



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ  
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



## **150<sup>e</sup> SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF**

*Washington, D.C., ÉUA, du 18 au 22 juin 2012*

---

CE150/FR (Fr.)  
22 juin 2012  
ORIGINAL: ANGLAIS

**RAPPORT FINAL**

## TABLE DES MATIÈRES

	<i>Page</i>
<b>Ouverture de la Session .....</b>	<b>5</b>
 <b>Questions relatives au Règlement</b>	
Election du Président, du Vice-président et du Rapporteur.....	6
Adoption de l'ordre du jour et du programme des réunions.....	6
Représentation du Comité exécutif à la 28 <sup>e</sup> Conférence sanitaire panaméricaine de l'OPS, 64 <sup>e</sup> Session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques .....	6
Ordre du jour provisoire de la 28 <sup>e</sup> Conférence sanitaire panaméricaine, 64 <sup>e</sup> Session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques .....	6
 <b>Questions relatives au Comité</b>	
Rapport de la sixième Session du Sous-comité du programme, du budget et de l'administration.....	8
Prix de l'OPS pour l'administration 2012 .....	8
Organisations non gouvernementales en relations officielles avec l'OPS .....	9
Rapport annuel du Bureau d'éthique (2011) .....	10
Désignation d'un membre au Comité d'audit.....	11
Rapport du Comité d'audit de l'OPS.....	11
Méthode de travail des Organes directeurs : délégation de fonctions au Comité exécutif .....	12
 <b>Questions relatives à la politique des programmes</b>	
Évaluation à mi-parcours du Programme d'action sanitaire pour les Amériques ....	13
Projet de politique budgétaire de l'OPS .....	15
Évaluation préliminaire du programme et budget de l'OPS 2010-2011 en fin de période biennale/Deuxième rapport de situation intérimaire du Plan stratégique 2008-2012 de l'OPS .....	17
Stratégie et plan d'action pour la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles .....	20
Stratégie et plan d'action sur les soins de santé infantile intégrés.....	21
Évaluation des technologies de la santé et incorporation dans les systèmes de santé.....	22
Stratégie et plan d'action sur la gestion des connaissances et la communication ....	23
Coordination de l'aide humanitaire internationale en matière de santé en cas de catastrophes .....	25
Bioéthique : vers l'intégration de l'éthique en matière de santé .....	26
Programme élargi de manuels et de matériel pédagogique (PALTEX) .....	27

**TABLE DES MATIÈRES (suite)***Page***Questions administratives et financières**

Rapport sur le recouvrement des contributions .....	29
Rapport financier du Directeur et rapport du Commissaire aux comptes externe de l'OPS pour 2011 .....	29
Excédent de la mise en œuvre des normes IPSAS en 2010.....	33
Rapport du Bureau de contrôle interne et services d'évaluation .....	34
Statut des projets financés par le Compte de réserve de l'OPS.....	37
Plan-cadre d'investissement .....	37

**Questions liées au personnel**

Amendements au Règlement et au Statut du personnel du BSP .....	39
Statistiques sur la dotation en personnel du BSP .....	40
Déclaration du Représentant de l'Association du personnel de l'OPS/OMS.....	41

**Questions pour information**

Processus d'élection du Directeur du Bureau sanitaire panaméricain et désignation du Directeur régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour les Amériques	42
Mise à jour sur la réforme de l'OMS.....	43
Projet pour la modernisation du système d'information pour la gestion (PMIS) du BSP : Rapport d'avancement.....	46
Rapport du Comité consultatif de la recherche en santé de l'OPS/OMS .....	47
Rapports d'avancement dans les questions techniques .....	47
Résolutions et autres actions des organisations intergouvernementales d'intérêt pour l'OPS .....	57

**Questions diverses** ..... 58

**Clôture de la Session** ..... 58

**Résolutions et Décisions****Resolutions**

CE150.R1 :	Recouvrement des contributions .....	59
CE150.R2 :	Methode de travail des Organes directeurs : Délégation de fonctions au Comité exécutif .....	60
CE150.R3 :	Programme élargi de manuels et de matériel pédagogique (PALTEX).....	61
CE150.R4 :	Stratégie et Plan d'action pour la santé intégrale chez l'enfant...	62

**TABLE DES MATIÈRES** (suite)

Page

CE150.R5 :	Stratégie et Plan d'action sur la gestion des connaissances et la communication .....	66
CE150.R6 :	Désignation d'un membre auprès du Comité d'audit de l'OPS....	69
CE150.R7 :	Bioéthique : vers l'intégration de l'éthique dans la santé .....	70
CE150.R8 :	Fonds directeur d'investissement .....	72
CE150.R9 :	Organisations non gouvernementales en relations officielles avec l'OPS .....	74
CE150.R10 :	Coordination de l'aide humanitaire internationale en matière de santé en cas de catastrophes .....	75
CE150.R11 :	Utilisation de l'excédent résultant de la mise en œuvre des normes IPSAS en 2010 .....	78
CE150.R12 :	Politique budgétaire de l'OPS.....	79
CE150.R13 :	Stratégie et plan d'action pour la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles .....	82
CE150.R14 :	Prix de l'OPS pour l'Administration (2012) .....	84
CE150.R15 :	Ordre du jour provisoire de la 28 <sup>e</sup> Conférence sanitaire panaméricaine, 64 <sup>e</sup> session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques .....	85
CE150.R16 :	Amendements au règlement du personnel et au statut du personnel du bureau sanitaire panaméricain .....	85
CE150.R17 :	Évaluation et incorporation des technologies de la santé dans les systèmes de santé.....	87

**Décisions**

Décision CE150(D1) :	Adoption de l'ordre du jour.....	90
Décision CE150(D2) :	Représentation du Comité exécutif à la 28 <sup>e</sup> Conférence sanitaire panaméricaine de l'OPS, 64 <sup>e</sup> Session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques.....	90
Décision CE150(D3) :	Élimination de la rougeole, de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale dans la Région des Amériques .....	90

**Annexes**

- Annexe A. Ordre du jour
- Annexe B. Liste des documents
- Annexe C. Liste des participants

## RAPPORT FINAL

### Ouverture de la Session

1. La 150<sup>e</sup> Session du Comité exécutif de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) s'est tenue au siège de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) à Washington, D.C., du 18 au 22 juin 2012. Les délégués des neuf membres suivants du Comité exécutif élus par le Conseil directeur ont participé à la session : Brésil, Chili, Colombie, El Salvador, États-Unis d'Amérique, Grenade, Guatemala, Pérou, Saint-Vincent-et-les-Grenadines et Venezuela (République bolivarienne du). Les représentants des autres États Membres, États participants et États observateurs suivants ont participé en qualité d'observateurs : Argentine, Bolivie (État plurinational de), Canada, Cuba, Dominique, Espagne, France, Guatemala, Mexique, Nicaragua, Porto Rico et Uruguay. De plus, une agence des Nations Unies, trois organisations intergouvernementales et cinq organisations non gouvernementales étaient représentées. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) était représentée par le Dr Cecilia Rose-Oduyemi, Directrice du Département des Organes directeurs et des relations extérieures.

2. Le Dr Miriam Morales (République bolivarienne du Venezuela, Présidente du Comité exécutif) a ouvert la session et souhaité la bienvenue aux participants. Elle a noté que l'OPS, la plus ancienne organisation de santé publique internationale au monde, commémorait son 110<sup>e</sup> anniversaire et a souligné l'importance du rôle que l'Organisation avait joué pour faire progresser la santé publique tant au niveau régional qu'au niveau mondial.

3. Le Dr Mirta Roses (Directrice du Bureau sanitaire panaméricain (BSP) a également accueilli les participants, en souhaitant une bienvenue particulière aux observateurs et aux représentants des missions permanentes des États Membres auprès de l'Organisation des États Américains (OEA). Elle a salué la présence du Dr Rose-Oduyemi de l'OMS et du Dr Michel Thieren et le Dr Luis Fernando Leanes, représentants respectifs de l'OPS/OMS en Bolivie (État plurinational de) et au Pérou, notant que les représentants de l'OPS/OMS étaient invités périodiquement à participer aux sessions du Comité afin de leur donner une meilleure perspective du travail des Organes directeurs et leur permettre de fournir un meilleur appui aux délégations des États Membres. Elle a noté que le Comité avait un ordre du jour très complet, qui devrait être couvert en quatre jours au lieu des cinq jours habituels, afin de faire place au forum des candidats à la position de Directeur régional prévu pour le vendredi 22 juin 2012. Elle était persuadée que le Comité terminerait son travail avec succès.

## **Questions relatives au Règlement**

### **Election du Président, du Vice-président et du Rapporteur**

4. Les Membres suivants élus à la 149<sup>e</sup> Session du Comité ont continué leurs fonctions dans leurs capacités respectives lors de la 150<sup>e</sup> Session :

*Présidente* : République bolivarienne du Venezuela (Dr Miriam Morales)

*Vice-président* : Brésil (M. Leandro Luiz Viegas)

*Rapporteur* : Grenade (Dr George Mitchell)

5. La Directrice a rempli, de droit, les fonctions de Secrétaire de la réunion et le Dr Jon Kim Andrus (Directeur adjoint du BSP) a assumé les fonctions de Secrétaire technique.

### **Adoption de l'ordre du jour et du programme des réunions (documents CE150/1, Rév. 1, et CE150/WP/1)**

6. Le Comité a adopté l'ordre du jour provisoire figurant dans le document CE150/1, Rév. 1 sans changement. Il a également adopté un programme de réunions (CE150/WP/1) (décision CE150[D1]).

### **Représentation du Comité exécutif à la 28<sup>e</sup> Conférence sanitaire panaméricaine de l'OPS, 64<sup>e</sup> Session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques (document CE150/2)**

7. Conformément à l'article 54 de son Règlement intérieur, le Comité exécutif a nommé la République bolivarienne du Venezuela et le Brésil, sa Présidente et son Vice-président respectifs, pour représenter le Comité à la 28<sup>e</sup> Conférence sanitaire panaméricaine de l'OPS, 64<sup>e</sup> Session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques. El Salvador et Saint-Vincent-et-les-Grenadines ont été élus représentants remplaçants (décision CE150[D2]).

### **Ordre du jour provisoire de la 28<sup>e</sup> Conférence sanitaire panaméricaine, 64<sup>e</sup> Session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques (document CE150/3)**

8. Mme Piedad Huerta (Conseillère principale au Bureau des Organes directeurs du BSP) a présenté l'ordre du jour provisoire de la 28<sup>e</sup> Conférence sanitaire panaméricaine de l'OPS, 64<sup>e</sup> Session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques. Elle a noté que, conformément aux décisions prises par le Comité lors de sa 149<sup>e</sup> Session, un point concernant les méthodes de travail des Organes directeurs de l'Organisation (voir paragraphes 36 à 38 ci-dessous) a été ajouté sous la section Questions relatives au Comité

et un point portant sur le maintien de l'élimination de la rougeole, de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale a été ajouté aux Questions relatives à la politique des programmes (voir paragraphes 197 à 203 ci-dessous). Un point sur les Normes internationales de sécurité de base pour la protection contre la radiation et la sécurité des sources de radiation a également été ajouté du fait que les Normes, qui avaient été notées par le Conseil exécutif de l'OMS lors de sa dernière session (décision EB131[D3]), devaient être examinées par les comités régionaux. Comme le Conseil et la soixante-cinquième Assemblée mondiale de la Santé récemment conclue avaient demandé des consultations régionales sur la réforme de l'OMS et d'autres thèmes, il avait été décidé de ne pas organiser de discussion de table ronde sur le vieillissement sain de façon à accorder plus de temps pour la discussion de ces thèmes. La discussion type table ronde a été supprimé de l'ordre du jour du Comité exécutif.

9. Il a été noté qu'un point sur le rapport du Groupe de travail consultatif d'experts sur le financement et la coordination de la recherche-développement (documents A65/24 et Corr.1) devrait également être ajouté car la résolution WHA65.22 de l'Assemblée mondiale de la Santé avait demandé aux comités régionaux de le discuter. Le Délégué des États-Unis d'Amérique a exprimé l'espoir que ces discussions ne porteraient pas excessivement sur l'idée de développer un instrument international exécutoire afin de mettre en œuvre les recommandations du groupe de travail consultatif d'experts. Alors que son Gouvernement appuyait un grand nombre de ces recommandations et reconnaissait que les mécanismes du marché et les protections de la propriété intellectuelle n'étaient pas suffisants pour générer l'investissement requis pour la recherche et le développement sur les maladies négligées des pauvres, il ne soutenait pas le développement d'un instrument exécutoire qui exigerait une allocation annuelle de 0,1% du produit intérieur brut de tous les États parties – et une contribution annuelle à un mécanisme de financement mis en commun qui serait probablement situé à l'extérieur de la Région des Amériques. Il a noté que le respect de cet engagement nécessiterait une allocation totale de \$568 millions<sup>1</sup> par les pays de la Région, à l'exclusion du Canada et des États-Unis, et une contribution combinée au mécanisme mis en commun de \$113-\$283 millions. Il a encouragé les délégations à consulter leurs ministères des finances et autres autorités nationales afin de déterminer s'ils étaient prêts à appuyer un engagement de cette ampleur.

10. D'autres délégations ont reconnu que le rapport du groupe de travail consultatif d'experts contenait de nombreuses recommandations et propositions de grande valeur, dont le développement d'un instrument exécutoire, et ont demandé une discussion en profondeur du rapport pris dans son ensemble. L'importance d'arriver à une position régionale unifiée a été soulignée, et elles ont suggéré qu'un plan de travail soit établi pour guider le processus de consultation et d'analyse.

---

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

11. Il a été convenu que le point serait ajouté à l'ordre du jour de la Conférence sanitaire panaméricaine dans la section Questions relatives à la politique des programmes. La Directrice a dit que le Bureau établirait un plan pour faciliter les discussions au sein des pays et entre les pays.

12. Le Comité exécutif a adopté la résolution CE150.R15, approuvant ainsi l'ordre du jour provisoire de la 28<sup>e</sup> Conférence sanitaire panaméricaine de l'OPS, 64<sup>e</sup> session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques.

## **Questions relatives au Comité**

### **Rapport de la sixième Session du Sous-comité du programme, du budget et de l'administration (document CE150/4)**

13. Mme. Ann Blackwood (États-Unis d'Amérique, Présidente du Sous-comité du programme, du budget et de l'administration) a informé que le Sous-comité du programme, du budget et de l'administration (SPBA) avait tenu sa sixième session du 14 au 16 mars 2012 et avait discuté de plusieurs questions financières, administratives et autres importantes, y compris l'évaluation de fin d'exercice biennal du budget programme 2010-2011 et le deuxième rapport de situation intérimaire sur le Plan stratégique de l'OPS pour 2008-2012, l'évaluation à mi-parcours du Programme d'action sanitaire pour les Amériques et la formulation d'une nouvelle politique de budget programme régionale pour remplacer la politique adoptée en 2004. Le Sous-comité avait également considéré une proposition concernant les usages possibles d'un excédent résultant de la mise en œuvre des normes comptables internationales du secteur public (IPSAS) en 2010 et avait recommandé un candidat pour remplacer un membre sortant du Comité d'audit. Elle notait que toutes les questions discutées par le Sous-comité figuraient également à l'ordre du jour de la 150<sup>e</sup> Session du Comité exécutif et a indiqué qu'elle ferait par conséquent état des commentaires et recommandations du Sous-comité sur chacune de ces questions quand elles seraient abordées par le Comité.

14. La Directrice a exprimé sa gratitude à Mme Blackwood pour sa direction efficace des délibérations du Sous-comité.

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

### **Prix de l'OPS pour l'administration 2012 (documents CE150/5 et Add. I)**

16. M. Peter Mamacos (États-Unis d'Amérique) a informé que le Comité du Prix de l'OPS pour l'administration 2012, composé des États-Unis d'Amérique, de la République bolivarienne du Venezuela et de Saint-Vincent-et-les-Grenadines, s'était réuni le 19 juin 2012. Après avoir examiné l'information sur les candidats au prix nommés désignés par les



États Membres, le Comité du Prix avait décidé de conférer le Prix de l'OPS pour l'administration 2012 au Dr Aron Nowinski, de l'Uruguay, pour ses contributions à la promotion de la santé publique et de l'administration des services de santé, sa longue carrière d'enseignant en santé publique, son travail pour la systématisation et la diffusion de l'information médicale, sa contribution au développement de directives pour la création du système national d'information en santé de son pays, sa direction dans le développement du Réseau latino-américain pour l'information en sciences liées à la santé et le programme pour la diffusion sélective de l'information, ainsi que sa contribution à la production de l'Index Medicus latino-américain. Il a souligné que le Comité du Prix avait estimé tous les candidats extraordinairement qualifiés et méritant tous le prix.

17. La Déléguée de l'Uruguay a remercié le Comité du Prix d'avoir choisi le Dr Nowinski et a félicité les autres candidats, le Dr Jorge Jiménez De La Jara, du Chili, et le Dr Francisco José Yépes Luján, de Colombie.

18. Le Comité exécutif a félicité le Dr Nowinski et a adopté la résolution CE150.R14, notant la décision du Comité du Prix, et a transmis son rapport à la 28<sup>e</sup> Conférence sanitaire panaméricaine.

#### **Organisations non gouvernementales en relations officielles avec l'OPS (document CE150/6)**

19. Mme Ann Blackwood (Présidente du Sous-comité du programme, du budget et de l'administration) a indiqué que conformément à la procédure stipulée dans les principes régissant les relations entre l'Organisation panaméricaine de la Santé et les organisations non gouvernementales, le Sous-comité avait tenu une réunion close lors de sa sixième session pour considérer les candidatures de deux organisations non gouvernementales désirant entrer en relations officielles avec l'OPS et examiner le statut de six organisations non gouvernementales actuellement en relations officielles avec l'Organisation. Le Sous-comité avait également examiné un rapport de situation sur le statut des relations en cours entre l'OPS et 11 autres organisations non gouvernementales.

20. Le Sous-comité avait décidé de recommander que le Comité exécutif admette la Coalition pour une vie saine dans les Caraïbes et la Société interaméricaine de cardiologie en relations officielles avec l'OPS et qu'il approuve la poursuite des relations officielles entre l'OPS et le Collège interaméricain de radiologie, l'Association latino-américaine des industries pharmaceutiques, la Fédération latino-américaine des hôpitaux, la Fédération panaméricaine des associations d'écoles de médecine, la Fédération panaméricaine d'infirmiers professionnels et le Réseau de santé des femmes latino-américaines et des Caraïbes. Le Sous-comité avait également recommandé que le Bureau contacte le Collège interaméricain de radiologie en ce qui concerne le besoin de renforcer la communication entre cette organisation et les entités techniques correspondantes de l'OPS.

21. Un représentant de l'Association latino-américaine des industries pharmaceutiques a remercié le Sous-comité de recommander le renouvellement des relations avec son organisation et a décrit plusieurs de leurs activités récentes, notamment la formulation d'une proposition d'un système de licence automatique pour les brevets pharmaceutiques dans les pays en développement et les pays moins avancés, dont le but était de permettre à ces pays de mieux tirer parti des flexibilités permises au titre de l'Accord relatif aux aspects des droits de la propriété intellectuelle qui touchent au commerce (TRIPS). Un représentant de l'Association interaméricaine du génie sanitaire et de l'environnement (AIDIS) a attiré l'attention sur un rapport que son organisation avait produit conjointement avec l'OPS et la Banque interaméricaine de développement sur la gestion des déchets solides dans les zones urbaines en Amérique latine et dans les Caraïbes et a affirmé l'engagement d'AIDIS à continuer à travailler avec l'OPS pour améliorer les conditions de l'eau et de l'assainissement dans la Région.

22. Le Comité exécutif a adopté la résolution CE150.R9, approuvant les recommandations du Sous-comité.

#### **Rapport annuel du Bureau d'éthique (2011) (document CE150/7)**

23. Mettant en relief certaines des données présentées dans le rapport, M. Philip MacMillan (Gérant du Bureau d'éthique, BSP) a informé le Comité qu'en 2011, le Bureau d'éthique avait eu 95 consultations avec des membres du personnel sur diverses questions liées à l'éthique, une augmentation de 50% par rapport à 2010. Le Bureau avait examiné 37 rapports de comportement qui avaient soulevé des préoccupations éthiques, chiffre double de celui de 2010. En 2011, le Bureau d'éthique avait été chargé de l'enquête des allégations d'harcèlement. La nature des cas ayant fait l'objet d'une enquête, leur état actuel et les actions prises étaient résumés dans le rapport. Le Bureau avait reçu 22 rapports de fraude, de tentative de fraude et de vol ou perte de biens ou de ressources appartenant à l'OPS. Le total des pertes encourues en résultat de ces cas s'élevait à \$28,834. La majorité impliquait le vol d'ordinateurs portables ou de smartphones. Il n'y avait eu qu'un seul cas connu de fraude perpétrée par un membre du personnel.

24. Les divers bureaux et entités composés par le système de gestion de l'intégrité et des différends de l'OPS, coordonné par le Bureau d'éthique, avaient continué leur examen du système interne d'exercice de la justice. Il fallait noter particulièrement la sélection en novembre 2011 d'un président du Conseil des procédures d'appel de l'OPS. La personne choisie possédait une expertise professionnelle en matière de résolution des différends. Des progrès avaient été accomplis au niveau du développement d'une politique révisée sur la prévention et la résolution des cas de harcèlement sur les lieux de travail et d'un processus informel pour demander un examen et une reconsidération des décisions concernant le personnel. Ces deux initiatives seraient mises en œuvre en 2012. Le rapport décrivait d'autres plans et défis futurs, dont le renforcement de la capacité du Bureau d'éthique à s'acquitter de toutes les responsabilités relevant de son mandat.

25. Il a terminé en remerciant la Directrice de son appui inconditionnel au Bureau d'éthique depuis son établissement en 2006.

26. Dans la discussion qui a suivi, les membres du Comité ont accueilli favorablement les efforts du Bureau d'éthique pour promouvoir l'intégrité et le comportement éthique et encourager une culture de responsabilisation au sein du personnel. L'inclusion d'une instruction relative à l'éthique dans les programmes de formation du personnel était considérée comme une étape importante dans la création de cette culture.

27. Le Comité a pris note du rapport.

#### **Désignation d'un membre au Comité d'audit de l'OPS (document CE150/8)**

28. Mme Ann Blackwood (Présidente du Sous-comité du programme, du budget et de l'administration) a indiqué que le Sous-comité avait été informé lors de sa sixième session que le mandat d'un des membres originaux du Comité d'audit venait à expiration en juin 2012 et qu'il était par conséquent nécessaire que le Comité exécutif nomme un nouveau membre au Comité d'audit au cours de sa 150<sup>e</sup> Session. La Directrice avait déterminé que le membre en question, M. Peter Maertens, serait disposé à remplir un deuxième mandat au Comité d'audit et avait recommandé que M. Maertens soit nommé membre du Comité d'audit pour une période de trois ans, à compter de juin 2012. Le Sous-comité avait approuvé la recommandation de la Directrice et avait par conséquent recommandé que le Comité exécutif nomme à nouveau M. Maertens pour un deuxième mandat.

29. Le Comité a adopté la résolution CE150.R6, nommant M. Peter Maertens pour un deuxième mandat au Comité d'audit pour la période allant du 1<sup>er</sup> juillet 2012 au 30 juin 2015.

#### **Rapport du Comité d'audit de l'OPS (document CE150/9)**

30. M. Peter Maertens (Président du Comité d'audit de l'OPS) a résumé le contenu du rapport du Comité d'audit, qui passait en revue les fonctions et termes de référence du Comité et présentait ses conclusions et ses recommandations portant sur les domaines suivants : vérification extérieure et intérieure des comptes, systèmes d'information, contrôle interne et états financiers. Le Comité a observé que la fonction de vérification extérieure des comptes était effectuée conformément à l'accord entre l'OPS et le commissaire aux comptes actuel et suivait les normes professionnelles et n'a pas identifié de sujet de préoccupation. Il a noté, toutefois, qu'au moment de son examen, il n'y avait pas encore de contrat en place avec le nouveau commissaire aux comptes, la Cour des comptes d'Espagne. Le Comité suivrait étroitement la transition au nouveau commissaire aux comptes.

31. En ce qui concernait la vérification interne des comptes, beaucoup de progrès avaient été accomplis, mais il restait encore beaucoup à faire dans les domaines de

l'évaluation d'impact et de gestion du risque. Des progrès avaient également été réalisés dans la modernisation du Système d'information pour la gestion du BSP (PMIS, selon son acronyme en anglais). Toutefois, alors que le projet reposait sur une base solide, il y avait de nombreux points alarmants, en particulier en ce qui concernait le travail qui serait requis pour adapter les processus de travail existants au nouveau logiciel de planification des ressources de l'entreprise. Le Comité d'audit a noté que les contrôles internes et les états financiers du Bureau étaient satisfaisants. Pour ce qui était de ces derniers, le Comité avait noté le besoin d'un plan pour garantir le financement à part entière de l'assurance maladie après emploi et avait demandé d'être tenu au courant des développements d'un procès collectif mentionné dans les états financiers.

32. Dans la discussion qui a suivi, des informations ont été demandées sur la raison du retard dans la signature d'un contrat avec la Cour des comptes d'Espagne, et sur le coût et l'état actuel du projet PMIS. Les recommandations du Comité d'audit concernant le besoin d'une politique d'évaluation au niveau de l'ensemble de l'Organisation et d'une approche cohérente de l'évaluation ont été accueillies favorablement.

33. M. Maertens a expliqué que le Comité d'audit exerçait un niveau très élevé de surveillance et que par conséquent, il n'était pas en position de fournir des détails sur le coût du projet PMIS.

34. La Directrice a noté que le Comité recevrait une mise à jour sur le projet PMIS sous un point séparé de l'ordre du jour (voir paragraphes 180 à 184 ci-dessous). Elle a informé que le contrat avec la Cour des comptes d'Espagne avait été conclu à la fin du mois d'avril, et que le Bureau et le commissaire aux comptes actuel travaillaient avec la Cour pour garantir une transition sans heurts. En ce qui concernait la politique d'évaluation, en tant que mesure importante sur la voie de la normalisation et du développement de méthodologies communes, le Bureau avait soumis des informations sur les évaluations entreprises au Bureau des services de contrôle interne de l'OMS pour inclusion dans sa base de données. Elle a remercié le Comité d'audit pour son rôle de surveillance très utile.

35. Le Comité exécutif a pris note du rapport.

#### **Méthode de travail des Organes directeurs : délégation de fonctions au Comité exécutif (document CE150/10)**

36. M. Peter Mamacos (Représentant du Sous-comité du programme, du budget et de l'administration) a informé sur la discussion du Sous-comité de ce point (paragraphes 110 à 113 du rapport final du Sous-comité, document SPBA6/FR<sup>2</sup>), notant que le Sous-comité avait recommandé que le Comité exécutif avalise la proposition de rationaliser le travail des Organes directeurs (contenue dans le document CE150/10) en déléguant la

---

<sup>2</sup> [http://new.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=17766&Itemid=](http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=17766&Itemid=)

responsabilité de certains thèmes au Comité exécutif et en faisant en sorte que les trois points suivants de l'ordre du jour soient délégués au Comité, le changement devant entrer en vigueur à compter de 2013 : plan-cadre d'investissement, traitement du Directeur, et mise à jour sur le projet de modernisation du système d'information pour la gestion du BSP.

37. Le Dr Heidi Jiménez (Conseillère juridique du BSP) a noté qu'un amendement au Règlement du personnel du BSP serait requis afin de déléguer la responsabilité au Comité exécutif de fixer le traitement du Directeur.

38. Le Comité a adopté la résolution CE150.R2, recommandant que la Conférence sanitaire panaméricaine adopte une résolution déléguant la responsabilité de fixer le traitement du Directeur au Comité exécutif et demandant au Comité de faire suivre les rapports de situation techniques et administratifs à la Conférence ou au Conseil directeur seulement lorsque jugé nécessaire. Le Comité a également adopté une résolution recommandant que la Conférence approuve les amendements requis au Règlement du personnel (voir paragraphes 148 à 152 ci-dessous).

## **Questions relatives à la politique des programmes**

### **Évaluation à mi-parcours du Programme d'action sanitaire pour les Amériques (document 150/11)**

39. En faisant rapport sur la discussion du Sous-comité d'une version antérieure du document sur ce point (voir paragraphes 7 à 14 du rapport final du Sous-comité, document SPBA6/FR), Mme Ann Blackwood (Présidente du Sous-comité du programme, du budget et de l'administration), a dit que le Sous-comité avait examiné et approuvé la procédure proposée pour l'évaluation et les termes de référence proposés pour le groupe de travail des États Membres chargés de la mener à bien. Il avait été convenu que le processus serait dirigé par le Gouvernement de l'Argentine.

40. Après avoir examiné les buts et les domaines d'action du Programme d'action sanitaire pour les Amériques et les composantes de l'évaluation (résumées dans le document CE150/11), Mme Andrea Polach (Argentine), a décrit les progrès accomplis dans la portion menée par le pays du processus d'évaluation depuis la session de mars du Sous-comité. Le groupe de travail composé de représentants de l'Argentine, du Brésil, du Chili, du Costa Rica, d'El Salvador, des États-Unis d'Amérique, du Guyana, du Panama, de Saint-Vincent-et-les-Grenadines et du Venezuela (République bolivarienne du) s'était réuni en Argentine en avril et avait approuvé un plan de travail, une méthodologie et des instruments pour l'évaluation. Des enquêtes, interviews, et des examens de documents seraient menés du 22 mai au 29 juin dans les pays et parmi les organisations d'intégration infrarégionales et les organismes internationaux. L'information recueillie serait compilée et analysée pour le 6 juillet et le premier projet du rapport d'évaluation serait préparé pour

le 20 juillet. Le groupe de travail aurait une deuxième réunion à la fin de juillet pour examiner le projet de rapport, qui serait soumis aux États Membres entre le 3 et le 24 août. Le rapport serait ensuite finalisé et soumis à la Conférence sanitaire panaméricaine en septembre.

41. Des enquêtes avaient été envoyées à tous les États Membres le 25 mai. Elle a souligné qu'il était important que tous les États Membres remplissent les enquêtes et les retournent pour la date butoir du 29 juin, car l'information recueillie à partir des enquêtes formerait la base principale de l'évaluation.

42. Le Comité exécutif a également mis en relief l'importance de l'achèvement de l'enquête par tous les États Membres et a remercié l'Argentine et les autres membres du groupe de travail pour la tâche entreprise jusqu'à présent. Ils ont fait remarquer que le travail intensif du groupe et l'approche collaborative ont rendu possible la conclusion rapide d'un accord sur les termes de référence et la méthodologie de l'évaluation. Ils ont suggéré que la procédure d'évaluation et la méthodologie devraient être systématisées de façon à pouvoir les appliquer dans de futures évaluations. Ils ont également suggéré qu'il faudrait permettre plus de temps pour les évaluations futures. Ils ont noté qu'aucune cible ou indice de références n'avait été établi dans les huit domaines d'action du Programme d'action sanitaire et que le processus d'évaluation à mi-parcours offrirait une opportunité de premier ordre pour mettre au point des indices de référence, qui renforceraient l'évaluation définitive. Certains délégués ont noté que plusieurs questions de l'enquête étaient formulées de telle sorte qu'il était difficile d'y répondre pour les pays dotés de systèmes fédéraux de gouvernement et de systèmes de santé décentralisés à de multiples niveaux. Une déléguée a indiqué que son Gouvernement ajouterait à ses réponses à l'enquête des textes décrivant ce qui avait été fait au niveau infranational. Elle a également demandé la façon dont les résultats de l'évaluation guideraient le développement du prochain plan stratégique de l'OPS et les consultations sur le douzième programme général de travail de l'OMS.

43. Mme Polach a indiqué que le groupe de travail était conscient du fait que l'organisation des systèmes nationaux de santé différait et avait par conséquent introduit dans l'enquête des questions sur d'autres politiques, plans et initiatives. Des textes d'information sur les activités infranationales pouvaient être ajoutés aux réponses à ces questions.

44. La Directrice a dit que les résultats de l'évaluation et les recommandations de Conférence sanitaire panaméricaine en découlant seraient disponibles avant la réunion extraordinaire du Comité du programme, du budget et de l'administration de l'OMS en décembre 2012, à l'occasion de laquelle le projet du douzième programme général de travail serait discuté.

45. Le Comité a pris note du rapport.

**Projet de politique budgétaire de l'OPS (document CE150/12, Rév. 1)**

46. Mme Ann Blackwood (Présidente du Sous-comité du programme, du budget et de l'administration), a fait rapport sur la discussion du Sous-comité d'une version antérieure du document sur ce point (voir paragraphes 15 à 27 du rapport final du Sous-comité, document SPBA6/FR), notant qu'un soutien avait été exprimé pour la rétention de la formule mathématique fondée sur les besoins pour l'affectation des ressources et pour l'usage d'un plancher et d'un plafond afin de limiter les réductions ou les augmentations dans les affectations. Des préoccupations avaient été exprimées concernant une réduction proposée des affectations de ressources du budget ordinaire aux États Membres qui faisaient des contributions volontaires nationales à l'Organisation pour la mise en œuvre de projets dans leurs propres pays.

47. M. Román Sotela (Conseiller principal de la gestion du programme et du budget du BSP) a présenté le document CE150/12, Rév. 2, qui décrivait le travail accompli depuis la session de mars du Sous-comité par le groupe de travail consultatif sur la politique budgétaire de l'OPS, composé de représentants du Brésil, Chili, États-Unis d'Amérique, Grenade, Pérou et Venezuela (République bolivarienne du). Le groupe de travail avait tenu sa deuxième réunion et avait affiné et articulé les concepts définitifs qui orienteraient la politique. Une discussion virtuelle sur ces concepts avait pris place en mai avec la participation de tous les États Membres. Le projet de politique établie dans le document se fondait sur les principes fondamentaux de la politique actuelle – équité, solidarité, et panaméricanisme – et tenait compte des conclusions d'une évaluation de la politique en place entreprise par le Bureau de contrôle interne et services d'évaluation de l'OPS (IES). La nouvelle politique proposée tenait compte des ajustements apportés à la politique actuelle afin d'améliorer la justice, la transparence et l'équité dans l'affectation des ressources.

48. La nouvelle politique retiendrait les trois niveaux fonctionnels de la politique actuelle (régional, infrarégional et national) mais en ajouterait un quatrième, le niveau interpays, qui comprendrait essentiellement des conseillers régionaux et infrarégionaux travaillant dans les bureaux sur le terrain et fournissant une assistance technique directe adaptée aux besoins de groupes spécifiques des États Membres. La politique orienterait l'affectation des ressources du budget ordinaire entre catégories programmatiques, niveaux fonctionnels et pays. Elle ne s'appliquerait pas aux ressources des contributions volontaires, dont de nombreuses étaient affectées à des fins spécifiques. Les proportions affectées aux différents niveaux resteraient les mêmes que sous la politique en place, mais des ajustements seraient faits selon les besoins, fondés sur des données probantes. Les proportions affectées au niveau du pays ne seraient pas inférieures à 40%. Le but global essentiel de la politique serait de maximiser les résultats dans les pays.

49. Les affectations au niveau de pays seraient calculées sur la base d'une formule qui avait tenu compte des recommandations de l'IES pour corriger les faiblesses de la politique

actuelle, en particulier en ce qui concernait l'affectation plancher, qui dans certains cas avait été insuffisante pour maintenir un niveau minimum de présence de l'OPS dans le pays. La formule resterait fondée sur les besoins mais elle incorporerait également le coefficient de Gini et tiendrait par conséquent compte des inégalités au sein des pays. Elle incorporerait également une composante fondée sur les résultats, visant à accélérer la réalisation de cibles programmatiques convenues collectivement par les États Membres. Les détails étaient fournis dans l'annexe B du document.

50. Le Comité a exprimé son soutien solide à la politique budgétaire proposée et fait part de sa gratitude aux membres du groupe de travail consultatif pour avoir produit une proposition techniquement solide et bien organisée. Le Délégué de l'Argentine a noté que son pays avait également participé au groupe de travail. L'approche équitable et flexible de la politique était favorablement accueillie et un soutien particulier était exprimé pour l'incorporation du coefficient de Gini et la reconnaissance du besoin de garantir que les affectations au niveau des pays étaient suffisantes pour maintenir une présence de l'OPS dans chaque pays.

51. La composante fondée sur les résultats était considérée comme une innovation importante, même s'il était estimé important de clarifier comment, méthodologiquement, les résultats influenceraient les affectations budgétaires. Les délégués ont applaudi le fait que, contrairement aux politiques de financement de quelques autres organisations, la politique récompenserait, et ne pénaliserait pas, les pays qui réalisaient de bons résultats. L'appui continu de la politique au travail accompli au niveau infrarégional était également accueilli favorablement. Le besoin de continuer à fournir un appui solide pour la coopération entre les pays était souligné.

52. M. Sotela a dit qu'il était gratifiant d'entendre la réponse positive à la politique proposée et a également remercié les membres du groupe de travail consultatif. Il a clarifié que la composante interpays de la nouvelle politique n'était pas la même que la coopération technique entre les pays (TCC). Dans le cadre de la nouvelle politique, comme dans le cadre de celle en place, la TCC serait financée par la portion variable de l'affectation au pays. Toutefois, avec la politique actuelle, l'affectation plancher/fixe avait souvent été insuffisante et il avait été nécessaire d'utiliser l'affectation variable pour couvrir les dépenses de fonctionnement des bureaux des pays. Avec la nouvelle politique proposée, du fait que l'affectation fixe serait suffisante pour garantir une présence minimum dans le pays, il y aurait davantage de ressources disponibles pour les activités de TCC.

53. La Directrice a indiqué qu'à son point de vue, l'une des plus grandes forces de la politique proposée était qu'elle tenait compte non seulement des inégalités entre les pays mais aussi des inégalités au sein des pays. Alors que les Amériques avaient fait des progrès dans la réduction des inégalités, elle restait la région la plus inégale au monde en termes de distribution de la richesse et de distribution des indicateurs clés de la santé tels que



l'espérance de durée de vie à la naissance. Les réussites accomplies pour réduire les inégalités étaient attribuables essentiellement à l'introduction de la protection sociale et des politiques de transfert des ressources. La politique budgétaire proposée témoignait de la volonté des gouvernements des Amériques de travailler sur la voie d'une plus grande égalité et d'une plus grande équité dans la Région.

54. Dans la discussion de la résolution proposée sur ce point, contenue à l'annexe C du document CE150/12, Rév.2, une clarification a été demandée concernant les paramètres pour le transfert des ressources entre les divers niveaux fonctionnels, mentionnés à l'alinéa 3(b). M. Sotela a expliqué que le groupe de travail consultatif avait estimé que la politique ne devrait pas être excessivement restrictive en ce qui concernait les proportions affectées aux différents niveaux. Il avait été convenu que l'affectation au niveau des pays ne devrait jamais être inférieure à 40%, mais il avait également été reconnu que des circonstances changeantes pourraient nécessiter une augmentation dans cette proportion ou dans l'affectation à l'un des autres niveaux fonctionnels afin de satisfaire le but ultime de la politique, à savoir améliorer les résultats dans les pays. La résolution proposée était par la suite révisée afin de clarifier cette idée et était adoptée par le Comité en tant que résolution CE150.R12.

**Évaluation préliminaire du programme et budget de l'OPS 2010-2011 en fin de période biennale/Deuxième rapport de situation intérimaire du Plan stratégique 2008-2012 de l'OPS (document CE150/13, Rév. 1)**

55. Mme Ann Blackwood (Présidente du Sous-comité du programme, du budget et de l'administration) a fait rapport sur la discussion du Sous-comité d'une version antérieure du document sur ce point (voir paragraphes 28 à 42 du rapport final du Sous-comité, document SPBA6/FR), notant que le Sous-comité était préoccupé du fait que certains objectifs stratégiques qui étaient en bonne voie à la fin de la période biennale 2008-2009 étaient à risque dans l'évaluation de 2010-2011, notamment les objectifs 1 et 14. Le Sous-comité était également préoccupé par le niveau relativement bas de financement et de mise en œuvre en ce qui concernait certains objectifs stratégiques, en particulier les objectifs 10, 11, et 12.

56. Le Dr Amalia Del Riego (Conseillère principale en Planification et coordination des ressources du BSP) a présenté le rapport contenu dans le document CE150/13, Rév.1, qui récapitulait les résultats obtenus dans le cadre du budget programme 2010-2011 et évaluait les progrès accomplis en ce qui concernait les objectifs stratégiques et les résultats escomptés au niveau de la Région identifiés dans le Plan stratégique de l'OPS 2008-2012. Le rapport contenait également une analyse de l'impact du travail entrepris afin de réaliser les objectifs stratégiques. Les annexes du rapport présentaient une analyse détaillée des résultats en ce qui concernait chaque objectif stratégique et ses résultats escomptés au niveau régional correspondant, qui étaient classifiés comme étant « en bonne voie » (pas d'obstacles ni de risques escomptés pour affecter les progrès de façon importante), « à

risque » (progrès en péril et action requise pour surmonter les retards, obstacles et risques), ou « en danger » (progrès en sérieux péril, avec obstacles ou risques qui pourraient empêcher la réalisation des objectifs). Aucun objectif stratégique n'était en danger. Quatre objectifs stratégiques et huit résultats escomptés au niveau régional étaient à risque, et un résultat escompté au niveau régional était en danger.

57. Le rapport indiquait les réalisations majeures, les défis et les leçons apprises dans l'ensemble et pour chaque objectif stratégique. Des informations étaient également fournies sur l'exécution du budget 2010-2011. Les principales conclusions et recommandations émergeant de l'évaluation étaient présentées à la fin du rapport. Les leçons apprises de chaque objectif stratégique, chaque résultat escompté au niveau régional et chaque indicateur seraient utilisés pour améliorer le nouveau Plan stratégique 2014-2019 et le budget programme 2014-2015. La contribution de la Région aiderait également le processus mondial de développement du douzième programme de travail général de l'OMS.

58. Le Comité a fait l'éloge du rapport et noté son utilité non seulement comme apport au travail futur mais aussi comme outil de gestion fondé sur les résultats. Une clarification a été demandée concernant quelques divergences apparentes entre les résultats réalisés et les niveaux de financement reçus et sur les enseignements tirés de ces résultats. Les délégués ont fait remarquer, par exemple, que l'objectif stratégique 9 (nutrition, salubrité des aliments et sécurité alimentaire) courait le risque non seulement de ne pas être réalisé, même s'il avait reçu l'un des niveaux de financement les plus élevés, alors que l'objectif stratégique 10 (services de santé) restait en bonne voie malgré une diminution de 40% du financement par rapport à la période biennale 2008-2009. Ils ont également demandé si le taux global d'exécution du budget programme de 85% était considéré comme un bon taux, pourquoi un taux de plus de 90% n'avait pas été atteint, et quels facteurs de risque avaient contribué au niveau d'exécution relativement faible (73,9%) notifié pour l'objectif stratégique 4 (santé maternelle, de l'enfant, de l'adolescent et des personnes âgées). Un délégué a noté que le rapport indiquait une croissance importante des contributions volontaires dans certains domaines et a voulu savoir si ces contributions avaient été des contributions volontaires nationales destinées à des projets spécifiques dans le pays donateur et quelles étaient les implications de ces contributions pour l'OPS en termes de frais généraux.

59. Le Dr Del Riego a répondu que le taux global d'exécution de 85% était en fait considéré comme bon, en particulier du fait qu'il englobait les ressources totales reçues et exécutées, y compris le budget ordinaire et les fonds volontaires. Certains de ces derniers fonds n'étaient pas arrivés au début de la période biennale et n'avaient donc pas été entièrement exécutés, mais ils seraient reportés et exécutés en 2013-2014. Pour ce qui était des contributions volontaires nationales, elle a fait remarquer qu'elles contribuaient à la mise en œuvre des stratégies de coopération des pays et des programmes de travail dans les pays concernés et que, par conséquent, elles contribuaient également à la réalisation de

cibles et objectifs régionaux. De plus, ces fonds étaient parfois utilisés pour des activités de TCC, approfondissant ainsi la coopération Sud-Sud. Les divergences observées entre les niveaux de financement et les résultats témoignaient, dans certains cas, d'une surestimation des coûts et d'un besoin d'une planification et d'un établissement des coûts plus réalistes. Concernant l'objectif stratégique 4, les problèmes notés relatifs à certains indicateurs et résultats escomptés étaient liés davantage à la nécessité d'un plaidoyer, d'un engagement politique et d'une action multisectorielle plus grands qu'au niveau de financement reçu.

60. Le Dr Gina Tambini (Gérante du domaine de santé familiale et communautaire, BSP), a ajouté que du fait que les indicateurs étaient définis en termes de nombre de pays qui avaient atteint une cible donnée, un résultat escompté pouvait être à risque même si un seul pays n'avait pas atteint la cible. Un problème était que les pays n'utilisaient pas toujours les mêmes indicateurs. Le Bureau travaillait pour redresser cette situation. Alors que le taux global d'exécution pour l'objectif stratégique 4 semblait être relativement faible, le taux d'exécution pour les fonds du budget ordinaire était supérieur à 95%, et pour les fonds volontaires, à l'exclusion des fonds qui seraient reportés dans la période biennale 2013-2014, le taux était proche de 95%.

61. Le Dr Rubén Torres (Gérant du domaine des systèmes de santé fondés sur les soins de santé primaires du BSP) a indiqué qu'il avait été possible de réaliser les résultats montrés sous l'objectif stratégique 10 avec un niveau de financement relativement faible, en partie parce que le financement par voie indirecte en provenance d'autres domaines avait un rapport avec les services de santé – par exemple, la formation fournie aux responsables des soins de santé primaires sous l'objectif stratégique 13 (ressources humaines pour la santé). De plus, une attention croissante aux soins de santé primaires au cours des dernières années avait accru la disponibilité de financement au niveau national.

62. La Directrice a fait observer que la contribution financière de l'OPS aux efforts nationaux était minimale, même dans les pays les plus démunis. Son rôle consistait essentiellement en appui technique. En ce qui concernait l'objectif stratégique 4, elle a souligné le besoin de collaboration avec les secteurs de l'agriculture et de l'environnement, ainsi qu'avec le personnel de préparation et de réponse aux catastrophes, du fait que les problèmes de malnutrition et d'insécurité alimentaire de la Région étaient largement liés à la sécheresse. L'Alliance panaméricaine pour la nutrition et le développement, initiative régionale impliquant tous les organismes des Nations Unies travaillant dans les Amériques, s'efforçait d'apporter cette collaboration afin d'aborder les déterminants qui menaient à la fois à la malnutrition et à la surcharge pondérale et l'obésité.

63. En ce qui concernait l'exécution du budget, l'OPS continuait systématiquement à recevoir un montant plus faible que celui alloué dans le budget de l'OMS, ce qui faisait que le taux d'exécution du budget semblait plus faible que ce qu'il était en réalité. La situation s'était améliorée grâce aux efforts du Canada et d'autres États Membres de l'OPS

qui avaient été représentés au Conseil exécutif de l'OMS, mais une vigilance continue était requise.

64. Le Comité a pris note du rapport.

**Stratégie et plan d'action pour la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles (document CE150/14)**

65. La Présidente du Comité exécutif a attiré l'attention sur la stratégie et le plan d'action proposés sur les maladies non transmissibles décrits dans le document CE150/14 et a engagé la discussion.

66. Le Comité exécutif a remercié le Bureau pour ses efforts dans la préparation d'une stratégie et d'un plan d'action sur les maladies non transmissibles reflétant les résultats de la réunion à haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur les maladies non transmissibles et les discussions sur le plan d'action mondial et le cadre de suivi au cours de la soixante-cinquième Assemblée mondiale de la Santé récemment conclue. Le Comité a reconnu le besoin d'une stratégie régionale et d'un plan d'action contenant des cibles et des indicateurs qui tenaient compte de la situation dans la Région et des aspirations collectives des États Membres de la Région.

67. Les efforts du Bureau pour consulter les États Membres ont également été reconnus. Toutefois, d'autres consultations étaient considérées essentielles afin d'aligner la stratégie régionale et le plan d'action sur le plan d'action mondial et le cadre détaillé proposé de suivi mondial et pour tenir compte des résultats des consultations mondiales en cours en la matière et de l'apport fourni par les États Membres en consultations au niveau régional. Les délégués ont fait remarquer que la stratégie et le plan d'action semblaient s'être inspirés d'un projet antérieur sur le cadre de suivi mondial et que les indicateurs régionaux proposés n'étaient par conséquent pas cohérents avec les indicateurs mondiaux actuellement en cours de discussion. De plus, d'autres informations étaient requises sur la façon dont les indicateurs avaient été sélectionnés et sur la façon dont ils se rapportaient aux objectifs stratégiques. Ils ont souligné que la stratégie devrait comporter une feuille de route claire et un cadre pour action qui serait adapté aux contextes nationaux, tout en faisant attention à garantir qu'ils étaient mesurables et réalisables.

68. Un délégué a proposé que des consultations supplémentaires prennent place et que la stratégie et le plan d'action, révisés à la lumière de ces consultations et du résultat des discussions mondiales, devraient être soumis au Conseil exécutif en 2013. D'autres délégués étaient d'avis qu'afin de maintenir la dynamique créée par la réunion de haut niveau des Nations Unies, le Comité entreprenne une action en la matière au cours de sa 150<sup>e</sup> Session. Ce dernier point de vue a été fortement approuvé par un représentant d'une organisation de la société civile.

69. Reconnaissant que les objectifs et les indicateurs de la stratégie régionale proposée étaient fondés sur une version antérieure du cadre proposé de suivi mondial et convenant que des consultations ultérieures étaient requises, le Dr James Hospedales (Conseiller principal en prévention et contrôle des maladies chroniques au BSP), a noté que la stratégie et le plan d'action proposés tiraient parti des acquis de l'exécution de la stratégie régionale et du plan d'action sur une approche intégrée de la prévention et du contrôle des maladies chroniques, y compris l'alimentation, l'exercice physique et la santé, adoptés en 2006. La stratégie s'efforçait d'accroître la prépondérance des maladies non transmissibles dans les programmes économiques et de développement et de promouvoir une approche de l'ensemble de la société en matière de prévention et de contrôle de ces maladies, parmi d'autres objectifs.

70. La Directrice a suggéré qu'afin de maintenir la dynamique sur ce thème, un groupe d'États Membres pourrait travailler avec le Bureau au cours de la semaine afin de déterminer quelle action devrait être prise en la matière avant la Conférence sanitaire panaméricaine.

71. Le Comité a décidé de former un groupe de rédaction pour réviser la résolution proposée dans le document CE150/14. La résolution qui en découlait, la résolution CE150.R13, demandait à la Directrice de tenir des consultations supplémentaires à ce sujet, y compris une réunion au niveau de l'ensemble de la Région avec les États Membres, avant la 28<sup>e</sup> Conférence sanitaire panaméricaine, afin de présenter une stratégie révisée pour la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles pour approbation par la Conférence et de proposer un processus pour le développement ultérieur d'un plan d'action à être approuvé par le Conseil directeur en 2013.

### **Stratégie et plan d'action sur les soins de santé infantile intégrés (document CE150/15)**

72. La Présidente a invité le Comité à commenter la stratégie et le plan d'action proposés sur les soins de santé infantile intégrés présentés dans le document CE150/15.

73. Le Comité a fait part de son appui solide à la stratégie et au plan d'action, accueillant favorablement en particulier l'approche fondée sur les droits de l'homme et l'axe sur les déterminants sociaux de la santé et le besoin d'une action multisectorielle intégrée pour les aborder. Les délégués ont applaudi la reconnaissance par la stratégie de la part de la mortalité néonatale à la mortalité des enfants de moins de cinq ans, et le besoin d'inscrire au nombre des priorités les actions destinées à empêcher l'asphyxie à la naissance, la septicémie, la prématurité et le faible poids à la naissance, ainsi que l'accent mis par le plan d'action sur le renforcement de la capacité et la consolidation de systèmes intégrés de santé en vue de la gestion, de la planification et de la mise en œuvre de stratégies intégrées de santé infantile à l'aide d'une approche de soins de santé primaires. Ils ont également exprimé leur appui à une approche Sud-Sud qui tirait parti de

l'expérience des pays latino-américains et des Caraïbes et qui reconnaissait l'importance de l'implication d'alliances existantes qui œuvraient déjà à la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement et à l'amélioration de la santé et du développement de l'enfant.

74. Le besoin de renforcer les compétences du personnel de santé, des familles et des communautés en ce qui concernait la santé de l'enfant a été mis en exergue, ainsi que le besoin de renforcer les systèmes d'information. Il était estimé que la stratégie et le plan d'action ainsi que la résolution proposée contenue dans le document CE150/15 devraient mettre davantage l'accent sur la réalisation de campagnes de communication de masse ayant pour but de faire œuvre de sensibilisation sur les problèmes de santé infantile et promouvant le développement optimum sur le plan social, émotif, moteur et cognitif des enfants. Le Bureau et les États Membres ont été encouragés à utiliser le cadre de redevabilité et les indicateurs proposés par la Commission de l'information et de la redevabilité pour la santé de la femme et de l'enfant et la Convention sur les droits de l'enfant en mettant en œuvre le plan d'action. Il a été proposé qu'un paragraphe soit ajouté à la résolution proposée demandant à la Directrice d'établir des indices de référence directement corrélés aux domaines stratégiques dans la stratégie et le plan.

75. M. Christopher Drasbek (Conseiller en prise en charge intégrée des maladies de l'enfant au BSP) a remercié les délégués pour leurs suggestions constructives en vue de l'amélioration de la stratégie et du plan d'action, que le Bureau incorporerait dans un document révisé à présenter à la 28<sup>e</sup> Conférence sanitaire panaméricaine. Il a noté que la stratégie et le plan d'action tenaient compte des apports reçus des États Membres et des organisations de la société civile ainsi que du personnel dans différents domaines au sein du Bureau.

76. Le Comité a par la suite examiné une version révisée de la résolution proposée incorporant les divers amendements proposés par les États Membres et a adopté la résolution CE150.R4, recommandant que la Conférence sanitaire panaméricaine avalise la stratégie et approuve le plan d'action.

### **Évaluation des technologies de la santé et incorporation dans les systèmes de santé (document CE150/16)**

77. La Présidente a attiré l'attention sur le document CE150/16 et a engagé la discussion.

78. Le Comité a accueilli favorablement le document et l'approche proposée d'évaluation en fonction des données scientifiques des technologies de la santé et de la prise de décisions concernant leur usage. L'importance de l'évaluation du coût-efficacité des technologies de la santé et de la transparence dans la prise de décisions a été mise en relief. Plusieurs délégués ont noté que l'approche proposée était conforme à leurs approches nationales et fourni des informations sur leurs organes respectifs d'évaluation

des technologies de la santé. Le délégué du Pérou a indiqué que l'approche proposée était également alignée sur la politique andine d'évaluation de technologies de la santé adoptée par les six ministres de la santé des pays andins. Le même délégué a suggéré que le paragraphe 10 du document devrait inclure une information sur la formation en 2011 de la Commission sectorielle d'évaluation de technologies de la santé et maladies à coût élevé de son pays. Le délégué du Mexique a fait observer que le Centre national d'excellence technologique en santé de son pays (CENETEC-SALUD) a été établi en 2004, et non en 2006, et qu'il était un Centre collaborateur de l'OPS/OMS depuis 2009.

79. M. James Fitzgerald (Conseiller principal en médicaments essentiels et produits biologiques au BSP) a dit que le Bureau attachait une grande importance aux défis réglementaires et autres auxquels les systèmes de santé de la Région faisaient face en établissant des processus et des critères pour l'incorporation des technologies de la santé, avec l'attention due à la qualité des soins et la sécurité des patients dans l'usage des technologies, y compris les médicaments, les produits biologiques et les dispositifs médicaux.

80. Des changements importants ont été proposés au projet de résolution contenu dans le document CE150/16, soulevant des préoccupations pour les délégations qui appuyaient la résolution telle qu'elle avait été rédigée et qui estimaient que les changements proposés enlèveraient des éléments essentiels de l'approche proposée. Il a par conséquent été décidé de former un groupe de rédaction pour réviser la résolution. La résolution qui en a découlé, adoptée en tant que résolution CE150.R17, recommandait que la Conférence sanitaire panaméricaine adopte une résolution priant instamment les États Membres, inter alia, d'encourager l'usage de l'évaluation de la technologie de la santé pour étayer les politiques de santé publique et les processus de prise de décisions concernant l'incorporation des technologies de la santé et priant la Directrice de faire rapport aux Organes directeurs en 2014 sur la mise en œuvre de la résolution et d'envisager à cette époque l'élaboration d'une stratégie régionale et d'un plan d'action.

### **Stratégie et plan d'action sur la gestion des connaissances et la communication (document CE150/17)**

81. La Présidente a invité le Comité à faire des commentaires sur la stratégie et le plan d'action proposés sur la gestion des connaissances et la communication décrits dans le document CE150/17.

82. Les membres du Comité ont bien accueilli la stratégie et le plan d'action proposés et exprimé leur appui aux efforts de l'OPS pour étendre et améliorer l'échange de connaissances et d'information dans l'ensemble de la Région à l'aide des nouvelles technologies. Ils estimaient que la stratégie et le plan d'action fourniraient un cadre pour relever les défis du partage de l'information et des connaissances et pour reconnaître de nouveaux paradigmes pour la gestion des connaissances et la communication. Ils ont

suggéré que la stratégie et le plan d'action pouvaient être améliorés en établissant une distinction plus claire entre gestion des connaissances et communication et entre les deux sortes de communication, à savoir la communication entre organismes au titre du partage de l'information et la communication avec le public afin d'appuyer la prise des décisions sur la santé. Ils considéraient qu'il était important de séparer les deux formes de communication afin de lier la stratégie et le plan d'action clairement à des acteurs et des fonctions spécifiques pertinents à chacun. De plus, ils ont suggéré qu'il faudrait mettre davantage l'accent sur la façon de réduire les écarts et surmonter les barrières dans l'accès aux technologies de l'information et de la communication dans la Région et sur la façon d'encourager le développement d'outils et de ressources adaptés aux technologies les plus largement disponibles dans la Région, notamment les téléphones portables. Le développement d'applications autonomes pour ces appareils était considéré particulièrement important.

83. Ils ont également suggéré que le langage reconnaissant l'hétérogénéité de la Région en ce qui concernait les progrès dans la gestion des connaissances devait être ajouté à la résolution proposée contenue dans le document CE150/17. En ce qui concernait le paragraphe 3(b) de la résolution proposée, qui priait la Directrice de promouvoir la préparation et l'exécution de programmes nationaux de culture numérique, ils ont observé que ces programmes relevaient des attributions de l'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO), et non de l'OPS, et une clarification du rôle et des responsabilités de l'OPS à cet égard a été demandée. Une clarification a également été demandée sur la façon dont la stratégie et le plan d'action proposés élargiraient ou intégreraient la stratégie et le plan d'action sur la cybersanté adoptés en 2011.<sup>3</sup>

84. Ils ont noté que l'objectif 1.2 de la version anglaise de la stratégie et du plan d'action devraient être libellés « aider à définir les priorités de politique.... » (*Help define policy priorities*) et non « aider à définir les priorités politiques.... » (*Help define political priorities*). Plusieurs suggestions en vue de l'affinement et de la clarification de certains indicateurs ont été soumises par écrit.

85. M. Marcelino D'Agostino (Gérant du domaine de la Gestion des connaissances et de la communication du BSP) a indiqué que les diverses suggestions seraient incorporées dans une version améliorée du document à soumettre à la Conférence sanitaire panaméricaine. En ce qui concernait les écarts dans l'accès aux technologies, au titre d'une approche multisectorielle transversale dans le cadre de la stratégie proposée comme dans le cadre de la stratégie sur la cybersanté, le Bureau encourageait la collaboration avec les institutions de télécommunications et d'autres acteurs afin de renforcer l'accès à l'information et aux technologies. Dans le même temps, il s'efforçait de garantir que les deux stratégies se complétaient l'une l'autre mais sans faire double emploi. Donc, les

---

<sup>3</sup> Voir résolution CD51.R5.



questions relatives à la technologie de l'information en soi, y compris le développement des applications de téléphones portables, seraient abordées dans le cadre de la stratégie de la cybersanté. En ce qui concernait la culture numérique, il a dit que l'OPS travaillait avec l'UNESCO et que son initiative de culture digitale était fondée sur celle de l'UNESCO. Le but était d'arrêter une série de compétences dont les gens avaient besoin pour fonctionner efficacement dans une société de l'information.

86. Le Comité exécutif a adopté la résolution CE150.R5, recommandant que la Conférence sanitaire panaméricaine avalise la stratégie et approuve le plan d'action.

### **Coordination de l'aide humanitaire internationale en matière de santé en cas de catastrophes (document CE150/18)**

87. La Présidente a attiré l'attention sur le document CE150/18 et ouvert la voie à la discussion.

88. Le Comité a loué l'OPS pour son travail dans le domaine de la préparation aux situations d'urgence et de la réponse aux catastrophes et a accueilli favorablement ses efforts et ceux de l'OMS pour renforcer les mécanismes liés à la fourniture d'aide humanitaire internationale. Il a souligné que tout mécanisme de coordination créé par le biais de la résolution proposée contenue dans le document CE150/18 devrait accompagner le système international plus large et y être coordonné, y compris les autres groupes de travail, les entités et mécanismes régionaux de réponse humanitaire et la Croix-Rouge. Un délégué a souligné le besoin d'un moyen pour coordonner le travail de petites organisations non gouvernementales dans la phase post-urgence de la réponse à la catastrophe afin d'éviter la duplication des efforts et de renforcer l'efficacité de leur réponse. Un autre a appelé l'Organisation à appuyer les États Membres dans la formation de leurs équipes de réponse nationales afin de les doter des compétences nécessaires pour aider d'autres pays à la suite d'une catastrophe.

89. Plusieurs délégués ont relevé que dans certains pays, c'était une agence nationale de réponse aux catastrophes qui coordonnait la réponse internationale à une catastrophe et non le ministère de la santé, et ils ont par conséquent suggéré que le langage du paragraphe 1(a) de la résolution proposée soit plus flexible. Un délégué a suggéré que le paragraphe 2(c) soit retiré de la résolution, car il n'était pas sûr que la participation des gouvernements au groupe de travail de santé mondiale soit appropriée. Une clarification a été demandée sur la façon dont fonctionnerait le mécanisme d'enregistrement et d'accréditation mentionné au paragraphe 2(e). Il a été noté qu'un financement extérieur considérable serait requis pour mettre la résolution en œuvre et une demande d'informations a été formulée sur la façon dont le Bureau entendait mobiliser ce financement.

90. Faisant référence au paragraphe 1(a) de la résolution proposée, le Dr Jean-Luc Poncelet (Gérant du domaine de la Préparation aux situations d'urgence et secours aux sinistrés du BSP), a expliqué que l'expérience avait montré que les ministères de la santé

avaient tendance à abandonner la responsabilité de la coordination de l'assistance internationale aux ministères des affaires étrangères ou à un organisme national chargé de la coordination de la réponse aux situations d'urgence, et que le Bureau estimait que les ministères de la santé devraient être plus impliqués dans la coordination de la réponse du secteur de la santé. En ce qui concerne le paragraphe 2(c), l'idée était d'encourager une meilleure communication entre les membres du groupe de travail en santé et les États Membres et de garantir que les gouvernements soient impliqués dans la planification de l'aide humanitaire internationale. Pour ce qui était du paragraphe 2(e), il a expliqué que l'objectif était de mettre en place un système d'enregistrement des équipes médicales auxquelles il serait fait appel pour répondre à une catastrophe.

91. La résolution proposée a été révisée afin d'incorporer les diverses modifications discutées, et adoptée en tant que résolution CE150.R10.

#### **Bioéthique : vers l'intégration de l'éthique en matière de santé (document CE150/19)**

92. La Présidente a invité le Comité à faire des commentaires sur le document de concept et la résolution proposée sur la bioéthique contenue dans le document CE150/19.

93. Les délégués ont fait part de leur soutien solide à la résolution proposée, mais ont suggéré de mettre davantage l'accent dans la résolution et le document de concept sur le développement de programmes académiques pour la formation de professionnels de bioéthique, en particulier dans le domaine de l'éthique en santé publique, du fait que ces professionnels étaient difficiles à trouver. L'Organisation était instamment priée de travailler avec les universités pour développer des programmes de formation.

94. Le Dr Carla Sáenz (Conseillère en bioéthique au BSP) a indiqué que le document et la résolution proposée seraient modifiés pour mettre davantage l'accent sur la formation de professionnels de bioéthique. Elle avait le plaisir d'informer que l'OPS avait récemment signé un accord avec une université brésilienne pour la conception d'un logiciel destiné à aider les comités de bioéthique à examiner la recherche impliquant des êtres humains, y compris des essais cliniques, et pour renforcer l'efficacité et la transparence des processus d'examen. Un essai pilote du logiciel devrait commencer sous peu.

95. La Directrice a indiqué que l'objectif du document était de présenter un cadre conceptuel pour guider le travail dans le domaine de la bioéthique, puisant dans le travail très utile mené à bien au sein de l'Organisation au cours de la dernière décennie. Ce travail avait reçu un appui spécial du gouvernement du Chili, qui avait joué un rôle de chef de file dans la création du Programme régional de bioéthique, basé à l'origine au Chili. Cet appui avait mené au développement de plusieurs programmes de master en bioéthique dans les Amériques, avec pour résultat que la Région disposait maintenant d'un cadre solide de professionnels en bioéthique. Toutefois, comme le notait le document de concept, il restait beaucoup à faire dans ce domaine, et par conséquent elle accueillait favorablement la

suggestion demandant qu'un plus grand accent soit mis sur la formation dans le document et la résolution proposée.

96. La résolution proposée contenue dans le document CE150/19 a été révisée pour incorporer les amendements suggérés et a été adoptée par le Comité comme résolution CE150.R7.

**Programme élargi de manuels et de matériel pédagogique (PALTEX) (document CE150/20, Rév. 1)**

97. Le Dr Juan Manuel Sotelo (Gérant du domaine des Relations externes, de la mobilisation des ressources et des partenariats du BSP) a présenté le document CE150/20, Rév. 1, qui passait en revue l'histoire du Programme élargi de manuels et de matériel pédagogique (PALTEX) et ses contributions à la coopération technique de l'Organisation, décrivait sa situation actuelle, mettait en relief certains problèmes qui avaient émergé par rapport à l'administration conjointe du Programme par l'OPS et la Fondation panaméricaine pour la santé et l'éducation (PAHEF) et exposait les mesures déjà prises et celles proposées pour l'avenir afin de corriger ces problèmes et de renforcer et renouveler PALTEX. La Directrice avait décidé que le Bureau reprendrait la responsabilité de la gestion globale du programme et, par conséquent, un dialogue avait été établi avec le Conseil d'administration de PAHEF, une feuille de route établie et un groupe de travail mis sur pied pour mettre le transfert en œuvre. Parallèlement, le Bureau et le Conseil d'administration de PAHEF avaient convenu de mettre en place un nouveau cadre légal selon lequel PAHEF pourrait mieux appuyer l'OPS. Cet accord était encore en cours de négociation.

98. Le Comité exécutif était prié de considérer l'adoption de la résolution proposée contenue dans le document, qui demandait à la Directrice de finaliser les actions requises pour consolider la gestion globale et l'administration de tous les aspects de PALTEX par le Bureau.

99. Les membres du Comité ont manifesté leur gratitude pour la contribution de PALTEX à l'éducation des professionnels de la santé et, par conséquent, au renforcement des systèmes de santé. Les délégués ont également fait part de leur appui à la résolution proposée et au plan de transfert de la gestion du Programme au Bureau. Ils ont particulièrement appuyé l'idée de créer e-PALTEX, qui élargirait l'accès à l'information. Le Bureau était également encouragé à faire usage des technologies de la communication et des médias sociaux pour diffuser l'information sur le Programme et ses ressources. Un délégué a demandé si PALTEX pouvait être étendu pour couvrir les écoles médicales et infirmières privées décentralisées qui devenaient de plus en plus nombreuses et populaires dans la sous-région des Caraïbes et qui servaient un nombre croissant d'étudiants locaux. Un autre délégué a demandé des informations supplémentaires sur les actions requises pour achever le transfert, le nouveau cadre légal, la structure et les opérations du

Programme, ainsi que le plan du Bureau pour étendre et améliorer PALTEX, y compris les implications financières et en ressources humaines, et le rôle futur de PAHEF ainsi que les relations avec PAHEF.

100. Dr Sotelo a indiqué que la principale mesure restante avant de terminer le transfert était de conclure un accord avec PAHEF pour le transfert de l'ensemble des actifs et des passifs du Programme. En ce qui concernait le rôle futur de PAHEF ainsi que les relations avec PAHEF, la Directrice et le personnel clé du Bureau auraient un séminaire avec le Conseil d'administration de PAHEF à la fin du mois d'août, qui donnerait l'occasion de discuter de la forme de collaboration que les deux organisations devraient avoir et de la façon dont la relation pourrait au mieux servir les États Membres et l'Organisation.

101. Le Dr Silvina Malvárez (Conseillère en développement du personnel infirmier et autres professionnels de la santé au BSP) a indiqué que le Bureau était très intéressé quant à l'extension de PALTEX dans les Caraïbes et qu'à cette fin, il avait pris plusieurs mesures, dont la tenue de réunions avec des professionnels en soins infirmiers et la mise en œuvre d'une enquête sur les écoles de sciences de santé dans la sous-région. Les services pouvaient être fournis aux universités privées si les gouvernements le spécifiaient dans les accords qu'ils signaient avec l'Organisation permettant à PALTEX de fonctionner dans leurs pays.

102. La Directrice a rappelé que le Programme avait été initié afin de fournir des traductions en espagnol de manuels médicaux qui n'étaient disponibles qu'en langue anglaise. Alors que les gouvernements et les institutions pédagogiques avaient identifié les matériels pédagogiques requis au fil des années, le Programme avait également commencé à produire du matériel original et avait été une source importante pour la mise à jour du personnel de santé concernant les connaissances, qui évoluaient rapidement, dans les sciences de la santé.

103. Un accord avait été conclu avec la Banque interaméricaine de développement pour un prêt qui constituerait la capitalisation initiale du Programme. Une condition du prêt voulait que le travail du Programme soit orienté sur les étudiants disposant de ressources limitées, et que par conséquent il travaillerait essentiellement avec les universités publiques. Le prêt initial ainsi qu'un second prêt pour financer l'expansion du Programme ont été remboursés par PAHEF. Jusqu'à environ dix ans en arrière, la gestion de PALTEX était entièrement aux mains du Bureau, mais face aux demandes croissantes de coopération technique et donc de demandes plus grandes sur le personnel, il avait été décidé de transférer certaines fonctions à PAHEF. Toutefois, une évaluation avait fait apparaître que pour diverses raisons institutionnelles, administratives et légales, il serait plus approprié que le Bureau reprenne l'entière responsabilité de la gestion du Programme et que PAHEF se concentre davantage sur la mobilisation des ressources. Le changement n'aurait pas d'implications financières pour l'OPS parce que le Programme était financé à l'aide de ses propres ressources et était auto-suffisant.

104. Le Comité a adopté la résolution CE150.R3, recommandant que la Conférence sanitaire panaméricaine adopte une résolution prenant note des actions prises à ce jour et demandant à la Directrice de parachever le transfert et d'étendre et d'améliorer ultérieurement le Programme conformément au plan exposé dans le document CE150/20, Rév. 1.

## **Questions administratives et financières**

### **Rapport sur le recouvrement des contributions (document CE150/21 et Add. I)**

105. Notant que le document CE150/21, Add. I, offrait des informations sur le recouvrement des contributions à compter du 11 juin 2012, Mme Linda Kintzios (Trésorière et Conseillère principale en services et systèmes financiers au BSP) a informé que depuis cette date, le Bureau avait reçu d'autres paiements de \$176 046 de Cuba et de \$151 996 du Panama. En résultat de la stratégie de la Directrice pour augmenter le taux de recouvrement des contributions et l'engagement démontré des États Membres au travail de l'Organisation, 99% des arriérés avaient été remboursés, laissant un solde impayé de \$289 065 seulement. Le recouvrement des contributions de l'année en cours s'élevait à \$23,3 millions, soit 27% du montant dû en 2012. Seize États Membres s'étaient acquittés de leurs contributions intégrales pour 2012. Aucun État Membre n'était sujet aux restrictions de vote prévues dans l'Article 6.B de la Constitution de l'OPS.

106. La Directrice a observé que le total des arriérés avait diminué de plus de \$40 millions in 2003 à moins de \$300 000, un résultat remarquable qui attestait de l'efficacité des mesures prises pour faciliter le versement des contributions, y compris l'acceptation de paiements en monnaie nationale. Elle a exprimé sa gratitude aux États Membres d'honorer leurs obligations vis-à-vis de l'Organisation, en dépit des contraintes budgétaires au niveau national.

107. Le Comité exécutif a adopté la résolution CE150.R1, remerciant les États Membres qui s'étaient déjà acquittés de leurs contributions pour 2012 et priant instamment les autres États Membres de s'acquitter du versement de leurs contributions impayées dans les plus brefs délais.

### **Rapport financier du Directeur et rapport du Commissaire aux comptes externe de l'OPS pour 2011 (*document officiel 342*)**

108. Mme Ann Blackwood (Présidente du Sous-comité du programme, du budget et de l'administration), a informé sur l'examen par le Sous-comité d'une version préliminaire, non vérifiée du Rapport financier (voir paragraphes 49-59 du Rapport final du Sous-comité, document SPBA6/FR).

109. Mme Sharon Frahler (Gérante du domaine de la Gestion des ressources financières du BSP), a présenté les points saillants du Rapport financier de la Directrice, qui indiquait

que les ressources financières totales de l'Organisation avaient augmenté de \$400 millions sur l'exercice biennal 2010-2011, atteignant \$1,8 milliard. Les ressources totales cumulées pour 2011 s'étaient montées à \$835,5 millions, dont \$98,1 millions en fonds du budget ordinaire, \$40,8 millions en fonds de l'OMS pour la Région des Amériques et \$694,4 millions en fonds provenant d'autres sources. Les contributions cumulées pour 2011 avaient atteint à un total de \$98,3 millions. Les recettes diverses cumulées avaient atteint un total de \$4,3 millions, ce qui était bien inférieur aux \$10 millions environ budgétisés pour l'année. Des taux d'intérêt globaux extrêmement bas avaient considérablement réduit les intérêts produits par le portefeuille d'investissement de l'Organisation, se traduisant par un déficit total dans le revenu divers de \$10,5 millions pour l'exercice biennal. Toutefois, grâce aux mesures de réduction des coûts mises en œuvre par la Directrice, ce déficit avait été réduit à \$4,6 millions. Ce dernier avait été financé par le fonds de roulement, réduisant le montant dans le fonds à \$15,4 millions. Le fonds serait reconstitué à l'aide d'excédents cumulés dans les exercices biennaux futurs.

110. Les dépenses consolidées, y compris les dépenses concernant les deux centres panaméricains dans les Caraïbes, avaient atteint \$836,3 millions en 2011 : \$162,9 millions (19,5%) en coûts de personnel et autre ; \$468,7 millions (56,0%) pour les fournitures, les biens et les matériels, y compris les activités d'achat ; \$106,6 millions (12,7%) pour les services contractuels ; \$53,4 millions (6,4%) pour les voyages ; \$33,2 millions (4%) pour les transferts et primes aux contreparties ; \$11,9 millions (1,4%) pour le fonctionnement général et autres coûts directs ; et un ajustement d'environ \$400 000 pour la dépréciation et l'amortissement d'équipement, de véhicules, de meubles et immobilisations incorporelles.

111. M. Steve Townley (Représentant du Commissaire aux comptes externe, Contrôleur, et Auditeur général près de la Cour des comptes du Royaume Uni de la Grande-Bretagne et de l'Irlande du Nord) a récapitulé le rapport du Commissaire aux comptes externe, notant que l'audit n'avait révélé aucune faille matérielle ou erreurs et que par conséquent une opinion d'audit non qualifiée avait été émise sur tous les comptes. Le rapport contenu dans le *Document officiel 342* mettait en relief les questions que le Commissaire aux comptes externe souhaitait porter à l'attention des États Membres en ce qui concernait la position financière de l'Organisation, les contrôles internes et les questions de gouvernance, les visites aux bureaux dans les pays et le projet de système de gestion pour l'information du BSP (PMIS).

112. Il a attiré l'attention en particulier sur les recommandations du Commissaire aux comptes externe concernant le besoin de déterminer la façon de financer les engagements à long terme des avantages des employés, de renforcer la compréhension des concepts générateurs des normes IPSAS et garantir la conformité aux réglementations en matière d'achats dans les bureaux dans les pays, d'améliorer la mise en œuvre des recommandations du Bureau de contrôle interne et services d'évaluation (IES), de réviser le profil du personnel d'IES et de développer des indicateurs pour mesurer la performance de l'IES, d'achever les documents clés du projet PMIS et d'adopter une approche globale

de gestion du risque pour le projet et procéder à une nouvelle évaluation des coûts du projet PMIS pour garantir que le budget de \$20,3 millions demeurait approprié. Le Commissaire aux comptes externe était satisfait des actions prises sur les recommandations antérieures, même si d'autres progrès pouvaient être faits. Des commentaires détaillés sur les recommandations antérieures figuraient à l'annexe B du rapport d'audit.

113. Le Commissaire aux comptes externe a accueilli favorablement la mise en œuvre par le Bureau d'un système de gestion des risques institutionnels et a confirmé qu'il contenait les éléments clés requis pour gérer et atténuer les risques efficacement. Toutefois, comme le système en était encore aux premières phases de sa mise en œuvre, il n'avait pas été possible d'évaluer la façon dont il répondrait avec succès aux besoins de gestion des risques de l'Organisation dans la pratique. Pour conclure, il a assuré le Comité que l'Office national d'audit travaillait étroitement avec la Cour des comptes d'Espagne pour garantir une transition sans heurts.

114. Le Comité exécutif a bien accueilli l'opinion d'audit non qualifiée et l'information sur la solide position financière de l'Organisation. Le Bureau était encouragé à exécuter pleinement les recommandations du Commissaire aux comptes externe. Les recommandations concernant le projet PMIS en particulier, étaient les bienvenues. Il reconnaissait que l'assurance maladie après emploi représentait un engagement important qui devait être financé, mais que la situation n'était pas critique à présent. Il a suggéré qu'une partie de l'excédent provenant de la mise en œuvre des normes IPSAS (voir paragraphes 125 à 129 ci-dessous) soit utilisée pour reconstituer le fonds de roulement.

115. Il a été noté que les contributions des États Membres ne représentaient que 13% seulement du revenu total de l'Organisation, le reste provenant d'autres sources, une situation qui laissait les finances de l'Organisation exposées aux fluctuations du marché. Les États Membres étaient instamment priés de s'acquitter ponctuellement de leurs contributions. Un délégué a demandé dans quelle mesure le financement d'autres sources était flexible. Il a été souligné que les commissions de soutien administratif aux projets devaient être appropriées pour défrayer le coût des activités financées à l'aide de contributions volontaires afin d'éviter de subventionner ce coût par le budget ordinaire.

116. Mme Frahler a convenu que le revenu des contributions était crucial. Il s'agissait là des ressources qui permettaient au Bureau de fournir la coopération technique aux États Membres et de mener à bien des activités en matière d'achats en leur nom.

117. M. Román Sotela (Conseiller principal en gestion du programme et du budget au BSP) a fait remarquer que si les contributions des États Membres n'avaient représenté qu'une part relativement faible du revenu total de l'Organisation, qui s'élevait à \$1,8 milliard en 2011, elles avaient représenté presque la moitié (environ 46%) des ressources reçues pour les programmes de coopération technique. Le chiffre de \$1,8 milliard attestait

d'un montant important reçu au titre des activités en matière d'achats, et ces fonds n'étaient pas utilisés pour les activités de coopération technique.

118. En ce qui concernait la flexibilité des fonds provenant d'autres sources, il a expliqué que certaines contributions volontaires étaient entièrement flexibles, alors que d'autres étaient à objet désigné dans une certaine mesure. Certaines étaient affectées au niveau de l'objectif stratégique, signifiant que certains pourcentages avaient été affectés à des objectifs stratégiques spécifiques dans le cadre du Plan stratégique 2008-2012, alors que d'autres étaient affectées à des projets spécifiques. De plus, l'OPS avait des accords avec certains pays pour la fourniture de financement fondé sur des programmes. Il y avait quelque flexibilité dans la façon dont ces fonds étaient utilisés, mais ils n'étaient pas totalement flexibles. Environ 10% des contributions volontaires reçues de l'OMS devaient être affectées au niveau des objectifs stratégiques et étaient par conséquent très flexibles. Il estimait qu'environ le même pourcentage de contributions volontaires à l'OPS était soit très flexible ou pleinement flexible.

119. La Directrice a indiqué que la situation de l'OPS en ce qui concernait les contributions volontaires différait à plusieurs égards de celle de l'OMS. Comme l'avait noté M. Sotela, l'OPS recevait un financement fondé sur des programmes de la part de plusieurs pays, ce qui lui permettait de combler des écarts de financement, même si le nombre de pays fournissant ce financement était très faible. De plus, l'OPS recevait des contributions volontaires nationales pour des projets et des programmes à réaliser dans le pays donateur. Une fois de plus, le nombre de pays fournissant ce financement était relativement limité, mais s'accroissait régulièrement. Ces fonds étaient à objet désigné dans le sens qu'ils ne pouvaient être utilisés que dans le pays donateur, mais ils servaient à accroître la capacité de réponse de coopération technique de l'Organisation et ne constituaient pas un fardeau sur son budget. En outre, ils contribuaient au développement d'une expertise et des institutions nationales et renforçaient les autres modalités de coopération, telles que la coopération Sud-Sud.

120. Il était essentiel de maintenir un équilibre approprié entre les fonds du budget ordinaire et les contributions volontaires, car les ressources du budget ordinaire étaient celles qui soutenaient les fonctions essentielles de l'Organisation et lui permettaient de mobiliser d'autres fonds et de les utiliser efficacement. Elle encourageait par conséquent les États Membres à continuer à approuver les augmentations périodiques des contributions.

121. Elle rappelait qu'en 2010, les États Membres avaient approuvé une augmentation de 0,5% pour les commissions de soutien administratif prélevées sur les activités en matière d'achat<sup>4</sup> et avaient demandé au Bureau d'entreprendre une étude afin de

---

<sup>4</sup> Voir résolution CD50.R1.



déterminer si une augmentation supplémentaire était requise. Le Bureau présenterait les résultats de cette étude à la 151<sup>e</sup> Session du Comité exécutif en septembre.

122. Pour ce qui était de la suggestion relative à la reconstitution du fonds de roulement, elle notait que comme le montrait le Rapport financier, \$10 millions avaient été transférés du budget ordinaire de l'OPS au Fonds renouvelable pour l'achat des vaccins en 2010 afin d'accélérer l'achat par les États Membres du vaccin pandémique (H1N1) 2009 et que ces fonds pouvaient être reversés à n'importe quel moment au budget ordinaire. Elle suggérait par conséquent que ces fonds, et non une portion de l'excédent de la mise en œuvre des normes IPSAS, soient utilisés pour reconstituer le fonds de roulement.

123. Elle a rendu hommage à Mme Frahler, qui prendrait sa retraite à la fin du mois de juin après une carrière distinguée de 20 ans avec l'Organisation.

124. Le Comité a exprimé sa gratitude à Mme Frahler pour son service et a pris note des rapports.

#### **Excédent de la mise en œuvre des normes IPSAS en 2010 (document CE150/22)**

125. En récapitulant les délibérations du Sous-comité sur ce point (voir paragraphes 60 à 68 du rapport final du Sous-comité, document SPBA6/FR), Mme Ann Blackwood (Présidente du Sous-comité du programme, du budget et de l'administration) a indiqué que le Sous-comité avait été informé que les ajustements apportés aux comptes de l'Organisation au titre de la transition des normes de comptabilité du système des Nations Unies aux normes IPSAS avaient produit un excédent de près de \$33,9 millions, résultat d'appropriations budgétaires non engagées. Il avait été proposé que l'excédent soit utilisé pour investir dans la modernisation du système d'information pour la gestion du BSP (voir paragraphes 180 à 184 ci-dessous), l'assurance maladie après emploi pour les retraités, la création d'une réserve pour le Fonds directeur d'investissement, la reconstitution du fonds spécial de l'OPS pour la promotion de la santé, la création d'un fonds d'urgence pour les épidémies et l'investissement dans un plan quinquennal de sécurité alimentaire. Le solde de l'excédent restant après avoir affecté un financement aux initiatives mentionnées ci-dessus, serait placé dans un fonds de réserve à utiliser pour des investissements supplémentaires dans ces initiatives ou à des fins stratégiques et/ou administratives futures.

126. Dans la discussion qui a suivi, le Bureau était félicité pour sa mise en œuvre ponctuelle des normes IPSAS et un soutien a été exprimé en faveur de l'usage proposé des fonds, en particulier les propositions relatives au projet du système d'information pour la gestion du BSP et l'assurance maladie après emploi. En ce qui concernait la proposition relative au Fonds directeur d'investissement, les délégués étaient en faveur du transfert de \$6 millions au sous-fonds de technologie de l'information, mais ils ont demandé d'autres informations sur les usages proposés des \$2 millions à être transférés au sous-fonds de l'immobilier et de l'équipement et ils ont suggéré que le transfert de ces fonds soit reporté jusqu'à ce que le Comité d'investissement d'infrastructure de projets ait terminé son

examen des projets proposés (voir paragraphes 142 à 147 ci-dessous). Ils ont fait observer que le solde de l'excédent de \$4,4 millions serait suffisant pour ramener le fonds de roulement pratiquement à son niveau maximum de \$20 millions (voir paragraphes 108 à 124 ci-dessus), et ont suggéré que le solde devrait être utilisé à cette fin plutôt que d'être placé dans un fonds de réserve. Ils ont noté toutefois que le maintien d'un fonds de réserve était une bonne pratique de budgétisation et qu'il serait particulièrement souhaitable dans le climat financier actuel incertain.

127. M. Román Sotela (Conseiller principal en gestion du programme et du budget au BSP) a clarifié que la proposition relative au Fonds directeur d'investissement ne consistait pas à faire un transfert direct de \$8 millions au fonds, mais plutôt à créer une réserve de laquelle des fonds pouvaient être tirés quand le besoin s'en faisait sentir. En ce qui concernait les fonds de l'excédent non affectés, en sa qualité d'administrateur du budget, il estimait qu'il était prudent de conserver ces fonds en réserve afin de faire face aux imprévus qui pourraient se produire à l'avenir.

128. La Directrice a noté que tant que les États Membres s'acquittaient de leurs contributions de façon ponctuelle, il n'y aurait pas besoin d'utiliser les ressources du fonds de roulement, qui avait été établi pour couvrir les déficits ou les retards dans la réception des contributions. Elle a assuré le Comité que le Bureau suivait constamment la situation financière de l'Organisation, y compris le niveau du fonds de roulement et que, si besoin en était, il rendrait au budget ordinaire les \$10 millions qui avaient été transférés au fonds renouvelable pour l'achat des vaccins en 2010 (voir paragraphe 122 ci-dessus). L'Organisation faisait face à une période de grande incertitude financière due aux faibles taux d'intérêt et aux taux de change mondiaux instables. Par conséquent, son revenu divers pourrait être considérablement plus faible que prévu et elle pourrait perdre jusqu'à \$3 millions sur l'exercice biennal en raison de conversions de monnaies défavorables. Dans ces circonstances, il était important de maintenir autant de flexibilité que possible. Si l'excédent non affecté était placé dans le fonds de roulement, il ne pourrait pas en être retiré pour couvrir les imprévus et elle recommandait par conséquent que la portion non affectée soit placée dans un fonds pour les imprévus.

129. Après avoir entendu les explications de la Directrice et la présentation sur le plan-cadre d'investissement, le Comité a adopté la résolution CE150.R11, recommandant que la Conférence sanitaire panaméricaine approuve les usages proposés de l'excédent, y compris la création d'un fonds de réserve, et qu'elle délègue au Comité exécutif le pouvoir de suivre et d'approuver toutes les propositions futures concernant l'usage des fonds de l'excédent des normes IPSAS.

#### **Rapport du Bureau de contrôle interne et services d'évaluation (document CE150/23)**

130. M. David O'Regan (Auditeur général auprès du Bureau de contrôle interne et services d'évaluation du BSP), mettant en relief les points principaux du rapport, a dit que

les paragraphes 1 à 9 couvrait les questions générales, y compris les ressources du Bureau, l'approche et la planification, et son indépendance. Le paragraphe 10 décrivait la façon dont le Bureau coordonnait son travail avec le Commissaire aux comptes externe et le Bureau des services de contrôle interne de l'OMS. Les paragraphes 11 à 19 résumaient les conclusions des audits internes thématiques – à savoir, les audits d'aspects spécifiques des opérations de l'Organisation. Les paragraphes 20 à 27 récapitulaient les conclusions des audits internes des bureaux des pays et des centres panaméricains. Les paragraphes 28 à 31 traitaient les évaluations internes des aspects du travail de l'OPS. Le paragraphe 33 et l'annexe B examinaient les actions prises pour mettre en œuvre les recommandations de l'IES et les paragraphes 34 et 35 donnaient l'opinion globale du Bureau sur l'environnement du contrôle interne. Il notait que depuis le rapport avait été publié, la troisième des trois recommandations mentionnées à l'annexe B avait été mis en œuvre.

131. Il a souligné que le Bureau de contrôle interne était entièrement indépendant et ne fournissait que des services consultatifs. Il n'intervenait pas dans les activités de gestion ou les prises de décisions. Il était libre d'exprimer son avis sans aucun obstacle, avait le plein accès au personnel et aux documents dont il avait besoin afin de mener à bien son travail, et avait reçu le soutien indéfectible de la Directrice. Il exprimait l'espoir que ses successeurs continueraient à fournir un soutien similaire et à sauvegarder l'indépendance du Bureau de contrôle interne qui était l'ultime garant de la qualité de son travail et de sa valeur pour l'Organisation.

132. Le Comité a fait part de sa satisfaction concernant le travail de l'IES et de son appui aux recommandations du Bureau de contrôle interne, en particulier celles visant à poursuivre la modernisation de l'environnement du contrôle interne et à améliorer le contrôle par le Bureau de la programmation et de l'administration, renforcer la gestion fondée sur les résultats, améliorer la planification des voyages et cultiver une culture de responsabilisation personnelle au sein du personnel et de la gestion afin de réduire les coûts liés aux déplacements et garantir qu'aucun contrat n'était attribué sans preuve d'un processus de sélection concurrentielle. Le Bureau était prié de mettre en œuvre sans délai les deux recommandations restantes figurant à l'annexe B et de mettre en œuvre également celles portant sur le Centre d'information sur les sciences de la santé pour l'Amérique latine et les Caraïbes (BIREME). Des informations ont été demandées sur la façon dont BIREME avait pu agir de manière aussi autonome et sans le contrôle nécessaire. Une déléguée a noté que d'autres organismes des Nations Unies avaient récemment annoncé qu'ils publieraient les résultats de leurs audits internes au public et elle a demandé si l'OPS avait l'intention de faire de même.

133. En réponse aux commentaires, M. O'Regan a indiqué que les améliorations dans la planification des voyages dépendraient dans une certaine mesure des améliorations dans les systèmes d'information, du fait que les systèmes en place actuellement ne contribuaient pas à la planification des voyages dans l'ensemble du Bureau. Le Bureau avait mis en œuvre les recommandations de l'IES sur les contrats de consultants et refusait actuellement

de traiter les contrats quand une preuve satisfaisante de sélection concurrentielle n'avait pas été soumise, même si des exceptions pouvaient éventuellement se produire dans des situations d'urgence ou quand des compétences hautement spécialisées étaient requises. Quant aux raisons des problèmes notés au BIREME, pour des raisons historiques, il avait peut-être reçu moins d'attention dans le passé que ce qui avait été garanti par le Bureau, et le prédécesseur de l'IES – une unité d'audit interne composée d'une seule personne – n'avait pas non plus réussi à détecter les problèmes et à les communiquer. Il était heureux d'annoncer que le Bureau mettait actuellement en œuvre un plan d'action pour mettre en œuvre toutes les recommandations de l'IES concernant BIREME. Alors que d'autres améliorations étaient requises, l'OPS avait accompli de grands progrès en ce qui concernait la gestion fondée sur les résultats. En fait, il y avait peu d'organisations dans lesquelles les résultats organisationnels prévus étaient aussi explicitement stipulés et visibles.

134. Il préférerait ne pas suivre la tendance dans le système des Nations Unies à la divulgation publique des rapports d'audit interne parce qu'il y avait un risque que les rapports de l'IES deviennent moins francs et moins directs. De plus, il comprenait par des collègues d'autres organisations qui avaient décidé de publier leurs rapports d'audit interne à des audiences extérieures que des problèmes sérieux n'étaient parfois pas rapportés et abordés ouvertement, mais qu'ils avaient plutôt tendance à être traités à travers des voies informelles, affaiblissant ainsi l'efficacité du contrôle interne.

135. La Directrice a observé que la planification des voyages constituait un défi pour les organisations de coopération technique parce que souvent les voyages devaient être entrepris au dernier moment. Dans le cas de l'OPS, un degré élevé de décentralisation compliquait encore davantage la planification. Le Bureau compilait actuellement les données sur les tendances et les coûts des voyages passés dans le but d'introduire des améliorations. Il encourageait également l'usage des téléconférences et autres technologies afin de réduire le besoin de voyage. Néanmoins, les voyages faisaient partie de la coopération technique de l'Organisation et de son appui aux États Membres, et il ne serait jamais possible de les éliminer entièrement.

136. En ce qui concernait BIREME, elle a rappelé que plusieurs années auparavant, en raison de contraintes financières, les États Membres avaient décidé que les centres panaméricains devaient être encouragés à devenir plus auto-suffisants (Résolutions CSP20.R31 [1978], CD49.R5 [2009], CD50.R14 [2010]). Un pouvoir accru avait par conséquent été délégué aux centres et dans certains cas, la responsabilité de la supervision et du contrôle avait été transférée d'un programme de coopération technique au siège à l'administrateur du centre. Le Bureau s'était rendu compte que cette situation créait des risques, et avait commencé à reprendre certaines fonctions, en alignant le travail des centres plus étroitement sur les domaines programmatiques et en augmentant le rôle de supervision des représentants dans les pays.

137. Elle partageait les vues de l'Auditeur général concernant la divulgation publique des rapports d'audit interne. Il était très important d'être en mesure d'avoir une discussion interne franche sur les conclusions de l'audit. Le Comité d'audit de l'OPS examinait les bonnes pratiques d'autres organisations, et le Bureau suivrait son avis en la matière, mais pour le moment, les rapports d'audit ne seraient pas divulgués au public. Ils étaient toutefois toujours à la disposition des États Membres sur leur demande.

138. Le Comité a pris note du rapport.

#### **Statut des projets financés par le Compte de réserve de l'OPS (document CE150/24)**

139. Mme Ann Blackwood (Présidente du Sous-comité du programme, du budget et de l'administration) a informé sur l'examen de ce point par le Sous-comité (voir paragraphes 75-82 du rapport final du Sous-comité, document SPBA6/FR), notant que les membres du Sous-comité avaient bien accueilli les efforts de l'Organisation pour moderniser les systèmes d'information, améliorer la connectivité dans les bureaux dans les pays, maintenir et rénover l'infrastructure physique, et aider les pays à mettre en œuvre le Règlement sanitaire international. Ce dernier avait été considéré particulièrement important car 2012 était une échéance cruciale pour la mise en œuvre du Règlement. L'importance de la coordination des efforts de l'Organisation pour renforcer les systèmes d'information en santé publique sous le Projet 2.A avec des efforts similaires en cours au niveau infrarégional a été mise en relief.

140. La Directrice a observé que les projets du compte de réserve, financés par des fonds excédentaires du budget programme biennal 2006-2007, avaient permis opportunément de faire des investissements requis dans l'infrastructure physique comme le nouveau Centre des opérations d'urgence, et de renforcer les systèmes d'information. Les leçons apprises de cette expérience pourrait être utiles aux États Membres pour décider de la façon d'utiliser l'excédent des normes IPSAS (voir paragraphes 125 à 129 ci-dessus).

141. Le Comité a pris note du rapport.

#### **Plan-cadre d'investissement (document CE150/25)**

142. Mme Ann Blackwood (Présidente du Sous-comité du programme, du budget et de l'administration) a informé sur l'examen de ce point par le Sous-comité (voir paragraphes 48-56 du rapport final du Sous-comité, document SPBA6/FR), notant que le Sous-comité avait bien accueilli les efforts du Bureau pour garantir l'entretien régulier et la rénovation des bâtiments et de l'infrastructure de la technologie de l'information de l'Organisation et avait exprimé son soutien solide au plan pour la reconstruction du bureau de pays en Haïti.

143. M. Guillermo Birmingham (Directeur de l'Administration du BSP) a dit que depuis la session de mars du Sous-comité, le Bureau avait élaboré une proposition pour modifier la structure du Fonds directeur d'investissement et établir un fonds immobilier stratégique

renouvelable et un sous-fonds de remplacement des véhicules. Le fonds immobilier stratégique proposé, qui serait créé avec une infusion de capital de \$1 million de l'excédent des normes IPSAS (voir paragraphes 125 à 129 ci-dessus), permettrait à l'Organisation de gérer et d'améliorer son portefeuille immobilier sur une portée plus longue et de manière stratégique, alors que le sous-fonds de remplacement des véhicules permettrait aux fonds provenant des ventes de véhicules appartenant à l'OPS d'être utilisés pour aider à défrayer le coût de remplacement des véhicules. Il était également proposé de changer le nom du sous-fonds immobilier et d'équipement actuel en « sous-fonds de maintien et d'amélioration de l'immobilier » pour refléter avec plus de précision les types des activités exécutées dans le cadre de ce sous-fonds. La proposition, qui tenait compte des leçons apprises de l'expérience de l'exécution du Plan-cadre d'investissement, était exposée dans le document CE150/25.

144. Dans la discussion qui a suivi, des clarifications ont été demandées concernant la source de financement pour la proposition de sous-fonds immobilier stratégique renouvelable ainsi que pour le financement futur des projets de technologie de l'information. De plus, le Bureau était prié de fournir une mise à jour sur le statut des efforts de l'OPS pour mobiliser un financement de l'OMS pour la reconstruction du bureau de pays en Haïti.

145. M. Birmingham a informé que l'OPS avait reçu \$850 000 du Plan-cadre d'investissement de l'OMS et travaillait actuellement avec le Bureau des Nations Unies pour les services des projets, à la conception et un plan pour le projet de reconstruction en Haïti. En ce qui concernait le financement pour le sous-fonds immobilier stratégique proposé, le Bureau recommandait que la capitalisation initiale de \$1 million vienne de la réserve de \$8 millions du Fonds directeur d'investissement devant être créée avec les fonds de l'excédent des normes IPSAS. Le sous-fonds de la technologie de l'information continuerait à être financé par tout excédent budgétaire (par ex., excès de recettes par rapport aux dépenses) restant à la fin de chaque exercice biennal.

146. La Directrice a ajouté que le Bureau continuait à étudier d'autres sources de financement pour les investissements en technologie de l'information afin de réduire la dépendance vis-à-vis des excédents budgétaires. Une possibilité était une extension du prélèvement en rapport avec l'occupation des postes imposé sur chacun des postes de l'Organisation. En ce qui concernait la proposition de sous-fonds immobilier stratégique renouvelable, elle a expliqué que l'Organisation ne disposait pas actuellement de mécanisme lui permettant le degré de flexibilité requis pour aborder des situations telles que l'achat et la vente de propriété ou l'annulation d'un bail dans le cas où un bureau devait soudainement être déplacé pour des raisons de sécurité ou d'autres. Le fonds renouvelable apporterait cette flexibilité et contribuerait également à une meilleure continuité des affaires et une meilleure gestion des risques.

147. Le Comité exécutif a adopté la résolution CE150.R8, recommandant que la Conférence sanitaire panaméricaine adopte une résolution autorisant les divers changements proposés au Fonds directeur d'investissement.

## Questions liées au personnel

### **Amendements au Règlement et au Statut du personnel du BSP (document CE150/26 et CE150/26, Corr.)**

148. Mme Ann Blackwood (Présidente du Sous-comité du programme, du budget et de l'administration) a récapitulé les délibérations du Sous-comité sur ce point (voir paragraphes 83-87 du rapport final du Sous-comité, document SPBA6/FR) et a indiqué que le Sous-comité avait recommandé que le Comité exécutif confirme les amendements au Règlement du personnel stipulés dans le document CE150/26.

149. Mme Nancy Machado (Conseillère des ressources humaines au BSP) a décrit les amendements au Règlement du personnel, en notant qu'ils relevaient de deux catégories : amendements introduits conformément aux décisions prises par l'Assemblée générale des Nations Unies sur la base de recommandations par la Commission de la Fonction publique internationale et des amendements introduits à la lumière de l'expérience et dans l'intérêt de bonnes pratiques de gestion des ressources humaines. Les amendements dans la première catégorie comportaient une augmentation du barème des traitements de base minima, avec une réduction proportionnelle dans les ajustements de poste, pour le personnel de la catégorie professionnelle et de rang supérieur et une réduction des taux d'imposition. Les amendements dans la deuxième catégorie se rapportaient aux mesures disciplinaires. Les implications financières des amendements étaient négligeables, et aucun des amendements se rapportant aux traitements n'affecterait les traitements nets du personnel concerné.

150. Un amendement au Statut du personnel 3.1 a été proposé afin de mettre en vigueur la décision du Comité concernant la délégation de responsabilité pour l'approbation du traitement du Directeur (voir paragraphes 36 à 38 ci-dessus).

151. Le Dr Heidi Jiménez (Conseillère juridique du BSP) a noté que la résolution proposée contenue dans le document CE150/26, Corr. recommandait que la Conférence sanitaire panaméricaine délègue la responsabilité de fixer le traitement du Directeur au Comité exécutif, ce changement entrant en vigueur en 2013. Le traitement du Directeur serait approuvé par la Conférence en 2012 dans une résolution séparée.

152. Le Comité a adopté la résolution CE150.R16, confirmant les amendements au Règlement du personnel, établissant les traitements du Directeur adjoint et du Sous-directeur, avec mise en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2012, et recommandant que la Conférence sanitaire panaméricaine approuve l'amendement proposé au Statut du personnel 3.1.

### **Statistiques sur la dotation en personnel du BSP (document CE150/27)**

153. Mme Ann Blackwood (Présidente du Sous-comité du programme, du budget et de l'administration) a fait le compte rendu de la discussion de ce point de l'ordre du jour par le Sous-comité (voir paragraphes 88-94 du rapport final du Sous-comité, document SPBA6/FR), notant que le Sous-comité avait fait part de son inquiétude concernant le nombre important de départs de personnel à la retraite dans un avenir proche et avait souligné le besoin d'une politique de recrutement bien planifiée.

154. Mme Kate Rojkov (Gérante du domaine de la Gestion des ressources humaines), a dit en soulignant certaines des données présentées dans le rapport, qu'en prévision de la prochaine vague de départs à la retraite, le Bureau prenait des mesures pour renforcer la planification des ressources humaines et rationaliser le recrutement afin d'assurer la continuité et le transfert des connaissances. Les femmes occupaient actuellement 49% des postes professionnels dans le Bureau, et la parité des sexes avait donc été virtuellement atteinte. Soixante-six nouveaux membres du personnel avaient été engagés à des postes professionnels en 2011, et 59% d'entre eux étaient occupés par des femmes, ce qui constituait le pourcentage le plus élevé des cinq dernières années.

155. Le Comité exécutif a applaudi les progrès du Bureau sur la voie de la parité des sexes et encouragé des efforts continus dans cette direction. Ils ont suggéré que le Bureau devrait fournir aux États Membres des informations sur les postes vacants et sur le recrutement et le processus de sélection de façon à les diffuser largement au niveau des pays. Un délégué a demandé si la vague de départs à la retraite affecterait les bureaux dans les pays ainsi que le siège de l'OPS.

156. Mme Rojkov a indiqué que son bureau compilait les données sur les postes vacants à venir et avait des discussions avec les administrateurs techniques afin de prévoir le recrutement du personnel nouveau. Les informations sur les postes vacants seraient mises à la disposition des États Membres.

157. La Directrice a indiqué que l'information dans le rapport couvrait le personnel à tous les niveaux de l'Organisation, y compris les bureaux des pays. Elle a noté que la situation actuelle concernant les départs à la retraite n'était pas inhabituelle. À n'importe quel moment, environ la moitié du personnel arrivait à l'âge de la retraite dans les six ou sept années suivantes. Cette situation témoignait de l'âge auquel les membres du personnel entraient dans l'Organisation, qui à son tour témoignait des conditions d'expérience et d'ancienneté requises par de nombreux postes du BSP. Les annonces de postes vacants étaient généralement publiées neuf ou dix mois avant le départ à la retraite d'un membre, et elles étaient largement diffusées, mais des améliorations étaient requises dans ce domaine afin d'atteindre les candidats dotés des qualifications nécessaires. À cette fin, le Bureau s'efforçait d'identifier des réseaux de professionnels et de diffuser les annonces de postes à travers leurs publications, leurs tableaux d'affichage électroniques et d'autres moyens.



Pour les postes exigeant des compétences hautement spécialisées, il plaçait également à l'occasion des annonces dans des journaux professionnels ou engageait les services d'une société de recrutement de personnel. De plus, à la demande des autorités nationales, en collaboration avec le Secrétariat de l'OMS, le Bureau avait récemment organisé une session d'information au Mexique sur les opportunités et conditions d'emploi à l'Organisation. Des sessions similaires pourraient être organisées dans d'autres pays.

158. Le Comité a pris note du rapport.

**Déclaration du Représentant de l'Association du personnel de l'OPS/OMS (document CE150/28)**

159. Mme Pilar Vidal (Présidente de l'Association du personnel de l'OPS/OMS) a mis en relief les questions sur lesquelles l'Association du personnel souhaitait attirer l'attention du Comité, en particulier ses vues et préoccupations concernant l'administration interne du système d'exercice de la justice. Elle a informé qu'une enquête de la connaissance et de la satisfaction du personnel concernant deux composantes du système du Bureau, le Bureau du médiateur et le Bureau d'éthique, avait montré, inter alia, que le personnel estimait qu'il y avait un besoin clair d'améliorer la capacité de résolution rapide des différends afin d'empêcher leur intensification et d'atténuer les effets négatifs sur le personnel et sur l'Organisation. L'enquête avait également montré le besoin d'un effort plus grand dans le domaine de la prévention des conflits. Elle a observé que l'existence d'un système de justice interne qui inspirait la confiance et garantissait que les conflits étaient résolus d'une manière efficace et juste contribuait au bien-être sur le lieu de travail et renforçait la satisfaction et la productivité du personnel.

160. Elle a rendu hommage à la Directrice grâce à laquelle plusieurs politiques et initiatives notables avaient été instituées, y compris l'établissement du système d'intégrité et de gestion des conflits, l'introduction d'une politique sur le harcèlement, la création de la position de médiateur et la mise en œuvre d'une politique du bien-être. La Directrice avait toujours été disposée à engager un dialogue avec l'Association du personnel, et l'Association espérait que le nouveau Directeur serait également ouvert au dialogue et au travail d'équipe. L'Association du personnel remerciait les États Membres de leur appui et réaffirmait son engagement à continuer à s'acquitter du mandat de l'Organisation.

161. Notant qu'elle était membre de l'Association du personnel, la Directrice a dit qu'elle avait toujours cru au droit à la représentation dans les lieux de travail, qui aidait à promouvoir un environnement de travail positif et à garantir que l'Organisation servirait efficacement ses États Membres. Elle aussi espérait que le nouveau Directeur continuerait à faire tout son possible pour protéger les droits du personnel afin de créer une atmosphère saine dans laquelle le personnel travaillait avec enthousiasme.

162. Le Comité a pris note de la déclaration.

## Questions pour information

### **Processus d'élection du Directeur du Bureau sanitaire panaméricain et désignation du Directeur régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour les Amériques (document CE150/INF/1)**

163. Mme Ann Blackwood (Présidente du Sous-comité du programme, du budget et de l'administration) a fait le compte rendu de la discussion par le Sous-comité de ce point de l'ordre du jour (voir paragraphes 102-105 du rapport final du Sous-comité, document SPBA6/FR).

164. Le Dr Heidi Jiménez (Conseillère juridique du BSP) a rappelé les processus et règles pour l'élection du prochain Directeur, décrits dans le document CE150/INF/1. Elle a indiqué que les personnes suivantes avaient été sélectionnées pour le poste : Dr Caroline Judith Chang Campos, de l'Équateur, Dr Carissa Faustina Etienne, de la Dominique, Dr Socorro Gross Galiano, du Costa Rica, Dr María Julia Muñoz Melo, de l'Uruguay, et Dr Oscar Raúl Ugarte Ubilluz, du Pérou.

165. Un forum des candidats serait tenu le 22 juin et serait présidé par la Présidente du Comité exécutif. Les cinq candidats feraient chacun des présentations de 30 minutes, décrivant leurs plateformes, leur vision pour l'Organisation ainsi que les priorités politiques et les orientations financières et programmatiques proposées. L'ordre des présentations serait déterminé par tirage au sort. Chaque présentation serait suivie par une heure de questions-réponses. Chaque État Membre, État participant et Membre associé serait autorisé à soumettre une question par écrit à chaque candidat. S'il restait du temps après avoir répondu à toutes les questions, des questions supplémentaires pourraient être soumises. Les candidats disposeraient de trois minutes pour répondre à chaque question, et les limites de temps seraient strictement respectées. Les questions pouvaient être soumises par voie électronique par les Membres ne participant pas en personne. La transcription du compte rendu de l'intégralité du forum serait mise à disposition de tous les États Membres, les États participants et les Membres associés.

166. En réponse aux questions de membres du Comité, le Dr Jiménez a confirmé que le pays soumettant une question serait identifié et que les questions seraient lues à haute voix par la Présidente du Comité exécutif, exactement comme elles avaient été rédigées. Des services d'interprétation seraient fournis dans les quatre langues officielles de l'Organisation et les candidats pourraient s'exprimer et répondre aux questions dans n'importe quelle de ces langues. Elle a également expliqué que le forum des candidats avait été établi à l'initiative des États Membres et qu'il avait pour but de renforcer la transparence et l'aspect démocratique du processus d'élection.

167. Le Comité a pris bonne note du rapport.

**Mise à jour sur la réforme de l'OMS (document CE150/INF/2)**

168. M. Diego Victoria (Gérant du domaine de la Planification, du budget et de la coordination des ressources du BSP), faisant référence à la décision WHA65(9)<sup>5</sup>, a résumé le résultat des discussions sur la réforme de l'OMS qui ont pris place lors de la soixante-cinquième Assemblée mondiale de la Santé. Les États Membres avaient examiné les réformes proposées dans trois domaines – gouvernance, gestion, et établissement des programmes et des priorités – et avaient décidé, inter alia, de maintenir le calendrier actuel des réunions des Organes directeurs de l'OMS, mais avaient convenu que la question pouvait être discutée à nouveau lors de la session de janvier 2013 du Conseil exécutif et avaient demandé au Directeur général de préparer une étude sur la faisabilité de déplacer l'exercice financier de l'OMS. Le Directeur général avait également été prié d'élaborer d'autres propositions pour accroître la transparence, la prévisibilité et la flexibilité du financement de l'OMS, point devant également être discuté par le Conseil exécutif en janvier 2013. Le Bureau préparerait un document de concept pour aider les États Membres à se préparer pour cette discussion.

169. Dans le domaine de l'établissement des programmes et des priorités, l'Assemblée mondiale de la Santé avait examiné un projet du douzième programme général de travail<sup>6</sup> de l'OMS, comportant cinq catégories de travail : maladies transmissibles, maladies non transmissibles, la santé tout au long du cycle de la vie, les systèmes de santé, et la préparation, surveillance et réponse. La délégation du Brésil, appuyée par les pays de l'Union des nations sud-américaines (UNASUR) et d'autres, avait proposé au cours des discussions que les déterminants sociaux de la santé soient ajoutés en tant que sixième catégorie, mais il avait été plutôt décidé que les déterminants de la santé seraient une priorité transversale dans toutes les catégories. Programmatiquement, les déterminants sociaux de la santé avaient été identifiés comme un domaine prioritaire spécifique dans la catégorie 3.

170. Le projet de douzième programme général de travail serait révisé à la lumière des commentaires des États Membres et serait discuté dans des consultations régionales en septembre et en octobre 2012. Dans les Amériques, le projet révisé, avec l'avant-projet de budget programme de l'OMS pour 2014-2015, serait discuté lors de la 28<sup>e</sup> Conférence sanitaire panaméricaine en septembre. Le Secrétariat de l'OMS rassemblerait les commentaires reçus de toutes les Régions et préparerait un autre projet révisé pour discussion au début de décembre lors d'une réunion extraordinaire du Comité du programme, du budget et de l'administration de l'OMS, dont les commentaires seraient ensuite incorporés dans le projet final à soumettre au Conseil exécutif en janvier 2013. Le

---

<sup>5</sup> Voir document A65/DIV/3, disponible à : [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA65/A65\\_DIV3-en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA65/A65_DIV3-en.pdf).

<sup>6</sup> Voir document A65/5 Add.1, disponible à : [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA65/A65\\_5Add1-en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA65/A65_5Add1-en.pdf).

projet de proposition serait ensuite soumis à la soixante-sixième Assemblée mondiale de la Santé pour approbation.

171. A l'OPS, un groupe de collaboration avait été formé et commencerait à élaborer un projet du Plan stratégique de l'OPS 2014-2019, basé sur le projet de douzième programme général de travail. Ce document serait également discuté lors de la 28<sup>e</sup> Conférence sanitaire panaméricaine et serait révisé par la suite, incorporant les commentaires faits durant la Conférence, et il serait soumis, avec le budget programme proposé de l'OPS 2014-2015, au Sous-comité du programme, du budget et de l'administration en mars 2013 et au Comité exécutif en juin 2013. La proposition finale serait soumise au 52<sup>e</sup> Conseil directeur pour approbation en septembre 2013. Les États Membres seraient continuellement consultés tout au long du processus, ce qui leur donnerait d'amples possibilités d'influencer les programmes régionaux et mondiaux de santé.

172. Le Comité a bien accueilli les discussions en cours sur la réforme de l'OMS. Le processus de réforme constituait une excellente opportunité de renforcer le rôle de chef de file de la santé mondiale de l'Organisation et d'intensifier sa capacité, efficacité, responsabilisation et réactivité aux besoins des États Membres. Il était également vu comme une opportunité de renforcer l'alignement et l'harmonisation entre les trois niveaux de l'OMS et de déterminer clairement leurs rôles et responsabilités respectifs, ainsi que d'examiner les responsabilités des États Membres en tant que partie intégrante de l'Organisation. Les délégués estimaient que les principes stipulés dans la Constitution de l'OMS demeuraient valides et continueraient à orienter le travail de l'Organisation, comme devraient le faire les principes établis dans la Déclaration d'Alma-Ata, en particulier l'approche des soins de santé primaires. La déléguée d'El Salvador était préoccupée par le fait que le document de réforme ne tenait pas compte des points qu'elle avait soulevés lors de l'Assemblée mondiale de la Santé, concernant le renouvellement des soins de santé primaires, le multilatéralisme, la coopération technique entre pays, et le rôle des facteurs environnementaux et professionnels dans le développement des maladies chroniques.

173. L'importance critique des déterminants sociaux, économiques et environnementaux de la santé a été mise en exergue, ainsi que le besoin d'une approche de « santé dans toutes les politiques ». Alors que l'inclusion des déterminants de la santé parmi les principes, valeurs et approches fondamentales identifiées dans le projet de douzième programme général de travail était bien accueillie, elle n'était pas considérée suffisante. Il a été souligné que les déterminants de la santé devaient être incorporés comme une priorité transversale dans tous les aspects du travail de l'OMS. Il était également considéré essentiel de mettre en relief la relation entre santé et développement durable et de garantir un accent mis sur la santé, et non la maladie. Ils estimaient que tout ce qui précédait devait également être repris dans le prochain plan stratégique de l'OPS.

174. M. Victoria a indiqué que l'aperçu du projet initial du Plan stratégique 2014-2019 devant être présenté à la Conférence sanitaire panaméricaine incorporerait les opinions

exprimées par les États Membres concernant la réforme et de l'OMS et le programme général de travail de l'OMS, qui était l'un des deux documents stratégiques majeurs guidant le travail de l'OPS. Il tiendrait également compte des conclusions de l'évaluation à mi-parcours du Programme d'action sanitaire pour les Amériques, l'autre document stratégique majeur, et de l'évaluation du Plan stratégique actuel.

175. Mme Cecilia Rose-Oduyemi (Directrice du Département des Organes directeurs et des relations extérieures de l'OMS) a assuré le Comité que la question des déterminants de la santé serait incorporée d'une manière transversale dans le projet révisé du douzième programme général de travail de l'OMS devant être discuté par les comités régionaux en septembre et octobre. Elle a clarifié que les discussions au cours de la réunion de décembre du Comité du programme, du budget et de l'administration porteraient sur un récapitulatif des questions soulevées dans les discussions des comités régionaux sur le projet de programme de travail et le projet de budget programme 2014-2015, et non sur les projets de documents eux-mêmes. Le deuxième projet du programme de travail serait soumis à la réunion de janvier 2013 du Comité du programme, du budget et de l'administration et ensuite à la 32<sup>e</sup> session du Conseil exécutif.

176. La Directrice a mis en relief les aspects de la réforme de l'OMS qui, à son avis, revêtaient une importance particulière pour la Région. L'un était le calendrier des réunions des Organes directeurs. Alors qu'un changement dans le calendrier du Comité du programme, du budget et de l'administration et du Conseil exécutif était faisable, tout changement dans le calendrier actuel de l'Assemblée mondiale de la Santé et des comités régionaux créerait des difficultés pour la Région, tout comme le ferait un changement dans l'exercice fiscal. Pour des raisons logistiques et opérationnelles, les sessions du Conseil directeur/Conférence sanitaire panaméricaine de l'OPS ne pouvaient pas avoir lieu après la troisième semaine de septembre au plus tard, afin d'éviter de se chevaucher avec les sessions de l'Assemblée générale des Nations Unies. La tenue de ces sessions beaucoup plus tôt dans l'année perturberait toutefois les cycles actuels de planification, qui aboutissaient tous les deux ans à l'adoption du budget programme de l'OPS, qui comprenait non seulement l'allocation que la Région recevait de l'OMS mais aussi la portion du budget financée par les contributions des États Membres versées directement à l'OPS. Un changement dans l'exercice fiscal aurait également un impact sur l'établissement des rapports et les systèmes d'information, y compris le Système mondial de gestion de l'OMS. À son avis, les risques du changement de l'exercice fiscal n'avaient pas été suffisamment analysés ni compris, et il n'y avait pas eu non plus de cas convainquant sur la raison pour laquelle ce changement serait souhaitable.

177. En ce qui concernait l'harmonisation et l'alignement des processus de gouvernance, une des réformes possibles en discussion consistait à introduire une approche « de bas en haut » de la considération et l'adoption de stratégies et politiques mondiales par laquelle les propositions au niveau mondial seraient d'abord examinées par les comités régionaux, et seraient analysées et affinées tout d'abord au niveau régional et ensuite au niveau

mondial pour approbation finale lors de l'Assemblée mondiale de la Santé. Ce changement donnerait lieu à de nouvelles et différentes dispositions sur l'établissement des rapports pour les présidents des comités régionaux.

178. Il était de plus en plus reconnu qu'afin de définir clairement les rôles et les responsabilités des divers niveaux de l'Organisation, il était nécessaire que les régions établissent des priorités régionales spécifiques et des résultats escomptés, qui pouvaient ne pas nécessairement être des priorités et des résultats mondiaux. Par conséquent, les autres régions commençaient à adopter des documents de politique stratégique similaires au Plan stratégique et au Programme d'action sanitaire pour les Amériques de l'OPS. De plus, il était important de distinguer les résultats mondiaux, auxquels contribuaient toutes les parties de l'Organisation, des résultats du siège de l'OMS. L'établissement de priorités et de résultats clairs pour les différents niveaux était également important du point de vue de la gestion fondée sur les résultats et de la transparence et la responsabilisation dans l'allocation et l'usage des ressources.

179. Le Comité a pris note de l'information fournie dans le rapport.

**Projet pour la modernisation du système d'information pour la gestion (PMIS) du BSP : Rapport d'avancement (document CE150/INF/3)**

180. Mme Ann Blackwood (Présidente du Sous-comité de programme, budget et administration) a fait le compte rendu de la discussion par le Sous-comité de ce point de l'ordre du jour (voir paragraphes 95-101 du rapport final du Sous-comité, document SPBA6/FR).

181. Dans la discussion du Comité sur ce point, il a été noté qu'il y avait eu un retard dans l'achèvement de la phase de pré-mise en œuvre du projet, mais qu'il était préférable d'adopter une approche prudente dans les premières phases afin d'éviter d'avoir à corriger les erreurs à une phase plus avancée. Toutefois, une déléguée a demandé si le retard avait provoqué le glissement global de la durée du projet. Elle a également demandé quel effet la réforme de l'OMS aurait sur le projet.

182. M. Tim Brown (Conseiller spécial en système d'information pour la gestion du BSP au BSP), a indiqué que la durée globale du projet serait retardée d'environ six mois. En résultat, la mise en œuvre commencerait en 2013 plutôt qu'à la mi-2012. Quant à l'alignement sur l'OMS, l'intégration de l'information de l'OPS dans celle de l'OMS avait toujours constitué un élément fondamental du projet.

183. La Directrice a assuré le Comité que le Bureau fournissait toute l'information requise par l'OMS sur la réalisation des résultats et l'usage des fonds. Il abordait également les faiblesses et les risques identifiés par les vérificateurs externe et interne.

184. Le Comité a pris note du rapport.

**Rapport du Comité consultatif de la recherche en santé de l'OPS/OMS (document CE150/INF/4)**

185. Le Dr Luis Gabriel Cuervo (Conseiller principal en recherche, promotion et développement au BSP), a présenté le rapport du Comité consultatif et a dit que le panorama pour la gouvernance de la recherche dans la Région s'était radicalement amélioré au cours des dernières années, d'un point de vue tant qualitatif que quantitatif, avec la mise en œuvre et le renforcement de structures, de processus et de normes, et l'établissement de plateformes efficaces pour lier la recherche, les politiques et les usagers de la recherche. De nouveaux outils sont maintenant disponibles pour permettre une meilleure gestion de la recherche au niveau national au bénéfice de la santé des peuples des Amériques.

186. La Directrice a ajouté que le Comité consultatif avait eu une réunion très utile à Barcelone conjointement avec le Centre et le Réseau ibéro-américain Cochrane. Le Comité consultatif était maintenant beaucoup plus solide, grâce en grande partie à l'excellente présidence du Dr John Lavis (Canada), qui présenterait le rapport à la Conférence sanitaire panaméricaine en septembre.

187. Le Comité exécutif a pris note du rapport.

**Rapports d'avancement dans les questions techniques (documents CE150/INF/6-A, B, C, D, E, F, G, H et I)*****Déterminants sociaux de la santé (document CE150/INF/6-A)***

188. Le Comité a mis en relief l'importance de prêter attention aux déterminants sociaux de la santé dans le douzième programme général de travail de l'OMS et a fait part de sa préoccupation sur le fait que l'approche transversale proposée dans les discussions de la réforme de l'OMS au cours de la récente Assemblée mondiale de la Santé (voir paragraphes 168 à 179) pourrait conduire à une perte ou une déconcentration de l'attention portée à ce thème. Le besoin d'incorporer des lignes d'action et des indicateurs spécifiques portant sur les déterminants de la santé dans la programmation de l'OMS et de l'OPS a été mis en exergue. Ils ont également souligné que les déterminants sociaux de la santé devraient y être une composante marquante du travail de plaidoyer de l'OMS. Le Délégué du Brésil a remercié l'OPS pour son appui à la Conférence mondiale sur les déterminants sociaux de la santé tenue à Rio de Janeiro en octobre 2011, et a dit qu'il était confiant que l'Organisation aiderait également les États Membres à élaborer des plans d'action et des stratégies nationaux pour aborder les déterminants sociaux de la santé.

189. Le Dr Sofía Leticia Morales (Coordinateur de l'équipe de promotion de la santé et déterminants sociaux de la santé au BSP) a indiqué que, comme noté dans le rapport d'avancement, le travail de l'OPS en ce qui concernait les déterminants sociaux de la santé était coordonné et aligné sur celui de l'OMS, mais il était également adapté aux conditions et aux besoins dans la Région des Amériques. Elle a exprimé sa gratitude au gouvernement

du Brésil pour avoir accueilli la Conférence mondiale sur les déterminants sociaux de la santé.

190. La Directrice a indiqué qu'à l'image de la volonté des États Membres telle qu'exprimée dans le Programme d'action sanitaire pour les Amériques, les déterminants sociaux de la santé seraient incorporés comme domaine d'action prioritaire dans le Plan stratégique de l'OPS 2014-2019.

191. Le Comité a pris note du rapport.

***Plan d'action pour la mise en œuvre de la politique sur l'égalité des sexes (document CE150/INF/6-B)***

192. Le Comité a accueilli favorablement les progrès accomplis dans la mise en œuvre de la politique sur l'égalité des sexes de l'OPS et des recommandations contenues dans le rapport d'avancement, en particulier la recommandation concernant l'intégration et l'égalité des sexes dans les plans nationaux de santé et la reconnaissance des soins de santé non rémunérés prodigués par les femmes et la compensation inégale des agents de santé. Le besoin d'une attention constante au problème de la violence contre les femmes a été mis en relief. Plusieurs délégués ont souligné le lien entre les déterminants sociaux de la santé et les déterminants sociaux de l'égalité des sexes et mis en exergue le besoin d'une action multisectorielle pour aborder ces déterminants. Ils ont également observé que précisément à cause de sa nature multisectorielle transversale, l'égalité des sexes, avait tendance à recevoir moins d'attention que d'autres priorités, plus spécifiques. Ils ont suggéré que les rapports sur les progrès futurs pourraient bénéficier d'une plus grande information sur l'évaluation menée et d'un plus grand nombre d'exemples des pays, tels que la formation du genre fournie par le Secrétariat à la Santé du Mexique.

193. Ils ont suggéré également que le Bureau devrait notifier les États Membres de toute enquête sur le thème qu'il avait l'intention de mener dans le cours d'une année calendaire, y compris un calendrier indiquant les dates des rapports venant à échéance de sorte que les gouvernements puissent planifier adéquatement.

194. Mme Catharina Cuellar (Conseillère en genre et santé au BSP), notant que les progrès réalisés dans la mise en œuvre de la politique étaient largement imputables aux efforts des États Membres, a indiqué que le rapport d'avancement contenu dans le document CE150/INF/6 était un bref résumé du rapport intégral, qui serait diffusé par les bureaux des pays de l'OPS dans le but d'encourager un dialogue intersectoriel plus large sur l'égalité des sexes. Le Bureau avait favorisé une approche intersectorielle et continuerait à le faire. Il continuerait également à promouvoir le renforcement de la capacité et il avait récemment lancé un cours en ligne sur le genre, les droits de l'homme et la tolérance en Amérique latine. Une version en langue anglaise pour les Caraïbes était actuellement en cours de préparation.



195. La Directrice a noté que l'Organisation avait produit de nombreuses publications traitant de la violence contre les femmes et avait développé une capacité considérable sur ce thème aux niveaux régional, infrarégional et national, notamment à l'aide de l'initiative « la voie critique ».<sup>7</sup>

196. Le Comité a pris note du rapport.

***Élimination de la rougeole, de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale dans la Région des Amériques (document CE150/INF/6-C)***

197. Le Dr Cuauhtémoc Ruíz-Matus (Conseiller principal en immunisation intégrée de la famille au BSP) a présenté le rapport d'avancement contenu dans le document CE150/INF/6, qui récapitulait les réalisations à ce jour en ce qui concernait l'élimination de la rougeole, de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale et décrivait les défis et les risques qui menaçaient la capacité de la Région de maintenir ces réalisations, dont l'un des principaux était la circulation constante du virus de la rougeole et de la rubéole dans d'autres régions et le risque qu'elle entraînait de cas importés et de cas associés aux importations dans les Amériques, conjugué au risque posé par l'existence de groupes de population non vaccinés dans la Région. Afin d'aborder ces défis et ces risques, un plan d'action régional d'urgence pour la période 2012-2014 était proposé. Le plan était décrit dans le rapport.

198. Il était également proposé que le Comité exécutif recommande que la 28<sup>e</sup> Conférence sanitaire panaméricaine adopte une résolution approuvant le plan d'action d'urgence, priant instamment les États Membres de renforcer la surveillance active de la rougeole, de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale et à maintenir des niveaux élevés d'immunité de la population à travers la vaccination, et de demander à la Directrice d'encourager l'OMS et d'autres partenaires à intensifier les efforts pour réaliser l'élimination mondiale de ces maladies et réduire ainsi le risque de leur réintroduction dans les Amériques.

199. Le Comité a exprimé son appui solide à la dernière proposition et au plan d'action d'urgence. Il estimait que l'adoption d'une résolution par la Conférence sanitaire panaméricaine attirerait l'attention et les ressources requises sur l'élimination de la rougeole, de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale et aiderait à sauvegarder les réalisations accomplies au cours des dernières décennies. Les États Membres étaient instamment priés de réaffirmer leur engagement à la réalisation et au maintien de taux de couverture vaccinale de 95% et de corriger les lacunes et les échecs dans les systèmes de surveillance, ce qui les aiderait également à satisfaire les conditions de capacité essentielle

---

<sup>7</sup> Shrader E and Sagot M. *Domestic Violence: Women's Way Out*. Washington, DC: PAHO; 2000 (Occasional Publication No. 2). Available at: <http://www.paho.org/english/hdp/hdw/womenswayout.pdf>.

au titre du Règlement sanitaire international (2005) (voir paragraphes 217 à 221 ci-dessous).

200. Il a été remarqué que les récentes flambées de rougeole dans plusieurs pays avaient mis en relief la susceptibilité continue de la Région à l'importation de virus et à la propagation de la maladie parmi des personnes qui n'étaient pas vaccinées ou inadéquatement vaccinées. Des délégués ont souligné le besoin de renforcer l'initiative mondiale d'élimination de la rougeole et de la rubéole et d'encourager les pays dans d'autres régions à s'acquitter de leur responsabilité de vacciner leurs populations. Le besoin de campagnes d'éducation publique a également été mis en relief. Un délégué a noté que la plupart des flambées dans son pays se produisaient parmi des populations riches et étaient imputables à des cas importés acquis dans les pays développés. Les populations affectées étaient généralement couvertes par le système privé de soins de santé, ce qui indiquait le besoin d'une surveillance par le secteur public des activités de vaccination des prestataires privés. Des délégués ont voulu savoir si la Région serait éligible à la certification de l'élimination alors que le virus continuait à circuler dans d'autres régions.

201. Le Dr Ruíz-Matus a indiqué que la majorité des cas importés se produisait effectivement parmi les gens qui avaient les moyens et pouvaient se permettre de voyager. L'investigation de cas importés à la suite de la Coupe du monde en 2010 de la Fédération Internationale de Football Association (FIFA) en Afrique du Sud avait montré que dans certains cas, des médecins privés avaient conseillé de ne pas se faire vacciner avant le voyage. L'OPS prenait des mesures pour garantir que les personnes assistant aux Jeux olympiques de Londres en 2012, à la Coupe du monde de la FIFA en 2014 au Brésil et à d'autres événements de masse étaient adéquatement vaccinées.

202. La Directrice a noté que l'élimination avait déjà été certifiée dans de nombreux pays de la Région et que d'autres étaient proches de son obtention. Le plan d'urgence avait pour but de garantir que la Région dans son ensemble pouvait être certifiée exempte de rougeole et de rubéole. La réalisation de la certification dépendait des niveaux de risque et de vulnérabilité à la transmission de cas importés, qui demeurait élevée dans certaines parties de la Région. Le Bureau était engagé dans un plaidoyer avec la Région de l'Europe et d'autres Régions de l'OMS pour encourager la vaccination. Malheureusement, une grande part de l'information erronée ou trompeuse sur les risques de la vaccination provenait de groupes européens anti-vaccination, même si une partie provenait également de groupes dans les Amériques. Des campagnes d'information étaient requises pour rassurer le public et garantir que tout le monde était vacciné en conformité aux calendriers approuvés de vaccination des pays. La proclamation de la Semaine mondiale de la

vaccination<sup>8</sup> était une mesure importante, qui donnerait l'occasion d'informer le public et de le motiver.

203. Le Comité a décidé d'inscrire cette question à l'ordre du jour de la 28<sup>e</sup> Conférence sanitaire panaméricaine parmi les Questions relatives à la politique des programmes et de recommander que la Conférence adopte une résolution approuvant un plan d'action régional d'urgence 2012-2014 pour maintenir l'élimination de la rougeole et de la rubéole. (Décision CE150[D3]).

***Stratégie et Plan d'action régionaux sur la nutrition en santé et développement, 2006 - 2015 : Examen à mi-parcours (document CE150/INF/6-D)***

204. Les membres du Comité ont souligné le besoin pour les organismes des Nations Unies et les ministères nationaux d'adopter une approche coordonnée, intégrée et uniforme de l'alimentation et la nutrition, et d'éviter de se concentrer étroitement sur des thèmes relatifs à la production, l'importation et la commercialisation d'aliments en accordant peu d'attention à l'importance de garantir la sécurité de la nutrition tout au long de la vie. L'approche intégrée de l'OPS a été louée. Un délégué a demandé si des données comparatives étaient disponibles sur les enfants sous-alimentés ou à risque de sous-alimentation et les enfants en surcharge pondérale ou obèses. Il a indiqué que son pays examinait les programmes d'alimentation complémentaires pour déterminer dans quelle mesure ils pourraient avoir contribué à la surcharge pondérale et à l'obésité chez les enfants, qui étaient les principaux problèmes liés à la nutrition dans son pays.

205. Le Dr Chessa Lutter (Conseillère régionale en alimentation et nutrition au BSP) a indiqué que l'OPS promouvait une approche cohérente et intégrée des questions d'alimentation et de nutrition par le biais de l'Alliance panaméricaine pour la nutrition et le développement, une initiative interorganisations impliquant plusieurs organismes des Nations Unies et elle encourageait également des approches intersectorielles au niveau des pays. Le Bureau quant à lui poursuivait une approche interprogrammatique. Alors que la malnutrition chronique et, dans certains cas, la malnutrition aiguë demeuraient des problèmes dans la Région, la prévalence de l'insuffisance pondérale était beaucoup plus faible que la prévalence de l'obésité et de l'excès de poids, et l'écart allait en s'élargissant. Il existait de vastes connaissances quant à la façon d'aborder la sous-alimentation, mais il y avait clairement un besoin d'interventions efficaces pour répondre au problème croissant de la suralimentation.

206. La Directrice a ajouté que des études avaient noté que les enfants en insuffisance pondérale qui avaient été nourris à l'aide d'une alimentation riche en hydrates de carbone (glucides) et calories avaient une plus grande probabilité d'avoir un excès de poids. La nutrition était clairement un problème à aspects multiples qui demandait une approche

---

<sup>8</sup> Voir résolution WHA65.18.

interorganisations. Elle demandait également un dialogue plus fort entre les secteurs de la santé et de l'agriculture au niveau des pays et un plaidoyer plus important par les États Membres. En particulier, les autorités nationales de la santé devraient travailler avec leurs homologues dans le secteur de l'agriculture pour encourager une approche plus intégrée à l'alimentation et la nutrition de la part de l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO), qui restait axée principalement sur la production et les aspects commerciaux de la sécurité alimentaire.

207. Le Comité a pris note du rapport.

***Plan stratégique régional de l'OPS 2006-2015 pour le contrôle du VIH/sida/MTS : Évaluation à mi-parcours (document CE150/INF/6-E)***

208. Le Dr Sonja Caffè (Conseillère en prévention du VIH/sida/MTS au BSP) a résumé les conclusions préliminaires de l'évaluation à mi-parcours, notant qu'un rapport plus complet serait soumis à la Conférence sanitaire panaméricaine en septembre. L'évaluation avait indiqué que le plan stratégique tel que conçu en 2006 était toujours pertinent. Le but global et les cibles du plan avaient étayé le développement de plans infrarégionaux et d'approches et de propositions des pays au Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme et d'autres donateurs. Bien que l'évaluation n'ait pas permis un examen systématique de l'ensemble des 55 étapes et cibles, il était permis de conclure que la Région avait fait de bons progrès en termes de réduction de l'incidence des infections par le VIH et d'augmentation de l'accès au traitement antirétroviral. La troisième cible, une réduction de l'incidence de la transmission de la mère à l'enfant du VIH à 5% ou moins en 2015, avait été modifiée en 2009 quand les États Membres avaient approuvé l'initiative régionale pour l'élimination de la transmission de la mère à l'enfant du VIH et de la syphilis congénitale, qui avait établi la cible à 2% ou moins. Cinq pays au moins avaient atteint cette cible jusqu'à présent, et sept autres semblaient proches de l'atteindre.

209. Dans la discussion qui s'en est suivie, le Bureau a été encouragé à examiner les données scientifiques émergentes sur l'approche « traitement en prévention » et les implications sur le plan éthique et des droits de l'homme d'un large élargissement des tests et d'une offre de traitement immédiatement sur diagnostic, ainsi que d'usage de la thérapie antirétrovirale pour prévenir l'infection par le VIH quand les besoins de traitement de nombreuses personnes séropositives restaient insatisfaits.

210. Le Dr Caffè a dit que l'OPS avait travaillé avec les pays dans le but d'optimiser la thérapie antirétrovirale dans le contexte du traitement préventif, tout en cherchant à réduire les coûts et à améliorer la disponibilité du traitement. Tous ces facteurs seraient pris en considération dans l'établissement du rapport d'évaluation.

211. Le Comité a pris note du rapport.

*Situation actuelle de la dengue (document CE150/INF/6-F)*

212. Les membres du Comité ont souligné l'importance du soutien continu de l'OPS aux initiatives nationales de contrôle de la dengue afin de maintenir les progrès réalisés dans le contrôle de la maladie et le besoin d'une action intersectorielle pour aborder les déterminants sociaux et autres qui ont contribué à sa propagation. Le besoin de mener des campagnes communautaires et d'éduquer et de mobiliser la population afin d'éliminer les sites de reproduction des vecteurs, a été souligné, de même que le besoin de collaboration entre les pays, du fait que le vecteur pouvait facilement franchir les frontières nationales. L'importance d'une recherche continue visant à produire un vaccin contre la dengue a également été mise en exergue.

213. Le Dr Sylvain Aldighieri (Conseiller principal pour le RSI, l'alerte et la riposte aux épidémies et les maladies épidémiques pour le BSP) a dit que la transmission de la dengue se produisait dans tous les États Membres de l'OPS sauf deux, situation qui dénotait l'importance de stratégies intégrées de contrôle de la dengue au niveau infrarégional ainsi qu'au niveau national. Il était également essentiel de mettre en œuvre les nouvelles directives de prise en charge des cas à tous les niveaux des systèmes de soins de santé, mettant l'accent en particulier sur le niveau de soins primaires, et de former le personnel, au niveau des soins de santé primaires, sur la détection des signes de mise en garde contre la forme sévère de la maladie. Les nouvelles directives étaient, à son avis, largement responsables des réductions importantes de la mortalité par la dengue au cours des dernières années.

214. Il était d'accord que la collaboration interpays était cruciale. Cette collaboration était encouragée par le groupe de travail international sur la dengue mentionné dans le rapport contenu dans le document CE150/INF/6. Quant à la recherche sur un vaccin contre la dengue, plusieurs vaccins étaient en cours de développement et l'un d'entre eux se trouvait actuellement dans la phase III des essais cliniques et devrait être disponible dans les cinq à dix années à venir. En ce qui concernait la mobilisation et la participation communautaires, la méthode COMBI (communication pour l'action sur les comportements) pourrait s'avérer utile, tant pour éliminer les sites de reproduction que pour faciliter la détection précoce des cas.

215. La Directrice a ajouté que l'OPS s'efforçait d'identifier et de diffuser des données probantes sur les innovations et les interventions réussies dans les domaines tels que le changement de comportement, la communication publique et la promotion de la participation communautaire au contrôle de la dengue ainsi que la responsabilité pour ce contrôle. Un exemple d'expérience novatrice venait de Panama, qui avait noté une recrudescence des cas de dengue en résultat de plusieurs projets majeurs de travaux publics. Le gouvernement avait conclu un accord avec les entreprises de construction concernées, et avait établi des réglementations stipulant que ces entreprises étaient

responsables de garantir que leurs projets ne créaient pas des flaques d'eau qui pourraient servir de sites de reproduction aux moustiques.

216. Le Comité a pris note du rapport.

***Mise en œuvre du Règlement sanitaire international (2005) (document CE150/INF/6-G)***

217. Les membres du Comité ont mis en relief le besoin d'un engagement ferme par tous les États Membres à se conformer intégralement au Règlement sanitaire international (RSI) (2005) et le besoin d'un appui constant de l'OPS aux efforts nationaux pour renforcer la surveillance et la capacité de réponse. Ils ont noté que le Bureau prévoyait que quelque 80% des États Membres dans les Amériques demanderaient une prorogation de l'échéance de juin 2012 pour évaluer les capacités essentielles de surveillance et de réponse et élaborer un plan d'action national pour atteindre ces capacités essentielles, et ils ont souligné que les efforts devaient être redoublés afin d'assurer que l'échéance prorogée à juin 2014 serait respectée. L'échec du non respect de cette échéance pourrait porter préjudice à la crédibilité de l'OMS. Le Bureau était prié de commenter sur les plus grands obstacles potentiels au respect de l'échéance. Le besoin d'un appui technique et financier continu afin de permettre aux pays de mettre en place et maintenir les capacités essentielles a été mis en relief.

218. Les délégués du Brésil et de la Colombie ont annoncé que leurs gouvernements avaient décidé de ne pas demander une prorogation de l'échéance de 2012 et ont affirmé leur engagement au Règlement. Le délégué du Brésil a observé que la Coupe du monde de la FIFA en 2014 et les Jeux olympiques en 2016 qui se dérouleraient tous les deux dans son pays, offriraient des opportunités de renforcer les partenariats entre les pays et de surmonter les défis qui restaient au niveau de la mise en œuvre du Règlement.

219. Le Dr Sylvain Aldighieri (Conseiller principal pour le RSI, l'alerte et la riposte et les maladies épidémiques pour le BSP) a indiqué qu'à la date du 15 juin 2012, date butoir pour demander une prorogation, l'OPS avait reçu des communications officielles de 28 pays, 26 d'entre eux ayant demandé une prorogation. En ce qui concernait les principaux obstacles au respect de l'échéance de juin 2014, le tout premier était la coordination intersectorielle insuffisante dans les pays, qui ralentissait les progrès sur la voie de la réalisation des capacités essentielles, en particulier celles se rapportant aux points d'entrée et à la gestion des événements chimiques et des urgences liées à la radiation, comme le montraient les faibles pourcentages dans ces domaines indiqués dans le tableau du rapport d'avancement. L'OPS travaillait avec d'autres organismes internationaux pour organiser des ateliers de formation infrarégionaux et appuyer la mise en œuvre d'activités au titre des plans d'action nationaux du RSI. Comme on l'avait noté, l'appui technique et financier international serait requis pour que les pays puissent maintenir les capacités essentielles.

220. La Directrice a informé qu'outre le Brésil et la Colombie, le Canada et le Chili avaient officiellement notifié le Bureau qu'ils ne demanderaient pas de prorogation de l'échéance de juin 2012 et qu'il était prévu que les États-Unis d'Amérique ne demanderaient pas non plus de prorogation. Elle estimait qu'il y avait toutes les raisons d'être optimiste sur le fait que tous les États Membres des Amériques atteindraient les capacités essentielles en 2014. Les pays de la Région avaient une longue tradition de se soutenir les uns les autres pour atteindre les objectifs sanitaires. Les États Membres avaient élaboré des plans détaillant les actions requises pour respecter l'échéance, et des ressources provenant du compte de réserve étaient disponibles pour appuyer les efforts nationaux (voir paragraphes 139 à 141 ci-dessus).

221. Le Comité a pris note du rapport.

***Cibles régionales en matière de ressources humaines en santé 2007-2015 (document CE150/INF/6-H)***

222. Les membres du Comité ont mis en exergue le besoin de coordination et de coopération entre les secteurs de la santé, de l'éducation et du travail afin de garantir que la formation et le recyclage des agents de santé étaient appropriés aux conditions démographiques et épidémiologiques nouvelles des pays. Le besoin d'améliorer la planification des ressources humaines et la distribution des agents de santé dans les zones rurales, les zones urbaines marginales et les communautés autochtones a également été souligné. Ils ont noté que les pays pourraient réaliser un taux global de 25 agents de santé pour une population de 10 000 – cible régionale 1 – mais qu'il y pourrait encore y avoir des divergences majeures de couverture entre zones urbaines et rurales.

223. Ils ont également observé que la couverture des agents de santé devrait être mesurée qualitativement et quantitativement, et qu'un plus grand effort était requis pour garantir des soins spécialisés au niveau des soins de santé primaires. Plusieurs délégués ont informé sur les initiatives nationales visant à étendre l'accès aux soins de santé primaires, en particulier dans les zones défavorisées. Une déléguée a indiqué que son pays testait une approche à deux niveaux des soins de santé primaires impliquant la fourniture de soins par des pédiatres, des obstétriciens, des internistes, des spécialistes de santé mentale et des kinésithérapeutes, qui avait aidé son pays à réaliser l'objectif du Millénaire pour le développement 5 (améliorer la santé maternelle). Un autre délégué a indiqué que les secteurs de la santé et de l'éducation dans son pays collaboraient à un plan par lequel le financement était fourni pour la formation des professionnels de la santé en échange d'un engagement à fournir des services dans les zones défavorisées. Le besoin de fournir une formation pratique et des incitations pour que les agents de santé travaillent au niveau de soins de santé primaires a été mis en relief. Il était également estimé nécessaire de changer l'image des soins de santé primaires, qui tendait à être considérée par les professionnels de la santé comme une voie sans issue, à la fois financièrement et en termes de développement et de progression de carrière. Des informations ont été demandées sur la

mesure dans laquelle les cibles régionales étaient alignées sur le Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé adopté en 2010.<sup>9</sup>

224. Le Dr Charles Godue (Conseiller principal en ressources humaines pour la santé au BSP) a dit que l'évaluation de base décrite dans le rapport d'avancement contenu dans le document CE150/INF6 avait mis en relief un grand nombre des mêmes problèmes que ceux soulevés par le Comité, y compris le besoin d'une meilleure distribution du personnel de santé de façon à satisfaire les besoins dans les communautés défavorisées rurales et urbaines marginales, le défi de recruter et de retenir le personnel au niveau des soins de santé primaires et le besoin d'un effort concerté par les secteurs de la santé et de l'éducation afin d'adapter la formation des agents de santé aux besoins spécifiques des pays et de fournir des incitations pour attirer un plus grand nombre d'agents de santé au niveau de soins de santé primaires. L'évaluation avait également fait ressortir le besoin de leadership par les ministères de la santé dans la planification stratégique des ressources humaines et dans l'encouragement de la coordination avec les secteurs de l'éducation et du travail.

225. Bien que le Code de pratique de l'OMS ait été adopté plusieurs années après les cibles régionales, l'évaluation de base avait examiné la mesure dans laquelle il était appliqué et il y avait eu peu de preuves avérées que le Code ait réellement été adopté comme un engagement formel.

226. La Directrice a noté que la question du recrutement international des personnels de santé était couverte sous le défi 3 et la cible 10 des cibles régionales. Concernant la collaboration entre les secteurs de la santé et de l'éducation, une pression publique croissante sur ce dernier secteur pour la transparence et la responsabilisation devrait accroître les possibilités de dialogue.

227. Le Comité a pris note du rapport.

#### ***Situation des Centres panaméricains (document CE150/INF/6-I)***

228. Apportant un supplément aux informations contenues dans le rapport d'avancement, la Directrice a rappelé que plusieurs années auparavant, les fonctions du Centre panaméricain de la fièvre aphteuse (PANAFTOSA) avaient été diversifiées<sup>10</sup> pour inclure les zoonoses et l'interface humain-animal, la sécurité et la salubrité alimentaires et qu'un fonds fiduciaire avait été établi pour faciliter les contributions à son travail, à la fois par le secteur public et le secteur privé. Des contributions avaient été reçues du Brésil et de l'industrie du bétail au Paraguay. Le laboratoire de référence du Centre avait été transféré de Rio de Janeiro à l'État de Minas Gerais au Brésil, et il avait été envisagé de déménager le centre lui-même de la périphérie de Rio de Janeiro à un emplacement plus petit et plus

---

<sup>9</sup> Voir résolution WHA63.16.

<sup>10</sup> Voir résolution CD46.R6.



central qui réduirait le coût de son fonctionnement. La possibilité d'établir un emplacement conjoint pour le Centre latino-américain de périnatalogie (CLAP) et le bureau de pays de l'OPS/OMS en Uruguay était également envisagée.

229. Le transfert des fonctions du centre d'épidémiologie des Caraïbes (CAREC) et de l'Institut pour l'alimentation et la nutrition des Caraïbes (CFNI) à la nouvelle Agence de santé publique des Caraïbes (CARPHA) devrait se terminer à la date prévue à la fin de 2012. CARPHA entrerait en fonctionnement en janvier 2013. Le laboratoire de référence du CAREC deviendrait le laboratoire de CARPHA, qui serait situé à Trinité et Tobago. Le Bureau travaillerait en étroite collaboration avec le Gouvernement du pays à la conception de cette installation.

230. M. Marcelo D'Agostino (Gérant du domaine de la Gestion des connaissances et de la communication du BSP) a résumé les derniers développements dans la reconfiguration du Centre d'information sur les sciences de la santé pour l'Amérique latine et les Caraïbes (BIREME), notant que le Comité consultatif national pour le centre s'était réuni en juin et que l'accord du siège avec le gouvernement du Brésil devrait être signé sous peu.

231. Dans la discussion qui a suivi, une déléguée a suggéré que peut-être une stratégie régionale devrait être élaborée dans le but de mobiliser un soutien international plus fort et des ressources pour les centres panaméricains.

232. La Directrice a indiqué que des efforts avaient été faits pour mobiliser le soutien, mais qu'ils n'avaient pas été très fructueux jusqu'à présent, et que les centres avaient essentiellement eu recours aux ressources de la coopération des pays donateurs. Le Bureau accueillerait des suggestions des États Membres quant aux organisations internationales qui pourraient être intéressées à appuyer le travail des centres.

233. Le Comité a pris note du rapport.

### **Résolutions et autres actions des organisations intergouvernementales d'intérêt pour l'OPS (document CE150/INF/7)**

234. Dr Juan Manuel Sotelo (Gérant du domaine des Relations externes, de la mobilisation des ressources et des partenariats du BSP) a informé sur les résolutions et autres actions de la soixante-cinquième Assemblée mondiale de la Santé et la 131<sup>e</sup> Session du Conseil exécutif de l'OMS revêtant un intérêt pour les Organes directeurs de l'OPS, en attirant l'attention en particulier sur les résolutions sur les maladies non transmissibles (WHA65.3), sur la santé mondiale (WHA65.4), sur la mise en œuvre des recommandations de la Commission de l'information et de la redevabilité pour la santé de la femme et de l'enfant (WHA65.7), sur le plan d'action mondial pour les vaccins (WHA65.17) et sur les produits médicaux de qualité inférieure/faux/fausseté étiquetés/falsifiés/contrefaits (WHA65.19). En ce qui concernait cette dernière résolution, il a noté que la première réunion du nouveau mécanisme des États Membres pour la collaboration internationale se

tiendrait en Argentine au cours du deuxième semestre de 2012. La réforme de l'OMS avait été un centre d'intérêt majeur durant l'Assemblée mondiale de la Santé et les réunions qui s'en étaient suivies du Conseil exécutif. Comme noté dans la présentation sur le thème (voir paragraphes 168 à 179 ci-dessus), des propositions avaient été examinées et des réformes avaient été approuvées dans trois domaines: établissement des programmes et des priorités, gouvernance et gestion (décision WHA65[9]).

235. Il a également attiré l'attention sur un nombre de résolutions des organes infrarégionaux ayant trait aux questions liées à la santé revêtant un intérêt pour les Organes directeurs. Ces résolutions étaient résumées dans la partie B du document CE150/INF/7.

236. La Directrice a noté que certaines des résolutions et des décisions affecteraient le travail des Organes directeurs de l'OPS. Plusieurs préconisaient des consultations régionales, dont certaines prendraient place pendant la 28<sup>e</sup> Conférence sanitaire panaméricaine. De plus, il y aurait probablement des changements dans le format des rapports des présidents des comités régionaux soumis au Conseil exécutif. Le Bureau aiderait les États Membres à se préparer pour les diverses consultations qui se tiendraient à Genève sur les maladies non transmissibles et d'autres thèmes et pour la réunion du mécanisme des États Membres sur les produits médicaux de qualité inférieure/faux/faussement étiquetés/falsifiés/contrefaits.

237. Le Comité a pris note du rapport.

## **Questions diverses**

238. Durant la semaine de la 150<sup>e</sup> Session, les membres du Comité ont participé à une cérémonie marquant l'inauguration du nouveau Centre des opérations d'urgence au siège de l'OPS et a assisté à une présentation du Dr Jon Andrus (Directeur adjoint, BSP) sur la situation du choléra en Haïti.

239. L'Association du personnel de l'OPS/OMS, ainsi que plusieurs délégués ont rendu hommage à la Directrice et exprimé leur gratitude pour ses années de service auprès de l'Organisation.

## **Clôture de la Session**

240. Suivant l'échange habituel de politesses, la Présidente a déclaré la clôture de la 150<sup>e</sup> Session du Comité exécutif.

## **Résolutions et Décisions**

241. Les résolutions et décisions suivantes ont été adoptées par le Comité exécutif lors de sa 150<sup>e</sup> Session :

### ***Résolutions***

#### ***CE150.R1 : Recouvrement des contributions***

#### ***LA 150<sup>e</sup> SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,***

Ayant considéré le document *Rapport sur le recouvrement des contributions fixées* (documents CE150/21 et Add. I),

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

Notant qu'il y a eu une réduction significative du montant des arriérés de contributions, de telle manière qu'il n'y a pas de retard de paiement correspondant à la période précédant la période financière de 2009 ;

Notant que 18 États Membres ne se sont acquittés d'aucun paiement correspondant à leurs contributions pour 2012,

### ***DÉCIDE :***

1. De prendre note du document *Rapport sur le recouvrement des contributions* (documents CE150/21 et Add. I).
2. De féliciter les États Membres pour leur engagement à s'acquitter de leurs obligations financières envers l'Organisation en faisant des efforts significatifs pour régler leurs contributions impayées.
3. De remercier les États Membres qui se sont déjà acquittés de leurs paiements pour 2012 et d'exhorter les autres États Membres à s'acquitter de toutes leurs contributions impayées dès que possible.
4. De prier la Directrice de continuer à informer les États Membres de tout montant dû et de présenter un rapport à la 28<sup>e</sup> Conférence sanitaire panaméricaine sur la situation du recouvrement des contributions.

*(Première réunion, le 18 juin 2012)*

***CE150.R2 : Méthode de travail des Organes directeurs : Délégation de fonctions au Comité exécutif***

***LA 150<sup>e</sup> SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,***

Ayant envisagé le rapport de la Directrice, *Méthode de travail des Organes directeurs : Délégation de fonctions au Comité exécutif* (document CE150/10.) ;

***DÉCIDE :***

De recommander que la 28<sup>e</sup> Conférence sanitaire panaméricaine adopte une résolution rédigée selon les termes suivants :

**METHODE DE TRAVAIL DES ORGANES DIRECTEURS :  
DÉLÉGATION DE FONCTIONS AU COMITÉ EXÉCUTIF**

***LA 28<sup>e</sup> CONFÉRENCE SANITAIRE PANAMÉRICAINNE,***

Ayant envisagé le rapport de la Directrice, *Méthode de travail des Organes directeurs : Délégation de fonctions au Comité exécutif* (document CSP28/\_\_\_) ;

Consciente des limitations du temps disponible lors des sessions des Organes directeurs de l'OPS consacrées à la discussion de points jugés d'importance stratégique ;

Notant la nécessité de continuer à améliorer les méthodes de travail des Organes directeurs en rationalisant et en simplifiant leurs ordres du jour,

***DÉCIDE :***

De demander que, lors de l'exercice de sa fonction consistant à revoir et à approuver les ordres du jour provisoires de la Conférence sanitaire panaméricaine et du Conseil directeur, le Comité exécutif continue ses efforts en vue d'améliorer les méthodes de travail de ces organes en ne leur transmettant que les rapports d'avancement technique et administratifs qui sont jugés nécessaires.

De déléguer au Comité exécutif la détermination du salaire du Directeur du Bureau sanitaire panaméricain.

*(Deuxième réunion, le 18 juin 2012)*

***CE150.R3 : Programme élargi de manuels et de matériel pédagogique (PALTEX)***

***LA 150<sup>e</sup> SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,***

Ayant examiné le rapport de la Directrice, *Programme élargi de manuels et de matériel pédagogique (PALTEX)* (document CE150/20, Rév. 1) ;

***DÉCIDE :***

De recommander à la 28<sup>e</sup> Conférence sanitaire panaméricaine l'adoption d'une résolution rédigée selon les termes suivants :

**PROGRAMME ÉLARGI DE MANUELS ET DE MATÉRIEL PÉDAGOGIQUE  
(PALTEX)**

***LA 28<sup>e</sup> CONFÉRENCE SANITAIRE PANAMÉRICAINE,***

Ayant examiné le rapport de la Directrice, *Programme élargi de manuels et de matériel pédagogique (PALTEX)* (document CSP28/\_\_);

Consciente de la résolution CSP17.R15 (1966) par laquelle la 17<sup>e</sup> Conférence sanitaire panaméricaine a établi un programme de manuels médicaux en tant que programme de coopération technique de l'OPS ;

Considérant les réalisations et les réussites de PALTEX depuis ses débuts, améliorant la qualité et l'impact de l'éducation dans les sciences de la santé en dotant les étudiants et les agents sanitaires partout dans les Amériques de matériels pédagogiques qui sont appropriés, accessibles et mis à jour ;

Désireuse de renforcer, d'élargir et de moderniser PALTEX pour mieux satisfaire les besoins des États membres de l'OPS,

***DÉCIDE :***

1. De prendre note du rapport sur PALTEX mentionné ci-dessus et des mesures prises à ce jour par le BSP.

2. De demander à la Directrice :
  - a) de finaliser les actions nécessaires pour consolider la gestion globale et l'administration de tous les aspects de PALTEX de retour à l'OPS, y compris ses actifs, son administration, ses opérations, son inventaire, ses achats et ses finances ;
  - b) d'élaborer un modèle structurel et opérationnel amélioré pour PALTEX sous la gestion globale de l'OPS et en conformité au règlement de l'OPS, pour assurer l'intégrité technique et financière du programme et assurer également sa durabilité ;
  - c) de renouveler les composantes techniques de PALTEX, dont :
    - i. l'établissement d'un nouveau système de sélection technique qui assurera la qualité élevée et la pertinence de toutes les ressources d'apprentissage incorporées dans la collection de PALTEX ;
    - ii. le développement de deux nouvelles séries :
      - renouvellement des soins de santé primaires/Objectifs du Millénaire pour le développement
      - développement de la faculté;
    - iii. la diffusion de PALTEX dans les Caraïbes anglophones, Cuba, Haïti et Porto Rico ;
    - iv. sur demande, l'offre d'une coopération technique à d'autres Régions de l'OMS, telles que le Bureau régional pour l'Afrique (AFRO) et le Bureau régional pour la Méditerranée orientale (EMRO) ;
    - v. la création d'*e-PALTEX* en développant une composante numérique et en ligne large et complète pour les ressources d'apprentissage fondées sur les priorités pédagogiques ;
    - vi. l'accroissement du nombre d'institutions membres participantes dans la Région.

*(Deuxième réunion, le 18 juin 2012)*

***CE150.R4 : Stratégie et Plan d'action pour la santé intégrale chez l'enfant***

***LA 150<sup>e</sup> SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,***

Ayant examiné la Stratégie et Plan d'action pour la santé intégrale chez l'enfant (document CE150/15) ;

**DÉCIDE :**

De recommander à la 28<sup>e</sup> Conférence sanitaire panaméricaine l'adoption d'une résolution rédigée selon les termes suivants :

**STRATÉGIE ET PLAN D'ACTION POUR LA SANTÉ  
INTÉGRALE CHEZ L'ENFANT*****LA 28<sup>e</sup> CONFÉRENCE SANITAIRE PANAMÉRICAINE,***

Ayant examiné la Stratégie et Plan d'action pour la santé intégrale chez l'enfant (document CSP29/\_\_);

Rappelant l'Acte constitutif de l'Organisation mondiale de la Santé, de la Convention des Nations Unies sur les droits de l'enfant, et d'autres instruments internationaux et régionaux des droits de l'homme qui énoncent le droit de l'enfant à jouir du meilleur état de santé possible ;

Consciente des mandats internationaux émergents de l'Assemblée mondiale de la Santé, en particulier la résolution WHA56.21 (2003), *Stratégie pour la santé et le développement de l'enfant et de l'adolescent*, et la résolution WHA58.31 (2005), *Vers une couverture universelle des soins aux mères, aux nouveau-nés et aux enfants*, des engagements pris par les États Membres de la Région des Amériques pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD), et les autres résolutions de l'OPS qui contribuent et influencent directement le bien-être des femmes, des enfants et de leurs soignants ;

Reconnaissant que les enfants de la Région des Amériques sont sa plus grande ressource, et que la reconnaissance et la protection de leurs besoins et droits de l'homme spécifiques sont essentiels pour un développement efficace, et notant que les politiques, stratégies, plans et lois nationaux de santé exigent une attention renouvelée pour promouvoir l'intégration efficace des services de soins de santé infantile dans les établissements de santé, par le biais d'une approche intersectorielle et de parcours de vie fondée sur les déterminants sociaux de la santé et compatible avec les mandats internationaux ;

Considérant que la présente Stratégie et son Plan d'action proposent d'avancer sur le continuum de soins afin de promouvoir le développement optimal de l'enfant, de prévenir et de réduire le fardeau de la maladie chez les enfants de moins de 5 ans, d'améliorer la nutrition des enfants, d'habiliter les parents, les familles et les communautés à soutenir les efforts de garde des enfants, de créer des environnements sociaux et physiques qui favorisent la sécurité et la bonne santé, ainsi que de renforcer la collaboration entre les

différentes institutions de santé et d'autres secteurs leur permettant de travailler plus efficacement,

***DÉCIDE :***

1. D'approuver la Stratégie et d'approuver le Plan d'action pour la santé intégrale chez l'enfant, et d'encourager sa prise en considération lors de l'élaboration de politiques, plans, programmes et propositions de développement, et de budgets nationaux, en vue de créer les conditions favorables à l'intensification des interventions de santé intégrale chez l'enfant.
2. De prier instamment les États Membres :
  - a) de donner la priorité à et de plaider aux plus hauts niveaux la mise en œuvre d'interventions efficaces, fondées sur des preuves, pour prévenir la morbidité et la mortalité infantile et pour atteindre le développement social optimum ;
  - b) de soutenir le développement de politiques, stratégies et plans pour la santé intégrale chez l'enfant dans le cadre de l'ensemble des plans nationaux de santé, à renforcer les capacités des services pour la santé intégrale de l'enfant de bonne qualité, et à assurer l'accès universel à ces services ;
  - c) de promouvoir le dialogue et la coordination entre les ministères et autres institutions publiques et universitaires, ainsi qu'entre les secteurs public et privé et la société civile, en vue de parvenir à un consensus national pour la mise en œuvre de services intégrés de santé infantile basés sur les approches de déterminants sociaux et de parcours de vie ;
  - d) de renforcer les capacités des gestionnaires nationaux et locaux pour la planification des programmes et la gestion efficaces des travailleurs de santé des établissements de santé de référence et de premier niveau pour offrir des services de soins de santé infantiles de qualité ;
  - e) de soutenir le personnel de santé qui travaille aux niveaux familial, communautaire et individuel pour améliorer le comportement axé sur la recherche de soins, la promotion de la santé et les soins à domicile et dans la communauté fondés sur les pratiques de soins de santé primaires ;
  - f) de renforcer les systèmes et services de santé pour soutenir la mise en œuvre des soins de qualité compatibles avec leurs obligations vis-à-vis de la Convention des Nations Unies sur les droits de l'enfant et de mise en œuvre des processus de formation innovants, y compris l'enseignement à distance et autres modèles novateurs ;



- g) de promouvoir la collecte, le partage et l'utilisation de données sur les soins de santé infantile intégrés, ventilées par âge, sexe et origine ethnique ;
  - h) de mettre en place un système intégré de contrôle, évaluation et de responsabilisation des politiques, plans, programmes, lois, et interventions qui permettra de déterminer la qualité des soins et l'impact des services de santé infantiles intégrés ;
  - i) de développer des procédés pour effectuer des examens et analyses externes de la mise en œuvre du Plan en fonction des priorités, besoins et capacités nationales.
3. De demander au Directeur :
- (a) d'établir un groupe technique consultatif pour fournir des orientations sur les sujets liés aux soins de santé infantile intégrés ;
  - (b) de fournir un soutien aux États Membres, en collaboration avec d'autres organismes et secteurs internationaux pour les aider à travailler collectivement au soutien et au renforcement des plans nationaux et à la mise en œuvre d'activités intégrées de santé infantile au niveau des pays ;
  - (c) de promouvoir la mise en œuvre et la coordination de la Stratégie et Plan d'action visant à assurer la transversalité des activités à travers les différents programmes de l'Organisation et les différents contextes régionaux et nationaux ;
  - (d) d'établir des repères directement corrélés à des zones stratégiques de la Stratégie et Plan d'action ;
  - (e) de promouvoir et de consolider la coopération technique horizontale (Sud- Sud) et le partage des expériences réussies et des leçons apprises par les États Membres ;
  - (f) de soutenir et d'optimiser le développement des ressources humaines, le renforcement des capacités, et la prestation de services de qualité ;
  - (g) de soutenir le développement de lignes directrices et outils techniques intégrés pour faciliter la mise en œuvre de la Stratégie et Plan d'action ;
  - (h) de promouvoir la création d'organismes nationaux, municipaux, et de partenariats locaux avec d'autres organismes internationaux, institutions scientifiques et techniques, institutions académiques, organisations non gouvernementales, la société civile organisée, le secteur privé, le Comité des Nations Unies des droits de l'enfant, entre autres, dans le but de mettre en œuvre des soins de santé infantile intégrés ;

- (i) de procéder à des évaluations à mi-parcours et à la fin et établir un rapport de ces résultats aux Organes directeurs de l'OPS.

(Troisième réunion, le 19 juin 2012)

**CE150.R5 : *Stratégie et Plan d'action sur la gestion des connaissances et la communication***

**LA 150<sup>e</sup> SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,**

Ayant examiné le document CE150/17 *Stratégie et Plan d'action sur la gestion des connaissances et la communication* ;

**DÉCIDE :**

De recommander à la 28<sup>e</sup> Conférence sanitaire panaméricaine l'adoption d'une résolution rédigée selon les termes suivants :

**STRATÉGIE ET PLAN D'ACTION SUR LA GESTION  
DES CONNAISSANCES ET LA COMMUNICATION**

**LA 28<sup>e</sup> CONFÉRENCE SANITAIRE PANAMÉRICAINNE,**

Ayant examiné le document CSP28/\_\_\_ *Stratégie et Plan d'action sur la gestion des connaissances et la communication* ;

Reconnaissant qu'en vue de l'examen de la situation actuelle, la mise en œuvre de la gestion des connaissances et la communication dans les pays des Amériques requiert deux conditions essentielles : l'existence de moyens efficaces pour formuler et mettre en œuvre des stratégies et des politiques de gestion des connaissances et la communication (viabilité technique), et de procédures pratiques et d'outils simples, abordables et durables (viabilité financière et programmatique) ;

Comprenant que la coordination et la prestation de services dans le domaine de la santé doivent être améliorées pour accroître l'efficacité, la disponibilité, l'accessibilité et le caractère abordable qui permettront d'adapter et de prévoir de nouveaux contextes en matière de santé ;

Considérant le [rapport JIU/REP/2007/6](#) (2007) sur la gestion des connaissances dans le système des Nations Unies ; qu'en novembre 2010, la troisième Conférence ministérielle sur la société de l'information en Amérique latine et les Caraïbes, qui s'est

tenue à Lima (Pérou) a établi son Plan d'action sur la société de l'information et des connaissances en Amérique latine et les Caraïbes ; qu'en 2011, la Stratégie de gestion des connaissances et la communication pour tous les organismes et bureaux de pays du Bureau sanitaire panaméricain (BSP) a été adoptée, et soulignant la tenue du Congrès régional d'information en sciences de la santé (CRICS), organisé tous les 2-3 ans et qui est devenu une réunion de référence qui reflète et résume les avancées régionales et internationales dans les domaines de la gestion de l'information scientifique et technique, de la communication scientifique, de la documentation et de technologies de l'information ;

Prenant en compte la [résolution A/RES/51/172](#) (1996) sur la communication pour les programmes de développement dans le système des Nations Unies, qui a reconnu l'importance d'accorder une priorité préférentielle à la communication pour le développement et qui a souligné le besoin de soutenir les systèmes de communication réciproques qui encouragent le dialogue et permettent aux communautés de s'exprimer, de faire connaître leurs aspirations et leurs préoccupations et de participer aux décisions relatives à leur développement ; la Stratégie sur la gestion des connaissances de l'Organisation mondiale de la Santé (2005), la Stratégie régionale pour la gestion des connaissances à l'appui de la santé publique (résolution EM/RC53/R.10 [2009]) de la Région de la Méditerranée orientale, [la Stratégie et Plan d'action sur la cybersanté de l'OPS](#) (document CD51/13 [2011]) ;

Notant que l'OPS a collaboré avec les pays de la Région pour mettre en place les bases conceptuelles, techniques et d'infrastructure pour le développement des politiques et programmes nationaux en matière de gestion des connaissances et la communication ;

Reconnaissant le caractère transversal et complémentaire entre cette Stratégie et les objectifs énoncés dans le Plan stratégique de l'OPS 2008-2012 (*Document officiel 328*) ;

Considérant l'importance de disposer d'une Stratégie et Plan d'action pour permettre aux États Membres d'améliorer, de manière efficace et efficiente, la santé publique dans la Région grâce à une gestion des connaissances et la communication,

### ***DÉCIDE :***

1. De soutenir la Stratégie et approuver le Plan d'action sur la gestion des connaissances et la communication et de soutenir son intégration dans les politiques, plans et programmes de développement, ainsi que dans les propositions et discussions des budgets nationaux, permettant ainsi de créer les conditions propices pour relever les défis de l'amélioration de la santé publique dans la Région grâce à l'adoption de normes, politiques et procédures en matière de gestion des connaissances et de la communication, en s'assurant de la convergence des projets, initiatives, produits et services sur ces questions dans la Région.

2. De prier instamment les États Membres :
  - a) de donner la priorité à la réalisation d'une analyse de la situation des institutions impliquées dans la gestion des connaissances et la communication en matière de santé, ainsi qu'à l'accès à une information fiable et au partage des connaissances en matière de santé, à travers un processus d'apprentissage permanent pour contribuer au développement de la santé dans la Région ;
  - b) de développer et mettre en œuvre des politiques, plans, programmes et interventions interministérielles en matière de gestion des connaissances et la communication, guidés par la Stratégie et Plan d'action, mettant à disposition les ressources et le cadre juridique nécessaires, centrés sur les besoins des populations à risque et vulnérables ;
  - c) de mettre en œuvre la Stratégie et Plan d'action, le cas échéant, dans un cadre intégré par le système de santé et les institutions de gestion des connaissances et la communication y compris les services d'information au public, bibliothèques, réseaux d'information et les services informatiques, avec une attention particulière à la collaboration interprogrammatique et à l'action intersectorielle, tout en surveillant et évaluant l'efficacité de cette Stratégie et Plan d'action et l'allocation de ressources ;
  - d) de promouvoir le dialogue interne et la coordination entre les ministères et autres institutions du secteur public et les partenariats entre la société publique, privée et civile, pour atteindre un consensus national et pour promouvoir la mise en place de réseaux nationaux de gestion des connaissances et la communication en matière de santé ;
  - e) de soutenir la capacité à générer de l'information et de la recherche pour l'élaboration de stratégies et la mise en œuvre de modèles basés sur des preuves scientifiques pertinentes ;
  - f) de soutenir la capacité de production, enregistrement, classification et diffusion des connaissances scientifiques dans le cadre de la Bibliothèque virtuelle de la Santé, dirigée par le BIREME OPS/OMS ;
3. De demander à la Directrice :
  - a) de soutenir la coordination et la mise en œuvre de la Stratégie et Plan d'action sur la gestion des connaissances et la communication à l'échelle nationale, régionale, infrarégionale et interinstitutionnelle et de fournir la coopération technique

- nécessaire aux pays ainsi que de promouvoir la coopération technique entre eux pour la préparation et la mise en œuvre des plans d'action nationaux ;
- b) de renforcer les relations avec les institutions universitaires et les ministères de l'Éducation afin de promouvoir le développement et la mise en œuvre de programmes nationaux d'alphabétisation numérique qui permettent d'améliorer les compétences des personnes dans le cadre de la nouvelle société de l'information ;
  - c) de renforcer la stratégie de communication interne et les activités visant à promouvoir la mise en œuvre de la gestion des connaissances et des outils et méthodologies de communication ;
  - d) de faciliter la diffusion d'études, rapports et solutions qui servent de modèle à la gestion des connaissances et la communication de telle sorte que, avec les adaptations appropriées, ils puissent être utilisés par les États Membres ;
  - e) de développer et maintenir, en collaboration avec les États Membres, le réseau régional de centres collaborateurs de l'Organisation mondiale de la Santé en matière d'information, connaissances et communications sur la santé ;
  - f) de faire rapport périodiquement aux Organes directeurs sur les progrès et contraintes de la mise en œuvre de cette Stratégie et Plan d'action ainsi que sur sa pertinence face aux contextes et besoins spécifiques.

*(Troisième réunion, le 19 juin 2012)*

***CE150.R6 : Désignation d'un membre auprès du Comité d'audit de l'OPS***

***LA 150<sup>e</sup> SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,***

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

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

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

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

**DÉCIDE :**

1. De remercier la Directrice du BSP et le Sous-comité du programme, du budget et de l'administration pour le travail exhaustif effectué de sorte à identifier et désigner des candidats hautement qualifiés auprès du Comité d'audit de l'OPS.
2. De désigner M. Peter Maertens comme membre du Comité d'audit de l'OPS pour un second mandat, lequel durera trois ans, à savoir, du 1<sup>er</sup> juillet 2012 au 30 juin 2015.

*(Quatrième réunion, le 19 juin 2012)*

**CE150.R7 : Bioéthique : vers l'intégration de l'éthique dans la santé**

**LA 150<sup>e</sup> SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,**

Ayant examiné le document conceptuel *Bioéthique : vers l'intégration de l'éthique dans le domaine de la santé* (document CE150/19)

**DÉCIDE :**

De recommander à la 28<sup>e</sup> Conférence sanitaire panaméricaine l'adoption d'une résolution rédigée selon les termes suivants :

**BIOÉTHIQUE : VERS L'INTÉGRATION DE L'ÉTHIQUE DANS LA SANTÉ**

Ayant examiné le document conceptuel *Bioéthique : vers l'intégration de l'éthique dans le domaine de la santé* (document CSP28/\_\_\_)

Tenant en compte que dans le Programme d'action sanitaire pour les Amériques (2008-2017) les ministres et secrétaires de la santé ont mis en relief l'importance de diffuser et d'appliquer davantage la bioéthique dans les pays des Amériques ;

Consciente des controverses éthiques dans les domaines des soins médicaux, de la recherche impliquant des êtres humains et la formulation et l'exécution de politiques de

santé publique, et de ce que les nouvelles technologies et la diversité dans les sociétés contemporaines accentuent la complexité de ces controverses éthiques ;

Reconnaissant que la bioéthique est la discipline qui cherche à clarifier les problèmes éthiques qui émergent en rapport avec la santé ;

Tenant compte que depuis 1994 le Programme régional de bioéthique de l'OPS coopère avec les États Membres au développement conceptuel, normatif et appliqué de la bioéthique ;

Observant que le Conseil directeur a encouragé les États Membres à accroître la capacité en matière d'analyse bioéthique et à formuler des politiques sanitaires fondées sur les principes bioéthiques,

#### ***DÉCIDE :***

4. D'appuyer le document conceptuel *Bioéthique : vers l'intégration de l'éthique dans le domaine de la santé*.
5. De prier instamment les États Membres :
  - a) de renforcer la capacité technique de l'autorité sanitaire en matière d'analyse bioéthique ;
  - b) d'appuyer et de promouvoir l'incorporation de l'analyse bioéthique dans la formulation et l'exécution de politiques et plans, et dans la prise de décisions concernant la santé ;
  - c) d'appuyer et de promouvoir la formulation de politiques nationales et de documents normatifs et réglementaires sur les thèmes de bioéthique ;
  - d) de promouvoir la diffusion d'information sur la bioéthique parmi les organisations de la société civile et autres acteurs sociaux, clarifiant les applications de la bioéthique dans les différents domaines de travail concernant la sphère de la santé ;
  - e) de renforcer les activités de communication au niveau national afin de créer un appui à l'incorporation de la bioéthique dans le travail concernant le domaine de la santé ;
  - f) de stimuler la collaboration avec des institutions académiques en vue du développement de programmes de formation en bioéthique, mettant l'accent sur l'éthique de la santé publique ;

- g) d'appuyer la coopération de l'OPS pour l'intégration de la bioéthique dans les divers domaines du travail en santé.
6. De demander à la Directrice :
- a) de continuer à renforcer la coopération technique qu'apporte le Programme régional de bioéthique de l'OPS aux États Membres ;
  - b) de promouvoir le développement de réseaux régionaux et de stimuler la collaboration avec les institutions académiques en vue de l'incorporation de la bioéthique dans le travail en santé ;
  - c) d'encourager l'élaboration et la diffusion de règles et d'outils qui guident et dynamisent le travail dans les différents domaines de la bioéthique ;
  - d) de promouvoir l'inclusion de l'analyse bioéthique dans les différents domaines de coopération technique de l'OPS ;
  - e) de continuer à appuyer et à promouvoir la révision éthique par l'Organisation des recherches impliquant des êtres humaines auxquelles l'OPS participe ;
  - f) de plaider pour la mobilisation de ressources nationales et internationales pour appuyer les efforts axés sur l'orientation de l'éthique dans les activités ayant trait à la santé.

*(Quatrième réunion, le 19 juin 2012)*

***CE150.R8 : Fonds directeur d'investissement***

***LA 150<sup>e</sup> SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,***

Ayant examiné le document CE150/25, lequel fait état des activités et données d'expériences du Bureau sanitaire panaméricain ayant trait à l'exécution du Plan directeur d'investissement financé par le Fonds directeur d'investissement établi en 2007 au moyen de la résolution CSP27.R19 de la Conférence sanitaire panaméricaine, ainsi que de l'examen réalisé à cet égard par le Comité exécutif ;

Constatant la proposition visant à modifier le financement du Sous-fonds du Fonds directeur d'investissement pour l'immobilier et l'équipement,



**DÉCIDE :**

1. De remercier la Directrice pour le rapport sur le Fonds directeur d'investissement.
2. De recommander à la 28<sup>e</sup> Conférence sanitaire panaméricaine l'adoption d'une résolution rédigée selon les termes suivants :

**FONDS DIRECTEUR D'INVESTISSEMENT****LA 28<sup>e</sup> CONFÉRENCE SANITAIRE PANAMÉRICAINNE,**

Ayant examiné le document CSP28/\_\_\_, lequel fait état des activités et données d'expériences du Bureau sanitaire panaméricain ayant trait à l'exécution du Plan directeur d'investissement financé par le Fonds directeur d'investissement établi en 2007 au moyen de la résolution CSP27.R19 de la Conférence sanitaire panaméricaine, ainsi que de l'examen réalisé à cet égard par le Comité exécutif ;

Constatant la proposition visant la mise en oeuvre de changements dans le financement du Sous-fonds du Fonds directeur d'investissement pour l'immobilier et l'équipement, comme le définit la résolution CSP27.R19 ;

Considérant la proposition visant l'établissement d'un sous-fonds séparé qui servira au remplacement des véhicules hors projets,

**DÉCIDE :**

1. De remercier le Comité exécutif pour son examen du rapport d'exécution du Fonds directeur d'investissement et pour ses recommandations formulées ultérieurement.
2. D'autoriser un changement portant sur le nom du Sous-fonds de l'immobilier et de l'équipement et de le dénommer désormais Sous-fonds de l'entretien et de la rénovation des biens immobiliers.
3. D'établir que le Sous-fonds de l'entretien et de la rénovation des biens immobiliers demeurera financé, conformément à l'autorisation accordée, à partir des excédents des recettes sur les dépenses et d'élargir les sources de financement de sorte à inclure les excédents résultant de la mise en oeuvre des normes comptables internationales du secteur public (normes IPSAS) en l'absence d'excédent de recettes sur les dépenses.

4. D'établir un Sous-fonds de roulement stratégique des biens immobiliers à titre de méthode stratégique de long terme visant l'amélioration du portefeuille immobilier de l'OPS, et d'arrêter que ce sous-fonds sera doté initialement de 1 million de dollars des États-Unis à partir de l'excédent des ressources IPSAS.

5. D'autoriser un financement futur au titre du Sous-fonds de roulement stratégique des biens immobiliers au moyen d'un mécanisme de roulement qui recevra des recettes résultant de la vente de biens appartenant à l'OPS et de recettes diverses dérivées de l'annulation de prêts d'approvisionnement chaque année. L'emploi autorisé de tous ces fonds inclut la préparation des nouveaux locaux ou le versement d'arrhes ou de dépôts aux fins d'achat ou de location d'installations pour l'Organisation.

6. D'établir un nouveau Sous-fonds de remplacement des véhicules à partir du produit de la vente de véhicules hors projets au Siège et dans les bureaux de pays, lequel servira à compléter l'achat de véhicules de remplacement hors projets.

*(Quatrième réunion, le 19 juin 2012)*

***CE150.R9 : Organisations non gouvernementales en relations officielles avec l'OPS***

***LA 150<sup>e</sup> SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,***

Ayant examiné le rapport du Sous-comité de programme, budget et administration, *Organisations non gouvernementales en relations officielles avec l'OPS* (document CE150/6) ;

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

***DÉCIDE :***

1. De renouveler les relations officielles entre l'OPS et les organisations non gouvernementales (ONG) suivantes pour une période de quatre ans :

- a) Collège interaméricain de radiologie (ICR) ;
- b) Association latino-américaine des industries pharmaceutiques (ALIFAR) ;
- c) Fédération latino-américaine des hôpitaux (FLH) ;

- d) Fédération panaméricaine des Associations d'écoles de médecine (FEPAFEM) ;
  - e) Fédération panaméricaine d'infirmiers professionnels (FEPPEN) ;
  - f) Réseau pour la santé des femmes d'Amérique latine et des Caraïbes (LACWHN).
2. D'autoriser les organisations non gouvernementales suivantes à entretenir des relations officielles avec l'OPS pour une période de quatre ans :
- a) Healthy Caribbean Coalition ;
  - b) Société interaméricaine de cardiologie.
3. De prendre note du rapport à mi-parcours sur la situation des relations entre l'OPS et les organisations non gouvernementales.
4. De demander à la Directrice :
- (a) d'informer les organisations non gouvernementales respectives quant aux décisions prises par le Comité exécutif ;
  - (b) de continuer à forger des relations de travail dynamiques avec des ONG interaméricaines présentant un intérêt pour l'Organisation dans des domaines correspondant aux priorités programmatiques adoptées par les Organes directeurs pour l'OPS ;
  - (c) de continuer à développer des relations entre les États Membres et les ONG œuvrant dans le domaine de la santé.

(Sixième réunion, le 20 juin 2012)

***CE150.R10 : Coordination de l'aide humanitaire internationale en matière de santé en cas de catastrophes***

***LA 150<sup>e</sup> SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,***

Ayant examiné le document *Coordination de l'aide humanitaire internationale en matière de santé en cas de catastrophes* (document CE150/18) ;

***DÉCIDE :***

De recommander à la 28<sup>e</sup> Conférence sanitaire panaméricaine l'adoption d'une résolution rédigée selon les termes suivants :

**COORDINATION DE L'AIDE HUMANITAIRE INTERNATIONALE  
EN MATIÈRE DE SANTÉ EN CAS DE CATASTROPHES**

***LA 28<sup>e</sup> CONFÉRENCE SANITAIRE PANAMÉRICAINE,***

Ayant examiné le document *Coordination de l'aide humanitaire internationale en matière de santé en cas de catastrophes* (document CSP28/\_\_\_) ;

Considérant l'information relative aux directives des ministères de la santé sur l'aide internationale, contenue dans le document sous référence ;

Envisageant les résolutions adoptées par le Conseil directeur de l'OPS qui, depuis 1976, encouragent et réalisent le renforcement de la capacité d'intervention des États Membres face aux catastrophes ;

Reconnaissant l'existence de l'Équipe d'intervention régionale en cas de catastrophe administrée par l'OPS au nom des États Membres ainsi que l'approbation des principes d'aide internationale durant la réunion tenue à San José (Costa Rica) en 1986 ;

Rappelant les résolutions de l'Assemblée générale des Nations Unies dans lesquelles il est demandé au gouvernement du pays touché d'assumer la coordination des interventions humanitaires internationales ;

Donnant suite à la résolution de l'Assemblée générale des Nations Unies, laquelle demande un renforcement de la capacité d'intervention du système ainsi que la création du Comité permanent interorganisations (CPI) ;

Prenant en compte la résolution WHA65.20 de l'Assemblée mondiale de la Santé, laquelle prie instamment l'Organisation d'assumer la fonction de chef de file du groupe mondial de responsabilité sectorielle Santé<sup>11</sup> et de prendre les mesures nécessaires pour entreprendre immédiatement ses activités dans les pays membres,

***DÉCIDE :***

1. D'inviter instamment les États Membres à :
  - a) faire en sorte que chaque ministère de la Santé établisse, pour le secteur santé, selon qu'il juge opportun, un mécanisme de coordination pour la réception et l'envoi de

---

<sup>11</sup> Connu en Amérique latine sous le nom de "cluster".

l'aide humanitaire internationale, en ayant présentes à l'esprit les exigences sanitaires de la population, l'aide internationale et la coordination intersectorielle nationale ;

- b) veiller à ce que les ministères de la Santé informent constamment l'OPS sur leur mécanisme de coordination de l'aide internationale lors de catastrophes de sorte que tous les acteurs étrangers comme les ONG, le secteur privé ou les organisations internationales puissent aider facilement et respecter l'organisation chargée du secteur sanitaire dans le pays concerné ;
- c) renforcer leurs équipes nationales de réponse du secteur sanitaire face aux urgences et catastrophes au moyen des procédures et normes pertinentes et, éventuellement, à les mettre à la portée des pays voisins et d'autres pays dans l'esprit du panaméricanisme solidaire ;
- d) établir des systèmes permettant de désigner un groupe de professionnels expérimentés dans les différents domaines de réponse aux catastrophes et situations d'urgence de santé publique et à les mettre à la disposition de l'Équipe d'intervention régionale face aux catastrophes, laquelle est administrée par l'OPS/OMS.

2. De demander à la Directrice :

- a) de prêter secours aux pays en situation d'urgence et, si nécessaire, pour la mobilisation de ressources, de sorte à pouvoir relever les nombreux défis qui se posent pour la réponse sanitaire en cas d'urgence ;
- b) d'établir, d'activer et de mobiliser, à la demande du pays touché, un nombre suffisant de personnels et d'autres ressources à l'appui de la coordination de l'aide sanitaire internationale dans le pays, en adoptant des mécanismes comme le Groupe d'action sanitaire, entre autres, qui favorisent l'emploi des normes internationales et veillent à leur application ;
- c) de plaider pour que l'OMS, dans le cadre de la réforme des Nations Unies en matière humanitaire, fasse participer des représentants gouvernementaux des États Membres au Groupe d'action sanitaire mondial, lorsque cela s'avère nécessaire ;
- d) de plaider pour que toutes les personnes, initiatives ou institutions ainsi que tous les groupes étrangers à l'État Membre harmonisent leurs activités d'aide humanitaire en matière de santé et ce, en conformité avec le cadre de coordination des Nations Unies et les interventions nationales ;

- e) d'établir un mécanisme souple d'enregistrement et d'accréditation d'équipes médicales étrangères chargées d'interventions immédiates, dans le but d'améliorer la qualité des interventions médicales, aux fins d'adoption par l'OMS ;
- f) d'épauler les États Membres au moyen de la formation au développement des capacités des équipes nationales de sorte qu'elles soient à même d'aider les pays voisins et d'autres pays en cas de catastrophe.

*(Sixième réunion, le 20 juin 2012)*

***CE150.R11 : Utilisation de l'excédent résultant de la mise en œuvre des normes IPSAS en 2010***

***LA 150<sup>e</sup> SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,***

Ayant examiné le document sur la proposition d'utilisation de l'excédent résultant de la mise en œuvre des Normes comptables internationales pour le secteur public (IPSAS) en 2010 (document CE150/22),

Gardant à l'esprit qu'il s'agit d'une occasion unique pour l'Organisation d'investir dans son avenir en obtenant des fonds nécessaires pour des initiatives de plus long terme, d'ordre stratégique et administrative qui sont de coût élevé et qu'il serait autrement plus difficile à financer dans les limites de l'exercice biennal typiques des exercices budgétaires

***DÉCIDE :***

3. De recommander à la 28<sup>e</sup> Conférence sanitaire panaméricaine l'adoption d'une résolution rédigée selon les termes suivants :

**UTILISATION DE L'EXCÉDENT RÉSULTANT DE  
LA MISE EN ŒUVRE DES NORMES IPSAS EN 2010**

***LA 28<sup>e</sup> CONFÉRENCE SANITAIRE PANAMÉRICAINNE,***

Ayant examiné le document sur la proposition d'utilisation de l'excédent résultant de la mise en œuvre des Normes comptables internationales pour le secteur public (IPSAS) en 2010 (document CSP28/22),

**DÉCIDE :**

1. D'approuver les critères utilisés pour identifier les projets proposés à financer à partir de l'excédent résultant de la mise en œuvre des normes IPSAS en 2010.
2. D'approuver, avec effet immédiat, l'investissement de l'excédent des normes IPSAS 2010 dans les domaines suivants, tels que présentés dans le document CSP28/22 :
  - a) Système d'information pour la gestion du BSP – \$ 9.000.000 ;
  - b) provision pour l'Assurance maladie après la cession de service – \$10.000.000 ;
  - c) réserve pour le Fonds directeur d'investissement – \$ 8.000.000 (dont \$ 1.000.000 pour la création du Sous-fonds stratégique autorenouvelable pour l'immobilier) ;
  - d) augmentation du Fonds spécial pour la Promotion de la Santé – \$ 1.000.000 ;
  - e) création du Fonds d'urgence pour les épidémies – \$ 1.000.000 ;
  - f) plan quinquennal pour la sécurité sanitaire des aliments – \$ 500.000 ;
  - g) fonds de réserve –\$ 4.381.684.
3. De déléguer au Comité exécutif le pouvoir de suivre et d'approuver toutes les soumissions et resoumissions futures de propositions à l'usage de ces fonds excédentaires.
4. De demander au Bureau de soumettre au Sous-comité du Programme, du Budget et de l'Administration, à des intervalles appropriés, un rapport de situation pour chacun des projets cités au paragraphe 2, avec une portée, un budget et un calendrier actualisés en vue d'un examen ultérieur par Comité exécutif

(Sixième réunion, le 20 juin 2012)

**CE150.R12 : Politique budgétaire de l'OPS****LA 150<sup>e</sup> SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,**

Ayant examiné le projet de politique budgétaire de l'OPS (Document CE150/12, Rév. 1),

***DÉCIDE :***

4. De recommander à la 28<sup>e</sup> Conférence sanitaire panaméricaine l'adoption d'une résolution rédigée selon les termes suivants :

**POLITIQUE BUDGÉTAIRE DE L'OPS**

***LA 28<sup>e</sup> CONFÉRENCE SANITAIRE PANAMÉRICAINE,***

Ayant examiné le projet de politique budgétaire de l'OPS (document CSP28/\_\_), qui présente une politique budgétaire régionale révisée et qui définit une nouvelle manière d'allouer les ressources au sein de l'Organisation panaméricaine de la Santé ;

Prenant note des recommandations contenues dans l'évaluation de la politique actuelle réalisée par le Bureau de supervision interne et services d'évaluation de l'OPS ;

Reconnaissant que, même si les pays présentant le plus de besoins ont reçu un afflux de ressources au cours de la période couverte par la politique actuelle, d'autres pays ont subi des réductions budgétaires à des niveaux qui ne leur permettent pas de maintenir une présence minimum dans le pays, en dépit de l'esprit de solidarité, a convenu d'une répartition des ressources qui soit réalisable dans des contextes réalistes et pratiques ;

Consciente de la nécessité de s'aligner sur le processus de réforme actuellement en cours à l'Organisation mondiale de la Santé, et de ses possibles implications pour l'Organisation panaméricaine de la Santé ;

Compte tenu des observations formulées par le Comité exécutif,

***DÉCIDE :***

1. Remercier le Groupe consultatif sur la politique budgétaire de l'OPS et le Bureau sanitaire panaméricain (BSP) pour leurs efforts en vue de recommander des modifications et d'introduire de nouveaux critères pour l'allocation des fonds du budget ordinaire et des contributions volontaires, tant entre les différents niveaux fonctionnels de l'OPS que parmi ses bureaux de pays.

2. Prendre note du modèle proposé de répartition du budget par pays pour l'allocation des ressources entre les pays.

3. Approuver la nouvelle politique budgétaire de l'OPS en se focalisant sur les points suivants :



- a) l'allocation du budget ordinaire entre les quatre niveaux fonctionnels de l'Organisation (c.-à-d., pays, inter-pays, sous-régional et régional) sera telle que, dans le but de renforcer la coopération dans les pays, le BSP s'efforcera de maintenir des structures fonctionnelles et organisationnelles optimales grâce à des évaluations internes et externes visant à fournir le plus haut niveau d'impact dans les pays, tout en continuant à répondre efficacement aux mandats collectifs régionaux et sous-régionaux ;
  - b) la portion minimum du budget ordinaire pour le niveau de pays est initialement fixée à 40 % du budget ordinaire total, ce qui correspond à la portion actuelle. La répartition entre les niveaux fonctionnels et organisationnels reste dynamique, ce qui permet des ajustements du plafond budgétaire tout au long du processus de planification si besoin, toujours avec l'objectif d'améliorer les résultats au sein des pays ;
  - c) dans la réaffectation des ressources du budget ordinaire entre les pays, l'allocation de base d'aucun pays ne sera réduite de plus de 50 % de son allocation proportionnelle entre les pays tel qu'approuvé dans le Programme et budget 2012-2013. En aucun cas, l'allocation du budget ordinaire résultante ne peut être inférieure à la composante plancher calculée (conçue pour assurer une présence minimum par pays, tel que le définit la Politique) de la portion de base ;
  - d) en ce qui concerne les principaux pays (tels qu'originellement identifiés dans le Plan stratégique 2003-2007 pour le Bureau sanitaire panaméricain : Bolivie, Guyana, Haïti, Honduras et Nicaragua), le BSP fera tous les efforts possibles pour mobiliser des ressources supplémentaires pour tous les pays clés de sorte que la dotation nette du total des ressources ne soit pas inférieure au montant total des ressources pour l'exercice biennal 2012-2013 ;
  - e) le but de l'utilisation de l'allocation variable selon les pays sera, comme mentionné dans le document CSP28/7, que toute amélioration future de l'utilisation des ressources variables sera soumise à la considération du Sous-comité du Programme, du Budget et de l'Administration au moment même de la présentation d'un projet de programme et budget biennal.
4. S'assurer que les allocations par pays, dans les programmes et budgets futurs de l'OPS, soient guidées par le modèle approuvé au paragraphe 3 ci-dessus, qu'elles soient échelonnées sur deux exercices biennaux en consultation avec les États Membres, afin d'assurer la transition la plus douce possible pour les programmes de coopération technique.

5. Promouvoir des priorités dans l'allocation des ressources entre les catégories programmatiques de manière cohérente avec les mandats individuels et collectifs de chaque État Membre, tels qu'ils ont été définis dans les documents de planification stratégique de l'OPS.

6. De demander au Directeur de :

- a) mettre en œuvre la nouvelle politique budgétaire de l'OPS lors de la formulation des futurs programmes et budgets pour l'examen du Conseil directeur ou de la Conférence sanitaire panaméricaine ;
- b) présenter au Conseil directeur ou à la Conférence sanitaire panaméricaine une évaluation approfondie de la politique budgétaire de l'OPS après deux exercices biennaux de sa mise en œuvre, afin de s'assurer qu'elle continue à répondre aux besoins de santé en mutation et qu'elle alloue les ressources d'une manière équitable ;
- c) collaborer avec les États Membres pour promouvoir des modes de coopération plus efficaces, ainsi que de :
  - (i) renforcer la capacité des pays qui recevront davantage de ressources du budget ordinaire, et garantir ainsi leur utilisation efficace et efficiente ;
  - (ii) fournir un soutien à ces pays qui recevront moins de ressources du budget ordinaire par le biais d'efforts ciblés de mobilisation de ressources tant internes qu'externes.

***CE150.R13: Stratégie et plan d'action pour la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles***

***LA 150<sup>e</sup> SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,***

Ayant examiné le *projet de Stratégie et de Plan d'action pour la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles* (document CE150/14) et suite à de longues discussions à ce sujet ;

Saluant l'OPS pour l'actualisation de la *Stratégie régionale et du Plan d'action pour une approche intégrée de la prévention des maladies chroniques et la lutte contre celles-ci, y compris l'alimentation, l'activité physique et la santé* (résolution CD47.R9 [2006]) effectuée pour illustrer l'orientation politique décrite dans la Déclaration politique de la Réunion de haut niveau des Nations Unies sur les maladies non transmissibles ;

Notant que le processus d'actualisation de la Stratégie et du Plan d'action pour la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles (MNT) doit être en harmonie avec les priorités des États Membres et le processus de l'OMS visant un cadre de suivi mondial et un plan d'action pour la stratégie mondiale sur la prévention et le contrôle des MNT, lesquels font actuellement l'objet de négociations et seront présentés à l'Assemblée mondiale de la Santé en 2013 ;

Notant la Décision WHA65(8) (2012) de l'Assemblée mondiale de la Santé, par laquelle cette dernière fixe à 25 % la cible mondiale de réduction de la mortalité prématurée due aux MNT d'ici à 2025 ainsi que le ferme appui en faveur d'efforts additionnels pour parvenir à un consensus au sujet des cibles relatives aux quatre principaux facteurs de risque, à savoir le tabagisme, l'usage nocif de l'alcool, la mauvaise alimentation et la sédentarité,

***DÉCIDE :***

1. De considérer que les mesures contre les MNT constituent une haute priorité de santé publique et un enjeu de développement important.
2. D'appuyer l'élaboration continue, de concert avec les États Membres, du projet de Stratégie et de Plan d'action pour la prévention et le contrôle des MNT.
3. De demander à la Directrice:
  - a) de tenir des consultations additionnelles, dont une réunion à l'échelle régionale avec les États Membres, avant la 28<sup>e</sup> Conférence sanitaire panaméricaine, sur la Stratégie pour la prévention et le contrôle des MNT et de contribuer au cadre mondial de suivi de l'OMS sur les MNT ;
  - b) de présenter la Stratégie révisée pour la prévention et le contrôle des MNT à la 28<sup>e</sup> Conférence sanitaire panaméricaine aux fins d'entérinement et de proposer un processus visant l'élaboration continue du Plan d'action qui sera approuvé par le Conseil directeur en 2013.

*(Sixième réunion, 20 juin 2012)*

***CE150.R14 : Prix de l'OPS pour l'Administration (2012)***

***LA 150<sup>e</sup> SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,***

Ayant examiné le *Rapport du Jury d'octroi du Prix de l'OPS pour l'Administration (2012)* (document CE150/5, Add. I) ;

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

***DÉCIDE :***

1. Féliciter les candidats au Prix de l'OPS pour l'Administration (2012) pour leur professionnalisme et leur travail exceptionnel au nom des pays de la Région.
2. Conférer, sur recommandation du Jury, le Prix de l'OPS pour l'Administration (2012) au Dr Aron Nowinski de l'Uruguay pour ses contributions à la promotion de la santé publique et à l'administration de services de santé ; sa carrière dans l'enseignement public de la santé ; son travail de structuration et de diffusion de l'information médicale ; son activité qui a conduit au développement de grandes orientations pour la création du Système national intégré de santé ; son leadership dans le développement de la stratégie pour le Réseau d'information latino-américain sur les sciences liées à la santé et le Programme de diffusion sélective de l'information, tous deux destinés à soutenir les programmes de santé prioritaires dans les pays de la Région, ainsi que pour sa contribution à la production de l'Index Medicus d'Amérique latine.
3. Transmettre le *Rapport du Jury d'octroi du Prix de l'OPS pour l'Administration (2012)* (document CE150/5, Add. I) à la 28<sup>e</sup> Conférence sanitaire panaméricaine.

*(Sixième réunion, le 20 juin 2012)*

***CE150.R15: Ordre du jour provisoire de la 28<sup>e</sup> Conférence sanitaire panaméricaine, 64<sup>e</sup> session du Comité régional de l'OMS pour les amériques***

***LA 150<sup>e</sup> SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,***

Ayant examiné l'ordre du jour provisoire (document CSP28/1) préparé par la Directrice pour la 28<sup>e</sup> Conférence sanitaire panaméricaine, 64<sup>e</sup> session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques, présenté comme annexe A au document CE150/3 ;

Considérant les dispositions de l'article 7.F de la Constitution de l'Organisation panaméricaine de la Santé et de l'article 8 du Règlement intérieur de la Conférence,

***DÉCIDE :***

D'approuver l'ordre du jour provisoire (document CSP28/1) préparé par la Directrice pour la 28<sup>e</sup> Conférence sanitaire panaméricaine, 64<sup>e</sup> session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques.

*(Septième réunion, 21 juin 2012)*

***CE150.R16: Amendements au règlement du personnel et au statut du personnel du bureau sanitaire panaméricain***

***LA 150<sup>e</sup> SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,***

Ayant examiné les amendements au Règlement du personnel du Bureau sanitaire panaméricain soumis par la Directrice à l'annexe A au document CE150/26 et le Corrigendum ;

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

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

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

**DÉCIDE :**

1. De confirmer, conformément à l'article 020 du Règlement du personnel, les amendements au Règlement du personnel qui ont été apportés par la Directrice, en vigueur à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2012 concernant : les augmentations accélérées à l'intérieur de la classe, les mesures disciplinaires et les suspensions en attente les résultats d'investigation.
2. De fixer le traitement annuel du Directeur adjoint du Bureau sanitaire panaméricain, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2012, à \$172 071<sup>12</sup> avant imposition, soit un traitement net modifié de \$133 950 (avec personnes à charge) ou de \$121 297 (sans personnes à charge).
3. De fixer le traitement annuel du Sous-Directeur du Bureau sanitaire panaméricain, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2012, à \$170 643 avant imposition, soit un traitement net modifié de \$132 950 (avec personnes à charge) ou de \$120 297 (sans personnes à charge).
4. De recommander à la 28<sup>e</sup> Conférence sanitaire panaméricaine qu'elle adopte les amendements à l'article 3.1 du Statut du personnel et aussi une résolution rédigée selon les termes suivants :

**AMENDEMENT AU STATUT DU PERSONNEL  
DU BUREAU SANITAIRE PANAMÉRICAIN**

***LA 28<sup>e</sup> CONFÉRENCE SANITAIRE PANAMÉRICAINNE,***

Considérant l'amendement au Statut du personnel du Bureau sanitaire panaméricain soumis par la Directrice dans le document CSP28/\_\_\_,

**DÉCIDE :**

D'adopter l'amendement à l'article 31 du Statut du personnel qui délègue la détermination de le traitement du Directeur du Bureau sanitaire panaméricain au Comité exécutif.

*(Septième réunion, le 21 juin 2012)*

---

<sup>12</sup> Sauf spécification contraire, toutes les valeurs monétaires sont exprimées en dollars des États-Unis.

***CE150.R17 : Évaluation et incorporation des technologies de la santé dans les systèmes de santé***

***LA 150<sup>e</sup> SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,***

Ayant examiné le rapport *Évaluation et incorporation des technologies de la santé dans les systèmes de santé* (document CE150/17) ;

***DÉCIDE :***

De recommander à la 28<sup>e</sup> Conférence sanitaire panaméricaine l'adoption d'une résolution rédigée selon les termes suivants :

**ÉVALUATION ET INCORPORATION DES TECHNOLOGIES DE LA SANTÉ  
DANS LES SYSTÈMES DE SANTÉ**

***LA 28<sup>e</sup> CONFÉRENCE SANITAIRE PANAMÉRICAINE,***

Ayant examiné le rapport *Évaluation et incorporation des technologies de la santé dans les systèmes de santé* (document CSP28/\_\_\_) ;

Reconnaissant que dans le Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017 les ministres et secrétaires de la santé ont reconnu que les droits de l'homme font partie des principes et valeurs inhérents au Programme d'action sanitaire et déclaré qu'afin que le droit au degré de santé le plus élevé possible soit une réalité, les pays doivent travailler pour atteindre l'universalité, l'accès, l'intégrité, la qualité et l'inclusion dans les systèmes de santé, qui soient disponibles pour les personnes, les familles et les communautés ;

Tenant en compte le nombre toujours plus grand de technologies de la santé dans la Région et la capacité institutionnelle limitée pour leur établir un ordre de priorité et effectuer une évaluation comparative entre elles ;

Reconnaissant que l'incorporation de nouvelles technologies de la santé peut avoir des conséquences budgétaires toujours plus importantes qui constituent une pression pour la gestion des ressources des systèmes de santé ;

Tenant compte des pratiques dans certains pays consistant à utiliser le système juridique pour demander que les autorités sanitaire assurent l'accès à des technologies de la

santé, sans avoir vérifié leur efficacité et sans avoir effectué une évaluation comparative avec les technologies de la santé qui sont déjà offertes par le système de santé ;

Reconnaissant les avantages de l'incorporation des technologies de la santé dans les systèmes de santé sur la base de l'évaluation des technologies de la santé (ETS), définie comme étant l'évaluation systématique des propriétés, des effets et des conséquences de ces technologies, y compris les dimensions médicale, sociale, éthique et économique ;

Reconnaissant les réussites et les progrès du Réseau d'évaluation de technologies de la santé des Amériques (RedETSA), établi par l'OPS en 2011, ainsi que des réseaux infrarégionaux d'évaluation des technologies de la santé,

***DÉCIDE :***

1. De prier instamment les États Membres de :
  - a) promouvoir la création de processus de décisions pour l'incorporation de technologies de la santé fondées sur l'ETS, y compris la sécurité, l'efficacité, le coût et d'autres critères pertinents ;
  - b) encourager l'usage de l'ETS afin de fonder les politiques de santé publique, dont les décisions sur la couverture des systèmes publics de santé et l'élaboration de guides et de protocoles cliniques pour les nouvelles technologies ;
  - c) promouvoir des efforts pour analyser et renforcer les cadres institutionnels afin d'incorporer les technologies de la santé, et d'encourager la création de processus transparents et de liens avec les responsabilités définies entre les différents acteurs concernés, y compris parmi les autorités de réglementation et les entités responsables de l'évaluation et l'incorporation de technologies de la santé ;
  - d) promouvoir la transparence dans les processus d'achats publics, y compris l'information non propriétaire sur les prix des achats et l'échange des résultats de l'ETS, au niveau national et régional afin de produire une information pour la prise de décisions ;
  - e) renforcer les institutions et les ressources humaines, y compris les équipes d'évaluation et les responsables de la prise de décisions, dans l'application de l'ETS, les méthodologies pour les études de l'ETS et dans l'analyse critique des résultats des évaluations ;



- f) promouvoir l'établissement des priorités des évaluations en fonction des nécessités nationales et régionales, en renforçant les systèmes pour la compilation de données de qualité et en adaptant les études existantes d'ETS pour éviter la duplication ;
- g) promouvoir la production et la diffusion des résultats de l'ETS entre les acteurs et les responsables des décisions ;
- h) promouvoir l'échange d'information à travers la plateforme régionale sur l'accès et l'innovation pour les technologies de la santé et autres plateformes technologiques pertinentes ;
- i) renforcer l'usage rationnel des technologies de la santé, le développement et l'application des formulaires thérapeutiques, les directives et guides de pratique clinique qui en régissent l'usage (y compris par niveau de soins), ainsi que les systèmes de suivi de l'usage dans les réseaux intégrés de services de santé ;
- j) renforcer les réseaux nationaux, infrarégionaux et régionaux en matière d'ETS pour encourager l'échange entre institutions et pays au moyen de la promotion de la diffusion et comparaison des études et des expériences nationales ;
- k) participer activement au Réseau d'évaluation de technologies de la santé des Amériques (RedETSA).

2. De demander la Directrice de :

- a) prêter appui aux États membres dans la formulation de politiques de technologies de la santé et le renforcement des cadres institutionnels pour l'ETS, et l'incorporation de technologies dans les systèmes de santé fondés sur les soins de santé primaires ;
- b) promouvoir l'échange de bonnes pratiques en matière d'ETS et l'incorporation de technologies de la santé dans les systèmes de santé entre les États membres ;
- c) promouvoir et stimuler la collaboration avec des organismes internationaux et des réseaux internationaux existants en matière d'ETS ;
- d) mettre l'accent auprès des États membres et dans les forums infrarégionaux, régionaux et mondiaux, sur l'importance de la participation à RedETSA, en mobilisant les ressources à l'appui de cette initiative conjointement avec les États membres ;
- e) favoriser le développement et l'usage de la plateforme régionale sur l'accès et l'innovation pour les technologies de la santé pour la diffusion de résultats de

l'ETS, et le développement de communautés de pratiques et réseaux sociaux pour l'ETS au niveau régional ;

- f) d'informer les Organes directeurs de l'OPS en 2014 en ce qui concerne l'application de la présente résolution et d'envisager maintenant la possibilité d'élaborer une stratégie et un plan d'action régionaux, en consultation avec les États membres, pour l'évaluation et l'incorporation de technologies de la santé dans les systèmes de santé.

*(Septième réunion, le 21 juin 2012)*

### **Décisions**

#### **Décision CE150(D1):           Adoption de l'ordre du jour**

Conformément à l'article 9 du Règlement du Comité exécutif, le Comité a adopté l'ordre du jour présenté par la Directrice (document CE150/1, Rév. 1).

*(Première réunion, 18 juin 2012)*

#### **Décision CE150(D2):           Représentation du Comité exécutif à la 28e Conférence sanitaire panaméricaine de l'OPS, 64e Session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques**

Conformément à l'article 54 de son Règlement, le Comité exécutif a décidé de nommer sa Présidente (République bolivarienne du Venezuela) et son Vice Président (Brésil) pour représenter le Comité lors de la 28<sup>e</sup> Conférence sanitaire panaméricaine, 64<sup>e</sup> Session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques. El Salvador et Saint-Vincent-et-les-Grenadines ont été élus représentants remplaçants.

*(Quatrième réunion, 19 juin 2012)*

#### **Décision CE150(D3):           Élimination de la rougeole, de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale dans la Région des Amériques**

Après avoir examiné le rapport d'avancement contenu dans le document CE150/INF/6 sur l'élimination de la rougeole, de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale dans la Région des Amériques, le Comité exécutif a décidé d'inscrire cette question à l'ordre du jour de la 28<sup>e</sup> Conférence sanitaire panaméricaine comme Question relative à la politique des programmes et de recommander que la Conférence adopte une résolution approuvant le plan d'action régional d'urgence 2012-2014 pour maintenir l'élimination de la rougeole et de la rubéole et priant instamment les États Membres à renforcer la surveillance active de ces maladies et à maintenir une immunité élevée de la population par le biais de la vaccination.

*(Sixième réunion, 20 juin 2012)*

EN FOI DE QUOI, la Présidente du Comité exécutif, la déléguée de la République bolivarienne du Venezuela, et le Secrétaire de droit, le Directeur du Bureau sanitaire panaméricain, signent le présent Rapport final en langue espagnole.

FAIT à Washington, D.C., en ce vingt-deuxième jour de juin de l'année deux mille douze. Le Secrétaire déposera les textes originaux dans les archives du Bureau sanitaire panaméricain.

---

Miriam Morales  
Déléguée de la République bolivarienne du  
Venezuela  
Présidente de la  
150<sup>e</sup> Session du Comité exécutif

---

Mirta Roses Periago  
Directrice du Bureau sanitaire  
panaméricain  
Secrétaire de droit de la  
150<sup>e</sup> Session du Comité exécutif

## **ORDRE DU JOUR**

### **1. OUVERTURE DE LA SESSION**

### **2. QUESTIONS RELATIVES AU REGLEMENT**

- 2.1 Adoption de l'ordre du jour et du programme des réunion
- 2.2 Représentation du Comité exécutif à la 28<sup>e</sup> Conférence sanitaire panaméricaine de l'OPS, 64<sup>e</sup> Session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques
- 2.3 Ordre du jour provisoire de la 28<sup>e</sup> Conférence sanitaire panaméricaine, 64<sup>e</sup> Session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques

### **3. QUESTIONS RELATIVES AU COMITÉ**

- 3.1 Rapport de la sixième Session du Sous-comité du programme, du budget et de l'administration
- 3.2 Prix de l'OPS pour l'administration 2012
- 3.3 Organisations non gouvernementales en relations officielles avec l'OPS
- 3.4 Rapport annuel du Bureau d'éthique
- 3.5 Désignation d'un membre au Comité d'audit
- 3.6 Rapport du Comité d'audit
- 3.7 Méthode de travail des Organes directeurs : délégation de fonctions au Comité exécutif

### **4. QUESTIONS RELATIVES À LA POLITIQUE DES PROGRAMMES**

- 4.1 Évaluation à mi-parcours du Programme d'action sanitaire pour les Amériques
- 4.2 Projet de politique budgétaire de l'OPS
- 4.3 Évaluation préliminaire du programme et budget 2010-2011 en fin de période biennale/Deuxième rapport de situation intérimaire du Plan stratégique 2008-2012 de l'OPS

#### **4. QUESTIONS RELATIVES Á LA POLITIQUE DES PROGRAMMES** *(cont.)*

- 4.4 Stratégie et plan d'action pour la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles
- 4.5 Stratégie et plan d'action sur les soins de santé infantile intégrés
- 4.6 Évaluation des technologies de la santé et incorporation dans les systèmes de santé
- 4.7 Stratégie et plan d'action sur la gestion des connaissances et la communication
- 4.8 Coordination de l'aide humanitaire internationale en matière de santé en cas de catastrophes
- 4.9 Bioéthique : vers l'intégration de l'éthique en matière de santé
- 4.10 Programme élargi de manuels et de matériel pédagogique (PALTEX)

#### **5. QUESTIONS ADMINISTRATIVES ET FINANCIERES**

- 5.1 Rapport sur le recouvrement des contributions
- 5.2 Rapport financier du Directeur et rapport du Commissaire aux comptes externe de l'OPS pour 2011
- 5.3 Excédent de la mise en œuvre des normes IPSAS en 2010
- 5.4 Rapport du Bureau de contrôle interne et services d'évaluation
- 5.5 Statut des projets financés par le Compte de réserve de l'OPS
- 5.6 Plan-cadre d'investissement

#### **6. QUESTIONS LIÉES AU PERSONNEL**

- 6.1 Amendements au Règlement et au Statut du personnel du BSP
- 6.2 Statistiques sur la dotation en personnel du BSP
- 6.3 Déclaration du Représentant de l'Association du personnel de l'OPS/OMS

## 7. QUESTIONS POUR INFORMATION

- 7.1 Processus d'élection du Directeur du Bureau sanitaire panaméricain et désignation du Directeur régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour les Amériques
- 7.2 Mise à jour sur la réforme de l'OMS
- 7.3 Projet pour la modernisation du système d'information pour la gestion (PMIS) du BSP : Rapport d'avancement
- 7.4 Rapport du Comité consultatif de la recherche en santé de l'OPS/OMS
- 7.5 Rapport sur les préparatifs pour la table ronde sur le vieillissement sain [SUPPRIMÉ]
- 7.6 Rapports d'avancement dans les questions techniques:
  - A. Déterminants sociaux de la santé
  - B. Plan d'action pour la mise en œuvre de la politique sur l'égalité des sexes
  - C. Élimination de la rougeole, de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale dans la Région des Amériques
  - D. Stratégie et Plan d'action régionaux sur la nutrition en santé et développement 2006 -2015 : Examen à mi-parcours
  - E. Plan stratégique régional de l'OPS 2006-2015 pour le contrôle du VIH/SIDA/MTS : Évaluation à mi-parcours
  - F. Situation actuelle de la dengue
  - G. Mise en œuvre du Règlement sanitaire international
  - H. Cibles régionales en matière de ressources humaines en santé 2007-2015
  - I. Situation des Centres panaméricains
- 7.7 Résolutions et autres actions des organisations intergouvernementales d'intérêt pour l'OPS : Soixante-cinquième Assemblée mondiale de la Santé

## 8. QUESTIONS DIVERSES

## 9. CLÔTURE DE LA SESSION

## Liste des documents

### Documents officielles

*Doc. Of. 342*

Informe Financiero del Director e Informe del Auditor Externo correspondientes al 2011

### Documentos de travail

CE150/1, Rév. 1  
CE150/WP

Ordre du jour et du programme des réunion

CE150/2

Représentation du Comité exécutif à la 28<sup>e</sup> Conférence sanitaire panaméricaine de l'OPS, 64<sup>e</sup> Session du Comité régional de l'OMS pour les Amérique

CE150/3

Ordre du jour provisoire de la 28<sup>e</sup> Conférence sanitaire panaméricaine, 64<sup>e</sup> Session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques

CE150/4

Rapport de la sixième session du Sous-Comité de programme, du budget et de l'administration

CE150/5 y Add. I

Prix de l'OPS pour l'administration (2012)

CE150/6

Organisations non gouvernementales en relations officielles avec l'OPS

CE150/7

Rapport annuel du Bureau d'éthique (2011)

CE150/8

Nombramiento de un miembro al Comité de Auditoría de la OPS

CE150/9

Rapport du Comité d'audit

CE150/10

Méthode de travail des Organes directeurs : délégation de fonctions au Comité exécutif

CE150/11

Évaluation à mi-parcours du Programme d'action sanitaire pour les Amériques

**Documents du travail** (*cont.*)

CE150/12, Rev. 2	Projet de politique budgétaire de l'OPS
CE150/13, Rev. 1	Évaluation préliminaire du programme et budget 2010-2011 en fin de période biennale/Deuxième rapport de situation intermédiaire du Plan stratégique 2008-2012 de l'OPS
CE150/14	Stratégie et plan d'action pour la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles
CE150/15	Stratégie et plan d'action sur les soins de santé infantile intégrés
CE150/16	Évaluation des technologies de la santé et incorporation dans les systèmes de santé
CE150/17	Stratégie et plan d'action sur la gestion des connaissances et la communication
CE150/18	Coordinación de la asistencia humanitaria internacional en salud en caso de desastres
CE150/19	Bioéthique : vers l'intégration de l'éthique en matière de santé
CE150/20, Rev. 1	Programme élargi de manuels et de matériel pédagogique (PALTEX)
CE150/21 y Add. I	Rapport sur le recouvrement des contributions
CE150/22	Excédent de la mise en œuvre des normes IPSAS en 2010
CE150/23	Rapport du Bureau de contrôle interne et services d'évaluation
CE150/24	Statut des projets financés par le Compte de réserve de l'OPS
CE150/25	Plan-cadre d'investissement



**Documents du travail** (*cont.*)

CE150/26 y Corr.	Amendements au Règlement et au Statut du personnel du BSP
CE150/27	Statistiques sur la dotation en personnel du BSP
CE150/28	Déclaration du Représentant de l'Association du personnel de l'OPS/OMS

**Documents d'information**

CE150/INF/1	Processus d'élection du Directeur du Bureau sanitaire panaméricain et désignation du Directeur régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour les Amériques
CE150/INF/2	Mise à jour sur la réforme de l'OMS
CE150/INF/3	Projet pour la modernisation du système d'information pour la gestion (PMIS) du BSP : Rapport d'avancement
CE150/INF/4	Rapport du Comité consultatif de la recherche en santé de l'OPS/OMS
CE150/INF/5	Rapport sur les préparatifs pour la table ronde sur le vieillissement sain
CE150/INF/6	Rapports d'avancement dans les questions techniques
Rév. 1	A. Déterminants sociaux de la santé B. Plan d'action pour la mise en œuvre de la politique sur l'égalité des sexes C. Stratégie et Plan d'action régionaux sur la nutrition en santé et développement 2006 - 2015 : Examen à mi-parcours

**Documents d'information** (*cont.*)

- D. Élimination de la rougeole, de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale dans la Région des Amériques
- E. Plan stratégique régional de l'OPS 2006-2015 pour le contrôle du VIH/SIDA/MTS : Évaluation à mi-parcours
- F. Situation actuelle de la dengue
- G. Mise en œuvre du Règlement sanitaire international
- H. Cibles régionales en matière de ressources humaines en santé 2007-2015
- I. Situation des Centres panaméricains

CE150/INF/7

Résolutions et autres actions des organisations intergouvernementales d'intérêt pour l'OPS

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

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

Dra. Miriam Morales  
Viceministra de Salud Pública Colectiva  
Ministerio del Poder Popular para la Salud  
Caracas

Dr. Alexis Guilarte  
Director General de Programas de Salud  
Ministerio del Poder Popular para la Salud  
Caracas

Sra. Carmen Velásquez de Visbal  
Ministro Consejero  
Misión Permanente de la República  
Bolivariana de Venezuela ante la  
Organización de los Estados  
Americanos  
Washington, D.C.

Sra. Sunilde Navarro  
Segunda Secretaria  
Misión Permanente de la República  
Bolivariana de Venezuela ante la  
Organización de los Estados  
Americanos  
Washington, D.C.

Sra. Marcela Camero  
Segunda Secretaria  
Misión Permanente de la República  
Bolivariana de Venezuela ante la  
Organización de los Estados  
Americanos  
Washington, D.C.

**BRAZIL/BRASIL**

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

**BRAZIL/BRASIL (cont.)**

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

**CHILE**

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

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

Su Excelencia Dario Paya  
Embajador, Representante Permanente  
de Chile ante la Organización de los  
Estados Americanos  
Washington, D.C.

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

**COLOMBIA**

Dr. Jaime Matute  
Jefe  
Oficina de Cooperación Internacional  
Ministerio de Salud y Protección Social  
Bogotá

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

**COLOMBIA**

Sr. José Luis Ramírez  
Ministro Polipotenciario, Representante  
Alterno de Colombia ante la Organización  
de los Estados Americanos  
Washington, D.C.

Sra. Yadir Salazar Mejía  
Ministra Consejera, Representante  
Alterna de Colombia ante la Organización  
de los Estados Americanos  
Washington, D.C.

Sr. Rodrigo Amaya  
Segundo Secretario, Representante  
Alterno de Colombia ante la Organización  
de los Estados Americanos  
Washington, D.C.

Sra. Sandra Mikan  
Segunda Secretaria, Representante  
Alterna de Colombia ante la  
Organización de los Estados  
Americanos  
Washington, D.C.

**EL SALVADOR**

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

Dra. María Elena Marroquín  
Asistente de la Ministra de Salud  
Ministerio de Salud  
San Salvador

Embajador Luis Menéndez  
Encargado de Negocios, a.i.  
Misión Permanente de El Salvador  
ante la Organización de los Estados  
Americanos  
Washington, D.C.

**EL SALVADOR (cont.)**

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

**GRENADA**

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

**PERU/PERÚ**

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

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

**ST. VINCENT AND THE GRENADINES/ SAN  
VICENTE Y LAS GRANADINAS**

Honorable Clayton Burgin  
Minister of Health  
Ministry of Health, Wellness and the  
Environment  
Kingstown

Mr. Asram Y. S. Soleyn  
Counselor, Embassy of Saint Vincent and the  
Grenadines to the United States  
of America  
Washington, D.C.

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

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

Dr. Nils Daulaire  
Director  
Office of Global Health Affairs  
Department of Health and Human  
Services  
Washington, D.C.

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

Mr. Jimmy Kolker  
Deputy Director  
Office of Global Affairs  
Department of Health and Human  
Services  
Washington, D.C.

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

Dr. Craig Shapiro  
Director for the Office of the Americas  
Office of Global Affairs  
Department of Health and Human  
Services  
Washington, D.C.

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

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

Mr. Kevin Bialy  
International Health Program Officer  
Western Hemisphere  
National Institute of Health  
Department of Health and Human  
Services  
Washington, D.C.

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

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

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

Mr. Peter Merkt  
Special Assistant  
Director for the Office of the Americas  
Office of Global Health Affairs  
Department of Health and Human  
Services  
Washington, D.C.

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

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

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

Ms. Mary Blanca Rios  
Senior Advisor  
Office of Management, Policy and Resources  
Bureau of International Affairs  
Department of State  
Washington, D.C.

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

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

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

**NON-MEMBERS OF THE COMMITTEE/  
OTROS MIEMBROS QUE NO FORMAN PARTE DEL COMITÉ**

**ARGENTINA**

Dr. Raúl Penna  
Coordinador General de la Unidad del Ministro  
Ministerio de Salud  
Buenos Aires

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

**BOLIVIA (PLURINATIONAL STATE OF/ESTADO PLURINACIONAL DE)**

Sra. María Isabel Marca Choque  
Ministro Consejero  
Misión Permanente de Bolivia ante la Organización de los Estados Americanos  
Washington, D.C.

**CANADA/CANADÁ**

Ms. Gloria Wiseman  
Director  
Multilateral Division  
Health Canada  
International Affairs Directorate  
Ottawa

Ms. Judith Sullivan  
Senior Health Specialist  
Canadian International Development Agency  
Quebec

Ms. Annick Amyot  
Strategic Partnerships  
Senior Development Officer  
Inter-American Program Canadian International Development Agency  
Gatineau, Quebec

**NON-MEMBERS OF THE COMMITTEE (cont.)/  
OTROS MIEMBROS QUE NO FORMAN PARTE DEL COMITÉ (cont.)**

**CANADA/CANADÁ (cont.)**

Dr. Adrijana Corluka  
Policy Advisor, PAHO/WHO  
International Affairs Directorate  
Health Canada  
Ottawa

Ms. Monica Palak  
Senior Policy Analyst  
Public Health Agency of Canada  
Ottawa

Mr. Brett Maitland  
Counselor  
Department of Foreign Affairs and  
International Trade  
Washington, D.C.

**CUBA**

Sr. Tito Ismael Gelabert Gómez  
Segundo Secretario  
Sección de Intereses  
Washington, D.C.

**DOMINICA**

H.E. Hubert J. Charles  
Ambassador, Permanent Representative of  
Dominica to the Organization of American  
States  
Washington, D.C.

**GUATEMALA**

Su Excelencia Lionel Valentín Maza Luna  
Embajador, Representante Alterno  
de Guatemala ante la Organización de  
los Estados Americanos  
Washington, D.C.

**NICARAGUA**

Licdo. Luis E. Alvarado  
Ministro Consejero, Permanente Alterno  
de Nicaragua ante la Organización de los  
Estados Americanos  
Washington D.C.

Licda. Agnes Alvarado  
Representante Alterno de Nicaragua ante  
la Organización de los Estados  
Americanos  
Washington D.C.

**MEXICO/MÉXICO**

Su Excelencia Joel Hernández  
Embajador, Representante Permanente  
de México ante la Organización de  
los Estados Americanos  
Washington, D.C.

Sra. Dolores Jiménez Hernández  
Representante Permanente Adjunta  
de México ante la Organización de  
los Estados Americanos  
Washington, D.C.

Lic. Hilda Dávila Chávez  
Directora General de Relaciones  
Internacionales  
Secretaría de Salud  
México, D.F.

Sr. Miguel Alonso Olamendi  
Representante Alterno de México ante  
la Organización de los Estados  
Americanos  
Washington, D.C.

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

**NON-MEMBERS OF THE COMMITTEE (cont.)/  
OTROS MIEMBROS QUE NO FORMAN PARTE DEL COMITÉ (cont.)**

**MEXICO/MÉXICO (cont.)**

Sra. Ana Paola Riveros  
Representante Alterna de México ante la  
Organización de los Estados Americanos  
Washington, D.C.

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

Lic. José Gustavo Valle Mendoza  
Subdirector de Gestión Interamericana  
Secretaría de Salud  
México, D.F.

**URUGUAY**

Dr. Jorge Venegas  
Ministro de Salud Pública  
Ministerio de Salud Pública  
Montevideo

Lic. Néstor Rosa  
Representante del Ministerio de Relaciones  
Exteriores  
Ministerio de Relaciones Exteriores  
Montevideo

**URUGUAY (cont.)**

Dr. Jorge Collazo  
Ministro Consejero  
Misión Permanente de Uruguay ante la  
la Organización de los Estados  
Americanos  
Washington, D.C.

Sra. Adriana Rodríguez  
Representante Alterna de Uruguay ante la  
la Organización de los Estados  
Americanos  
Washington, D.C.

Sr. Pedro Valenzuela  
Consejero  
Misión Permanente de Uruguay ante la  
la Organización de los Estados  
Americanos  
Washington, D.C.

Sra. Paula Rolando  
Primer Secretario, Representante Alterna de  
Uruguay ante la Organización de los  
Estados Americanos  
Washington, D.C.

**PARTICIPATING STATES/ESTADOS PARTICIPANTES**

**FRANCE/FRANCIA**

Mr. Pierre-Henri Guignard  
Ambassadeur, Observateur permanent  
de la France près l'Organisation des  
États Américains  
Washington, D.C.

**FRANCE/FRANCIA (cont.)**

M. Gérard Guillet  
Observateur Permanent Adjointe de  
la France près de l'Organisation des  
États Américains  
Washington, D.C.



**ASSOCIATE STATE/ESTADO ASOCIADO**

**PUERTO RICO**

Dr. Raúl G. Castellanos Bran  
Asesor del Secretario de Salud  
Departamento de Salud  
San Juan

**OBSERVER STATES/  
ESTADOS OBSERVADORES**

**SPAIN/ESPAÑA**

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

**SPAIN/ESPAÑA (cont.)**

Sr. D. Francisco Fernández Balado  
Becario  
Observador Permanente de España ante la  
Organización de los Estados Americanos  
Washington, D.C.

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

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

Sr. Fernando Flores

**United Nations Population Fund/ Fondo de  
Población de las Naciones Unidas**

Mrs. Sonia Martinelli-Heckadon

**REPRESENTATIVES OF INTERGOVERNMENTAL ORGANIZATIONS/  
REPRESENTANTES DE ORGANIZACIONES INTERGUBERNAMENTALES**

**Hipólito Unanue Agreement/  
Convenio Hipólito Unanue**

Dr. Ricardo Cañizares

**World Bank/Banco Mundial**

Dr. Joana Godinho

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

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

Prof. Trevor A. Hassell

**Latin American Association of  
Pharmaceutical Industries/  
Asociación Latinoamericana de Industrias  
Farmacéuticas**

Dr. Rubén O. Abete

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

Dr. Rafael Dautant

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

Ms. Marcela Gaitán

**U.S. Pharmacopeia**

Dr. Damian Cairatti

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

Ms. Cecilia Rose-Oduyemi  
Director, Department for Governing Bodies  
and External Relations (GBS)

**PAN AMERICAN SANITARY BUREAU/  
OFICINA SANITARIA PANAMERICANA**

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

Dr. Mirta Roses Periago  
Director  
Directora

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

Dr. Jon Kim Andrus  
Deputy Director  
Director Adjunto

Mr. Guillermo Birmingham  
Director of Administration  
Director de Administración

**PAN AMERICAN SANITARY BUREAU** *(cont.)*/  
**OFICINA SANITARIA PANAMERICANA** *(cont.)*

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

Dr. Heidi Jiménez  
Legal Counsel, Office of Legal Counsel  
Asesora Jurídica, Oficina de la Asesora  
Jurídica

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

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

- - -