cause principale à présent de la mortalité, morbidité et invalidité dans la majorité des pays de la Région, surtout dans les Caraïbes. Les problèmes nutritionnels étaient parmi les facteurs étiologiques des maladies chroniques parmi d'autres facteurs risques biologiques, comportementaux et environnementaux. Aussi, l'exercice physique, le régime alimentaire et la nutrition ne constituaient-ils qu'un seul volet de l'approche intégrée de santé publique aux maladies chroniques.

179. Elle pensait que le défi que devait relever la Région était le suivant : comment traiter adéquatement les questions de carences nutritionnelles, sécurité alimentaire et maladies chroniques en reconnaissant les caractères complémentaires tout en répondant pleinement aux différences spécifiques dans l'étiologie et l'épidémiologie dont devront forcément tenir compte les interventions ciblées.

180. Le Comité exécutif a soutenu pleinement la stratégie et le plan d'action proposés et plusieurs Membres ont indiqué que leur Gouvernement était engagé à mettre en œuvre la stratégie au niveau national. Le Comité a également noté avec satisfaction les améliorations portées au document depuis sa présentation au SPP et a remercié le Secrétariat d'avoir intégré avec tant d'attention les commentaires et les suggestions du Sous-Comité. A l'instar du Sous-Comité, le Comité exécutif a souligné l'importance de la prévention, indiquant qu'il faudrait commencer dès la prime enfance à prévenir les maladies chroniques. En effet, c'est le meilleur moment d'adopter des habitudes saines qui protégeront les enfants par la suite des maladies chroniques.

181. C'est le troisième objectif du plan d'action proposé qui a bénéficié d'un soutien spécial : « Promouvoir les conditions sociales et économiques qui traitent des déterminants des maladies chroniques et donner aux gens les moyens de contrôler leur santé et d'adopter des comportements sains. » On a proposé de mettre en rapport cet objectif et le Document CE138/16 sur la promotion de la santé qui présente des leçons utiles dont on pourra tenir compte en cherchant à réaliser cet objectif. Parallèlement, les membres ont reconnu qu'outre la promotion des styles de vie sains, il fallait traiter les facteurs risques dans le contexte social, économique et culturel, par exemple les conditions de vie et de travail, l'accès aux services de santé et le dépistage préventif

régulier, le genre, la violence et la santé environnementale. On a également reconnu qu'il fallait renforcer la base de données pour la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des politiques et programmes pour la prévention des maladies non transmissibles chroniques. A cet égard, on a insisté sur le fait que toute politique adoptée par l'OPS dans le cadre de son plaidoyer pour le changement devait être ancrée dans de solides faits.

182. La Déléguée du Canada a indiqué que son pays co-dirigeait avec l'OPS la mise en place d'un observatoire sur les politiques concernant les maladies chroniques non transmissibles, dans le cadre de l'initiative CARMEN³. L'observatoire apportera une structure unifiée et systématique pour la formulation de politiques sur les maladies chroniques non transmissibles. Chaque pays participant était en train de préparer des études sur la formulation de politiques. L'étape suivante consistait à élargir le champ d'action des études de cas et d'inclure également la mise en œuvre et l'évaluation des politiques. Actuellement, l'observatoire CARMEN comprend le Brésil, le Canada et le Costa Rica mais un certain nombre d'autres pays dont le Chili, le Guatemala et le Mexique ont également indiqué qu'ils souhaitaient participer.

183. Pour le Comité, il est important que les Etats Membres s'engagent pleinement à appliquer la stratégie et à apporter le soutien programmatique et financier nécessaire pour sa mise en œuvre. Pour les membres, il est important de traduire la stratégie en action concrète qui aurait un réel impact sur la vie des personnes vivant avec des maladies chroniques. Le Délégué d'Antigua-et-Barbuda a mentionné le programme de soins oculaires *Milagros* (Miracle), initiative conjointe Cuba-Venezuela, comme exemple d'une telle action. Grâce à *Milagros*, de nombreuses personnes dans des pays la Région, y compris le sien, ont pu bénéficier de soins chirurgicaux gratuits pour remédier à des problèmes comme la cataracte.

184. Le Délégué du Panama a fait savoir que les pays plus développés de la Région devaient aider d'autres pays à dispenser des traitements pour les problèmes liés aux maladies chroniques pour lesquels ils ne disposaient pas de l'équipement nécessaire pour agir par eux-mêmes, surtout les interventions chirurgicales comme les transplants. Il a proposé de mettre en place à cette fin un système d'orientation-recours et contre orientation.

185. Se rapportant au document, le Comité a noté avec satisfaction l'inclusion de l'information sur les ressources humaines et financières disponibles pour mettre en œuvre la stratégie mais souhaitait aussi que le Secrétariat explique davantage comment on pouvait pallier au déficit de taille dans les ressources financières. On a proposé d'accorder une plus grande attention aux adultes plus âgés dans le document. La section

³ CARMEN est le sigle pour *Conjunto de acciones para la reducción multifactorial de enfermedades no transmisibles* (ensemble d'actions pour la réduction multifactorielle des maladies non transmissibles). C'est l'homologue dans les Amériques de l'initiative CINDI en Europe (Countrywide Integrated Noncommunicable Diseases Intervention).

dans le document intitulée « Renforcer les services de santé pour la prévention et la prise en charge intégrée des maladies chroniques » devrait faire référence à la prise en charge des patients souffrant de maladies chroniques et non pas aux maladies elles-mêmes car les mesures visent les gens et non pas les maladies. Un délégué notant que la Figure 1 dans le document retenait l'alcool comme un des déterminants clés des maladies chroniques alors que certains faits montraient qu'une consommation modérée d'alcool pouvait protéger contre certaines maladies chroniques. Un autre délégué pensait que le document devait faire une place plus importante à la Convention-cadre sur la lutte contre le tabagisme. Le document devait exhorter les Etats Membres à adopter des lois sur la lutte contre le tabagisme conformément à la Convention-Cadre mais pour cela il fallait que les pays ratifient d'abord la Convention.

186. L'Observateur des Etats-Unis d'Amérique a réitéré la préoccupation de son Gouvernement, également exprimé lors de la 40^e Session du Sous-Comité de planification et de programmation, à savoir que la stratégie allait faire double emploi avec la Stratégie mondiale de l'OMS sur le régime alimentaire, l'activité physique et la santé ainsi qu'avec d'autres stratégies. Il a également noté que la résolution citée dans le Document CE138/17 comme une résolution stipulant la formulation de la stratégie de fait demandait au Secrétariat d'apporter une coopération technique aux Etats Membres pour la mise en place d'une approche intégrée aux maladies non transmissibles. A son avis, il ne s'agissait pas d'un appel encourageant à formuler une stratégie de grande envergure, surtout au regard du grand déficit de ressources pour sa mise en œuvre.

187. Le Dr Etienne a rappelé que le document présenté au SPP était sous forme rudimentaire. Depuis, le Secrétariat avait cherché à engager davantage les Etats Membres, le secteur privé, la société civile et le milieu universitaires et de la recherche pour étoffer davantage la stratégie et le plan d'action. Des consultations s'étaient tenues aux niveaux sous-régional et national et les résultats de ces réunions avaient informé les lignes d'action et les approches stratégiques comprises dans la version actuelle du document. Elle remerciait le Comité de ses suggestions perfectionnant la stratégie et le plan d'action et a indiqué que le Secrétariat s'assurerait qu'elles étaient intégrées dans le document qui serait présenté au Conseil directeur. Le Secrétariat chercherait notamment à remanier le document pour lui donner l'orientation promotion de la santé et prévention des maladies que souhaitaient voir les Etats Membres. Il traitera également de la situation des adultes plus âgés et tiendra compte de la suggestion concernant la Convention-Cadre sur la lutte contre le tabagisme.

188. Le Secrétariat savait fort bien qu'il n'était guère facile, surtout pour les pays à modiques ressources du pays, de dispenser des soins tertiaires pour les maladies chroniques. Le Dr Etienne a noté que le Sous-Comité de planification et de programmation s'était penché, l'année précédente, sur un document concernant le renforcement des programmes nationaux de dons d'organes et de greffes (Document SPP39/6), indiquant que le Secrétariat avait l'intention de continuer son travail en ce

domaine, de préférence en renforçant sa coopération technique avec les pays pour répondre au besoin de tels services de soins tertiaires.

189. En ce qui concerne le déficit de ressources, elle a indiqué que l'Organisation avait l'intention de mettre sur pied une campagne de mobilisation de ressources. A son avis, aucune organisation n'arrivera jamais à avoir suffisamment de ressources pour traiter l'énorme problème des maladies chroniques. Par ailleurs, le Secrétariat espérait que les contributions volontaires et la collaboration avec les pays permettront à la Région de commencer à répondre de manière efficace par rapport aux coûts à l'épidémie de maladies chroniques qu'elle confronte.

190. La Directrice, répondant aux commentaires concernant la demande pour une stratégie, a indiqué que les maladies non transmissibles étaient à présent au premier rang des raisons des demandes des Etats Membres pour une coopération technique de l'OPS. Tel que le montrait bien la discussion du Comité, les pays étaient tout particulièrement intéressés par des interventions efficaces pour prévenir les maladies chroniques. Au fil des ans, les Etats Membres avaient adopté de nombreuses stratégies de promotion de la santé et de prévention des maladies ciblant des domaines particuliers, notamment la lutte contre le tabagisme, l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. Un certain nombre de pays dont ceux des Caraïbes avaient avancé à maintes reprises la nécessité de se donner une approche intégrée recoupant les composantes de ces diverses stratégies qui s'étaient avérées les plus efficaces pour lutter contre des facteurs risques courants de maladies chroniques. La stratégie et le plan d'action présentés dans le Document CE138/17 cherchaient à répondre à ce besoin.

191. Une stratégie intégrée était tout simplement une nécessité car l'Organisation n'avait pas les ressources de répondre isolément aux maladies non transmissibles. Elle n'aura jamais une stratégie et un plan d'action pour lutter tout spécifiquement par exemple contre le diabète ou le cancer.

192. Le Dr Etienne avait raison de dire que la mobilisation des ressources dans le domaine des maladies chroniques était un problème épineux. L'OPS consacre à présent une proportion plus grande des ressources des programmes des pays à ce problème afin de répondre à la demande croissante des Etats Membres pour la coopération technique. L'affectation de conseillers de l'OPS pour les maladies chroniques dans plusieurs pays de la Région, tel que le note le document, s'est accompagnée d'augmentations dans les crédits du budget ordinaire pour la prévention et le contrôle des maladies chroniques.

193. Cependant, la mobilisation des ressources externes restait un défi de taille. Jusqu'à présent, la communauté des bailleurs de fonds n'accorde que relativement peu d'attention aux maladies chroniques. L'OPS recevait un certain financement pour les approches intégrées aux maladies non transmissibles de la part du Canada, de l'Espagne et des Etats-Unis d'Amérique. L'Organisation avait également obtenu une assistance

importante ces cinq dernières années de la Fondation Gates mais ces fonds étaient essentiellement destinés à la prévention et au contrôle du cancer du col. L'Organisation avait retenu bien des leçons de cette expérience qu'elle appliquait à la lutte intégrée des maladies chroniques en général. Cherchant à augmenter les crédits disponibles et à combler le déficit des ressources nécessaires pour mettre en œuvre la stratégie et le plan d'action, l'OPS essaierait de se tourner vers d'autres sources de contributions volontaires, surtout dans le secteur privé. Les sociétés d'assurance sont vues comme une source prometteuse vu tout ce qu'elles ont à gagner d'une réduction dans la charge des maladies chroniques.

194. Le Comité exécutif a adopté la Résolution CE138.R1 sur ce point de l'ordre du jour.

Stratégie régionale et plan d'action portant sur la nutrition dans la santé et le développement, 2006-2015 (Document CE138/18)

195. Dr. Roberto Dullak Peña (Représentant du Sous-Comité de planification et de programmation) a indiqué, qu'après examen d'une première version du document sur ce point de l'ordre du jour, le Sous-Comité a noté avec satisfaction que la stratégie reconnaissait les conséquences des inégalités socio-économiques et disparités en santé sur les déterminants sociaux de la santé. La pauvreté et l'érosion du pouvoir d'achat dans de nombreux pays ont été retenues au titre des facteurs limitant l'accès de la population à un régime alimentaire sain.

196. Plusieurs délégués ont souscrit au concept du droit à une nourriture adéquate comme un droit humain de base qui a été mentionné dans le document présenté au Sous-Comité. De fait, à l'avis de certains délégués, il fallait insister davantage sur l'optique des droits humains. Par ailleurs, pour un autre délégué, l'OPS n'était pas le forum approprié pour discuter des droits humains et il a demandé que la référence sur les droits en matière d'alimentation et de nutrition soit supprimée dans le document.

197. Le Comité exécutif a trouvé que le document avait été nettement amélioré comparé à la version qui avait été présentée au Sous-Comité en mars. Il a apporté son soutien à la stratégie et au plan d'action proposés. Les Membres ont tout particulièrement apprécié l'effort fait pour relier plus clairement la stratégie à la stratégie sur les maladies chroniques. Sachant combien il était important de pouvoir compter sur un solide leadership dans le secteur de la santé, le Comité a noté que la mise en œuvre de la stratégie exigera une action concertée de la part de tous les secteurs du gouvernement. Seule une politique d'état permettra de faire progresser l'effort visant à améliorer la nutrition. On a proposé que les pays envisagent de mettre sur pied une équipe spéciale multisectorielle au niveau national pour coordonner la mise en œuvre de la stratégie. Le Comité a également fait ressortir l'importance d'engager le secteur privé, notamment l'industrie alimentaire, tout au long de la mise en œuvre de la stratégie et, de forger, à cet

égard, des partenariats publics-privés. Il est tout aussi important d'engager les organismes publics et les organisations de la société civile.

198. Les Délégués ont fait bon accueil à l'idée de travailler en partenariat et réseaux mais souhaitaient obtenir plus d'information sur la disponibilité du personnel nécessaire pour coordonner de telles activités vu la pléthore d'alliances et de partenariats avec des centres nationaux et internationaux, des organisations du système des Nations Unies et d'autres entités dont fait état le document. On a également indiqué que les groupes religieux seraient des partenaires utiles en plus de ceux mentionnés dans le document.

199. On a demandé au Secrétariat d'apporter des informations sur le coût estimé pour maintenir les trois axes d'action proposés. On a souligné que les ressources affectées à la stratégie sur la nutrition et à la stratégie sur les maladies chroniques devaient répondre aux besoins des Etats Membres. Dans le cas des pays des Caraïbes, il fallait se rappeler la charge de morbidité que représentaient les maladies chroniques.

200. Le Comité a fait un certain nombre de suggestions pour enrichir la stratégie et le plan d'action. A l'avis d'un délégué, il fallait insister davantage sur l'interdépendance entre l'état nutritionnel, le contrôle des maladies et le développement social. Un autre délégué pensait que la section du document intitulé « analyse situationnelle » devrait faire une mention explicite de l'état de santé et état nutritionnel des populations autochtones. Le même délégué a également proposé d'ajouter un axe se rapportant tout spécifiquement à l'éducation sanitaire et aux campagnes de promotion de la santé, en utilisant les mass médias, afin d'encourager des changements dans le style de vie. On a également proposé que les cinq axes stratégiques mettent en relief la relation avec l'industrie alimentaire, l'impact des mass médias, les relations avec d'autres organisations dans le système des Nations Unies, l'adoption de normes juridiques rigoureuses pour les aliments transgéniques, la nutrition pendant la grossesse, le rôle de la médecine privée, les partenariats avec les associations sportives et l'exercice physique en soulignant tout particulièrement l'égalité entre les genres.

201. Plusieurs délégués ont décrit des initiatives mises en œuvre dans leur pays dans le but d'améliorer l'état nutritionnel. La Déléguée du Venezuela a présenté des informations écrites sur les activités en cours dans son pays. Elle a également souligné qu'il était important de mentionner dans la stratégie de nouveaux moyens de mesurer l'état nutritionnel, notant que le Venezuela avait mis au point un nouvel indicateur, l'indice du bien-être social, car les instruments existants ne se prêtaient pas à la mesure des progrès accomplis dans le cadre des divers programmes d'alimentation et de nutrition du pays.

202. Le Dr Hernán Delgado (Directeur, Institut de Nutrition de l'Amérique central et de Panama – INCAP) répondant aux commentaires du Comité au nom du Secrétariat, a noté que, à l'instar de la stratégie sur les maladies chroniques, la stratégie sur la nutrition

et le développement avait été revue pour tenir compte des commentaires reçus par le Sous-Comité de planification et de programmation et par une série de consultations aux niveaux national et sous-régional, notamment une réunion tenue à l'INCAP au Guatemala avec des représentants des Etats Membres, d'autres organismes de coopération internationale, le milieu universitaire et le secteur privé. Les commentaires et les suggestions du Comité exécutif enrichiront encore davantage la stratégie.

203. Au fil des ans, de nombreuses initiatives avaient été réalisées et des ressources notables avaient été investies pour remédier aux problèmes d'alimentation et de nutrition des Amériques et, pourtant malgré tous ces efforts et en dépit du fait que la production alimentaire de la Région suffisait amplement pour répondre aux besoins nutritionnels de la population entière, plusieurs pays de la Région risquaient fort de ne pas atteindre l'objectif numéro 1 du Millénaire pour le développement : Eradiquer l'extrême pauvreté et la faim. Une des causes est liée au fait que les initiatives du passé avaient été très fragmentées. La stratégie de l'OPS cherchait à organiser toutes ces diverses activités en une seule approche intégrée pour résoudre un problème que la Région était parfaitement en mesure de résoudre, tant du point de vue capacité que ressources.

204. Répondant à la question du Comité sur les ressources, il a signalé qu'outre les ressources humaines au siège de l'OPS, on pouvait également compter sur deux centres sous-régionaux traitant essentiellement de l'alimentation et de la nutrition : INCAP et l'Institut des Caraïbes sur l'alimentation et la nutrition (CFNI). De plus, l'OPS savait tirer profit de l'expertise disponible au niveau national.

205. La Directrice a ajouté qu'en plus des deux conseillers régionaux sur les questions de nutrition au Siège de l'OPS, le personnel d'autres domaines concourait également au travail de l'Organisation concernant les problèmes d'alimentation et de nutrition. Des ressources financières importantes étaient disponibles pour le domaine de la nutrition, non seulement à partir du budget ordinaire mais aussi de fonds extrabudgétaires reçus par les deux centres qui avaient bien réussi à mobiliser des contributions volontaires. De plus, les deux centres ont obtenu des cotisations de leurs Etats Membres respectifs. Elle a noté que les institutions financières internationales étaient très favorables pour le moment aux activités sur le plan nutrition, surtout dans l'espoir d'atteindre l'Objectif numéro un du Millénaire pour le Développement. Les organisations internationales étaient également très intéressées à collaborer et aligner leur coopération dans le domaine de la nutrition. Le moment était opportun et de bonne augure pour lancer la stratégie régionale et le plan d'action.

206. Le Comité exécutif a adopté la Résolution CE138.R2 sur ce point de l'ordre du jour.

Questions administratives et financières

Rapport sur le recouvrement des contributions (Document CE138/19 et CE138/19, Ad. I)

207. Mme Linda Intis (Responsable des Finances, gestion et compte rendu financier, BSP) a attiré l'attention du Comité sur le document CE138/19, y compris ses Annexes A et B faisant le détail des contributions reçues en date du 31 décembre 2005 et du 15 mai 2006, respectivement. Le Document CE138/19, Annexe I, fait le point des contributions en date du 12 juin 2006. Depuis cette date, l'OPS a reçu des paiements supplémentaires de \$18 188 du Costa Rica, \$44 729 de la Colombie et \$128 486 de l'Argentine. Le recouvrement combiné des arriérés et des contributions de l'année courante s'élève donc à un total de \$42,9 millions, soit une légère amélioration dans le recouvrement total par rapport aux \$42,8 millions en 2005, \$37,8 millions en 2004 et \$30,5 millions en 2003. Un total de 26 Etats Membres se sont acquittés de leurs versements en 2006.

208. Par ailleurs, le recouvrement des contributions pour l'année actuelle ne s'élevait qu'à \$6,9 millions, soit 7%, une nette diminution comparé à 13% en 2005, 23% en 2004 et 23% en 2003. A ce jour, les recettes dans le Fonds fiduciaire « Contributions volontaires pour les programmes prioritaires » s'élevaient à un total de \$11 934 et l'OPS souhaitait remercier les Etats Membres qui avaient fait ces contributions.

209. La Déléguée de l'Argentine a fait savoir que son pays était engagé à continuer à effectuer les versements conformément au plan de paiement approuvé. Insistant sur l'importance des contributions volontaires, l'Argentine recommandait vivement au Secrétariat de continuer d'essayer d'augmenter ces ressources afin de constituer des fonds fiduciaires.

210. Le Délégué du Canada regrettait vivement que la contribution de son gouvernement n'ait pas encore été entièrement versée suite à un changement de gouvernement et de nouvelles réglementations financières mais a indiqué que le versement serait fait sous peu. En ce qui concerne les contributions volontaires pour els domaines prioritaires, le Canada avait collaboré avec l'OPS pour apporter des ressources extrabudgétaires par le truchement de l'Agence du Canada pour le Développement international pour les quatre domaines prioritaires : lutte contre le VIH/SIDA, préparations en cas de pandémie, renforcement des ressources humaines en santé et renforcement institutionnel.

211. La Directrice a noté que la Colombie avait fait une contribution pour 2007, ainsi que le Guatemala et la Barbade qui avaient fait des contributions. Elle a remercié les Etats-Unis d'Amérique, l'Espagne et la Suède qui avaient effectué des contributions importantes à l'Organisation, empruntant l'approche programmatique et pluriannuelle. La semaine précédente, c'était la première fois que le Comité de coopération internationale du Parlement espagnol était venu en visite au siège de l'OPS et plus récemment encore

l'OPS avait été mentionnée en termes très positifs lors des discussions budgétaires dans le Congrès des Etats-Unis. Autant de preuves montrant que les parlements d'un grand nombre de pays prennent une part de plus en plus grande dans les discussions budgétaires de la santé, valant souvent une augmentation de la part budgétaire accordée à la santé. Le Paraguay et l'Equateur étaient des exemples de pays dont les budgets de santé avaient été augmentés récemment à partir de leur très faible niveau. Dans les parlements des pays bailleurs de fonds, on semblait également mieux comprendre et mieux apprécié le travail fait par l'Organisation ainsi que les avantages de la coopération internationale en santé. Une telle compréhension se traduisait souvent par un niveau plus élevé de paiement, tant sous la forme de contributions régulières au budget ordinaire que de contributions volontaires.

212. La Directrice souhaitait également préciser que le montant de \$11 934 sous contributions volontaires se rapportait à la disposition dans la résolution approuvant le budget programme pour 2006-2007 (Résolution CD46.R8) recommandant aux Etats Membres d'augmenter volontairement leurs contributions pour répondre à l'accroissement de 2% décrit dans le *Document officiel 317*.

213. Le Comité exécutif a adopté la Résolution CE138.R 15 remerciant les Etats Membres qui avaient déjà fait leur paiement de 2006 et exhortant les autres Etats Membres à s'acquitter aussi rapidement que possible de leur contribution.

Rapport financier de la Directrice et rapport de l'auditeur externe, 2004-2005 (Document officiel 323)

214. Mme Sharon Frahler (Directrice de l'administration a.i., BSP) présenté le Document officiel 323 contenant le rapport de la Directrice sur les transactions financières de l'OPS pour la période allant du 1^{er} janvier 2004 au 31 décembre 2005 ainsi que les rapports financiers pour le Centre d'épidémiologie des Caraïbes (CAREC), l'Institut des Caraïbes pour l'alimentation et la nutrition (CFNI), et l'Institut de nutrition de l'Amérique centrale et du Panama (INCAP).

215. Le rapport indiquait que les recettes totales de l'Organisation provenant de toutes les sources s'élevaient à un total de \$799 millions, soit une augmentation de \$47 millions, ou 6% comparé à l'exercice biennal de 2002-2003. Les dépenses totales, après les éliminations, avaient augmenté de \$68 millions, d'où un total de \$786 millions pour l'exercice biennal. L'Organisation mondiale de la Santé avait octroyé \$72,5 millions pour le budget ordinaire de la Région des Amériques, soit \$710 000 de moins que lors de l'exercice biennal précédent. Par ailleurs, l'OMS avait nettement augmenté son financement pour les projets extrabudgétaires, octroyant \$31 millions comparé à \$13 millions lors de l'exercice précédent. Le Bureau régional des Amériques n'avaient pu affecter que \$24 millions de ce montant puisque certains fonds de projets n'avaient été reçus que tout à la fin de l'exercice biennal.

216. La position financière de l'OPS était solide grâce essentiellement à la gestion financière prudente de l'Organisation tout au long de l'exercice biennal. Avec les paiements de contribution de tous les Etats Membres et les \$11,5 millions de recettes diverses, provenant essentiellement des intérêts, l'excédent des recettes sur les dépenses pour le budget ordinaire était de l'ordre de \$6 millions. L'Organisation avait transféré \$3,4 millions au Fonds d'équipement pour l'achat de matériel de technologie d'information, système de téléphone et logiciels. Aussi, \$2,6 millions avaient été transférés au Fonds de roulement augmentant son solde à \$14,2 millions le 31 décembre 2005.

217. Les positions financières de CAREC et INCAP restaient également solides bien que le niveau de fonds reçus pour les activités du programme financés par les arrangements extrabudgétaires ait diminué pour les deux centres pendant l'exercice biennal. La position financière du CFNI s'était légèrement améliorée mais il subsistait encore un déficit de \$364 000 dans son Fonds de roulement. On notait une augmentation des projets du fonds fiduciaire financés par les bailleurs de fonds et les partenaires.

218. M. Graham Miller (Représentant du Commissaire aux comptes) a présenté le Rapport du Commissaire aux Comptes au nom du Commissaire, Sir John Bourn, du bureau national des audits du Royaume Uni. Il a noté qu'un audit externe avait pour objet de fournir aux Etats Membres et aux Organes directeurs des observations et conseils efficaces et de haute qualité. Aussi s'agissait-il d'un important mécanisme de gouvernance. Il avait l'honneur de signaler qu'après un examen rigoureux, indépendant et objectif des comptes et opérations de l'Organisation, les auditeurs n'avaient trouvé aucune défaillance ou erreurs pouvant se répercuter sur les déclarations financières. Aussi, les auditeurs externes avaient-ils le plaisir d'émettre une opinion d'audit non qualifiée sur les déclarations allant du 1^{er} janvier 2004 au 31 décembre 2005, aussi bien pour l'OPS que l'INCAP.

219. Les résultats financiers pour l'exercice biennal ont montré que l'Organisation occupait une solide position financière bien que le taux de recouvrement des contributions avait diminué, passant à 73% alors qu'il avait été de 77% lors des deux exercices biennaux précédents. Par ailleurs, le recouvrement des arriérés des contributions des années précédentes avait nettement augmenté.

220. Les auditeurs avaient rendu visite au Siège de l'OPS et avaient également fait des visites d'audit à deux centres sous-régionaux, six bureaux de pays et trois centres régionaux. Les lettres faisant le compte rendu de ces visites avaient été envoyées à la direction de l'OPS. La position financière des centres sous-régionaux CAREC et CFNI s'était améliorée en 2004-2005. Des commentaires détaillés étaient donnés à ce propos dans le rapport d'audit. Les bureaux de terrain exerçaient en général un strict contrôle financier. Néanmoins, les auditeurs ont fait séparément un certain nombre d'observations et de recommandations dans les lettres de compte rendu.

221. Les auditeurs ont continué à attirer l'attention sur l'importance d'une bonne gouvernance, surtout en ce qui concerne la supervision interne, sur les avantages éventuels d'un comité d'audit, la gestion du risque opérationnel, la conduite déontologique et les normes de compte rendu financier. Lors de l'exercice biennal actuel, l'OPS ne disposait pas des ressources humaines nécessaires pour les activités de contrôle et d'audit internes et, par conséquent, 20 des 36 examens et rapports prévus ont dû être annulés. Actuellement, les deux postes d'audit interne sont vacants au Siège de l'OPS. La situation est de plus en plus préoccupante et les auditeurs recommandent vivement de redonner la priorité nécessaire à un niveau adéquat de contrôle interne.

222. Les comités d'audit étaient le pivot d'une bonne gouvernance, soutenant le contrôle interne et la gestion du risque au sein d'une organisation. Le système des Nations Unies était en train de prendre les mesures nécessaires pour améliorer ses arrangements de gouvernance en mettant sur pied un comité indépendant de contrôle et supervision que l'OPS pourrait utiliser comme modèle.

223. La prise en charge efficace du risque opérationnel était également un élément important d'une bonne gouvernance. Elle soutient les objectifs d'une organisation à un coût acceptable. Si le personnel est certes capable de procéder à une gestion du risque intuitive, l'OPS ne compte pourtant aucune structure pour la gestion systématique du risque institutionnel au niveau stratégique. Les auditeurs ont recommandé la notation systématique du risque dans un registre du risque. Les auditeurs ont également recommandé que l'OPS adopte les Normes internationales de comptabilité du secteur public (IPSAS) de pair avec le reste du système des Nations Unies. L'IPSAS était plus stricte que le système utilisé actuellement par les Nations Unies (UNSAS) et permettrait de compiler les rapports financiers plus efficacement.

224. Les auditeurs ont réalisé un audit approfondi du transfert des opérations informatiques centrales, de Washington au Centre informatique internationale des Nations Unies à Genève, pour vérifier l'intégrité des données financières et autres. Le transfert a été effectué avec réussite, validé et testé et les mesures de suivi recommandées ont été prises.

225. Un net pas en avant a été fait en ce qui concerne la mise en œuvre des recommandations formulées dans le rapport de l'Auditeur externe pour 2002-2003, dans le rapport spécial de 2004 et dans le rapport de suivi de 2005. L'Organisation a adopté un nouveau code de principes éthiques et déontologiques, a demandé à tout le personnel de faire des déclarations d'intérêt, a nommé un médiateur et a mis en place un système d'intégrité et prise en charge des conflits pour examiner les plaintes et accusations. Un système est également mis en place pour l'appréciation des consultants et professionnels à court terme et ce personnel est nommé sur la base d'une compétition ouverte.

226. Le Comité exécutif s'est montré satisfait que les comptes de l'OPS avaient une fois de plus reçu une opinion d'audit non qualifiée et constatait avec plaisir les progrès réalisés pour se conformer aux recommandations précédentes du Commissaire aux comptes tout en se montrant préoccupé par ailleurs des insuffisantes constantes notées dans la fonction du contrôle interne. On a jugé intéressante l'idée contenue dans la recommandation du Commissaire aux Comptes de créer un comité d'audit et il faudrait d'ailleurs en tenir compte dans le contexte de la création du Sous-Comité de Programme, de Budget et d'Administration (SPBA)

227. Concernant les contributions volontaires, les délégués ont regretté que \$24 millions seulement des \$31 millions octroyées par l'OMS ont pu être utilisés et se demandaient s'il fallait le signaler à l'OMS. En plus, ils se demandaient ce qui était arrivé aux \$ 7 millions non utilisés.

228. Concernant l'adoption possible à l'IPSAS, on a remarqué que la décision finale d'adopter les nouvelles normes de comptabilité n'avait pas encore été prise à l'Assemblée générale des Nations Unies et que l'OPS ne devait pas prendre cette initiative avant cette décision.

229. Mme Frahler a remercié le Comité d'avoir pris acte de l'opinion d'audit non qualifiée. L'Organisation faisait toujours son possible pour que soient approuvés ses comptes mais sans jamais penser que c'était couru d'avance. S'agissant de la recommandation de créer un comité d'audit, le Secrétariat pensait qu'il revenait aux Etats Membres et aux Organes directeurs de déterminer si le SPBA devait remplir ce rôle. Elle a noté que la Directrice avait demandé que soient affectés pour l'été trois auditeurs internes de l'OMS mis en disponibilité pour pourvoir aux vacances dans les services de contrôle interne de l'OPS.

230. La question des contributions volontaires de l'OMS soulevait de vives préoccupations pour l'OPS. L'Organisation cherchait constamment à retenir des projets se prêtant à une mise en œuvre commune avec l'OMS, en utilisant des fonds extrabudgétaires, mais l'OMS avait tendance à prendre du retard dans le transfert des fonds extrabudgétaires qui arrivaient vers la fin de l'exercice biennal au Bureau régional. Jusqu'à présent, dans l'exercice actuel, \$13 millions avaient déjà été reçus par l'OMS et le taux de déboursement est donc plus rapide que lors de l'exercice biennal précédent. Par ailleurs, on n'a tout simplement plus le temps de réaliser des projets si les fonds sont reçus dans les derniers mois de la clôture de la seconde année de l'exercice biennal. Tout ce que les Etats Membres pourraient faire pour encourager l'OMS à transférer plus tôt les fonds serait grandement apprécié.

231. Mme Frahler a expliqué que les fonds non dépensés seraient reversés à l'OMS. Normalement, l'OPS allait recevoir à nouveau ces fonds lors du prochain exercice biennal mais le problème résidait dans le double compte. Par exemple, si l'OPS recevait à

nouveau ces 7 millions en 2006-2007, dans la comptabilité serait indiqué que l'OPS a reçu \$7 millions en plus et non pas les fonds auxquels l'Organisation avait droit en 2004-2005.

232. En ce qui concerne l'IPSAS, elle avait cru comprendre que le Cinquième comité de l'Assemblée générale des Nations Unies approuverait l'adoption des nouvelles normes dans les deux semaines qui venaient, pour une date de mise en vigueur prévue pour le 1^{er} janvier 2010. L'OPS avait l'intention de suivre dans les pas des Nations Unies et d'attendre la décision avant de procéder au changement.

233. La Directrice était bien d'accord que le contrôle interne était une difficulté continue. La venue temporaire des trois auditeurs mis en disponibilité par l'OMS pour l'été permettrait du moins de faire certains progrès dans le programme de contrôle interne. Il était important de noter que l'Organisation n'avait pas pris oisivement ses responsabilités de supervision, tel qu'en témoignent notamment les rapports d'évaluation du bureau de la Guyana, le programme de lutte contre le VIH/SIDA et les pratiques de déplacement. De plus, on avait pourvu à toutes les positions recommandées par le Commissaire aux Comptes.

234. En ce qui concerne les contributions volontaires, elle a noté que l'OMS avait créé un comité consultatif pour la gestion des ressources ordinaires et des contributions volontaires et l'affectation de ces crédits aux bureaux régionaux et programmes de pays. Elle était la seule Directrice régionale faisant partie de ce comité.

235. En guise de clôture, elle souhaitait féliciter le personnel de l'Organisation, surtout la direction, pour avoir su contrôler avec compétences les dépenses, permettant ainsi d'arriver à un excédent de \$6 millions de recettes sur les dépenses.

236. Le Comité exécutif a adopté la Résolution CE138.R14.

Rapport sur les activités des Services de contrôle interne (Document CE138/20)

237. Mme Frahler, introduisant ce point de l'ordre du jour, a indiqué que M. Kenneth Langford, Directeur du Bureau OMS des services de contrôle interne, était dans l'incapacité d'assister à la réunion. Elle se ferait un plaisir de répondre à toute question que pouvait avoir le Comité concernant le rapport contenu dans le Document CE138/20.

238. Dans la discussion qui a suivi, on a demandé à Mme Frahler d'informer le Comité sur la structure hiérarchique entre les équipes de contrôle interne à l'OPS et l'OMS, mentionné dans le Document CE138/20. On lui a également demandé de fournir au Comité de plus amples informations sur les plans et délais pour remédier aux points faibles dans les contrôles internes notés par les audits réalisés par le Bureau des Services du contrôle interne.

239. Le Délégué du Chili a informé le Comité d'une initiative entreprise par le Ministre de la Santé de son pays en collaboration avec le bureau de l'OPS au Chili aux fins de renforcer au possible l'impact de la coopération technique de l'OPS et de vérifier une bonne transparence dans l'utilisation des ressources. L'intervention comprend quatre grands volets : 1) mettre en place une relation institutionnelle claire avec des axes de communication et de responsabilités bien démarqués ; 2) activités technique pour déterminer les priorités du pays sur le plan santé et examiner comment la coopération de l'OPS pouvait faire progresser ces priorités ; 3) mise sur pied de projets particuliers avec des produits définis ainsi que définition des ressources humaines et financières nécessaires pour atteindre les résultats souhaités et 4) mise au point de méthodologies pour le suivi et l'évaluation des résultats. Le Ministère de la Santé continuait à collaborer avec le bureau de pays pour mettre au point les détails de l'intervention qui avait d'ailleurs abouti à des produits définis en 2005-2006.

240. Mme Frahler répondant aux questions concernant la structure hiérarchique a expliqué que, dans le cadre du système hiérarchique actuelle, l'auditeur sénior de l'OPS, qui occupe un poste P5 financé par l'OMS, rend compte directement au Directeur des Services de contrôle interne de l'OMS. Le second niveau de supervision pour ce poste était partagé entre le Directeur de l'OPS et le Directeur général de l'OMS. Pour les deux autres postes d'auditeurs à l'OPS, le second niveau de supervision appartenait uniquement au Directeur de l'OPS. Pour éviter de scinder en deux le second niveau de supervision pour le poste d'auditeur sénior, le Secrétariat de l'OPS avait proposé que le premier niveau hiérarchique pour le poste P5 à l'OPS soit le poste d'auditeur P6 nouvellement reclassé au Siège de l'OMS et que le second niveau soit le Directeur de l'OPS. Cela conférerait une bonne stabilité au second niveau de supervision pour tous les postes d'auditeurs de l'OPS. Le Secrétariat prévoyait l'approbation officielle de la proposition dans les deux semaines à venir.

241. Concernant les mesures prises pour remédier aux points faibles dans les contrôles internes, le Secrétariat cherchait continuellement à vérifier que les ressources de l'Organisation étaient gérées conformément aux règles applicables en la matière. Par exemple, en ce qui concerne les achats et l'approvisionnement, où les auditeurs ont noté des défaillances, le Secrétariat avait organisé une série de séminaires de formation pour le personnel responsable des achats dans les bureaux de terrain leur offrant ainsi une mise à jour sur les règles et procédures régissant les achats. Le Secrétariat organisera également une séance de recyclage pour tout le personnel des finances et du budget au Siège de l'OPS, en octobre 2006.

242. Aux fins d'améliorer les contrôles internes dans les bureaux de pays et dans les centres panaméricains et pour permettre aux représentants de l'OPS/OMS et aux directeurs des centres d'assumer l'entière responsabilité de leur bureau ou centre respectif, le Secrétariat avait adopté une démarche en plusieurs étapes visant à traiter les points faibles et à dispenser la formation nécessaire au personnel. Par la suite, tous les

représentants et directeurs de centres signeront des lettres de représentation – analogues à la lettre de certification qui apparaît au début du Rapport financier de la Directrice – indiquant qu'ils n'avaient connaissance d'aucune raison qui empêcherait la Directrice de signer la certification de leurs états financiers.

243. La Directrice a indiqué qu'outre les activités mentionnées par Mme Frahler, le Secrétariat suivait et adaptait constamment ses méthodes comptables et ses contrôles conformément aux changements dans les réglementations et lois nationales qui influencent les aspects financiers de la coopération technique de l'OPS au niveau des pays – par exemple, les contrôles sur les apports en devises nationales et les taxes ou exonérations fiscales applicables aux achats et à l'approvisionnement par l'Organisation dans un pays donné. Parallèlement, l'OPS apprenait grâce aux mesures prises par les Etats Membres et leurs ministères de la santé aux fins de renforcer la responsabilisation et la transparence au niveau national.

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

Amendements aux règlements financiers (Document CE138/21)

245. Mme Frahler a expliqué que l'objectif des amendements au Règlement financier proposé dans le Document CE138/21 était de mieux aligner le règlement financier de l'OPS et partant ses dépenses financières sur la mise en œuvre des projets, soutenant ainsi la gestion axée sur les résultats. Selon les Réglementations financières actuelles de son Organisation, conformes aux Normes comptables du système des Nations Unies (UNSAS), les dépenses de l'Organisation à la fin de la période financière englobaient non seulement les décaissements et les comptes débiteurs ou sommes dues à cette date mais aussi les dettes en cours. Ce passif représentait les engagements financiers pour les frais du personnel, l'achat de fournitures, les contrats et autres articles en cours mais qui ne seront achevés que lors de la période financière suivante.

246. Aux termes des amendements proposés au Règlement financier, les dépenses de l'Organisation engloberont uniquement les ressources financières nécessaires pour les activités déjà achevées ou dont le contrat spécifie qu'elles doivent être achevées en date du dernier jour de la période financière donnée. Aussi, les dépenses seront-elles directement alignées sur le niveau de mise en œuvre du projet. En plus, les changements proposés prépareront mieux l'Organisation à faire la transition aux Normes internationales de comptabilité du secteur public (IPSAS) en janvier 2010. Les changements proposés refléteront également les nouvelles « meilleures pratiques » dans le compte rendu financier.

247. Le Comité exécutif a avalisé les révisions proposées, considérant qu'il fallait procéder aux changements s'ils amélioreraient la qualité du compte rendu financier et appuyaient la gestion axée sur les résultats. Un membre a également noté que les

changements proposés étaient étroitement reliés au Rapport d'évaluation de la performance du Budget-Programme biennal.

248. Mme Frahler était heureuse de noter le soutien du Comité exécutif dans cette transition qu'elle effectue l'OPS en vue d'adopter l'IPSAS. Les Nations Unies avaient vivement encouragé les organismes à commencer à procéder aux changements préparant ainsi une adoption aisée de l'IPSAS et les amendements proposés étaient un bon exemple de tels changements.

249. Le Comité exécutif a adopté la Résolution CE138.R6, recommandant que le 47^e Conseil directeur approuve les révisions proposées aux Règlements financiers.

Procédure à suivre pour la nomination de l'Auditeur externe (CE138/22)

250. Mme Linda Kintzios (Responsable, gestion, analyse et système financiers, PSB) introduisant le Document CE138/22 a noté que la nomination de l'auditeur externe actuel de l'OPS prenait fin à l'achèvement de l'audit de la période financière de 2006-2007. Par conséquent, la Directrice présentait, aux fins d'examen par le Comité, une procédure recommandée pour la nomination de l'Auditeur externe de l'Organisation panaméricaine de la Santé pour les périodes financières 2008-2009 et 2010-2011.

251. Le Comité exécutif a convenu de la procédure suggérée. On a proposé que la documentation qui serait présentée au Conseil directeur donne des informations sur les auditeurs précédents et une évaluation de leur travail par la Directrice.

252. Mme Kintzios a expliqué que certes, elle était tout à fait prête à apporter une information supplémentaire sur les audits réalisés par le passé mais que depuis pratiquement trois ans, c'est le Commissaire aux comptes du Royaume Uni qui était chargé de faire l'audit des comptes de l'OPS. Aussi, était-ce la première fois ces derniers temps que l'Organisation recherchait et étudiait d'autres services d'audit disponibles.

253. La Directrice a expliqué que, par le passé, la nomination de l'auditeur externe ne se faisait pas sur appel à la concurrence. Il s'agissait davantage du renouvellement d'une nomination existante. L'approche compétitive proposée s'inspirait de la demande des Etats Membres et visait également à aligner la pratique de l'OPS sur celle de l'OMS.

254. Suivant les explications de Mme Kintzios et de la Directrice, le Comité exécutif a conclu que l'information fournie était suffisante. Le Comité a adopté la Résolution CE138.R5, en recommandant que le 47^e Conseil directeur approuve la démarche proposée pour la nomination et le recrutement de l'auditeur externe par la 27^e Conférence sanitaire panaméricaine.

Procédure à suivre pour mettre en place la nouvelle échelle de cotisations basée sur la nouvelle échelle de l'OEA (CE138/23, Rev.1)

255. M. Roman Sotela (Chef, Planification et Budget-Programme, OPS) a présenté le contenu du Document CE138/23, Rev.1, expliquant les deux options présentées aux fins d'examen par le Comité exécutif en rapport avec l'adoption d'une nouvelle échelle des cotisations pour l'OPS, suite à l'approbation par l'Assemblée générale de l'Organisation des Etats américains (OEA) d'une nouvelle échelle transitoire des cotisations en janvier 2006. Ces options étaient a) d'appliquer une échelle revue lors de l'exercice biennal actuel ou, 2) de remettre à l'exercice biennal 2008-2009 l'application de l'échelle revue. Il a noté que, si le Comité recommande la première option, il faudrait ajuster les contributions des Etats Membres pour 2007.

256. La discussion qui s'en est suivie a permis d'expliquer que les Organes directeurs de l'OPS n'avaient le choix d'accepter ou non la nouvelle échelle puisque l'OPS était tenue, aux termes du Code sanitaire panaméricain, d'ajuster son échelle des cotisations lors de chaque révision de l'échelle de l'OEA. Le seul choix qu'avaient les Etats Membres de l'OPS consistait à choisir le moment de l'adoption de la nouvelle échelle.

257. Le Comité pensait qu'il était prématuré et inopportun d'adopter la nouvelle échelle des cotisations au milieu de l'exercice annuel, vu qu'en plus l'échelle approuvée par l'OEA pour 2007 était provisoire. Les Etats Membres étaient d'accord pour dire que l'application de une nouvelle échelle soit remise à 2008-2009, date à laquelle l'OEA aurait achevé sa révision et adopté une échelle définitive. Les délégués ont remercié le Secrétariat d'avoir attiré leur attention sur la question bien à l'avance leur donnant ainsi le temps de procéder aux ajustements nécessaires dans leurs budgets nationaux.

258. Répondant à une question concernant la méthodologie utilisée par l'OEA pour calculer les nouvelles contributions, M Sotela a indiqué qu'il ne savait pas au juste quelle méthode avait été utilisée pour déterminer les accroissements et décroissements relatifs dans les pourcentages indiqués pour les divers Etats Membres aux termes de l'échelle revue transitoire. Par contre, il savait que l'objet de cette révision était d'arriver à une échelle plus équitable et qui refléterait mieux la capacité de payer des pays, conformément aux termes de l'Article 55 de la Charte de l'OEA.

259. Le Comité exécutif a adopté la Résolution CE138.R3, recommandant que le Conseil directeur remette à plus tard l'adoption de l'échelle revue des cotisations jusqu'à ce que l'échelle de l'OEA soit finalisée.

Questions relatives au personnel

Amendements au règlement du BSP (Document CE138/24)

260. Mme Dianne Arnold (Responsable, Gestion des ressources humaines, OPS) a expliqué que les changements proposés au Règlement du personnel du BSP dans le Document CE138/24 pouvaient être rangés dans trois catégories : changements faits pour mieux s'aligner sur les amendements déjà adoptés par le Conseil exécutif de l'OMS lors de sa 117^e Session ; changements pour favoriser une bonne gestion du personnel et corrections éditoriales mineures. On a également proposé des révisions dans le salaire annuel du Directeur, du Directeur adjoint et du Sous-Directeur.

261. On a demandé à l'Association du personnel de donner son avis sur les amendements proposés et celle-ci a émise des réserves concernant la disposition concernant les congés maladie dans l'Article 740.2. Par conséquent, le Secrétariat a retiré la proposition d'insérer la phrase « approuvé par le médecin du personnel » jusqu'à consultation supplémentaire au sein du Comité consultatif conjoint.

262. M. Godfrey Xuereb (Représentant de l'Association du personnel de l'OPS/OMS) a confirmé le soutien de l'Association pour les changements proposés à l'exception de la disposition dans l'Article 740.2 que l'Association du personnel jugeait trop complexe et pesante, pouvant mener à des conflits éthiques et professionnels et se mettant en travers de la tendance actuelle de l'OPS en vue de décentraliser des questions administratives. L'Association du personnel a pleinement soutenu le changement proposé à l'Article 740.4 et pensait que le changement dans l'Article 740.2 devait être fait dans le même esprit, en donnant au médecin du personnel l'autorité nécessaire pour valider un congé maladie en cas de doute. Aussi, l'Association du personnel soutenait-elle la proposition que ce changement spécifique soit renvoyé au Comité consultatif conjoint.

263. Le Comité exécutif a adopté la Résolution CE138.R7, confirmant les amendements proposés au Règlement du personnel et fixant depuis le 1^{er} janvier 2006 la date d'entrée en vigueur du Directeur adjoint et du Sous-Directeur.

264. Le Comité a également adopté la Résolution CE138.R8, recommandant que le 47^e Conseil directeur approuve les amendements proposés au Règlement du personnel, prenant acte des amendements au Règlement du personnel et fixant depuis le 1^{er} janvier 2006 la date d'entrée en vigueur de la Directrice.

Déclaration du Représentant de l'Association du personnel de l'OPS/OMS (Document CE138/25)

265. Mme Olga Carolina Báscones (Président, Association du personnel OPS/OMS) a récapitulé le contenu du Document CE138/25 présentant les diverses questions que l'Association du personnel souhaite porter à l'attention du Comité exécutif. Elle a mis en

évidence les préoccupations de l'Association du personnel concernant le renforcement de la capacité en gestion et leadership, insistant sur la nécessité de renforcer les compétences gestionnaires des responsables de l'OPS, surtout dans le domaine de la gestion du personnel. Elle a également réitéré que l'Association du personnel pense que l'OPS devait adopter une approche à 360 degrés à l'évaluation de la performance et a noté que l'Association continue à être préoccupée par la pratique consistant à recruter des personnes à la retraite pour exécuter les fonctions du personnel régulier.

266. Terminant sa présentation, elle a attiré l'attention du Comité exécutif sur une question qui n'a pas été couverte dans le Document CE138/25. Des membres du personnel de l'OPS, ressortissants de Cuba, ont eu leurs avoirs bloqués (comptes épargnes et comptes courants ainsi que cartes de crédit) au Federal Credit Union de l'OPS/OMS, suite à une loi nationale des Etats-Unis d'Amérique. L'Association du personnel trouve que c'est un affront aux droits de ces personnes en tant que fonctionnaire international qui jouissent de certains privilèges et de certaines immunités et qui ne doivent pas être soumis à de telles lois à moins qu'ils n'aient commis un crime, ce qui n'est pas le cas. L'Association du personnel a demandé au Comité exécutif de faire tout ce qui est en son pouvoir pour débloquer ces comptes.

267. Le Délégué de Cuba a convenu de la position de l'Association du personnel demandant lui aussi que le Comité exécutif intervienne dans cette affaire concernant une loi nationale qui porte atteinte aux privilèges de fonctionnaires internationaux.

268. Mme Báscones a réitéré l'engagement de tout le personnel de continuer à travailler pour atteindre les buts de l'Organisation. En ce qui concerne les collègues cubains dont les comptes ont été bloqués, elle pense effectivement que le Comité exécutif était l'entité indiquée, étant composé de représentants du gouvernement, pour agir en solidarité avec le personnel touché et dénoncer une action injustifié.

269. Le Président souhaitait ajouter qu'après examen supplémentaire, il désirait informer le Comité que la question relevait de l'unique responsabilité du Credit Union devant être résolue avec toute l'assistance possible de l'administration de l'OPS et de l'Association du personnel et avec la collaboration de tous, notamment de la Délégation des Etats-Unis d'Amérique puisque cela entre dans la responsabilité de son gouvernement. Il est convaincu que le Credit Union prendra les mesures nécessaires aussi rapidement que possible avec le soutien de toutes les parties concernées.

Questions soumises pour information

Mise à jour sur le processus de renforcement institutionnel du Bureau sanitaire panaméricain (Document CE138/26)

270. Dr. Roberto Dullak Peña (Représentant du Sous-Comité de planification et de programmation) a indiqué qu'en mars, la Directrice avait fait le point du processus de

renforcement institutionnel en cours au dans le Secrétariat indiquant notamment au Sous-Comité les mesures prises pour se conformer aux Résolutions CE46.R2 et CD46.R8, adopté par le 46^e Conseil directeur en 2005. Elle a également fait le point des progrès réalisés par l'initiative de la Carte routière pour le changement organisationnel.

271. Le Sous-Comité a noté avec satisfaction l'engagement continu du Secrétariat face au renforcement institutionnel et les Membres ont admiré tous les progrès faits face à la tâche complexe consistant à consolider et à mettre en œuvre les nombreuses recommandations et propositions du Groupe de travail de l'OPS au 21^e siècle, celles du Commissaire aux comptes, des Services de contrôle interne et de l'Unité d'inspection conjointe (JIU) des Nations Unies. Le Sous-Comité a encouragé le Secrétariat à continuer ses efforts pour achever les changements institutionnels proposés d'ici la fin de 2007 afin de se donner un solide point de départ pour démarrer le Plan stratégique pour le Bureau sanitaire panaméricain, 2008-2012.

272. A la demande de la Directrice, le Dr Judith Navarro (Responsable, publications, OPS) a récapitulé les résultats d'une étude de marché faite dans le cadre de l'Initiative de communications externes, une des 11 initiatives de la carte routière. L'étude a pour objet de déterminer comment l'OPS est perçue par les Etats Membres, les parties prenantes externes et le personnel et de trouver un créneau pour l'Organisation dans le domaine du développement international. L'étude a fait ressortir ce que les répondants jugeaient être les points forts et les points faibles de l'OPS, comparant l'Organisation à d'autres organismes internationaux et nationaux. UN rapport intégral de l'étude peut être consulté sur le site web de l'OPS à l'adresse suivante : www.paho.org/publishing. Les conclusions pourraient être utilisées pour améliorer la coopération technique de l'Organisation avec les Etats Membres, grâce à une plus grande décentralisation des opérations, à la priorité donnée aux groupes les plus vulnérables, à la communication systématique des recommandations, aux implications des résultats de la recherche et leçons retenues ainsi qu'aux nouveaux partenariats.

273. La Directrice a ensuite fait le point des derniers progrès du point de vue renforcement institutionnel, complétant l'information donnée dans le Document CE138/26 et notant qu'un pas en avant avait été fait dans les domaines suivants : 1) positionnement de l'OPS au niveau le plus élevé, 2) amélioration de la viabilité financière, 3) remaniement de la composition de son personnel, 4) responsabilisation individuelle et institutionnelle et 5) alignement stratégique des ressources. Dans le premier domaine, l'OPS était engagée dans un certain nombre d'activités, notamment sa participation au Groupe des Directeurs régionaux des Organismes des Nations Unies et au Groupe des Directeurs régionaux pour la lutte contre le VIH/SIDA, le Groupe de mise en œuvre des recommandations du Sommet de l'OEA et la réunion des Directeurs/Présidents des Organismes interaméricains. L'Organisation a su utiliser son double statut pour encourager une collaboration mutuellement avantageuse entre les Nations Unies et les systèmes interaméricains, face à plusieurs questions. Dans le second

domaine, le recouvrement des contributions s'est amélioré, d'où une plus grande stabilité du Fonds d'équipement. Les recettes totales ont augmenté, grâce en grande partie à un accroissement notable des transactions du Fonds renouvelable pour l'approvisionnement en vaccins. Les contributions volontaires n'ont jamais été aussi élevées, atteignant un maximum historique de \$137 millions lors de l'exercice biennal 2004-2005.

274. Concernant le troisième domaine, et suite aux recommandations du Groupe de travail sur l'OPS au 21^e siècle, 19 postes ont été décentralisés au niveau des pays et 19 postes en plus régionaux, sous-régionaux et inter pays ont été créés à l'extérieur du Siège de l'OPS afin de mieux répondre aux besoins des Etats Membres. Des progrès ont été faits pour augmenter le nombre de femmes occupant des postes professionnels et pour améliorer l'équilibre entre les genres dans le personnel de l'OPS. Dans le quatrième domaine, les postes de médiateur et de chargé des questions éthiques ont été pourvus et le Service de développement institutionnel a été créé et un Conseiller sénior a été nommé comme chef de ce service qui est responsable notamment de la mise en œuvre de la gestion axée sur les résultats.

275. Enfin, dans le cinquième domaine, plusieurs activités ont été réalisées pour orienter les ressources de l'Organisation vers les priorités retenues par les Etats Membres. S'agissant notamment de l'exercice d'évaluation stratégique et d'alignement des ressources (SARA) dont le but est de vérifier que les objectifs, les fonctions et les ressources des diverses unités au sein du Secrétariat sont bien définies et clairement alignées sur les priorités stratégiques de l'Organisation.

276. Le Comité exécutif a remercié le Directeur pour son rapport complet et a félicité le Secrétariat pour ses progrès sur le plan renforcement institutionnel. Les Membres ont souligné que le renforcement institutionnel doit relever d'un processus continu et a encouragé le Secrétariat de continuer à remédier aux points faibles retenus dans le Document CE138/26 et dans le rapport de l'étude de marché.

277. Un délégué, notant que l'exercice SARA semblait analogue au Système de gestion globale de l'OMS (GSM) a demandé où en étaient les plans de l'OPS concernant l'adoption du GSM. Un autre délégué a demandé si le Secrétariat avait l'intention de prendre des mesures, au regard des conclusions de l'étude de marché, pour améliorer les perceptions publiques de l'Organisation et la rendre plus visible dans les pays où elle n'est pas très connue.

278. La Directrice a indiqué que l'Organisation ne prévoyait pas pour le moment de mettre sur pied une campagne spécifique pour rehausser sa visibilité publique. Le Secrétariat réalise par contre des campagnes médiatiques ciblées pour atteindre des publics définis, notamment les jeunes, leur apportant des messages de santé. Le Secrétariat cherchait également à sensibiliser davantage à l'Organisation et à son travail au Canada et aux Etats-Unis où l'OPS n'était pas très connue. Par exemple, aux Etats-

Unis, le Secrétariat s'était allié avec l'équipe de basketball Washington Wizards dans le cadre d'une initiative de promotion de la santé à Washington. Grâce à de telles activités, le Secrétariat pourra rendre l'OPS plus visible sans octroyer des ressources spécifiques à cette fin.

279. Quant à l'exercice SARA, il ressemblait davantage à l'Examen de la direction stratégique et de compétence réalisé au siège de l'OMS, bien que les objectifs de ce dernier soit légèrement différents. Quant au Système de gestion globale de l'OMS, qui sera un système intégré de gestion, l'OPS participe depuis deux ans à son développement mais soupèse les pour et contre de l'adoption d'un tel système. Tel qu'indiqué par le SPP en mars, le coût de cette adoption s'élèverait entre \$10 millions et \$12 millions. Le Secrétariat avait l'intention de donner un aperçu sur le GSM aux Etats Membres sous « Autres questions » et les maintiendrait au courant puisqu'il reviendra aux Etats Membres de décider si l'OPS doit ou non adopter le système et le cas échéant, d'identifier la source du financement nécessaire.

280. Le Comité exécutif a pris note du rapport.

Examen des Centres panaméricains (Document CE138/INF/1)

281. Dr. Roberto Dullak Peña (Représentant du Sous-Comité de planification et de programmation) a indiqué qu'une version précédente du document sur ce point de l'ordre du jour avait été présentée au SPP lors de sa 40^e Session. Le document complète l'information présentée sur les Centres lors du Conseil directeur en septembre 2005. Il fait le point de la situation des cinq centres et explique leurs arrangements juridiques et financiers avec l'Organisation. Il examine notamment l'application des critères d'affectation sous-régionale fixes dans la nouvelle politique du Budget-Programme régional à l'encontre des centres suivants : le Centre d'épidémiologie des Caraïbes (CAREC), le Centre de l'alimentation et de la nutrition (CFNI) et l'Institut de nutrition de l'Amérique centrale et de Panama (INCAP).

282. Le Sous-Comité s'est félicité de l'initiative du Secrétariat visant à réexaminer l'organisation et le fonctionnement des centres, notant combien cela correspondait bien à l'effort général du renforcement institutionnel et de la transformation de l'Organisation. A été soulignée l'importance primordiale de la supervision et de la responsabilisation dans la gouvernance des centres. Les Membres ont convenu que les centres panaméricains étaient source de préoccupation pour tous les Etats Membres – y compris ceux qui ne bénéficiaient pas de leurs services – vu l'impact qu'ils avaient sur le budget ordinaire de l'OPS/OMS. Pour que le travail des centres se justifie davantage pour les pays qui n'utilisent pas directement leurs services, le Secrétariat pourrait envisager d'inviter chaque année les directeurs d'un ou deux centres pour faire une présentation sur les activités et les défis rencontrés dans leur centre.

283. Dans la discussion qui a suivi, la Déléguée de la Barbade a noté qu'un accord avait été conclu récemment au sein du Conseil pour le Développement humain et social (COHSOD) de la Communauté des Caraïbes (CARICOM) en vue d'adopter un nouvel arrangement de supervision et quasi-gestion faisant appel aux ministères de la santé pour tous les centres sanitaires des Caraïbes, y compris CAREC et CFNI. En ce qui concerne CAREC, elle a noté que l'accord intérimaire sur la gouvernance du Centre expire en décembre 2007 et elle espère que l'OPS aidera à formuler un nouvel accord qui réponde aux intérêts des pays de la CARICOM, de l'Organisation et du Centre lui-même.

284. L'Observateur du Brésil a souligné le rôle important pour la diffusion de l'information assumé par le Centre d'information des Sciences sanitaires de l'Amérique latine et des Caraïbes (BIREME) dont le siège est situé dans son pays. Le centre a joué un rôle fondamental comblant les lacunes d'information et de connaissance qui entravaient l'amélioration de la gestion de la santé et la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le développement.

285. Dr Carissa Etienne (Directrice adjointe, OPS) a indiqué que le Secrétariat continuait de collaborer avec les Etats Membres s'assurant qu'ils contribuaient effectivement à la coopération technique de l'Organisation et apportaient aux pays des services du meilleur niveau possible. En ce qui concerne BIREME, le Secrétariat collaborait avec le Gouvernement du Brésil pour conférer une plus grande autonomie au centre, tel que l'avait demandé son comité consultatif. Il continuera à chercher les meilleurs moyens de diffuser les connaissances, sachant que la gestion des connaissances et la diffusion de l'information étaient des volets importants de la coopération technique apportée par des organisations comme l'OPS.

286. Le Secrétariat travaillait également avec les Etats Membres des Caraïbes pour répondre aux décisions prises par le COHSOD concernant la gouvernance des instituts régionaux de la santé desservant cette sous-région. Tel qu'indiqué dans le Document CE138/INF/1, le Secrétariat avait apporté des niveaux élevés de coopération technique l'année dernière pour aider les pays des Caraïbes à cerner leurs priorités et répondre au besoin de définir clairement les missions fondamentales non seulement des centres de l'OPS mais aussi de tous les cinq instituts régionaux de la santé. En ce qui concerne CAREC, le Secrétariat fera son possible pour vérifier que le nouvel accord multilatéral réponde aux besoins et missions de l'Organisation et des Etats Membres. Le Secrétariat avait promis aux pays des Caraïbes qu'il chercherait à améliorer les fonctions administratives et gestionnaires de CAREC et vérifierait que CAREC et le CFNI étaient bien positionnés et disposaient des ressources nécessaires pour apporter une coopération technique fidèle à leur mission de base.

287. La Directrice a noté que l'OPS avait créé un comité consultatif externe pour examiner le domaine entier de la santé publique vétérinaire, y compris les activités du Centre panaméricain de la fièvre aphteuse (PANAFTOSA), assumant à présent les

fonctions d'examen de l'innocuité alimentaire, après la clôture de l'Institut panaméricain de la protection alimentaire et la lutte contre les zoonoses (INPPAZ). Le comité avait terminé son travail en juin 2006 et son rapport était en train d'être compilé. Le Secrétariat espérait que le rapport serait prêt pour la présentation sur ce point de l'ordre du jour au Conseil directeur. Plusieurs membres du Comité exécutif avaient participé au comité consultatif et elle les remerciait de leur assistance.

288. Le Comité exécutif a pris note du rapport.

Rapport d'activité sur la préparation et la réponse aux désastres en matière de santé aux niveaux national et régional (Document CE138/27 and CE138/27/Add. I)

289. Dr. Jean-Luc Poncelet (Responsable, préparations en cas d'urgence et secours en cas de catastrophe, OPS) a introduit le Document CE138/27 qui avait été préparé par le Secrétariat conformément à la Résolution CD46.R14. Le rapport de situation présenté dans le document se basait en partie sur une enquête réalisée en 2006 par le Service de préparation et réponse aux catastrophes dont les résultats étaient décrits dans le Document CE138/27, Add.I. Certes, des progrès considérables ont été faits pour renforcer les préparations et capacités de réponses des pays de la Région en cas de catastrophe mais l'enquête signale plusieurs éléments importants auxquels il faut répondre.

290. Un de ces éléments concerne notamment le besoin urgent de renforcer le soutien politique pour les programmes de secours en cas de catastrophe dans la Région, en créant notamment un lien direct entre les programmes nationaux en cas de catastrophe et les plus hautes sphères décisionnelles dans les ministères de la santé. L'enquête a montré qu'un tel lien direct n'existait que dans 58% des pays. Le leadership des programmes de secours en cas de catastrophe est un des autres éléments mentionnés qu'il faut renforcer. Tous les pays de la Région disposent à présent d'un groupe de professionnels ayant de l'expérience en cas de catastrophe mais seulement la personne qui avait le plus d'expérience n'était pas toujours celle occupant la position de chef de file dans le programme. Dans les années à venir, il faudra s'assurer que les professionnels les plus compétents occupent cette position. Le troisième élément consistait à améliorer la coordination de la réponse aux catastrophes de la part des multiples institutions internes et externes. A cette fin, l'OPS proposait le mécanisme de réponse régionale décrit dans le Document CE138/27. L'Organisation avait également proposé de formuler un ensemble d'indicateurs que les pays pouvaient utiliser pour mesurer leur progrès concernant la préparation et réponse en cas de catastrophe puisqu'il n'existait pas de manière uniforme pour le moment d'évaluer les progrès.

291. En conclusion, il a noté que l'enquête susmentionnée ne couvrait que l'Amérique latine et les Caraïbes et il a demandé si le Comité exécutif pensait que les futures enquêtes devaient inclure le Canada et les Etats-Unis.

292. Le Comité exécutif a noté avec satisfaction les progrès faits dans la Région pour procéder aux préparations en cas de catastrophe et mitiger leurs conséquences pour la santé. Les délégués ont présenté les mesures mises en place par leur gouvernement, surtout par leur ministère de la santé afin de mieux se préparer à l'éventualité d'une catastrophe et de répondre rapidement et efficacement si elle se présente. Certains délégués ont proposé de partager leur expérience avec d'autres pays et d'apporter leur expertise pour renforcer l'équipe régionale de réponse de l'OPS/OMS, telle qu'elle est appelée dans le Document CE138/27.

293. La Déléguée de l'Argentine a noté que dans les représentants semblaient toujours penser dans les divers réunions que son pays était à l'abri des catastrophes alors qu'en fait, à part les ouragans et tempêtes tropicales, l'Argentine était vulnérable à tous types de catastrophe, y compris les tremblements de terre, les inondations et les éruptions volcaniques ainsi que les accidents des industries et des transport, pouvant se transformer en catastrophes complexes faisant un grand nombre de victimes. Elle a également indiqué les difficultés à se préparer en cas de catastrophe dans un grand pays où la capacité de réponse aussi bien que le type de catastrophe étaient susceptibles de varier nettement d'une province à l'autre.

294. Le Délégué du Canada a indiqué que son pays souhaitait être inclus dans les futures enquêtes sur l'état de préparation en cas de catastrophe. Le Canada n'était certes pas à l'abri des catastrophes naturelles et était intéressé à apprendre comment d'autres pays faisait face à de telles situations. En règle général, il était très important à son avis d'inclure des données du Canada et des Etats-Unis chaque fois qu'était présentée une information sur les pays de la Région afin d'avoir une image authentique et panaméricaine de la situation.

295. La Déléguée de la Barbade a souligné le besoin d'augmenter la capacité des hôpitaux de résister à une catastrophe naturelle. Le seul hôpital public de la Barbade se situait dans une région vulnérable aux catastrophes, surtout les inondations. La Barbade remerciait l'OPS de son aide par le passé et comptait sur une collaboration continue en ce domaine à l'avenir.

296. Dr Poncelet a remercié les délégués de leurs commentaires et soutien continu et a remercié les pays qui ont offert de partager leur expérience et expertise avec l'OPS et avec d'autres pays. Il a pris note des commentaires de la Déléguée de l'Argentine sur les divers types de menace, notant que dans la Région, on avait tendance à se concentrer sur les catastrophes les plus fréquentes et celles faisant la une des journaux. Il n'en restait pas moins très important de se préparer à tout type de crise pouvant survenir. Il a encouragé les délégués à transmettre ce message aux représentants officiels de leur pays respectif.

297. Aussi, a-t-il indiqué que le Canada serait inclus dans la collecte de données sur la préparation et réponse en cas de catastrophe, remerciant le pays pour son soutien

considérable à l'Organisation, tant du point de vue ressources matérielles que personnel. Faisant allusion au commentaire de la Barbade, il a rappelé que les Etats Membres avaient adopté le but spécifiant que d'ici 2015 tous les hôpitaux seraient construits de sorte à rester fonctionnel après une catastrophe. Le Comité devait être assuré du caractère prioritaire accordé par l'OPS à la planification en cas de catastrophe pour les hôpitaux.

298. La Directrice pensait que la Région pouvait être très fière de son approche novatrice à la préparation et mitigation en cas de catastrophe. De fait, la Région des Amériques exporte de plus en plus son expertise aux autres Régions. Par exemple, la disponibilité d'experts en cas de catastrophe dans les Amériques, au sein du bureau OMS en Inde, avait grandement renforcé la réponse de l'Organisation lorsque le tsunami avait dévasté l'Asie en décembre 2004. Le manuel de l'OPS sur les dispositions à prendre avec les corps des personnes défuntes en cas de catastrophes était un autre exemple de diffusion d'informations importantes. Ce manuel était la ressource Interne qui avait été la plus consultée au lendemain du tsunami asiatique. L'enterrement en masse sans identification avait créé de terribles problèmes d'identification, d'héritage et de statut légal imprécis des survivants. Aussi, une prise en charge correcte des corps des défunts relevait-elle non seulement d'une question de santé mais aussi d'une question de droits humains.

299. Le Comité exécutif a pris note du rapport.

Pandémie de grippe : rapport d'activité (Document CE138/INF/2)

300. Dr. Roberto Dullak Peña (Représentant du Sous-Comité de planification et de programmation) a noté que le Sous-Comité avait discuté de ce point de l'ordre du jour lors de sa 40^e Session, après avoir pris connaissance du rapport sur les activités de préparation en cas de grippe de la part de l'OPS. Le Sous-Comité reconnaissait les mérites du travail de l'OPS en vue de préparer la Région pour une éventuelle pandémie de la grippe et recommandait vivement à l'Organisation de maintenir ce rôle de chef de file. Le Sous-Comité soutenait pleinement la création d'un centre d'opérations en cas d'urgence au Siège de l'OPS pour coordonner la réponse institutionnelle à une éventuelle épidémie de grippe et autres urgences de santé publique d'ampleur internationale. Le Sous-Comité favorisait également la création d'ateliers sous-régionaux pour l'évaluation des plans nationaux de préparation en cas de grippe et le recrutement d'un personnel supplémentaire permettant ainsi à l'OPS de répondre à la demande accrue de coopération technique tant pour la mise en place de plans nationaux de préparations en cas de grippe que l'application des Réglementations sanitaires internationales.

301. Le Sous-Comité a mis en relief l'importance de l'action intersectorielle, insistant sur la collaboration avec le personnel de réponse en cas d'urgence et avec le secteur agricole. Par ailleurs, il est impératif d'augmenter la disponibilité du vaccin saisonnier contre la grippe et d'en contrôler la qualité, l'innocuité et l'efficacité. On a proposé que

l'OPS encourage le transfert de technologie et la formation des ressources humaines pour que les pays disposent de la capacité nécessaire pour commencer à fabriquer le vaccin contre la grippe. L'OPS devait également faire des recommandations pour aider les pays à déterminer quels seraient les groupes prioritaires qu'il faut vacciner en cas de pénurie de vaccins. Le Sous-Comité a également souligné l'importance de l'information du public et de la communication du risque et a proposé que l'OPS formule des directives pour communiquer efficacement avec le grand public et avec des groupes spécifiques, tels que les politiciens.

302. Le Comité exécutif a fait l'éloge des progrès réalisés depuis la session du Sous-Comité en mars 2006 du point de vue préparations en cas de pandémie de la grippe. Plusieurs membres ont fait le point des activités de préparation en cas de grippe dans leur pays respectif. On a souligné l'extrême importance de la surveillance et dépistage rapide et précoce des épidémies de grippe notamment des épidémies de grippe aviaire. Les systèmes d'information géographique pouvaient s'avérer un outil important à cette fin.

303. A l'instar du Sous-Comité de planification et de programmation, le Comité exécutif a indiqué qu'il était primordial d'augmenter la disponibilité des vaccins contre la grippe et des vaccins antiviraux. Un délégué a signalé que ce travail devait être mené à bien dans un climat respectueux des droits de propriété intellectuelle et solides réglementations nationales. Par contre, à l'avis d'autres délégués, les droits de propriété intellectuelle ne devaient pas entraver ou freiner la production de vaccins ou antiviraux nécessaires pour faire face à une pandémie de grippe dans la Région. De plus amples informations étaient nécessaires sur l'outil utilisé par l'OPS pour évaluer la capacité régionale de production de vaccins mentionnée au paragraphe 15 du Document CE138/INF/2. Les délégués souhaitaient également recevoir des informations supplémentaires sur les mesures prises pour aider les pays à pallier aux lacunes dans les plans nationaux de préparation en cas de pandémie de grippe notées au paragraphe 10 du document, surtout les aspects juridiques et éthiques de tels plans. La Déléguée du Canada a indiqué que son pays pourrait probablement apporté une assistance en ce domaine par le truchement du Centre de Bioéthique de l'Université de Toronto. On a également demandé au Secrétariat de faire le point de la situation concernant la création du Centre d'opérations en cas d'urgence.

304. Plusieurs délégués ont noté l'adoption par l'Assemblée mondiale de la Santé en mai 2006 d'une résolution (WHA59.2) stipulant l'application volontaire des dispositions des Réglementations sanitaires internationales (RSI) pertinentes pour le risque posé par la grippe aviaire et la pandémie de grippe demandant à l'OPS d'apporter une coopération technique aux pays aussi bien pour mettre en œuvre ces dispositions que pour préparer l'entrée en vigueur complète des RSI en 2007. A cet égard, les délégués se sont félicités de l'organisation par l'OPS de plusieurs ateliers de communication du risque dans diverses sous-régions.

305. Le Dr Otavio Oliva (Conseiller régional sur les maladies virales, OPS) a indiqué que le Secrétariat était en train d'examiner les implications juridiques et opérationnelles de l'adoption volontaire des dispositions des RSI se rapportant directement au risque de la pandémie de grippe. Le personnel organiserait ensuite des réunions avec les pays pour discuter de la manière dont ils procéderaient pour mettre en œuvre ces dispositions. L'Organisation profitait des activités de préparation de la pandémie de grippe pour renforcer les capacités fondamentales en santé publique qui seront nécessaires pour la mise en œuvre intégrale des Réglementations sanitaires internationales.

306. L'OPS collaborait également avec les neuf pays qui n'avaient pas encore un plan national de préparations en cas de pandémie de grippe pour les aider à formuler leur plans et travaillait avec les autres pays de la Région pour les aider à détecter les maillons faibles de leur plan national, utilisant la Liste de vérification de l'OMS pour la planification des préparations en cas de pandémie de grippe. Plusieurs ateliers se tiendraient à cet effet dans les diverses sous-régions dans les mois à venir. Tel que l'indiquait le document, les questions éthiques étaient l'un des maillons faibles. Les aspects éthiques n'avaient pas reçu grande attention jusqu'à présent car moult aspects urgents ont dû être traités en premier. Il remerciait le Canada pour son offre d'assistance en ce domaine.

307. Concernant la production du vaccin contre la grippe saisonnière, l'Organisation avait convoqué deux réunions avec des producteurs internationaux et nationaux afin d'encourager le transfert de technologies. Une troisième réunion se tiendra en août 2006.

308. M. John Fitzsimmons (Responsable technique, santé familiale et communautaire, OPS) a ajouté que l'Organisation comptait 14 bureaux de terrain dans divers pays qui collaboraient avec des représentants nationaux pour évaluer la demande pour un vaccin contre la grippe. En effet, des estimations exactes de la demande revêtent une importance critique pour prendre des décisions informées sur l'introduction et l'utilisation d'un vaccin contre la grippe saisonnière. Dans le cadre de l'initiative Pro-Vac, l'OPS renforçait également la capacité nationale de prendre des décisions informées sur l'introduction et l'utilisation d'un vaccin contre la grippe saisonnière.

309. Dr Jean Luc Poncelet (Responsable, Service des préparations et réponse aux désastres en matière de santé aux niveaux national et régional, OPS) a indiqué qu'un ingénieur et bureau d'architectes avaient été recrutés pour examiner les possibilités d'installation du centre, probablement au rez-de-chaussée du Siège de l'OPS. Le Canada avait offert une assistance pour la création du centre mais un financement supplémentaire s'avère nécessaire. Il a indiqué que des centres parallèles étaient nécessaires dans les pays pour que le centre au Siège de l'OPS puisse fonctionner efficacement. Le Service des préparations et réponse aux désastres travaillait en étroite collaboration avec les pays pour vérifier qu'ils disposaient de centres nationaux d'opérations en cas d'urgence pour

coordonner la réponse non seulement en cas de pandémie de grippe mais aussi pour d'autres types de désastre.

310. La Directrice a noté que 19 pays dans l'hémisphère nord et 6 dans l'hémisphère sud ont passé des commandes pour le vaccin contre la grippe saisonnière par le biais du Fonds renouvelable pour l'achat de vaccins. La valeur de ces transactions s'élève à \$10 millions.

311. Le Comité exécutif a pris note du rapport.

Rapport annuel sur les ressources humaines du BSP (Document CE138/INF/3 et Document CE138/INF/3, Add. I)

312. Mme Dianne Arnold (Responsable, gestion des ressources humaines, OPS) a introduit les Documents CE138/INF/3 et CE138/INF/3, Add.I, notant que dans le paragraphe 6 de l'addendum, le chiffre « 33% » devrait être « 37% ». Elle a également indiqué qu'il faudrait supprimer la référence dans ce même paragraphe au tableau 6 ainsi que le tableau 6 lui-même, puisque toute l'information pertinente était également contenue dans le Tableau 5.

313. La Directrice a expliqué que les documents constituaient un rapport d'information qui serait répété périodiquement, donnant le profil du personnel par genre, âge, distribution entre le niveau régional et les pays et d'autres variables. Ces informations avaient été demandées par les Organes directeurs. L'information dans le rapport était également utilisée par l'Organisation elle-même pour déterminer si le profil effectif du personnel ressemblait au profil ébauché dans le Plan stratégique pour 2003-2007.

314. La Déléguée du Canada, faisant bon accueil au rapport, a indiqué qu'il décrivait un mouvement allant dans la bonne direction en ce qui concerne le renforcement institutionnel et certaines des recommandations de gouvernance du Groupe de travail de l'OPS au 21^e siècle. Elle a demandé pourquoi les effectifs du personnel donnés dans le Tableau 1 semblaient disproportionnellement élevés dans certains pays comme le Brésil et le Pérou.

315. Mme Arnold a indiqué que le Brésil comptait deux centres panaméricains ainsi que le bureau de terrain et le Pérou avait un centre en plus du bureau de terrain. Cela expliquait les rangs plus élevés du personnel dans ces pays.

316. La Directrice a noté que certains centres avaient un personnel international plus important que les autres centres, comme ceux de Trinité et la Jamaïque. Elle a également indiqué que la distribution du personnel dans les bureaux et centres était conforme à la stratégie sur la coopération technique entre les pays de la Région et conforme également aux décisions prises par les Organes directeurs dans le cadre de la nouvelle politique budgétaire régionale.

317. Le Comité exécutif a pris note du rapport.

Résolutions et autres actions de la Cinquante-neuvième Assemblée mondiale de la Santé revêtant un intérêt pour le Comité exécutif de l'OPS (Document CE138/INF/4)

318. Dr. Philippe Lamy (Responsable, gouvernance et politique, OPS) a récapitulé les délibérations de la Cinquante-neuvième Assemblée mondiale de la Santé qui s'est déroulée à Genève en Suisse, du 22 au 27 mai 2006, et laquelle ont participé des délégués de 32 Etats Membres des Amériques.

319. Après avoir débattu un ordre du jour couvrant 22 points, l'Assemblée a adopté 27 résolutions dont 17 sur des thèmes techniques. Les résolutions WHA59.2 sur l'application du Règlement sanitaire internationale, WHA59.12 sur la coordination internationale sur le VIH/SIDA, WHA59.22 sur la préparation et réponse en cas d'urgence, WHA59.24 sur la santé publique, les innovations, la recherche essentielle en santé et les droits de propriété intellectuelle ainsi que WHA 59.26 sur le commerce international et la santé revêtent un intérêt particulier pour le Comité exécutif de l'OPS.

320. De plus, le Conseil exécutif de l'OMS, qui s'est rencontré de suite après l'Assemblée, a adopté la résolution EB118.R12 sur la procédure en vue d'élire le Directeur général de l'OMS. Les points saillants sont les suivants : Les Etats Membres seront invités d'ici le 1^{er} juin à proposer des candidatures pour le poste, candidatures devant être présentées à l'OMS d'ici le 5 septembre, ces propositions, curricula vitae et informations à l'appui seront communiqués aux Etats Membres d'ici le 5 octobre et une session du Conseil exécutif se tiendra du 6 au 8 novembre ainsi qu'une session spéciale de l'Assemblée mondiale de la santé le 9 novembre 2006.

321. Le Comité exécutif a pris note du rapport.

Autres questions

322. La Directrice souhaitait porter à l'attention du Comité trois points supplémentaires. Un bref document d'information sur chaque point a été distribué au Comité.

Plan directeur d'investissement

323. Mme Sharon Frahler (Directrice de l'administration a.i.) a présenté le document d'information sur le plan directeur d'investissement formulé pour traiter des investissements devant être faits dans l'infrastructure physique. Elle a noté que le Secrétariat avait estimé à presque \$7 millions les dépenses devant être faites pour les réparations et remise en état de l'immeuble au Siège et de certains bureaux dans les pays. Il avait décidé de cumuler les besoins estimés en un seul plan global et de budgétiser de telles remises en état dans le budget-programme ordinaire. La présentation au Comité

visait simplement à annoncer que lors du 47^e Conseil directeur en septembre le Plan directeur d'investissement serait présenté aux fins d'examen et d'approbation puis serait inclus au budget-programme ordinaire dès 2008.

324. La Directrice a réitéré que la présentation visait uniquement à partager dès maintenant l'information pour que les Etats Membres aient suffisamment de temps pour examiner le contenu du plan d'investissement et la possibilité de créer un fonds tout spécifiquement pour couvrir les coûts des réparations et rénovations. Le plan avait pour objet d'éviter que ne se reproduise les situations du passé lorsque l'Organisation a dû chercher des fonds d'urgence pour faire face à des crises qui l'avaient prise au dépourvu. De plus, un tel plan d'investissement sera obligatoire lorsque l'Organisation adoptera le système IPSAS.

325. Répondant à la question d'un délégué, Mme Frahler a indiqué que l'abréviation « MOSS » qui paraît dans le document est le sigle en anglais pour « Normes minimales de sécurité opérationnelle » obligatoires dans le système des Nations Unies comme conditions de sécurité pour les organismes des Nations Unies et leurs bureaux de pays.

326. Le Comité exécutif a pris note de la communication sur le Plan directeur d'investissement.

Système de gestion globale

327. Mme Frahler a également présenté le document d'information sur le Système de gestion globale (GSM). Elle a rappelé que l'OMS avait mis au point le GSM en 2001 pour remplacer les principaux systèmes administratifs dont la planification des programmes, le budget, les finances, l'approvisionnement, les ressources humaines, les salaires, l'inventaire et les déplacements. Par le passé, l'OPS, étant une entité juridique distincte de l'OMS, avait maintenu des systèmes comptables et administratifs séparés mais à présent l'OMS avait demandé à l'OPS d'adopter le GSM. Vu le coût élevé que cela suppose – entre \$10 millions et \$12 millions – la Directrice avait décidé de ne pas procéder avec l'adoption du GSM sans l'autorisation des Organes directeurs.

328. La Directrice avait également décidé de recruter les services d'un bureau de consultation indépendant pour 1) revoir les avantages que retirerait l'OPS de l'adoption du GSM ; 2) formuler des estimations plus exactes des coûts et 3) présenter une analyse du coût-avantage. Les termes de références pour ce bureau d'études étaient en train d'être préparés. On espérait que le rapport du bureau d'études serait prêt aux fins d'examen par le Comité exécutif lors de sa 139^e Session en septembre 2007.

329. L'Observateur des Etats-Unis d'Amérique a indiqué que son Gouvernement pensait que dans le long terme, il serait important que toutes les Régions de l'OMS fassent partie du GSM pour garantir un système intégré partout dans l'OMS. L'OPS devrait adopter ce but.

330. Mme Frahler a indiqué que le fait que l'OPS est une entité juridique séparée préoccupait vivement le Secrétariat. En effet, cela a pour conséquence que les Etats Membres versent deux contributions, l'une à l'OPS et l'autre à l'OMS. Si on décidait que l'OPS rejoindrait le système global, il faudra s'assurer que les données sur la partie OPS du budget combiné OPS/OMS ne seraient pas absorbées dans la base de données de l'OMS et pourraient être signalées séparément aux Etats Membres. Le Secrétariat était engagé dans des discussions avec l'OMS sur la manière dont le système serait formulé pour sorte à ce que l'OPS puisse compiler des rapports séparés et maintenir l'indépendance dont elle avait besoin en tant qu'entité juridique séparée.

331. La Directrice a noté que le coût de la mise en œuvre du GSM dépasserait de loin les avantages, du point au départ, car le système actuel de l'OPS était hautement sophistiqué. Le montant nécessaire pour la mise en œuvre du GSM ne pourrait pas être absorbé par le budget actuel ni celui de la prochaine période biennale. Aussi, faudrait-il des contributions volontaires de l'ordre de \$10 millions. Elle avait décidé de commanditer une étude de la part d'un bureau indépendant pour apporter aux Etats Membres une information objective sur les avantages et inconvénients liés à l'adoption du GSM puisque les Etats Membres devront apporter le financement s'ils décident que l'OPS doit se joindre au système global.

332. Le Comité exécutif a pris note de l'information présentée sur le Système de gestion globale.

Mise en œuvre dans la Région des Amériques de la Résolution WHA59.12 de l'OMS sur l'Equipe mondiale pour l'amélioration de la coordination de la lutte contre le SIDA.

333. La Directrice a expliqué que le document sur ce point de l'ordre du jour était présenté au Comité aux fins d'information. La résolution de l'OMS serait examinée par la suite par le 47^e Conseil directeur qui déciderait ensuite si elle devait être mise en œuvre dans les Amériques. L'intention pour le moment est d'apporter des informations initiales puisque la situation spécifique de la Région n'avait pas été couverte dans les discussions lors de l'Assemblée mondiale de la Santé.

334. La Directrice a rappelé que l'Equipe mondiale sur l'amélioration pour la coordination de la lutte contre le SIDA entre institutions multilatérales et bailleurs de fonds internationaux avait communiqué sous forme de matrice des directives pour rationaliser la coopération – avec notamment une répartition des tâches se rapportant au soutien technique des Nations Unies. La Résolution WHA59.12 avait avalisé les recommandations de l'Equipe mondiale et avait demandé au Directeur général de les mettre en œuvre et d'apporter une coopération technique aux pays conformément aux tâches indiquées.

335. Par ailleurs, dans la Région des Amériques, le Conseil directeur avait avalisé le Plan stratégique régional de lutte contre le VIH/SIDA/IST, 2006-2015, en septembre 2005, demandant à l'OPS de travailler avec les pays dans le cadre d'une réponse intégrale du secteur de la santé face à l'épidémie du VIH. Il est regrettable que le Plan régional et la Résolution WHA59.12 ne soient pas entièrement compatibles. Plusieurs domaines techniques d'importance capitale pour la mise en œuvre réussie du Plan régional de l'OPS étaient confiés à d'autres organismes des Nations Unies dont l'approvisionnement en antirétroviraux et autres médicaments pour le VIH, la prévention et certains aspects des services de santé tels que la santé de la reproduction. L'OPS avait développé une solide capacité et intervenait déjà dans tous ces domaines.

336. Aussi, recommandait-elle, dans le contexte du point pertinent de l'ordre du jour du 47^e Conseil directeur, que les Etats Membres adoptent une décision demandant au Bureau sanitaire panaméricain d'adapter la matrice aux caractéristiques de la Région et de négocier avec les partenaires régionaux des Nations Unies en tenant compte des missions que mène à bien l'OPS à l'heure actuelle.

337. Dans la discussion qui a suivi, un délégué a demandé si le Secrétariat avait consulté l'ONUSIDA et l'OMS sur l'idée d'adapter la matrice. On a indiqué qu'il serait utile pour les Etats Membres d'avoir une proposition d'une telle matrice avant le Conseil directeur.

338. La Directrice a affirmé qu'elle avait effectivement consulté l'ONUSIDA et l'OMS et a indiqué qu'une proposition concernant l'adaptation de la matrice serait distribuée aux Etats Membres avant l'ouverture du Conseil.

339. Le Comité exécutif a pris note de la communication concernant l'adoption de la Résolution WHA59.12 dans les Amériques.

Clôture de la Session

340. Suivant et après les échanges habituels de courtoisie, le Président a déclaré la clôture officielle de la 138^e session du Comité exécutif.

Résolutions et Décisions

341. Les résolutions et décisions suivantes ont été adoptées par le Comité exécutif lors de sa 138^e Session:

CE138.R1 Stratégie régionale et plan d'action pour une approche intégrée de la prévention des maladies chroniques et de la lutte contre celles-ci, y compris l'alimentation, l'activité physique et la santé

LA 138^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné le rapport de la Directrice relatif à une stratégie régionale et un plan d'action pour une approche intégrée de la prévention des maladies chroniques et de la lutte contre celles-ci, y compris l'alimentation, l'activité physique et la santé (document CE138/17),

DÉCIDE :

De recommander au 47^e Conseil directeur d'adopter une résolution rédigée dans les termes suivants :

LE 47^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant examiné le rapport de la Directrice relatif à une stratégie régionale et un plan d'action pour une approche intégrée de la prévention des maladies chroniques et de la lutte contre celles-ci, y compris l'alimentation, l'activité physique et la santé (document CD47/ __) ;

Ayant pris acte de la résolution CSP26.R15 (2002) sur la réponse, du point de vue de la santé publique, aux maladies chroniques, qui reconnaît le lourd fardeau économique et social que représentent les maladies non transmissibles et appelle à une coopération technique coordonnée et accrue de l'Organisation panaméricaine de la Santé ;

Considérant la résolution WHA57.17 : « Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'activité physique et la santé (2004) », qui met l'accent sur une approche intégrée et une collaboration intersectorielle pour améliorer l'alimentation et accroître l'activité physique ;

Conscient que les maladies chronique représentent 70% des décès dans la Région des Amériques, et que plus de la moitié de la mortalité prématurée avant l'âge de 70 ans sont attribuées aux maladies chroniques ;

Prenant note du fait que les maladies chroniques peuvent être prévenues dans une grande mesure et que des preuves scientifiques et des interventions rentables sont disponibles ;

Notant qu'il est important de se concentrer sur la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le développement, tout en s'attaquant au fardeau croissant que représentent les maladies chroniques qui affectent également la population vulnérable ;

Reconnaissant qu'il est urgent que les gouvernements, le secteur privé, la société civile et la communauté internationale renouvellent leur engagement envers la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles,

DÉCIDE :

1. D'exhorter les États membres à:
 - (a) accorder la priorité à la prévention et au contrôle intégrés des principales maladies chroniques et de leurs facteurs de risque commun, en mettant en place et/ou en renforçant les programmes nationaux et en assurant des ressources à la hauteur du fardeau que représentent ces maladies ;
 - (b) élaborer et exécuter des plans nationaux et promouvoir la mise en œuvre de politiques publiques guidées par la stratégie régionale et le plan d'action ;
 - (c) mettre en œuvre le plan d'action comme il convient, dans le cadre d'une approche intégrée du système de santé, basée sur les soins de santé primaire, en mettant l'accent sur une action intersectorielle, le suivi et l'évaluation de l'efficacité des programmes, et les affectations de ressources.
2. De demander à la Directrice :
 - (a) de renforcer l'élaboration d'une approche intégrée de la prévention des maladies chroniques et la lutte contre celles-ci, y compris l'alimentation et l'activité physique, en se focalisant sur les besoins des pays à faible revenu et des populations vulnérables ;
 - (b) d'appuyer les efforts déployés par les États membres en vue de renforcer leurs systèmes d'information de la santé pour assurer un suivi des maladies chroniques, de leurs facteurs de risque et de l'impact des interventions de santé publique ;
 - (c) d'appuyer les États membres sur le plan du renforcement des capacités et des compétences au sein du système de santé pour la gestion intégrée des maladies chroniques et de leurs facteurs de risque ;
 - (d) de développer de nouveaux partenariats ou de renforcer ceux qui existent au sein de la communauté internationale pour la mobilisation des ressources, la

sensibilisation et les recherches menées en collaboration sur la mise en œuvre de la stratégie régionale et du plan d'action.

(Troisième séance, le 20 juin 2006)

CE138.R2 Stratégie et Plan d'action régionaux de nutrition en santé et développement

LA 138^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Après avoir examiné le rapport de la Directrice sur la Stratégie et Plan d'action régionaux sur la nutrition en santé et développement (document CE138/18),

DÉCIDE :

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

LE 47^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant examiné le rapport de la Directrice sur la Stratégie et Plan d'action régionaux sur la nutrition en santé et développement (document CE 47/ __) ;

Prenant en compte les mandats internationaux émanés de l'Assemblée mondiale de la Santé, en particulier les résolutions WHA55.23 et WHA56.23, ainsi que les engagements des États Membres de la Région des Amériques à atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement ;

Reconnaissant les problèmes persistants liés aux carences nutritionnelles, ainsi que l'aggravation des problèmes associés aux déséquilibres et excès alimentaires en Amérique latine et dans la Caraïbe;

Soulignant que, compte tenu des tendances à ce jour des indicateurs nationaux en matière de sous-alimentation et d'insuffisance de poids par rapport à l'âge, le but 2 de l'objectif 1 des objectifs du Millénaire pour le développement ne pourra pas être atteint dans plusieurs pays d'ici 2015 ;

Rappelant que la nutrition est un facteur déterminant dans le développement humain et que, en même temps, ce facteur est affecté par un ensemble de conditions économiques et sociales, et

Reconnaissant le haut niveau de complémentarité entre cette stratégie et d'autres telles la prise en charge intégrée des maladies prévalentes de l'enfance (PCIMPE), la Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du petit enfant et la Stratégie régionale et Plan d'action pour l'approche intégrée de la prévention et du contrôle des maladies chroniques, y compris le régime alimentaire et l'activité physique,

DÉCIDE :

1. D'exhorter les États Membres à :
 - a) prendre en considération l'intégration de la présente Stratégie et Plan d'action régionaux sur la nutrition en santé et développement dans leurs plans et programmes de développement, ainsi que les propositions et l'examen des budgets nationaux ;
 - b) promouvoir le dialogue interne entre les institutions du secteur public, ainsi qu'entre secteurs public et privé et la société civile, pour dégager des consensus nationaux sur le thème de la nutrition, la santé et le processus de développement national ;
 - c) mettre en route un processus de révision et d'analyse internes de la pertinence et de la viabilité de la présente stratégie dans le contexte national, compte tenu des priorités, nécessités et capacités nationales.
2. De demander à la Directrice :
 - a) de prêter soutien aux États membres, en collaboration avec d'autres institutions internationales, pour amorcer un processus d'analyse interne de l'applicabilité et de la pertinence de la présente stratégie, ainsi que la mise en route d'activités visant à l'adoption de la Stratégie de nutrition en santé et développement ;
 - b) de négocier avec les autres agences internationales, institutions scientifiques et techniques, la société civile organisée, le secteur privé et autres l'établissement d'un partenariat régional appelé à orienter et à assurer le suivi de la mise en œuvre de la Stratégie régionale de nutrition en santé et développement.

(Troisième séance, 20 juin 2006)

CE138.R3 Procédure à suivre pour mettre en place le nouveau barème de contributions basé sur le nouveau barème de l'OEA

LA 138^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné le rapport de la Directrice sur le processus de mise en œuvre du nouveau barème des contributions reposant sur le barème de l'OEA (document CE138/23, Rév.1),

DÉCIDE :

1. De recommander au 47^e Conseil Directeur d'adopter une résolution rédigée dans les termes suivants:

LE 47^e CONSEIL DIRECTEUR,

Considérant que les États membres de l'OPS inclus dans le barème adopté par l'Organisation des États Américains (OEA) sont appelés à verser leurs contributions sur la base des pourcentages indiqués dans ce barème, ajusté pour les membres de l'OPS, conformément à l'article 60 du Code sanitaire panaméricain ;

Considérant que des ajustements sont nécessaires en tenant compte du barème pour Cuba, les États membres participants et les Membres associés;

Tenant compte du fait que le barème révisé des contributions de l'OEA pour l'année 2007 n'a pas été achevé et ne peut pas être appliqué aux membres de l'OPS ;

Gardant présent à l'esprit que le barème révisé des contributions de l'OEA pour 2008 n'est pas définitif, et qu'un barème définitif de contributions devrait être soumis à l'approbation des membres de l'OEA lors de la Trente-septième session ordinaire de l'Assemblée générale de l'OEA en juin 2007,

DÉCIDE :

De reporter l'adoption d'un barème révisé des contributions des membres de l'OPS jusqu'à l'adoption par l'Organisation des États américains d'un barème des contributions révisé et définitif.

(Quatrième séance, 20 juin 2006)

CE138.R4 Stratégie régionale visant au maintien des programmes nationaux d'immunisation dans les Amériques

LA 138^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné le rapport de la Directrice sur la stratégie régionale visant au maintien des programmes nationaux d'immunisation dans les Amériques (document CE138/11),

DÉCIDE :

De recommander au 47^e Conseil Directeur d'adopter une recommandation dans le sens suivant :

LE 47^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant examiné le rapport de la Directrice sur la stratégie régionale visant au maintien des programmes nationaux d'immunisation dans les Amériques (CD47/ __) ;

Reconnaissant que l'élimination de la rubéole et du syndrome de la rubéole congénitale (SRC) d'ici 2010 exigera des efforts soutenus des États membres et de leurs partenaires du développement ;

Tenant compte des défis auxquels sont confrontés les ministères de la santé et des finances pour l'allocation et le décaissement des ressources limitées destinées à des interventions hautement prioritaires dans le domaine de la santé publique, y compris la vaccination ;

Tenant compte de la nécessité de prendre des décisions reposant sur des données factuelles, y compris des analyses économiques, pour l'introduction durable de vaccins nouveaux et sous-utilisés contre des maladies importantes sur le plan épidémiologique ;

Consciente que l'Organisation mondiale de la Santé a fait sienne la Vision et les stratégies d'immunisation dans le monde (GIVS), et s'attache à promouvoir les objectifs du Millénaire pour le développement ;

Tenant compte du rôle de pionnier et de l'engagement durable de la Région des Amériques dans les programmes de vaccination, y compris l'organisation de la Semaine de la vaccination dans les Amériques ; reconnaissant les progrès accomplis à ce jour par les États membres,

DÉCIDE :

1. D'exhorter les États membres à :
 - a) mettre en œuvre les politiques et stratégies opérationnelles en vue de parvenir à une couverture de plus de 95 % pour tous les vaccins de routine dans l'ensemble des districts ou unités administratives équivalentes et de réaliser l'objectif d'élimination de la rubéole et du syndrome de la rubéole congénitale (SRC) d'ici 2010, comme avalisé précédemment par le Conseil directeur ;
 - b) envisager le potentiel d'élargissement de l'espace juridique et budgétaire et identifier de nouvelles sources de recettes pour financer durablement le développement d'un programme de vaccination, y compris l'introduction de nouveaux vaccins contre les rotavirus, le pneumocoque, et le papillomavirus ;
 - c) appuyer les objectifs de réduction de la mortalité, conformément à la Vision et stratégies d'immunisation dans le monde et aux Objectifs du Millénaire pour le développement pour les maladies associées aux rotavirus, au pneumocoque, et au papillomavirus ;
 - d) utiliser le Fonds renouvelable de l'OPS pour l'achat de vaccins nouveaux et sous-utilisés, y compris le vaccin saisonnier contre la grippe, les vaccins contre la fièvre jaune, les rotavirus, le pneumocoque et le papillomavirus ;
 - e) continuer à soutenir l'organisation de la Semaine de la vaccination dans les Amériques.
2. De demander à la Directrice :
 - a) d'appuyer les efforts déployés par les pays pour mener à bien le programme de vaccination inachevé en vue de parvenir à une couverture de plus de 95 % pour tous les vaccins de routine dans l'ensemble des districts ou unités administratives équivalentes, en particulier dans les districts et municipalités les plus pauvres, et les populations autochtones ;
 - b) de soutenir le processus de transition dans les États membres de la vaccination infantile à la vaccination familiale en mettant dans un premier temps l'accent sur la vaccination contre la rubéole, à l'appui de l'objectif d'élimination de la maladie, ainsi que sur l'introduction du vaccin saisonnier contre la grippe afin d'aider les pays à se préparer pour une éventuelle pandémie ;

- c) d'appuyer les activités réalisées par les pays pour intégrer des études économiques approfondies au processus décisionnel pour l'introduction de vaccins nouveaux et sous-utilisés ;
- d) de soutenir les efforts déployés par les pays en vue de créer un espace juridique et budgétaire et d'identifier de nouvelles sources de recettes pour le développement d'un programme de vaccination durable ;
- (e) de promouvoir une participation plus large des pays au sein du Fonds renouvelable de l'OPS pour tous les vaccins et d'encourager la mobilisation de contributions volontaires pour en accroître rapidement la capitalisation.

(Quatrième séance, 20 juin 2006)

CE138.R5 Procédure de nomination du commissaire aux comptes

LA 138^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné le rapport de la Directrice sur la procédure de nomination du Commissaire aux Comptes (document CE138/22) ; et

Notant les règles, règlements et procédures de l'Organisation panaméricaine de la Santé et de l'Organisation mondiale de la Santé,

DÉCIDE :

1. De prendre note du rapport de la Directrice sur la procédure de nomination du Commissaire aux comptes (document CE138/22).
2. De recommander que les États membres, les États participants et les Membres associés soient invités à soumettre des commentaires écrits sur la procédure proposée, directement au Secrétariat préalablement à l'ouverture du 47^e Conseil directeur en septembre 2006.
3. Demander que le Secrétariat réponde à toute question présentée par les États membres, les États participants et les Membres associés lors du 47^e Conseil directeur.

4. De recommander que le 47^e Conseil directeur approuve la procédure proposée pour la nomination du Commissaire aux comptes de l'Organisation lors de la 27^e Conférence sanitaire panaméricaine.

(Huitième séance, 22 juin 2006)

CE138.R6 Amendements au règlement financier

LA 138^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant considéré la présentation de la Directrice sur les modifications proposées au Règlement financier contenues dans le document CE138/21 ; et

Prenant acte que les modifications reflètent les meilleures pratiques modernes et sont conformes avec les révisions faites par l'Organisation mondiale de la Santé comme approuvé par l'Assemblée mondiale de la Santé (résolution WHA58.20),

DÉCIDE :

De recommander au Conseil directeur d'adopter une résolution dans le sens suivant :

LE 47^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant considéré la recommandation du Comité exécutif et les révisions proposées au Règlement financier, indiquées en Annexe I du document CD47/ __ ; et

Prenant acte que les révisions du Règlement reflètent les meilleures pratiques modernes et sont conformes aux révisions approuvées par la 58^e Assemblée mondiale de la Santé (résolution WHA58.20),

DÉCIDE :

D'approuver les révisions au Règlement financier de l'Organisation panaméricaine de la Santé, indiquées en Annexe I du document CD47/22.

(Huitième séance, 22 juin 2006)

CE138.R7 Amendements au règlement du personnel du Bureau sanitaire panaméricain

LA 138^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné les amendements apportés au Règlement du personnel du Bureau sanitaire panaméricain (BSP) et présentés en annexe du document CE138/24 ;

Prenant en compte les mesures prises par la Cinquante-neuvième Assemblée mondiale de la Santé concernant une réduction du barème afin d'abaisser le Fonds de péréquation des impôts ;

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

Reconnaissant la nécessité d'une cohérence dans les conditions d'emploi du personnel du BSP et de l'Organisation mondiale de la Santé,

DÉCIDE :

1. De fixer, à compter du 1^{er} janvier 2006 :
 - a) le traitement annuel brut du Directeur adjoint à \$US 160 574.
 - b) le traitement annuel brut du Sous-Directeur à \$US 159 035.

2. De confirmer comme suit, en conformité avec l'article 020 du Règlement du personnel, les amendements aux articles du Règlement du personnel apportés par le Directeur, avec effet à compter du 1^{er} janvier 2006, et qui apparaissent à l'Annexe 1 au document CE138/24:
 - a) Article 230 – revue de la classification
 - b) Article 240 – périodicité de la revue
 - c) Article 310 – définitions
 - d) Article 330 – salaires
 - e) Article 350 – allocation pour frais d'études
 - f) Article 355 – allocation spéciale pour frais d'études des enfants handicapés
 - g) Article 360 – allocation de mobilité et de pénibilité
 - h) Article 365 – allocation d'affectation
 - i) Article 370 – allocation de rapatriement
 - j) Article 550 – augmentation à l'intérieur de la classe
 - k) Article 560 – promotion

- l) Article 570 – réduction dans le grade
- m) Article 640 – congé dans les foyers
- n) Article 655 – congé sans solde
- o) Article 750 – congé de maladie couvert par l'assurance
- p) Article 810 – voyages des membres du personnel
- q) Article 820 – voyage de l'époux(se) et des enfants
- r) Article 1130 – notification des charges et réponse
- s) Article 1310 – membres du personnel dans des postes sujets au recrutement local

3. De confirmer comme suit, en conformité avec l'article 020 du Règlement du personnel, les amendements aux articles du Règlement du personnel apportés par le Directeur, avec effet à compter du 1^{er} juillet 2006, et qui apparaissent à l'Annexe 2 au document CE138/24:

- a) Article 040 – date d'entrée en vigueur
- b) Article 110.6 – règles de conduite pour les membres du personnel
- c) Article 240 (nouveau) – périodicité de la revue
- d) Article 320 – détermination des salaires
- e) Article 350 – allocation pour frais d'études (concernant les enfants qui atteignent l'âge de cinq ans pendant l'année scolaire)
- f) Article 370 – allocation de rapatriement
- g) Article 410 – politiques de recrutement
- h) Article 420 – politiques de nomination
- i) Article 460 – lieu de résidence reconnu
- j) Article 510 – affectation au poste de fonction
- k) Article 560 – promotion
- l) Article 565 – réaffectation
- m) Article 567 (nouveau) – nomination ad intérim
- n) Article 625 – heures supplémentaires et temps de compensation
- o) Article 630 – congé annuel
- p) Article 640 – congé dans les foyers
- q) Article 660 – congé pour formation ou service militaire
- r) Article 720 – assurance accident et maladie
- s) Article 740 – congé de maladie (à l'exception du libellé de la *première clause de l'article 740.2 qui stipule « Approuvé par le médecin de l'Organisation »*)
- t) Article 760 – congé de maternité et de paternité
- u) Article 770 – allocation en cas de décès
- v) Article 810 – voyages des membres du personnel
- w) Article 850 – transport des effets personnels
- x) Article 870 – frais de décès
- y) Article 1015 – séparation par accord mutuel
- z) Article 1020 – retraite

- aa) Article 1030 – résiliation pour raisons de santé
- bb) Article 1040 – fin des engagements
- cc) Article 1050 – abolition de poste
- dd) Article 1110 – mesures disciplinaires
- ee) Article 1120 – suspension en attente d’investigation
- ff) Article 1310 – membres du personnel dans des postes sujets au recrutement local
- gg) Article N.010 – portée et but
- hh) Article N.110 – classification des postes
- ii) Article N.310 à N.350 – recrutement et nomination
- jj) Article N.510 à 530 – sécurité sociale
- kk) Article N.610 à 630 – conduite et mesures disciplinaires
- ll) Article N.810 – droit d’association
- mm) Article N.910 – procédure de doléance
- oo) Article N.1000 et N1010 – disposition générale

(Huitième séance, 22 juin 2006)

CE138.R8 Amendements au règlement du personnel du Bureau sanitaire panaméricain

LA 138^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Prenant acte des mesures prises par la Cinquante-neuvième Assemblée mondiale de la Santé concernant le traitement des Directeurs régionaux, du Sous-Directeur général et du Directeur général,

DÉCIDE :

De recommander au 47^e Conseil directeur l’adoption de la résolution suivante concernant le traitement annuel brut du Directeur :

LE 47^e CONSEIL DIRECTEUR,

Considérant la réduction du barème nécessaire pour abaisser le Fonds de péréquation des impôts ;

Prenant acte de la décision du Comité exécutif à sa 138^e session d’ajuster le traitement annuel brut du Directeur général adjoint et du Sous-Directeur général ; et

Prenant acte de la recommandation du Comité exécutif concernant le traitement annuel brut du Directeur,

DÉCIDE :

1. De fixer, à compter du 1^{er} janvier 2006, le traitement annuel brut du Directeur à EU\$176 877 par an.
2. D'approuver les amendements aux articles 1.12 à 1.15 du Statut du personnel concernant les employés nationaux.
3. De prendre note des amendements aux articles du Règlement du personnel apportés par le Directeur et confirmés par le Comité exécutif lors de sa 138^e session.

(Huitième séance, 22 juin 2006)

CE138.R9 Proposition de plan régional décennal de santé bucco-dentaire pour les Amériques

LA 138^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Après avoir examiné le rapport sur la proposition du Plan régional décennal de santé bucco-dentaire pour les Amériques (document CE138/14),

DÉCIDE :

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

LE 47^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant examiné le document CD47/___ sur la Proposition de plan régional de santé bucco-dentaire pour les Amériques ;

Reconnaissant que la santé bucco-dentaire est un aspect critique de l'état de santé en général dans toute la Région des Amériques en raison du rôle de premier plan qu'elle remplit dans le fardeau des maladies, ses rapports avec les maladies systémiques et son impact causal sur le succès ou l'échec de quelques-uns des objectifs du Millénaire pour le développement, les coûts de traitement des maladies buccales et la capacité d'appliquer des mesures effectives de promotion de la santé bucco-dentaire et de prévention des maladies, et

Reconnaissant que l'OPS a coopéré avec les pays de la Région à l'établissement des bases conceptuelles et techniques pour l'élaboration de politiques, d'infrastructures et

de mise en place de capacités programmatiques liés aux programmes nationaux de santé bucco-dentaire,

DÉCIDE :

1. D'approuver le Plan régional décennal de santé bucco-dentaire pour les Amériques et de soutenir en particulier l'intégration de la santé bucco-dentaire à la stratégie des soins de santé primaires, facilitant ainsi un plus large accès aux soins, ainsi que la vulgarisation et la consolidation de programmes fructueux, comme la fluoration, entre autres, renforçant ainsi l'organisation et la prestation des services avec l'appui d'autres acteurs oeuvrant dans le secteur de la santé bucco-dentaire, comme le secteur privé, les universités et l'industrie.
2. De prier instamment les États Membres :
 - a) de déployer tous les efforts possibles pour assurer un niveau d'accès de base aux soins de santé bucco-dentaire, en accordant la priorité aux groupes vulnérables ;
 - b) de consolider les programmes de santé bucco-dentaire au moyen de l'établissement de politiques publiques axées sur la santé bucco-dentaire, ainsi que de la promotion de partenariats avec les autres secteurs et domaines dans la perspective de l'élaboration de programmes de santé bucco-dentaire;
 - c) de concevoir et de mettre en œuvre des interventions efficaces, ainsi que des modèles de pratiques optimales et programmes réussis dans d'autres pays, en introduisant des technologies rentables permettant d'élargir l'accès aux services de santé, en accordant la priorité aux groupes vulnérables et en exécutant et/ou consolidant les programmes de fluoration ;
 - d) de promouvoir l'intégration de la santé bucco-dentaire dans la stratégie des soins primaires, de la santé familiale et périnatale.
3. De demander à la Directrice :
 - a) d'appuyer l'élaboration de la stratégie régionale de santé bucco-dentaire ;
 - b) de promouvoir la coopération technique entre pays et les partenariats stratégiques dans des activités qui encouragent la santé bucco-dentaire ; et
 - c) de promouvoir et de favoriser la recherche de contributions volontaires visant à consolider les activités liées à la santé bucco-dentaire.

(Huitième séance, 22 juin 2006)

CE138.R10 La santé néonatale dans le contexte de la santé maternelle, infantile et juvénile pour atteindre les objectifs du millénaire pour le développement énoncés dans la Déclaration des Nations Unies pour le Millénaire

LA 138^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné le rapport de la Directrice sur la santé néonatale dans le contexte de la santé maternelle, infantile et juvénile pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement énoncés dans la Déclaration des Nations Unies pour le Millénaire (document CE138/12),

DÉCIDE :

De recommander au 47^e Conseil directeur d'adopter une résolution rédigé dans les termes suivants :

LE 47^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant examiné le rapport de la Directrice sur la santé néonatale dans le contexte de la santé maternelle, infantile et juvénile pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement énoncés dans la Déclaration des Nations unies pour le Millénaire (document CD47/__);

Reconnaissant que la Région est encore confrontée à des taux de mortalité néonatale élevés et que pour parvenir à réduire la mortalité néonatale, des efforts accrus des pays et de leurs partenaires de développement seront nécessaires ;

Considérant que les organes directeurs de l'OPS ont adopté les résolutions CSP26.R13 « Stratégie régionale pour la réduction de la mortalité et la morbidité maternelles », et CD45.R3 « Objectifs de développement pour le millénaire et cibles sanitaires »;

Considérant que la résolution WHA57.12 fait sienne la stratégie mondiale de l'OMS sur la santé génésique ;

Conscient que l'Organisation mondiale de la Santé accueille le partenariat mondial sur la santé maternelle, néonatale et infantile, qui a formulé la Déclaration de Delhi sur la santé maternelle, néonatale et infantile, démontrant l'engagement du monde à obtenir des améliorations quantifiables selon un calendrier défini en matière de développement et de réduction de la pauvreté d'ici 2015,

DÉCIDE :

1. D'exhorter les États membres à :
 - (a) examiner la situation actuelle de la santé néonatale et mener des programmes permanents de promotion ciblée pour que la santé des nouveau-nés devienne une priorité de politique dans le contexte de la santé et des soins de santé maternelle, néonatale et infantile ;
 - (b) appuyer à travers les secteurs des partenariats au niveau de la fourniture de services en vue de définir des interventions novatrices et intégrées dans le domaine de la santé maternelle, néonatale et infantile.
 - (c) participer à la formulation d'une stratégie régionale et d'un plan d'action de santé néonatale dans le cadre de la continuité des soins de santé maternelle, néonatale et infantile.
2. De demander à la Directrice de :
 - (a) préparer une stratégie régionale et un plan d'action intégrés de santé néonatale dans le cadre de la continuité des soins de santé maternelle, néonatale et infantile, lequel traitera des inégalités et visera les groupes vulnérables et marginalisés, y compris les objectifs intermédiaires pour 2010 et 2015.

(Huitième séance, 22 juin 2006)

CE138.R11 Le handicap : prévention et réhabilitation dans le contexte du droit de la personne à jouir du meilleur état de santé qu'elle soit capable d'atteindre et autres droits connexes

LA 138^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Après avoir examiné le rapport « Le handicap : prévention et réhabilitation dans le contexte du droit de la personne à jouir du meilleur état de santé qu'elle soit capable d'atteindre et autres droits connexes (document CE138/15),

DÉCIDE :

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

LE 47^e CONSEIL DIRECTEUR,

Après avoir examiné le rapport "Le handicap : prévention et réhabilitation dans le contexte du droit de la personne à jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre et autres droits connexes" (document CD47/__) et la résolution WHA58.23 de l'Assemblée mondiale de la Santé de l'OMS (2005) sur le handicap ;

Prenant en compte que 60 millions de personnes environ souffrant d'un handicap vivent dans la Région des Amériques ;

Conscient que le handicap peut provenir de risques périnataux et de l'accouchement, de maladies chroniques, de la malnutrition, d'accidents de toute nature, de la violence (notamment la violence axée sur le sexe), de conflits armés, d'accidents du travail, de la pauvreté, de la toxicomanie et de l'abus des drogues et, enfin, du vieillissement de la population ;

Soulignant qu'il est souvent difficile pour les personnes handicapées d'avoir accès, tant sur le plan physique qu'économique, aux traitements, aux médicaments essentiels, aux biens et aux services de santé et de rééducation de bonne qualité, comparativement à d'autres individus;

Prenant en compte la Classification internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé, ratifiée officiellement en 2001 par la 54^{ème} Assemblée mondiale de la Santé et la Convention interaméricaine pour l'élimination de toutes les formes de discrimination contre les personnes handicapées, ainsi que la Résolution CD43.R10 du Conseil directeur de l'OPS (2001) qui exhorte les États Membres à mettre à jour les dispositions juridiques qui protègent les droits humains des handicapés mentaux ;

Considérant les efforts qui sont déployés au niveau des Nations Unies en vue de l'élaboration de la "Convention internationale globale et intégrée pour promouvoir et protéger les droits et la dignité des handicapés", et

Ayant à l'esprit la Déclaration AG.DEC.50 (XXXVI-0/06) "Décennie des Amériques pour les droits et la dignité des personnes handicapées" (2006-2016), adoptée par l'Assemblée générale de l'OEA lors de sa Trente-sixième Session ordinaire tenue à Santo Domingo (République dominicaine),

DÉCIDE :

1. De prier instamment les États Membres :

- a) D'envisager de ratifier la Convention interaméricaine pour l'élimination de toutes les formes de discrimination contre les personnes handicapées ou d'y adhérer, et de sensibiliser l'ensemble du public aux questions de promotion et de protection des droits humains et des libertés fondamentales des personnes handicapées ;
- b) d'adopter des politiques, stratégies, plans et programmes nationaux sur le handicap, la prévention du handicap et la rééducation des personnes handicapées, qui respectent les normes internationales sur le handicap, comme les Normes uniformes des Nations Unies sur l'égalité de chances pour les personnes handicapées ;
- c) d'adopter un modèle de rééducation intégrale dont l'objectif principal soit de prévenir, minimiser ou arrêter les conséquences des pertes ou altérations fonctionnelles et de réduire les facteurs qui entravent une participation intégrale ;
- d) d'adopter des mesures facilitant l'utilisation et l'accès sûrs par toutes les personnes des infrastructures et des espaces partagés, qu'ils soient publics ou privés, urbains ou ruraux, y compris le mobilier et autre équipement d'appui, les moyens de transport, les communications et l'information, en particulier dans le cadre des services de santé et de rééducation qui sont nécessaires pour maintenir la capacité fonctionnelle ;
- e) d'encourager la création de programmes et de stratégies communautaires de rééducation avec la participation des organisations de personnes handicapées qui sont concernées par les soins de santé à différents niveaux et intégrées au système de santé ;
- f) de promouvoir l'élaboration de politiques et programmes de santé qui envisagent de prévenir et de détecter les handicaps, d'intervenir suffisamment tôt pour les gérer, de prêter des services consultatifs aux familles et personnes handicapées ; de promouvoir aussi la prise en considération de personnes handicapées dans toutes les initiatives de santé ;
- g) d'encourager la prestation de soins médicaux appropriés, opportuns et efficaces aux personnes handicapées, y compris l'accès aux diagnostics, aux services de rééducation, ainsi qu'aux services procurant des technologies d'assistance technique qui favorisent l'indépendance fonctionnelle des personnes handicapées dans le but de permettre leur intégration sociale ;
- h) d'envisager de garantir aux personnes qui ne peuvent pas indépendamment s'acquitter de leurs activités de la vie quotidienne, à leurs familles et à leurs gardiens, l'accès aux services de base dont ils ont besoin, en fonction de leur niveau de dépendance;

- i) de défendre les droits humains des personnes handicapées, y compris l'accès sur un pied d'égalité aux soins de santé, à l'éducation, au logement et à l'emploi ;
 - j) de promouvoir le respect des droits et la dignité des personnes handicapées et combattre les stéréotypes, les préjugés et les pratiques causant du tort aux personnes handicapées ;
 - k) de consolider et développer les services de rééducation à l'intention de toutes les personnes, indépendamment de leur handicap, afin qu'elles puissent atteindre et maintenir le meilleur niveau de fonctionnement, d'autonomie et de bien-être ;
 - l) d'encourager la recherche sur les causes des handicaps et les mesures efficaces à adopter pour les prévenir, notamment la mise en œuvre de méthodologie d'enregistrement et d'analyse des données sur les handicaps ;
 - m) de modifier leurs législations relatives aux handicaps et de les adapter conformément aux normes et réglementations internationales applicables ;
 - n) de participer et collaborer au Comité spécial chargé de formuler la "Convention internationale globale et intégrée pour la promotion et la protection des droits et de la dignité des handicapés", ainsi qu'au Comité de la Convention interaméricaine pour l'élimination de toutes les formes de discrimination contre les personnes handicapées.
- 2) De demander à la Directrice :
- a) de consolider et renforcer l'engagement de l'OPS à coopérer avec les États Membres pour promouvoir et protéger la qualité de vie des personnes handicapées, leur droit de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elles soient capables d'atteindre, ainsi que de leurs droits connexes, en particulier l'incorporation dans tous leurs programmes et initiatives des informations et statistiques indispensables sur ce thème ;
 - b) de promouvoir les études sur l'incidence, la prévalence et la cause des handicaps, comme base de la formulation de stratégies de réduction des facteurs de risque, ainsi que de stratégies de prévention, de traitement et de rééducation ;
 - c) de faciliter la collaboration des États Membres avec les institutions d'enseignement, le secteur privé et les organisations non gouvernementales, en particulier les organisations de personnes handicapées et de celles qui encouragent la protection et le respect des personnes handicapées pour mettre en œuvre des mesures qui contribuent à la réduction des facteurs de risque de handicap et qui

- protègent le droit des personnes handicapées de jouir du meilleur état de santé qu'elles soient capable d'atteindre, ainsi que de leurs autres droits ;
- d) de consolider et renforcer la collaboration technique de l'OPS avec les comités, les organes et agences du système des Nations Unies et du système interaméricain oeuvrant dans le domaine de la protection des droits des personnes handicapées, comme le Comité spécial chargé de la formulation de la "Convention internationale globale et intégrée pour la promotion et la protection des droits et de la dignité des handicapés", ainsi que la Commission de la Convention interaméricaine pour l'élimination de toutes les formes de discrimination contre les personnes handicapées, entre autres.

(Huitième séance, 22 juin 2006)

CE138.R12 Rapport du groupe de travail sur la rationalisation des mécanismes de gouvernance de l'organisation panaméricaine de la santé : Création du sous-comité des programmes, du budget et de l'administration

LA 138^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné la recommandation du Groupe de travail sur la rationalisation des mécanismes de gouvernance de l'OPS, établi aux termes de la décision CE137(D5) concernant la réforme du Sous-Comité de planification et de programmation,

Tenant compte de la nécessité pour le Sous-Comité de planification et de programmation de devenir un mécanisme d'examen et de réaction au sujet des questions suivantes : planification et budget-programme, formulation de politiques, évaluations de rendement, évaluation et supervision des activités,

DÉCIDE :

1. D'abolir le Sous-Comité de planification et de programmation et de créer un nouveau sous-comité appelé le Sous-Comité des programmes, du budget et de l'administration, avec les termes de référence, le calendrier des réunions et la composition, tels qu'indiqués à l'annexe.
2. D'établir que le Sous-Comité des programmes, du budget et de l'administration tiendra sa première session en mars 2007.

ANNEXE

TERMES DE RÉFÉRENCE

1. Nature

Le Sous-Comité des programmes, du budget et de l'administration est un organisme consultatif auxiliaire du Comité exécutif responsable des questions relevant des programmes, du budget et de l'administration.

2. Fonctions

Le Sous-Comité a les fonctions suivantes :

2.1 Examiner et, le cas échéant, faire des recommandations au Comité exécutif sur les aspects suivants :

- Les politiques pour la formulation et la prestation de la coopération technique dont le processus et la méthodologie de planification, programmation et budgétisation ;
- Les plans stratégiques pour les activités du Bureau sanitaire panaméricain ;
- Le Budget-programme et les rapports d'évaluation de la performance;
- L'évaluation des programmes et des initiatives qui renforcent la supervision et garantissent un suivi des plans et rapports internes et externes faisant le point de la productivité, de la qualité des services, l'efficacité, la rentabilité et mesurant l'impact, les résultats et la réussite des programmes ;
- Le Rapport financier intérimaire, le Rapport financier et les états financiers contrôlés de pair avec le rapport du Commissaire aux comptes ;
- Les plans et rapports d'audit des Commissaires aux comptes externes et internes, de l'Unité d'inspection conjointe des Nations Unies et tout autre rapport pertinent dont ceux qu'ils ont présentés au Comité exécutif ;
- Les réponses du Secrétariat aux questions susmentionnées ;
 - D'autres questions financières et administratives figurant à l'ordre du jour proposé pour la prochaine session du Comité exécutif ;

- Les questions de gouvernance ayant trait au règlement du personnel, aux règles et au suivi de l'égalité entre les hommes et les femmes au sein de l'Organisation ;
- Le processus d'admission et d'évaluation des ONG dans les relations officielles avec l'OPS qui est réalisé chaque année ;
- Toute autre question technique ou administrative qui lui est soumise par le Comité exécutif, y compris toute situation urgente relative aux conditions de santé dans les Amériques.

3. Membres et réunions

3.1 Membres

Le Sous-Comité comprendra sept membres : quatre qui seront élus par le Comité exécutif, investis de mandats commençant à courir simultanément avec leur mandat au sein du Comité exécutif et trois qui seront nommés par le Directeur du BPS en consultation avec le Président du Comité exécutif avant chaque session du Sous-Comité au cours de la même année, de façon à refléter une répartition géographique équilibrée et adéquate.

Les noms des délégués devront être communiqués au Directeur du BPS dans les 15 jours au plus tard avant l'ouverture de la session.

Les frais d'un délégué par membre pour assister aux sessions du Sous-Comité seront prises en charge par l'OPS conformément aux règles et règlements régissant de telles dépenses.

3.2 Observateurs

Les États Membres qui ne sont pas représentés au Sous-Comité et les institutions invitées peuvent, à leurs propres frais, envoyer des observateurs qui pourront assister aux délibérations du Sous-Comité.

3.3 Sessions

Le Sous-Comité tiendra au moins une session ordinaire par an aux dates décidées par le Comité exécutif. D'autres sessions du Sous-Comité peuvent être convoquées les années où le Budget-programme de l'Organisation est examiné.

Sauf décision contraire du Sous-Comité, les sessions seront publiques.

(Huitième séance, 22 juin 2006)

CE138.R13 Rapport du groupe de travail sur la rationalisation des mécanismes de gouvernance de l'OPS : Dissolution du sous-comité sur la femme, la santé et le développement

LA 138^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné les recommandations du Groupe de travail sur la rationalisation des mécanismes de gouvernance de l'OPS, établi aux termes de la décision CE137(D5) concernant le Sous-Comité sur la femme, la santé et le développement ;

Reconnaissant que le Sous-Comité, depuis sa création en 1981, a joué un rôle fondamental guidant les grands changements de politiques en vue d'arriver à l'égalité entre les hommes et les femmes, sur le plan santé, tant au sein de l'Organisation que dans la Région ;

Reconnaissant que, malgré des progrès considérables, il subsiste encore de profondes inégalités entre les hommes et les femmes dans la Région sur le plan de l'état de santé, de l'accès aux services de santé et de la participation au développement de la santé et à la prise de décisions ;

Reconnaissant que, pour mener à bien le programme inachevé de l'égalité entre les hommes et les femmes, pour protéger les accomplissements de l'Organisation en ce domaine et pour relever les nouveaux défis, un effort continu et systématique s'avère nécessaire à tous les niveaux du secteur de la santé ;

Sachant que l'Organisation a introduit des changements institutionnels en vue de maintenir l'efficacité en ce domaine ;

Consciente que l'Organisation panaméricaine de la Santé, en conformité avec l'Organisation mondiale de la Santé et d'autres organisations des Nations Unies et du système interaméricain, a formulé récemment une politique d'égalité entre les hommes et les femmes, qui a été adoptée par le Conseil directeur (résolution CD46.R6) ;

Notant que la politique susmentionnée de l'égalité entre les hommes et les femmes s'applique à toutes les activités de l'OPS, dont la coopération technique, les cadres de politiques nationales et la gestion des ressources humaines et que la mise en œuvre de cette politique exige des ressources et un suivi spécifiques dans chacun de ces trois domaines,

DÉCIDE :

1. De dissoudre le Sous-Comité de la femme, de la santé et du développement.
2. De demander à la Directrice de veiller à ce que :
 - a) la question de l'égalité entre les hommes et les femmes au niveau de la formulation et du suivi de politiques soit inscrite régulièrement à l'ordre du jour du Comité exécutif ;
 - b) l'équité entre les hommes et les femmes soit intégrée à tous les aspects techniques dont la santé de la femme dans les rapports de santé publique présentés au Comité exécutif en créant pour cela un groupe consultatif qui sera responsable de guider le processus de compte rendu ;
 - c) l'égalité entre les hommes et les femmes soit traitée comme une question de gestion transversale dans toutes les fonctions de l'Organisation et dans les discussions sur le budget du Sous-Comité des programmes, du budget et de l'administration.

(Huitième séance, 22 juin 2006)

CE138.R14 Rapport financier du directeur et rapport de l'auditeur externe, 2004-2005

LA 138^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné le *Rapport financier du Directeur et rapport de l'Auditeur externe, 1^{er} janvier 2004-31 décembre 2005 (Document officiel 323)*,

DÉCIDE :

1. De transmettre le *Rapport financier du Directeur et rapport de l'Auditeur externe, 1^{er} janvier 2004-31 décembre 2005 (Document officiel 323)* au 47^e Conseil directeur.
2. De noter que les états financiers pour la période de deux ans 2004-2005 sont présentés conformément aux Normes comptables du Système des Nations Unies, avec les divulgations et la clarté des déclarations qui en découlent.
3. De féliciter la Directrice pour les efforts qu'elle a déployés en vue de suivre et de renforcer la situation financière du Centre épidémiologique des Caraïbes, de l'Institut des Caraïbes pour l'alimentation et la nutrition, et de l'Institut de nutrition de l'Amérique centrale et de Panama, y compris avec des sources de soutien supplémentaires, et d'encourager encore des efforts conjoints en vue de formuler et d'exécuter des stratégies destinées à améliorer leurs situations financières.
4. D'exhorter la Directrice à accorder la plus haute priorité au bon fonctionnement de la fonction de supervision interne en pourvoyant rapidement les postes vacants.
5. De féliciter la Directrice pour les efforts couronnés de succès qu'elle a déployés afin de maintenir la bonne santé financière de l'Organisation.

(Huitième séance, 22 juin 2006)

CE138.R15 Rapport sur le recouvrement des contributions

LA 138^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné le rapport de la Directrice sur le stade de recouvrement des contributions (document CE138/19 et Add. I), y compris un rapport de situation sur le fonds fiduciaire intitulé : « Contributions volontaires pour les programmes prioritaires : Surveillance, prévention et prise en charge des maladies chroniques ; Santé mentale et toxicomanie ; Tabagisme ; Grossesse sans risques ; VIH/SIDA et Direction » ;

Prenant note des informations fournies sur les États membres en situation d'arriérés sur le paiement de leurs contributions dans la mesure où ils sont susceptibles d'être assujettis aux dispositions de l'article 6.B de la Constitution de l'Organisation panaméricaine de la santé ;

Prenant note des dispositions de l'article 6.B de la Constitution de l'Organisation panaméricaine de la santé relatives à la suspension du droit de vote des États membres qui ne remplissent pas leurs obligations financières et de l'application potentielle de ces dispositions aux États membres qui ne respectent pas les modalités de leur échéancier de paiements approuvé;

Notant avec préoccupation que 23 États membres n'avaient pas versé de paiements au titre des contributions 2006 et que le montant recouvré au titre des contributions de 2006 ne représentait que 7 % des contributions totales pour l'année en cours,

DÉCIDE :

1. De prendre note du rapport de la Directrice sur le stade de recouvrement des contributions, y compris un rapport de situation sur le fonds fiduciaire intitulé : « Contributions volontaires pour les programmes prioritaires : Surveillance, prévention et prise en charge des maladies chroniques; Santé mentale et toxicomanie; Tabagisme; Grossesse sans risques ; VIH/SIDA et Direction » (Document CE138/19 et Sup. I).
2. De remercier les États membres qui ont déjà effectué des paiements pour 2006 et d'exhorter les États membres à verser toutes leurs contributions en suspens dans les meilleurs délais.
3. De remercier les États membres qui ont contribué au fonds fiduciaire intitulé : « Contributions volontaires aux programmes prioritaires » et d'encourager tous les États membres à verser des contributions à l'appui de ces programmes.
4. De recommander au 47^e Conseil Directeur que les restrictions relatives au droit de vote figurant à l'article 6.B de la Constitution de l'OPS soient strictement appliquées aux États membres qui, d'ici l'ouverture de la session, n'auront pas versé un paiement substantiel au titre de leurs contributions ainsi qu'à ceux qui n'auront pas versé leurs paiements échelonnés conformément à leur échéancier de paiements.

5. De demander à la Directrice de continuer à informer les États membres de tous soldes en suspens et de faire rapport au 47^e Conseil directeur sur le stade de recouvrement des contributions.

(Huitième séance, 22 juin 2006)

CE138.R16 Organisations non gouvernementales maintenant des relations officielles avec l'Organisation panaméricaine de la santé

LA 138^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné le rapport du Comité permanent sur les organisations non gouvernementales (document CE138/8, et Sup. I) ; et

Tenant compte des dispositions du document *Principes régissant les relations entre l'Organisation panaméricaine de la Santé et les organisations non gouvernementales* (1995, révisé en 2000),

DÉCIDE :

1. De poursuivre les relations officielles entre l'OPS et la Confédération latino-américaine de biochimie clinique (COLABIOCLI) et l'Alliance nationale de santé hispanique pendant une période de quatre ans.
2. De demander à la Directrice :
 - a) d'informer les différentes ONG des décisions prises par le Comité exécutif ;
 - b) de continuer à favoriser des relations de travail dynamiques avec les ONG interaméricaines présentant un intérêt pour l'Organisation dans des domaines relevant des priorités pour les programmes adoptées par les instances dirigeantes de l'OPS ;
 - c) de continuer à encourager les relations entre les États membres et les ONG oeuvrant dans le domaine de la santé.

(Neuvième séance, 23 juin 2006)

***CE138.R17 Ordre du jour provisoire du 47^e Conseil directeur de L'OPS, 58^e session
du Comité régional de l'Organisation mondiale pour les Amériques***

LA 138^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné l'ordre du jour provisoire (document CD47/1) préparé par la Directrice pour le 47^e Conseil directeur de l'OPS, 58^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques, présenté à l'annexe au document CE138/4 ;

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

DÉCIDE :

D'approuver l'ordre du jour provisoire (document CD47/1) préparé par la Directrice pour le 47^e Conseil directeur de l'OPS, 58^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques.

(Neuvième séance, 23 juin 2006)

CE138.R18 La santé des populations autochtones des Amériques

LA 138^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Après avoir examiné le rapport sur la santé des populations autochtones des Amériques (document CE138/13),

DÉCIDE :

De recommander au 47^e Conseil directeur d'adopter une résolution rédigée dans les termes suivants :

LE 47^e CONSEIL DIRECTEUR,

Reconnaissant les progrès réalisés par l'Initiative Santé des populations autochtones et conscient des résultats de l'évaluation de la Décennie internationale des populations autochtones du monde ;

Prenant note de l'existence d'inégalités en matière de santé et d'accès aux services de prise en charge qui affectent plus de 45 millions d'autochtones qui vivent dans la Région des Amériques, et

Considérant que les objectifs de développement liés à la santé internationalement concertés, dont ceux contenus dans la Déclaration du Millénaire des Nations Unies, ne pourront être atteints que si les besoins de santé spécifiques des populations exclues, comme les populations autochtones, sont pris en compte,

DÉCIDE :

1. D'approuver les orientations stratégiques proposées pour la coopération technique de l'OPS dans le contexte de la santé des populations autochtones des Amériques.
2. De prier instamment les États Membres :
 - a) de veiller à intégrer la perspective des populations autochtones dans les efforts pour atteindre les Objectifs du Millénaire pour le développement, ainsi que dans les politiques sanitaires nationales ;
 - b) d'améliorer la gestion de l'information et du savoir dans les domaines de la santé des populations autochtones pour consolider la capacité à prendre des décisions s'appuyant sur des preuves scientifiques, ainsi que la capacité de suivi de la Région ;
 - c) d'incorporer l'optique interculturelle des systèmes nationaux de santé de la Région en tant que partie intégrante de la stratégie des soins de santé primaires ;
 - d) de forger, conjointement avec le l'OPS/OMS, des partenariats stratégiques avec les populations autochtones et autres acteurs concernés afin d'améliorer encore davantage la santé de ces populations.
3. De demander à la Directrice :
 - a) d'appuyer l'élaboration et la mise en œuvre des orientations stratégiques proposées pour la coopération technique de l'OPS, y compris la possibilité d'élaborer un Plan régional pour la santé des populations autochtones ;
 - b) de plaider en faveur de la mobilisation de ressources nationales et internationales pour soutenir les efforts visant à améliorer la santé des populations autochtones de la Région ;

- c) de veiller à ce que les orientations stratégiques proposées soient incorporées au Plan stratégique du Bureau sanitaire panaméricain 2008-2012 et de favoriser leur inclusion au Programme de santé décennal pour la Région des Amériques.

(Neuvième séance, 23 juin 2006)

CE138.R19 Programme de santé pour les Amériques, 2008-2017

LA 138^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné le « Rapport du Groupe de travail consultatif spécial sur le Programme de santé pour les Amériques » (18 juin 2006, Washington, D.C.), document CE138/INF/5 ;

Prenant acte des rapports présentés par le Rapporteur du Sous-Comité de planification et de programmation (SPP) et par le Rapporteur du Groupe de travail consultatif spécial,

DÉCIDE :

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

LE 47^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant examiné le document CD47/___ relatif à la formulation d'un Programme de santé pour les Amériques, 2008-2017 ;

Reconnaissant la valeur et la nécessité d'un tel programme pour les États membres, ainsi que pour les autres parties qui œuvrent à l'amélioration de la santé publique dans les Amériques ;

Notant avec satisfaction les progrès accomplis à ce jour au sujet de l'élaboration du Programme,

DÉCIDE :

1. De féliciter le Groupe de travail consultatif spécial et le Groupe de travail sur le Programme de santé pour les Amériques, 2008-2017 pour leurs réalisations et les progrès accomplis, et de rendre hommage à l'engagement exceptionnel en temps et en ressources des États membres participant à ces groupes ;
2. De faire siennes les recommandations figurant dans le document CD47__ relatives à l'élaboration d'un Programme de santé pour les Amériques ;
3. D'encourager tous les États membres de la Région des Amériques à participer au Programme de santé pour les Amériques à mesure qu'il sera formulé par l'entremise d'une vaste série de consultations participatives jusqu'à la fin de 2006 et en 2007 ;
4. De demander à la Directrice d'appuyer le travail conjoint des États membres en vue de définir et d'appuyer le Programme de santé pour les Amériques, 2008-2017;
5. De demander à la Directrice de s'assurer que les accords conclus dans le cadre du Programme de santé pour les Amériques, 2008-2017 soient reflétés dans l'élaboration du Plan stratégique du Bureau sanitaire panaméricain, 2008-2012.

(Neuvième séance, 23 juin 2006)

CE138.R20 Rapport du groupe de travail sur la rationalisation des mécanismes de gouvernance de l'OPS : processus d'élection du Directeur du Bureau sanitaire panaméricain

LA 138^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné le rapport du Groupe de travail sur la rationalisation des mécanismes de gouvernance de l'OPS, établi aux termes de la décision CE137(D5);

Reconnaissant que le processus actuel d'élection du Directeur du Bureau sanitaire panaméricain est défini par la Constitution de l'OPS et le Règlement intérieur de la Conférence sanitaire panaméricaine ;

Consciente de la nécessité de disposer d'un processus plus officiel et plus transparent pour la sélection des candidats aux postes de direction de l'Organisation, comme indiqué dans le Rapport du Groupe de travail de l'OPS au 21^e siècle, inclus dans la Résolution CD46.R2 ;

Reconnaissant la nécessité de prendre des mesures visant à rendre le processus d'élection du Directeur du Bureau sanitaire panaméricain plus explicite et équitable pour les candidats internes et externes,

DÉCIDE :

De recommander au 47^e Conseil directeur la résolution rédigée comme suit :

LE 47^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant examiné les recommandations figurant dans le Document CD47/__,

DÉCIDE :

1. D'approuver les normes suivantes régissant le processus d'élection du Directeur du Bureau sanitaire panaméricain :

**NORMES APPELÉES À RÉGIR LE PROCESSUS D'ÉLECTION DU
DIRECTEUR DU BUREAU SANITAIRE PANAMÉRICAIN**

Article I
Critères de nomination

- 1.1 Les candidats au poste de Directeur du Bureau sanitaire panaméricain devraient être dotés des qualifications et caractéristiques suivantes :
- (1) une vaste formation technique et une solide formation en santé publique, une large expérience en santé internationale et des connaissances du système interaméricain et de celui des Nations Unies ;
 - (2) une trajectoire reconnue et des preuves de leadership en santé publique, ainsi que des aptitudes gestion requises pour une organisation complexe oeuvrant dans le domaine de la santé ;
 - (3) une sensibilité et un respect pour la diversité culturelle, sociale, politique et économique dans la Région et entre les pays de la Région ;
 - (4) une connaissance de la situation sanitaire régionale et du vaste éventail de systèmes de santé dans la Région ;
 - (5) un ferme engagement envers la tâche de l'OPS ;

- (6) une bonne condition physique, comme cela est exigé pour tous les membres du personnel de l'Organisation ;
 - (7) une parfaite maîtrise de l'une des langues officielles et une bonne connaissance de l'une autre des autres langues ;
- 1.2 Les candidats devront être prêts à signer la Déclaration de l'OPS et de l'OMS sur les conflits d'intérêt.

Article II Présentation des nominations

- 2.1 Le processus d'élection du Directeur commencera six mois au moins avant la date fixée pour la session d'ouverture de la Conférence sanitaire panaméricaine (la Conférence) ou au 1^{er} mars, selon la date arrivant la première. Une notification sera envoyée par le Directeur sortant aux États Membres, aux États participants et aux Membres associés invitant à soumettre des nominations au poste de Directeur qui seront présentées au Président du Comité exécutif. Une telle notification sera accompagnée d'une copie des présentes normes.
- 2.2 Suivant les Critères de nomination indiqués à l'article I ci-dessus, chaque État Membre, État participant ou Membre associé peut soumettre le nom d'un seul de ses ressortissants comme candidat au poste de Directeur, dans une enveloppe confidentielle cachetée, adressée au Président du Comité exécutif, c/o Conseil juridique, Organisation panaméricaine de la Santé, Washington, D.C., quatre mois au moins avant la session d'ouverture de la Conférence ou le 1^{er} mai, selon la date arrivant la première ; après cette date, la période de nominations sera close. Les nominations doivent inclure un curriculum vitae du candidat proposé.
- 2.3 Toutes les nominations reçues seront compilées par le Bureau, traduites dans les quatre langues officielles de l'Organisation et envoyées par le Président du Comité exécutif aux États Membres, aux États participants et aux Membres associés trois mois au moins avant la session d'ouverture de la Conférence ou avant le 1^{er} juin, selon la date arrivant la première.

Article III Forum de candidats

- 3.1 Le Président du Comité exécutif invitera les candidats nommés à faire une présentation à tous les États Membres, États participants et Membres associés

- souhaitant assister à un Forum de Candidats qui se tiendra en marge de la session du Comité exécutif précédant la session de la Conférence.
- 3.2 Les informations concernant l'heure, la date et la logistique du Forum de Candidats seront envoyées par le Président du Comité exécutif aux candidats nommés et à tous les États Membres, États participants et Membres associés immédiatement après la clôture des candidatures, comme spécifié à l'article 2.3 ci-dessus.
 - 3.3 Les candidats nommés devront assumer tous les frais liés à leur participation au Forum de Candidats.
 - 3.4 Les États Membres, les États participants et les Membres associés devront assumer tous les frais liés à leur participation au Forum de Candidats.
 - 3.5 Dans toute la mesure du possible, une technologie moderne sera utilisée pour faciliter la plus large participation possible de tous les membres de l'Organisation, y compris des visioconférences. Des transcriptions textuelles des présentations et discussions lors du Forum de Candidats seront également disponibles.
 - 3.6 L'ordre des présentations qui seront faites par les candidats sera déterminé par tirage au sort et les candidats seront individuellement convoqués. Les candidats auront au maximum 30 minutes pour faire une présentation orale et une heure pour les questions et réponses des États Membres, des États participants et des Membres associés présents. La présentation portera sur le programme du candidat soulignant sa vision, les priorités politiques proposées, ainsi que la direction financière et programmatique de l'Organisation. Les limites de temps seront observées strictement.

Article IV

Candidats qui sont des membres du personnel de l'OPS ou de l'OMS

- 4.1 Aux fins de ces articles, un Directeur à la réélection, des membres du personnel de l'OPS ou de l'OMS ou toute autre personne employée par l'Organisation dont la candidature a été présentée au poste de Directeur sera considéré comme un « Candidat interne. »
- 4.2 Conformément au caractère international de leurs fonctions, aucun candidat interne ne peut utiliser directement ou indirectement son poste pour promouvoir sa candidature, ni ne peut utiliser les ressources de l'Organisation aux fins de sa campagne.

- 4.3 Dans le cadre de sa candidature, aucun candidat interne ne peut communiquer une information restreinte, confidentielle ou privilégiée à qui que ce soit et ne peut pas non plus utiliser cette information à son avantage personnel.
- 4.4 Considérant l'Article 1.8 du Règlement du Personnel, les candidats internes au poste de Directeur doivent ou bien démissionner, ou bien prendre un congé, une fois que les candidatures sont communiquées par le Président du Comité exécutif aux États Membres, aux États participants et aux Membres associés, en vertu de l'Article 2.3 de ce Règlement. La période de congé durera jusqu'à l'élection ou jusqu'au moment où le membre du personnel retire sa candidature. En cas de congé, le membre du personnel commencera d'abord par prendre ses congés annuels jusqu'à ce qu'il les ait épuisés et ensuite, le cas échéant, il prendra un congé payé. Pendant ce temps, le membre du personnel ne pourra pas représenter l'Organisation à quelque titre que ce soit. Exception faite du Directeur, du Directeur adjoint et du Directeur assistant, un membre du personnel dont la candidature n'a pas été retenue et qui avait pris des congés aura le droit de revenir et de reprendre le poste qu'il ou elle occupait auparavant dans l'Organisation ou, à la discrétion de l'Organisation, un autre poste d'un niveau égal à la classe occupée avant de prendre lesdits congés.
- 4.5 Les dispositions de la Section 4.4 ci-dessus ne s'appliquent pas au Directeur en poste. Néanmoins, le Directeur doit se conformer strictement aux impératifs des Sections 4.2 et 4.3 de ces Règlements pour toute la période précédant l'élection.
- 4.6 Aux fins de conserver l'indépendance et l'impartialité inhérentes au caractère international de leur fonction, et pour mettre tous les candidats sur un pied d'égalité dans le cadre de l'élection du Directeur, les membres du personnel de l'OPS ou de l'OMS et toute autre personne employée par l'Organisation ne peuvent pas s'engager dans des activités de campagne en faveur d'un candidat au poste de Directeur.
- 4.7 Le manquement aux dispositions stipulées dans cet article constitue une faute grave risquant de mener à une action disciplinaire pouvant inclure le congédiement, conformément au Règlement du Personnel, ou une violation de contrat et une cause de licenciement.
- 4.8 Dans le cas de candidates internes qui sont des employés de l'OMS, le Président du Comité exécutif demandera au Directeur général de l'OMS d'envisager l'application des dispositions de l'article IV des présentes Normes à ces candidats.

Article V
Élection

- 5.1 La Conférence élira le Directeur au scrutin secret parmi les candidats nommés, conformément à l'Article 21 paragraphe A de la Constitution et du Règlement de la Conférence.

Article VI
Mesures suivant l'élection

- 6.1 Les délégués des États Membres, des États participants ou des Membres associés participant à l'élection ne peuvent pas être employés ou embauchés sous contrat par l'Organisation pendant une période d'un an par la suite.
- 6.2 Dans le cas des délégués des États Membres, des États participants ou des Membres associés participant à l'élection qui sont nommés conseillers temporaires, le Secrétariat présentera au Président du Comité exécutif un document d'information énumérant la totalité des nominations de ce type tous les trois mois pendant une période d'une année après l'élection du Directeur.
- 6.3 Afin que le Comité exécutif soit informé des autorisations de financement de l'allocation variable entre les pays et du fonds de développement du Directeur régional, un rapport sur ces activités sera préparé par le Secrétariat, examiné par le Directeur de l'Administration, et acheminé au Président du Comité exécutif tous les trois mois pendant une période de six mois avant et une période d'un an après l'élection du Directeur.

- - -

2. De remplacer l'article 55 existant du Règlement intérieur du Conseil directeur et l'article 56 existant du Règlement intérieur de la Conférence sanitaire panaméricaine par les textes suivants :

Article 55

« Le Conseil devra élire un Directeur par intérim au scrutin secret, lorsque cela est requis, conformément à l'Article 21, paragraphe A, de la Constitution, Article 56 du Règlement de la Conférence et des Normes appelées à régir le processus d'élection du Directeur, tel qu'approuvé par le Conseil directeur. Par ailleurs, si les délais sont insuffisants avant la date fixée de la session d'ouverture du Conseil pour respecter le calendrier mentionné dans le processus d'élection, le Président du Comité exécutif devra ajuster ces dates et en informer les Membres et les Membres associés. »

Article 56

« La Conférence devra élire le Directeur au scrutin secret, conformément à l'Article 21, paragraphe A de la Constitution et aux Normes appelées à régir le processus d'élection du Directeur tel qu'approuvé par le Conseil directeur. Le processus d'élection commencera six mois au moins avant la date fixée pour la session d'ouverture de la Conférence ou avant le 1^{er} mars, selon la date arrivant la première. Une notification sera envoyée par le Directeur sortant aux Membres et aux Membres associés, invitant à soumettre des candidatures au poste de Directeur qui seront acheminées au Président du Comité exécutif. Cette notification sera accompagnée d'une copie des présentes Normes appelées à régir le processus d'élection du Directeur.

Chaque État Membre et Membre associé pourra présenter le nom d'un seul de ses ressortissants comme candidat au poste de Directeur conformément aux Normes appelées à régir le processus d'élection du Directeur. La candidature sera transmise dans une enveloppe confidentielle et cachetée à l'intention du Président du Comité exécutif, Conseil juridique, Organisation panaméricaine de la Santé, Washington, DC au moins quatre mois avant la session d'ouverture de la Conférence ou avant le 1^{er} mai, selon la date arrivant la première. Une fois cette date passée, la période de nomination sera fermée. Toutes les candidatures reçues seront compilées par le Bureau, traduites dans les quatre langues officielles de l'Organisation et envoyées par le Président du Comité exécutif aux Membres et Membres associés trois mois au moins avant la séance d'ouverture de la Conférence ou avant le 1^{er} juin, selon la date arrivant la première.

Conformément aux Normes appelées à régir le processus d'élection du Directeur, le Président du Comité exécutif invitera les candidats à faire une présentation aux Membres et aux Membres associés souhaitant assister au Forum des Candidats qui se tiendra en marge de la session du Comité exécutif précédant la session de la Conférence.

La Conférence devra élire le Directeur parmi les candidats nommés par les Membres et les Membres associés conformément aux Normes appelées à régir le processus d'élection du Directeur. Si aucun candidat ne reçoit la majorité requise lors des deux premiers tours de scrutin, on procédera à deux tours supplémentaires limités aux deux candidats qui auront reçu le plus grand nombre de voix dans le cadre du deuxième tour de scrutin libre. Dans le cas où aucun candidat ne reçoit la majorité requise, on procédera à deux scrutins libres et à deux scrutins limités, alternativement, jusqu'à l'élection d'un des deux candidats. »

(Neuvième séance, 23 juin 2006)

CE138.R21 Méthodologie pour la formulation du plan stratégique du Bureau sanitaire panaméricain 2008-2012

LA 138^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné le document CE138/9 « Méthodologie pour la formulation du plan stratégique du Bureau sanitaire panaméricain 2008-2012 » ;

Prenant acte des rapports communiqués par le Rapporteur du Sous-Comité de planification et de programmation (SPP) et par le Rapporteur de la Réunion extraordinaire du 18 juin 2006 sur le Programme de santé pour les Amériques ;

Étant parvenue à un consensus parmi les Membres du Comité exécutif sur cette question,

DÉCIDE :

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

Le 47^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant examiné le document CD47/___ sur l'élaboration du plan stratégique pour le Bureau panaméricain de la santé, 2008-2012 ;

Reconnaissant que le plan stratégique constituera la réponse du Secrétariat aux objectifs définis dans le Programme de santé pour les Amériques ;

DÉCIDE :

D'approuver le document CD47/___ sur l'élaboration du plan stratégique pour le Bureau panaméricain de la santé, 2008-2012.

(Neuvième séance, 23 juin 2006)

CE138.R22 Rapport du groupe de travail sur la rationalisation des mécanismes de gouvernance de l'OPS : Amélioration du règlement intérieur du conseil directeur

LA 138^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné les recommandations du Groupe de travail sur la rationalisation des mécanismes de gouvernance de l'OPS, établi aux termes de la décision CE137(D5), concernant l'amélioration du Règlement intérieur du Conseil directeur,

Reconnaissant la nécessité de donner plus de temps aux États membres et à la Directrice pour lire, revoir et présenter des résolutions tout en tenant compte des discussions avant et après les réunions des Organes directeurs,

Reconnaissant la nécessité de distribuer aux États Membres des documents plus succincts et plus précis et dans de meilleurs délais.

DÉCIDE :

De recommander au 47^e Conseil Directeur d'adopter la résolution rédigée dans les termes suivants :

LE 47^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant examiné les recommandations contenues dans le document CD47/___.

DÉCIDE :

De modifier son Règlement comme suit :

Article 2

Des avis de notification assortis de l'ordre du jour provisoire seront envoyés à tous les États membres, Membres associés et États observateurs dans les 60 jours au plus tard avant la date fixée pour l'ouverture d'une session, sauf dans des circonstances extraordinaires.

Article 33

Le Comité général est tenu de :

- (a) décider de la date et du lieu de toutes les réunions ;

- (b) de déterminer l'ordre du jour de chaque réunion ;
- (c) de recommander les décisions à prendre relativement à un point de l'ordre du jour présenté après communication de l'ordre du jour provisoire conformément à l'Article 2 et préalablement à l'adoption de l'ordre du jour conformément à l'Article 10 ;
- (d) de proposer le report de l'examen d'un point de l'ordre du jour à une future session du Conseil ;
- (e) de fixer la date de l'ajournement ;
- (f) de faciliter la réalisation de manière ordonnée des travaux du Conseil.

Article 9

Tous les documents de travail pertinents seront acheminés aux États Membres, aux Membres associés et aux États Observateurs 6 semaines au plus tard avant l'ouverture de la session. Ces documents seront concis et toute information supplémentaire devrait figurer en annexe.

Article 10

Le Conseil adoptera son propre ordre du jour et peut à son gré introduire des ajouts ou modifications nécessaires à l'ordre du jour provisoire, conformément au présent Règlement et selon les recommandations du Comité général.

Article 12

Sauf dans des circonstances extraordinaires, une proposition d'inclusion d'un point à l'ordre du jour provisoire ou à l'ordre du jour sera accompagnée d'un document de travail préparé par l'auteur de la proposition, à titre de base de discussion.

Article 23

Le Rapporteur sera responsable de la présentation et de la rédaction, selon le cas, des projets de résolution à la lumière des délibérations au sein du Conseil.

Article 40

Les Membres et les Membres associés peuvent proposer, et le Secrétaire peut, de droit, recommander des résolutions, des amendements et des motions.

Les résolutions seront introduites par écrit et remises au Secrétaire qui, de droit, distribuera des copies aux délégués dans les 12 heures qui suivent. Les amendements qui introduisent des changements importants dans une résolution seront également présentés

par écrit. Aucune résolution, ni amendement substantiel, ne pourra être discuté ou soumis au vote, à moins que copie n'ait été distribuée aux délégués au moins 24 heures avant la discussion. Dans certaines circonstances spéciales, le Président pourra permettre la discussion et l'examen de résolutions ou d'amendements, même s'ils n'ont pas été distribués auparavant.

Les propositions seront votées dans l'ordre selon lequel elles ont été soumises, sauf si le Conseil en décide autrement. Toute partie d'une proposition ou d'un amendement sera votée séparément si les délégués le demandent.

(Neuvième séance, 23 juin 2006)

CE138.R23 Prix d'administration décerné par l'OPS, 2006

LA 138^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné le rapport du Jury du Prix d'Administration de l'OPS pour 2006 (document CE138/7, Add. I) ;

Reconnaissant les dispositions des procédures et directives régissant l'octroi par l'OPS du Prix d'Administration, lesquelles ont été approuvées par la 18^e Conférence sanitaire panaméricaine (1970) et modifiées par la 24^e Conférence sanitaire panaméricaine (1994), la 124^e session du Comité exécutif (1999) et la 135^e session du Comité exécutif (2004),

DÉCIDE :

1. De prendre note de la décision du Jury du Prix d'Administration d'octroyer le Prix d'Administration de l'OPS, 2004 à M. Adolfo Horacio Chorny pour sa contribution au développement et à l'innovation dans les domaines de la planification, de la gestion, et du financement des systèmes et services de santé au niveau national et international, y compris sa contribution au développement du leadership dans le domaine de la santé publique et des politiques de santé, à travers plusieurs générations de responsables et de décideurs.
2. De transmettre le rapport du Jury du Prix d'Administration de l'OPS, 2006 (document CE138/7, Add. I), au 47^e Conseil directeur.

(Neuvième séance, 23 juin 2006)

Décisions

Décision CE138(D1) Adoption de l'ordre du jour

Conformément à l'Article 9 du Règlement intérieur du Comité exécutif, le Comité a adopté, sans modification, l'ordre du jour proposé par le Directrice (Document CE138/1. Rev.2)

(Première séance, 19 juin 2006)

Décision CE138(D2) Représentation du Comité exécutif lors du 47e Conseil directeur de l'OPS, 58e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques

Conformément à l'Article 54 de son Règlement intérieur, le Comité exécutif a décidé de nommer son Président (Argentine) et son Vice-Président (Costa Rica) pour représenter le Comité lors du 47^e Conseil Directeur, 58^e Session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques. Comme remplaçants à ces représentants, le Comité a nommé respectivement les délégués d'Antigua-et-Barbuda et du Chili.

(Première séance, 19 juin 2006)

CE138/FR (Fr.)

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

FAIT à Washington D.C. aux États-Unis d'Amérique en ce _____. Le Secrétaire déposera les textes originaux dans les Archives du Bureau sanitaire panaméricain et en fera parvenir des exemplaires aux États Membres de l'Organisation.

Carlos Vizzotti
Délégué de l'Argentine
Président de la 138^e Session
du Comité exécutif

Mirta Roses Periago
Directrice du Bureau sanitaire panaméricain
Secrétaire de droit de la 138^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 au 47^e Conseil directeur de l'OPS, 58^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques
- 2.3 Ordre du jour provisoire du 47^e Conseil directeur de l'OPS, 58^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques

3. QUESTIONS RELATIVES AUX COMITÉS

- 3.1 Rapport du Groupe de travail sur la rationalisation des mécanismes de gouvernance de l'OPS
- 3.2 Rapport sur la 40^e session du Sous-Comité de planification et de programmation
- 3.3 Prix d'Administration de l'OPS, 2006
- 3.4 Organisations non gouvernementales en relations officielles avec l'OPS
 - Examen périodique des organisations non gouvernementales en relations officielles avec l'OPS
 - Considération des demandes d'admission reçues

4. QUESTIONS RELATIVES À LA POLITIQUE DES PROGRAMMES

- 4.1 Méthodologie employée pour la formulation du Plan stratégique du Bureau sanitaire panaméricain pour la période 2008-2012 et d'un projet de programme de santé pour les Amériques, 2008-2017

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

- 4.2 Rapport sur l'évaluation de la performance du budget-programme biennal 2004-2005
- 4.3 Stratégie régionale visant au maintien des programmes nationaux d'immunisation dans les Amériques
- 4.4 Santé néonatale dans le contexte de la santé maternelle, néonatale et infantile avec pour but l'atteinte des objectifs pour le développement de la Déclaration du Millénaire des Nations Unies
- 4.5 Santé de la population indigène dans les Amériques
- 4.6 Projet de plan décennal régional sur la santé bucco-dentaire
- 4.7 Incapacité : prévention et réadaptation dans le contexte du droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint et d'autres droits connexes
- 4.8 Promotion de la santé : réalisations et leçons apprises entre la Charte d'Ottawa et la Charte de Bangkok et perspectives pour l'avenir
- 4.9 Stratégie régionale et plan d'action pour une approche intégrée de la prévention des maladies chroniques et de la lutte contre celles-ci, y compris l'alimentation, l'activité physique et la santé
- 4.10 Stratégie régionale et plan d'action portant sur la nutrition et le développement

5. QUESTIONS ADMINISTRATIVES ET FINANCIÈRES

- 5.1 Rapport sur le recouvrement des contributions
- 5.2 Rapport financier de la Directrice et rapport de l'Auditeur externe, 2004-2005

5. QUESTIONS ADMINISTRATIVES ET FINANCIÈRES *(suite)*

- 5.3 Rapport sur les activités des Services de contrôle interne
- 5.4 Amendements au Règlement financier
- 5.5 Procédure à suivre pour la nomination de l'Auditeur externe
- 5.6 Procédure à suivre pour mettre en place la nouvelle échelle de cotisations basée sur la nouvelle échelle de l'OEA

6. Questions relatives au personnel

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

7. QUESTIONS SOUMISES POUR INFORMATION

- 7.1 Mise à jour sur le processus de renforcement institutionnel du Bureau sanitaire panaméricain
- 7.2 Examen des Centres panaméricains
- 7.3 Rapport d'activité sur la préparation et la réponse aux désastres en matière de santé au niveau national et régional
- 7.4 Pandémie de grippe : rapport d'activité
- 7.5 Rapport annuel sur les ressources humaines du BSP
- 7.6 Résolutions et autres actions de la Cinquante-neuvième Assemblée mondiale de la Santé revêtant un intérêt pour le Comité exécutif de l'OPS

8. AUTRES QUESTIONS

9. CLÔTURE DE LA SESSION

LISTE DE DOCUMENTS

Documets Officiels

Doc. of. 323 Rapport financier de la Directrice et rapport de l'Auditeur externe, 2004-2005

Documents de travail

CE138/1, Rèv. 2 et
CE138/WP1 Adoption de l'ordre du jour et du programme des réunions

CE138/3 Représentation du Comité exécutif au 47^e Conseil directeur de l'OPS, 58^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques

CE138/4, Rèv. 2 Ordre du jour provisoire du 47^e Conseil directeur de l'OPS, 58^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques

CE138/5
et Add. I Rapport du Groupe de travail sur la rationalisation des mécanismes de gouvernance de l'OPS

CE138/6 Rapport sur la 40^e session du Sous-Comité de planification et de programmation

CE138/7
et Add. I Prix d'Administration de l'OPS, 2006

CE138/8
et Add. I Organisations non gouvernementales en relations officielles avec l'OPS

- Examen périodique des organisations non gouvernementales en relations officielles avec l'OPS
- Consideration des demandes d'admission reçues

CE138/9 Méthodologie employée pour la formulation du Plan stratégique du Bureau sanitaire panaméricain pour la période 2008-2012

Documents de travail (cont.)

| | |
|----------------------------------|---|
| CE138/10 et Corrig. 1 et 2 | Rapport sur l'évaluation de la performance du budget-programme biennal 2004-2005 |
| CE138/11 | Stratégie régionale visant au maintien des programmes nationaux d'immunisation dans les Amériques |
| CE138/12 | Santé néonatale dans le contexte de la santé maternelle, néonatale et infantile avec pour but l'atteinte des objectifs pour le développement de la Déclaration du Millénaire des Nations Unies |
| CE138/13, Rèv. 1 et Corrig. 2 | Santé de la population indigène dans les Amériques |
| CE138/14 | Projet de plan décennal régional sur la santé bucco-dentaire |
| CE138/15 | Incapacité : prévention et réadaptation dans le contexte du droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint et d'autres droits connexes |
| CE138/16 | Promotion de la santé : réalisations et leçons apprises entre la Charte d'Ottawa et la Charte de Bangkok et perspectives pour l'avenir |
| CE138/17 | Stratégie régionale et plan d'action pour une approche intégrée de la prévention des maladies chroniques et de la lutte contre celles-ci, y compris l'alimentation, l'activité physique et la santé |
| CE138/18 | Stratégie régionale et plan d'action portant sur la nutrition et le développement |
| CE138/19, Add. I et Corrig. 1 | Rapport sur le recouvrement des contributions |
| CE138/20 | Rapport sur les activités des Services de contrôle interne |
| CE138/21 | Amendements au Règlement financier |

Documents de travail (cont.)

| | |
|------------------|--|
| CE138/22 | Procédure à suivre pour la nomination de l’Auditeur externe |
| CE138/23, Rev. 1 | Procédure à suivre pour mettre en place la nouvelle échelle de cotisations basée sur la nouvelle échelle de l’OEA |
| CE138/24 | Amendements au Règlement du personnel du BSP |
| CE138/25 | Déclaration du Représentant de l’Association du personnel du BSP |
| CE138/26 | Mise à jour sur le processus de renforcement institutionnel du Bureau sanitaire panaméricain |
| CE138/27 | Rapport d’activité sur la préparation et la réponse aux désastres en matière de santé au niveau national et régional |

Documents d’information

| | |
|--------------------------|--|
| CE138/INF/1 | Examen des Centres panaméricains |
| CE138/INF/2 | Pandémie de grippe: rapport d’activité |
| CE138/INF/3 et Add. I | Rapport annuel sur les ressources humaines du BSP |
| CE138/INF/4 | Résolutions et autres actions de la Cinquante-neuvième Assemblée mondiale de la Santé revêtant un intérêt pour le Comité exécutif de l’OPS |
| CE138/INF/5 | <ul style="list-style-type: none">• Projet de programme de santé pour les Amériques, 2008-2017 |

**LIST OF PARTICIPANTS
LISTA DE PARTICIPANTES**

**Members of the Committee
Miembros del Comité**

***Antigua and Barbuda
Antigua y Barbuda***

Hon. H. John Maginley
Minister of Health, Sports, and Youth Affairs
Ministry of Health, Sports, and Youth Affairs
St. John's

Ms. Anne-Marie Layne
First Secretary
Permanent Mission of Antigua and Barbuda
to the Organization of American States
Washington, D.C.

Argentina

Dr. Carlos Vizzotti
Subsecretario de Regulaciones Sanitarias
e Investigación en Salud
Ministerio de Salud
Buenos Aires

Lic. Karina Chierzi
Jefa de Gabinete de la Subsecretaría de Relaciones
Sanitarias e Investigación en Salud
Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación
Buenos Aires

Lic. Mariana Savino
Asesora de la Subsecretaría de Relaciones
Sanitarias e Investigación en Salud
Ministerio de Salud
Buenos Aires

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

Barbados

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

Ms. Antoinette Williams
Permanent Secretary
Ministry of Health
St. Michael

Chile

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

Sra. Natalia Meta
Asesora de la Oficina de Cooperación y
Asuntos Internacionales
Ministerio de Salud
Santiago

Dr. Pedro F. Crocco Abalos
Jefe División Prevención y Control
de Enfermedades
Ministerio de Salud
Santiago

Dr. Pedro Oyarce Yuraszeck
Embajador
Misión Permanente de Chile ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

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

Chile (cont.)

Sr. Felipe Sáez
Segundo Secretario
Misión Permanente de Chile ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Canada
Canadá

Mr. Nick Previscnih
Acting Director
International Affairs Directorate
Health Canada
Ottawa

Ms. Kate Dickinson
Advisor
International Health Policy and
Communication Division
Health Canada
Ottawa

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

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

Costa Rica

Lic. Carlos Valerio Monge
Asesor del Despacho de la Ministra de Salud
Ministerio de Salud
San José

Sra. Roxana Terán-Victory
Ministra Consejera
Misión Permanente de Costa Rica ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Cuba

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

Panama
Panamá

Sr. Dr. Camillo Alleyne
Ministro de Salud
Ministerio de Salud
Ciudad de Panamá

Lic. Ilonka Pusztay
Directora
Asuntos Internacionales
Ministerio de Salud
Ciudad de Panamá

Sr. Jorge Miranda Corona
Representante Alterno
Misión Permanente de Panamá
ante la Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

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

Panama (cont.)

Panamá (cont.)

Sr. Milton Ruiz
Consejero Cultural
Misión Permanente de Panamá
ante la Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Venezuela

Lic. Rosicar del V. Mata León
Directora General de la Oficina de Cooperación Técnica
y Relaciones Internacionales
Ministerio de Salud y Desarrollo Social
Caracas

Lic. Carmen Velásquez de Visbal
Consejera
Misión Permanente de Venezuela
ante la Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Other Member States
Otros Estados Miembros

Brazil

Brasil

Dr. Sérgio Gaudêncio
Chefe da Divisão de Temas Multilaterais
Ministério da Saúde
Brasília

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

Brazil (*cont.*)

Brasil (*cont.*)

Sra. Márcia Helena Gonçalves Rollemberg
Coordenadora-Geral de Documentação e Informação
Ministério da Saúde
Brasília

Sr. Ricardo Gamarski
Assessor do Secretário de Atenção à Saúde
Ministério da Saúde
Brasília

Sra. Eliane Pereira dos Santos
Gerente do Projeto da Biblioteca Virtual em Saúde
Ministério da Saúde
Brasília

Sr. Daniel Ferreira
Representante Alternado do Brasil junto à
Organização dos Estados Americanos
Washington, D.C.

Mexico

México

Lic. Alejandra González Morel
Directora para Asuntos Multilaterales
Secretaría de Salud
México, D. F.

Lic. Juan Gabriel Morales
Representante Alternado de México ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

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

Paraguay

Dr. Roberto E. Dullak Peña
Viceministro de Salud Pública y Bienestar Social
Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
Asunción

Sr. José Méndez-Vall
Primer Secretario
Misión Permanente de Paraguay
ante la Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

United States of America
Estados Unidos de América

Dr. Mark A. Abdo
Special Assistant to the Director
Office of Global Health Affairs
Department of Health and Human Services
Rockville, MD

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

Ms. Chuya Lane
International Health Officer
for the Americas
Office of Global Health Affairs
Department of Health and Human Services
Washington, D.C.

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

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

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

Observer States
Estados Observadores

Spain
España

Dr. Juan Romero de Terreros
Embajador, Observador Permanente de España
ante la Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Sr. Enrique Asorey Brey
Observador Permanente Alterno de España
ante la Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Dr. Alejandro Arnal
Canciller
Misión Permanente de España ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Representatives of Intergovernmental Organizations
Representantes de Organizaciones Intergubernamentales

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

Sra. Inés Bustillo
Sr. Rex García

Organization of American States
Organización de Estados Americanos

Mrs. Jane Thery

Representatives of Nongovernmental Organizations
Representantes de Organizaciones No Gubernamentales

Organization of American States/Organización de Estados Americanos
International Women Commission/Comisión Internacional de Mujeres

Dr. Mercedes Kremenetzky

American Society for Microbiology
Sociedad Estadounidense de Microbiología

Mr. Stanley Malone
Ms. Lily Schuermann

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

Ing. Horst Otterstetter

Latin American Association of Pharmaceutical Industries
Asociación Latinoamericana de Industrias Farmacéuticas

Dr. Rubén Abete

Representatives of Nongovernmental Organizations (cont.)
Representantes de Organizaciones No Gubernamentales (cont.)

Latin American Confederation of Clinical Biochemistry
Confederación Latinoamericana de Bioquímica Clínica

Dr. Norberto Cabutti

National Alliance for Hispanic Health
Alianza Nacional para la Salud Hispana

Ms. Marcela Gaitán

United States Pharmacopeia

Ms. Nancy Blum
Dr. Victor Pribluda

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. Mirta Roses Periago
Director
Directora

Advisers to the Director
Asesores de la Directora

Dr. Joxel García
Deputy Director
Director Adjunto

Dr. Carissa Etienne
Assistant Director
Subdirectora

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

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

Dr. Sharon Frahler
Director of Administration, a.i.
Directora Interina de Administración

- - -