



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ  
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



# 140<sup>e</sup> SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF

*Washington, D.C., ÉUA, 25-29 juin 2007*

---

CE140/FR (Fr.)  
29 juin 2007  
ORIGINAL: ANGLAIS

**RAPPORT FINAL**

## TABLE DES MATIÈRES

	<i>Page</i>
<b>Ouverture de la session</b> .....	5
<b>Questions relatives au Règlement</b>	
Bureau.....	6
Adoption de l'ordre du jour et programme des réunions.....	6
Représentation du Comité exécutif lors de la 27 <sup>e</sup> Conférence sanitaire panaméricaine, 59 <sup>e</sup> session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques .....	7
Ordre du jour provisoire de la 27 <sup>e</sup> Conférence sanitaire panaméricaine, 59 <sup>e</sup> session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques.....	7
<b>Questions relatives aux comités</b>	
Rapport de la première session du Sous-Comité du Programme, du Budget et de l'Administration .....	8
Organisations non gouvernementales en relations officielles avec l'OPS .....	9
Prix d'administration de l'OPS 2007.....	9
Rapport annuel du Bureau d'éthique .....	10
<b>Questions relatives à la politique du programme</b>	
Projet de Plan stratégique 2008-2012 .....	11
Projet de budget programme 2008-2009.....	16
Élimination de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale au sein des Amériques : Rapport de situation .....	21
Grippe aviaire et pandémie de grippe : Rapport de situation .....	23
Paludisme dans les Amériques : Rapport de situation.....	24
Plan d'action régional pour les ressources humaines en santé 2007-2015 .....	27
Préparatifs pour la table ronde sur la sécurité sanitaire internationale .....	30
Initiative régionale sur la sécurité des hôpitaux .....	31
Stratégie et plan d'action régionaux pour la prévention et le contrôle du cancer du col de l'utérus .....	32
Stratégie de renforcement des statistiques d'état civil et de la santé dans les pays des Amériques.....	36
Visages, voix et lieux : Réponse des communautés aux Objectifs du Millénaire pour le développement.....	38
Prévention et contrôle de la dengue au sein des Amériques : Approche intégrée et enseignements tirés .....	42
Politique et stratégie régionales pour assurer la qualité des soins, y compris la sécurité des patients .....	43

## TABLE DES MATIÈRES (suite)

	<i>Page</i>
<b>Questions administratives et financières</b>	
Normes Comptables Internationales du Secteur Public.....	46
Plan directeur d'investissement .....	48
Rapport sur le recouvrement des contributions .....	50
Procédure à suivre pour mettre en place le nouveau barème de contributions basé sur la nouvelle échelle de l'OEA .....	51
Rapport financier partiel du Directeur pour 2006.....	52
Rapport sur les activités de l'Unité des services de contrôle interne .....	54
<b>Questions concernant le personnel</b>	
Réforme des contrats à l'OPS et ratification des amendements au Règlement du personnel du BSP.....	56
Déclaration du Représentant de l'Association du personnel du BSP .....	57
<b>Questions d'information</b>	
Ressources humaines du BSP – Profil du personnel .....	58
Résolutions et autres actions de la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé revêtant un intérêt pour le Comité exécutif de l'OPS.....	59
Mise à jour sur la procédure à suivre pour la nomination de l'Auditeur externe .....	61
<b>Autres questions</b>	
Agenda de la santé pour les Amériques, 2008-2017 .....	61
Charte sociale des Amériques.....	61
Déterminants sociaux de la santé.....	62
Santé publique, innovation et propriété intellectuelle .....	63
Mise à jour sur la négociation de l'accord du Siège.....	64
<b>Clôture de la session</b> .....	65
<b>Résolutions et décisions</b> .....	65
<b>Résolutions</b>	
CE140.R1 Prix d'Administration décerné par l'OPS : Changements apportés aux procédures et directives .....	65
CE140.R2 Organisations non gouvernementales en relations officielles avec l'OPS.....	65
CE140.R3 Le recouvrement des contributions .....	66
CE140.R4 Normes Comptables Internationales pour le Secteur Public .....	67
CE140.R5 Barème des contributions .....	68

## TABLE DES MATIÈRES (suite)

	<i>Page</i>
<b>Résolutions (suite)</b>	
CE140.R6	Fonds directeur d'investissement .....69
CE140.R7	Projet de Plan stratégique 2008-2012.....71
CE140.R8	Projet de budget programme de l'Organisation panaméricaine de la Santé 2008-2009 .....73
CE140.R9	Contributions des États Membres, des États Participants et des Membres Associés de l'Organisation panaméricaine de la Santé pour l'exercice 2008-2009.....77
CE140.R10	Élimination de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale au sein des Amériques .....80
CE140.R11	Le paludisme dans les Amériques .....82
CE140.R12	Prix d'Administration décerné par l'OPS .....85
CE140.R13	Plan d'action régional pour les ressources humaines en santé 2007-2015.....85
CE140.R14	Amendements au Règlement du personnel du BSP .....88
CE140.R15	Hôpitaux sûrs : une initiative régionale sur les installations sanitaires résistantes aux catastrophes.....90
CE140.R16	Stratégie destinée à renforcer le recueil des statistiques de l'état civil et de la santé dans les pays de la région des Amériques .....92
CE140.R17	Prévention et contrôle de la dengue au sein des Amériques .....95
CE140.R18	Assurer la qualité des soins de santé, notamment la sécurité des patients .....97
CE140.R19	Ordre du jour provisoire de la 27 <sup>e</sup> Conférence Sanitaire Panaméricaine, 59 <sup>e</sup> Session du Comité Régional de l'OMS pour les Amériques.....100
<b>Décisions</b>	
CE140(D1)	Adoption de l'ordre du jour.....100
CE140(D2)	Représentation du Comité exécutif à la 27 <sup>e</sup> Conférence Sanitaire Panaméricaine, 59 <sup>e</sup> Session du Comité Régional de l'OMS pour les Amériques.....100
<b>Annexes</b>	
Annexe A. Ordre du jour	
Annexe B. Liste des documents	
Annexe C. Liste des participants	

## RAPPORT FINAL

### Ouverture de la session

1. La 140<sup>e</sup> session du Comité exécutif de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) s'est tenue au Siège de l'Organisation à Washington D.C., du 25 au 29 juin 2007. Assistaient à la session des délégués de neuf États Membres suivants du Comité exécutif élus par le Conseil directeur : Antigua et Barbuda, Canada, Chili, Cuba, États-Unis d'Amérique, Panama, Trinité-et-Tobago, Uruguay et Venezuela. Des représentants des États Membres et des États observateurs suivants étaient également présents en capacité d'observateur : Argentine, Bolivie, Brésil, Colombie, Espagne, France et Mexique. De plus, quatre organisations intergouvernementales et cinq organisations non gouvernementales étaient également représentées.

2. Le Dr Nancy Pérez (Venezuela, Présidente du Comité exécutif) a ouvert la session et a souhaité la bienvenue aux participants. Elle était honorée de présider les délibérations du Comité et se réjouissait à l'idée de partager les expériences de son pays en ce qui concernait les questions de santé et sociales et d'apprendre des expériences d'autres pays. Elle a mis en exergue le besoin pour l'OPS de travailler d'une manière intégrée, concentrant les efforts non simplement sur des questions de santé en soi, mais aussi sur les déterminants sociaux de la santé, du fait que des maladies telles que le paludisme, la dengue et le VIH/SIDA ne peuvent être séparées du contexte dans lequel ils se produisent, et que les efforts pour les combattre ne peuvent véritablement être efficaces que si des actions sont prises pour résoudre des calamités sociales telles que la pauvreté et l'analphabétisme. À son opinion, le Comité exécutif devait être un Forum de dialogue et d'échange d'opinions sur les thèmes qui devraient être inscrits dans l'agenda de la santé publique pour la Région. Même si l'agenda présenté au Comité comportait un nombre de ces points, le Gouvernement du Venezuela estimait qu'il devait également tenir compte de questions inextricablement liées à la santé qui étaient en cours de discussion dans d'autres Forums, particulièrement l'Organisation des États américains (OEA).

3. En conséquence, elle a proposé que les thèmes suivants, dont la plupart ont fait l'objet de résolutions ou de déclarations à l'occasion de la récente 37<sup>e</sup> session régulière de l'Assemblée générale de l'OEA, soient inscrits à l'ordre du jour du Comité, dans le but de les amener à être discutés par les ministres de la santé de la Région lors de la 27<sup>e</sup> Conférence sanitaire panaméricaine : soins de santé primaires; déterminants sociaux de la santé; médicaments et propriété intellectuelle; alcool, violence et invalidité; la Charte sociale des Amériques : Renouveau de l'engagement hémisphérique à lutter contre la pauvreté dans la Région; coordination de volontaires dans l'hémisphère dans la réponse aux catastrophes naturelles et la lutte contre la faim et la pauvreté : l'initiative Casques blancs; le programme interaméricain pour un registre civil universel et le « droit

à l'identité »; pauvreté, équité et inclusion sociale: Suivi à la Déclaration de Margarita; éradication de l'analphabétisme et lutte contre les maladies qui affectent le développement intégral; mécanismes pour suivre la mise en œuvre de la Convention interaméricaine sur la prévention, la punition et l'éradication de la violence contre les femmes, « Convention de Belém do Pará »; l'importance de la nutrition pour obtenir des populations plus saines et un développement intégral; appui aux efforts en vue de l'éradication de la malnutrition de l'enfant dans les Amériques; réunion interaméricaine sur les aspects économiques, sociaux et environnementaux relatifs à la disponibilité de l'eau potable et l'accès à l'eau potable; et eau, santé et droits humains.

4. Le Dr Mirta Roses (Directrice, Bureau sanitaire panaméricain) a remercié la Présidente de ses remarques pleines d'inspiration qui ont donné le ton pour la session. Ajoutant sa bienvenue aux participants, elle a exprimé sa confiance dans le fait que la session serait des plus utiles.

#### **Questions relatives au Règlement**

##### ***Bureau***

5. Le Bureau élu pour la 139<sup>e</sup> session a continué de servir dans ses capacités respectives lors de la 140<sup>e</sup> session :

*Présidente :* Venezuela (Dr Nancy Pérez)

*Vice-Président:* Antigua et Barbuda (Hon. H. John Maginley)

*Rapporteur:* États-Unis d'Amérique (M. Mark Abdo)

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

##### ***Adoption de l'ordre du jour et programme des réunions (documents CE140/1, Rév. 1, et CE140/WP/1)***

7. Suite à une longue discussion sur la faisabilité d'ajouter à l'ordre du jour certains ou tous les points mentionnés par la Présidente dans ses remarques d'ouverture, il a été convenu que de brefs rapports seraient donnés sous la rubrique « Autres questions » sur le statut des négociations concernant la Charte sociale des Amériques, le travail de la Commission sur les déterminants sociaux en santé, et le thème de Santé publique, innovation et propriété intellectuelle, récemment discuté par l'Assemblée mondiale de la Santé.

8. Il a été remarqué que l'ordre du jour avait été approuvé par le Sous-Comité du programme, du budget et de l'administration en mars 2007 et qu'il était déjà très long. Alors que le Comité convenait de l'importance des points soulevés par la Présidente, la plupart des Membres estimaient que leur ajoute comme points formels de l'ordre du jour laisserait trop peu de temps pour discuter d'autres thèmes d'une importance cruciale pour l'avenir de l'Organisation, tels que le Project de Plan stratégique 2008-2012 et le projet de budget programme 2008-2009. Plusieurs Membres ont observé que de nombreuses questions qui préoccupaient la Présidente étaient traitées dans le cadre du Plan stratégique et pouvaient donc être discutées lorsque le Comité aborderait ce point

9. La Directrice a indiqué que le Comité pourrait envisager de recommander que les ordres du jour pour les sessions futures comportent un point sur les résolutions de l'OEA revêtant un intérêt pour l'OPS, semblable au point sur les résolutions de l'Assemblée générale de la Santé revêtant un intérêt pour les Organes directeurs de l'OPS. À cette fin, le Secrétariat pourrait préparer un tableau montrant les résolutions de l'OEA et les résolutions et activités correspondantes de l'OPS, comme le tableau contenu dans le document CE140/INF/2.

10. Le Comité a adopté l'ordre du jour provisoire sans changement. Le Comité a également adopté un programme de réunions (décision CE140(D1)).

***Représentation du Comité exécutif lors de la 27<sup>e</sup> Conférence sanitaire panaméricaine, 59<sup>e</sup> session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques (document CE140/3)***

11. Conformément à l'article 54 du Règlement intérieur, le Comité exécutif a nommé les délégués du Venezuela et d'Antigua et Barbuda, son Président et Vice-Président, respectivement, pour représenter le Comité lors de la 27<sup>e</sup> Conférence sanitaire panaméricaine. Le Canada et les États-Unis d'Amérique ont été désignés comme représentants suppléants (décision CE140(D2)).

***Ordre du jour provisoire de la 27<sup>e</sup> Conférence sanitaire panaméricaine, 59<sup>e</sup> session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques (document CE140/4, Rév. 1)***

12. Le Comité a considéré l'ordre du jour provisoire préparé par le Directrice conformément à l'article 14.B de la Constitution de l'OPS et à l'article 8 du Règlement intérieur de la Conférence sanitaire panaméricaine, et a accepté de retirer le point 4.9, « Stratégie et plan d'action régionaux pour la prévention et le contrôle du cancer du col de l'utérus », conformément à ses discussion de ce point lors de la 140<sup>e</sup> session (voir paragraphes 114 à 128 ci-dessous). Le Comité a également convenu qu'un rapport sur le résultat de la conférence internationale sur les soins de santé primaires devant être tenue en Argentine en août (voir paragraphe 142 ci-dessous) serait présenté pendant la Conférence, et qu'une session d'information sur les déterminants sociaux de la santé serait tenue en dehors de l'ordre du jour formel. Le Comité a noté que l'ordre du jour

était très long et la Directrice a été encouragée à garder les présentations faites par le personnel du Secrétariat aussi brèves que possible pour consacrer suffisamment de temps à la discussion par les États Membres.

13. Le Comité a approuvé l'ordre du jour provisoire tel qu'amendé (résolution CE140.R19).

### **Questions relatives aux comités**

#### ***Rapport de la première session du Sous-Comité du programme, du Budget et de l'Administration (document CE140/5)***

14. M. Nick Previsich (Canada, Président du Sous-Comité du programme, du budget et de l'administration) a présenté le rapport de la première session du Sous-Comité, notant qu'un nombre des points discutés par le Sous-Comité serait également discuté par le Comité exécutif pendant la 140<sup>e</sup> session et qu'il ferait rapport sur ces points au moment où ils seraient considérés par le Comité. Les points suivants examinés par le Sous-Comité ne figuraient pas à l'ordre du jour du Comité : développement de l'Agenda de la Santé pour les Amériques, 2008-2017; Projet de Plan stratégique à moyen terme de l'OMS 2008-2013 et projet de budget programme proposé de l'OMS, 2008-2009; Rapport sur les contributions volontaires; et Renforcement des relations entre l'OPS et les organisations non gouvernementales. En outre, le Sous-Comité a considéré une proposition concernant les détails du Forum des candidats au poste de Directeur du BSP et a discuté l'ordre du jour pour la 140<sup>e</sup> session du Comité exécutif et un calendrier préliminaire pour la 27<sup>e</sup> Conférence sanitaire panaméricaine. Les commentaires du Sous-Comité sur tous ces points se trouvent dans le rapport final de sa première session (document SPBA1/FR, en annexe au document CE140/5).

15. Dans la discussion qui a suivi, le Délégué d'Antigua et Barbuda, notant que le Sous-Comité avait discuté le statut de plusieurs centres panaméricains, a dit que les ministres de la santé de la région des Caraïbes discutaient diverses questions de gouvernance ayant trait aux institutions régionales dans les Caraïbes, y compris le Centre d'épidémiologie des Caraïbes (CAREC) et l'Institut d'alimentation et de nutrition des Caraïbes (CFNI), et qu'ils cherchaient à identifier des mécanismes pour que ces centres soient adéquatement financés. Il a remercié la Directrice de son appui à ces efforts et a assuré le Comité que les Gouvernements des Caraïbes restaient engagés au fonctionnement permanent des deux centres.

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

***Organisations non gouvernementales en relations officielles avec l'OPS (document CE140/7)***

17. M. Previsich (Représentant du Sous-Comité du programme, du budget et de l'administration) a indiqué que le Sous-Comité avait examiné la collaboration entre l'OPS et une organisation non gouvernementale, la Confédération médicale d'Amérique latine et des Caraïbes (CONFEMEL). En fonction de sa revue de la documentation fournie par le Secrétariat et de l'information obtenue de l'ONG, le Sous-Comité avait recommandé de mettre fin aux relations avec CONFEMEL, notant qu'il pourrait être souhaitable d'envisager le rétablissement de relations officielles à l'avenir du fait que l'OPS semblait intéressée à poursuivre des relations avec l'ONG. Le Sous-Comité avait noté que sa recommandation ne s'appliquait qu'aux relations officielles formelles avec CONFEMEL; les relations de travail informelles pouvaient se poursuivre, et les relations officielles pourraient être rétablies après une période de deux ans sur la base d'un nouveau plan de travail collaborateur. Le Sous-Comité a souligné que le maintien de relations fructueuses exigeait des efforts de la part de l'OPS et de la part de l'ONG, et il a encouragé le Secrétariat à demeurer vigilant et à faire des efforts pour assurer que toutes les ONG en relations officielles avec l'OPS s'acquittent de leurs engagements envers l'Organisation.

18. Le Dr Marco Becker (Confédération médicale d'Amérique latine et des Caraïbes, CONFEMEL) a dit que CONFEMEL acceptait les critiques de ses faiblesses, concédant qu'elle avait été très inactive. La Confédération avait récemment eu une élection, elle procédait à la réforme de ses règlements et devrait être plus efficace à l'avenir.

19. Le Comité exécutif a adopté la résolution CE140.R2, mettant fin aux relations officielles entre l'OPS et CONFEMEL, avec la possibilité de les rétablir à l'avenir.

***Prix d'administration de l'OPS 2007 (documents CE140/6, CE140/6, Add. I, et CE140/6, Add. II)***

*Changements aux procédures et directives pour l'attribution du Prix en administration de l'OPS*

20. Le Dr Pedro Brito (Responsable, Renforcement des systèmes de santé, OPS) a rappelé que le Jury du Prix 2006 pour le Prix en administration de l'OPS avait recommandé que les procédures et directives pour la sélection des candidats et des bénéficiaires du Prix soient adaptées aux nouvelles conditions influençant le domaine de la santé, ainsi qu'à la terminologie actuellement utilisée. Il a attiré l'attention sur les changements proposés, cités dans l'annexe au document CE140/6, Add. I.

21. Le Comité a adopté la résolution CE140.R1, approuvant les changements proposés.

*Rapport du Jury du Prix en administration de l'OPS 2007*

22. Mme Kate Dickson (Canada) a fait savoir que le Jury du Prix en administration de l'OPS, 2007, composé de représentants du Canada, de Trinidad et Tobago et de l'Uruguay s'était réuni le 27 juin 2007. Après un examen attentif de la documentation sur les candidats nommés par les États Membres, le Comité a décidé d'adjuger le prix au Dr Armando Mariano Reale, de l'Argentine, pour sa contribution à la modernisation des systèmes de santé et de sécurité sociale en encourageant l'intégration entre les secteurs public et privé, la création de réseaux de prestataires aux différents niveaux des soins de santé, et l'adoption de nouveaux modèles de financement pour le secteur public et le secteur de la sécurité sociale.

23. Le Comité a adopté la résolution CE140.R12, approuvant la décision du Jury du Prix.

***Rapport annuel du Bureau d'éthique (document CE140/27)***

24. La Présidente a attiré l'attention du Comité sur le document CE140/27 et a laissé place à la discussion.

25. Le Comité a bien accueilli le rapport, reconnaissant les efforts que faisait l'Organisation pour promouvoir une culture d'éthique et de responsabilisation, et pour établir un système effectif d'intégrité et de résolution des conflits. Il était clair que le Bureau d'éthique avait contribué, grâce à ses conseils et la formation, à aider le personnel à prendre des décisions éthiques et à assurer le respect de toutes les règles et politiques applicables sur les normes de conduite pour le personnel de l'OPS.

26. Le Comité a approuvé la mise à disposition d'un cours en ligne obligatoire sur le Code des principes d'éthique et de conduite du BSP, ainsi que la décision du Bureau d'éthique d'entreprendre 13 investigations de violations présumées du Code. Reconnaissant que ces investigations pourraient donner lieu à d'autres tensions internes, Le Comité a approuvé le plan de développement d'un manuel de procédures d'investigation, la protection des dénonciateurs, et les directives de politique destinées à empêcher les membres du personnel ou les entrepreneurs coupables de violations éthiques d'être réengagés. Il a été suggéré que la politique des Nations Unies sur la protection des dénonciateurs pourrait servir de ressource. Le Comité a demandé des informations sur la relation entre le Bureau d'éthique de l'OPS et le Bureau des services de contrôle interne de l'OMS et a mis l'accent sur le besoin d'assurer qu'il y avait une coordination et qu'il n'y avait pas de chevauchement dans leurs activités.

27. M. Philip MacMillan (Responsable, Bureau d'éthique, OPS) a indiqué qu'une campagne de sensibilisation serait lancée en juillet 2007, avec des brochures pour tous les membres du personnel et des affiches pour tous les bureaux, soulignant l'importance de

la conduite honnête et informant les membres du personnel des moyens à leur disposition pour poser des questions ou signaler une conduite manquant de probité. Le programme de formation en ligne serait disponible sur CD pour être utilisé dans certains pays où l'accès à l'Internet posait problème. Il était encourageant de voir que le Bureau d'éthique recevait un nombre croissant de questions sur des problèmes éthiques, y compris des questions anonymes à travers le service d'assistance téléphonique pour les questions d'éthique.

28. Il a présenté une vue d'ensemble du système d'intégrité et de règlement des conflits basé sur le web, qui était actuellement complet à 80% et qui serait lui aussi lancé en juillet 2007. Le système offrait neuf ressources au personnel pour résoudre les questions éthiques, et donnait des orientations sur les ressources les plus appropriées selon les cas. Le Bureau des services de contrôle interne était l'une des neuf, et des efforts étaient en cours pour assurer que l'information concernant les ressources à utiliser dans des situations précises était claire et précise, ce qui aiderait à minimiser le double emploi.

29. Le Comité exécutif a pris note du rapport du Bureau d'éthique.

### **Questions relatives à la politique du programme**

#### ***Projet de plan stratégique 2008–2012 (Document officiel 328)***

30. En introduisant ce point, M. Previsich (Représentant du Sous-Comité du programme, du budget et de l'administration) a souligné les points principaux de la discussion du BSP d'une version préliminaire du Plan stratégique lors de sa première session en mars. Sur la question de fusionner ou non quelques objectifs stratégiques afin d'aligner le Plan stratégique de l'OPS sur le Plan stratégique à moyen terme de l'OMS, le Sous-Comité était d'avis que la Région ne devait pas nécessairement suivre toutes les décisions qui étaient prises au sein de l'OMS en la matière. Le consensus du Sous-Comité avait été que les objectifs stratégiques 1 et 2 devaient être tenus séparés, et que même si les objectifs stratégiques 10 et 11 pouvaient être combinés, les objectifs stratégiques 13 et 14 devaient également rester séparés. Pour ce qui était de l'objectif stratégique 13, plusieurs délégués ont souligné l'importance critique des questions des travailleurs de la santé, en particulier la migration des agents de santé dans les Amériques.

31. Concernant les allocations destinées aux divers objectifs stratégiques, plusieurs délégués estimaient que le montant alloué aux maladies non transmissibles était trop faible par rapport à l'ampleur du problème. Les délégués ont également exprimé leur préoccupation sur le nombre et l'ambition de certains des indicateurs et cibles, demandant s'il était réaliste de s'attendre à ce qu'ils soient tous réalisés dans le calendrier prévu et avec les ressources affectées. Le besoin d'assurer que les indicateurs étaient

réalisables, mesurables, fondés sur des preuves et reflétant véritablement les priorités de l'Organisation avait été sous-estimé. Le Sous-Comité avait fait un nombre de recommandations pour améliorer le contenu, le style et le langage du document. En particulier, il avait suggéré que le document bénéficierait d'une discussion plus explicite de la méthodologie utilisée pour formuler le Plan stratégique et, en particulier, une explication sur la façon dont les priorités avaient été identifiées et comment les décisions sur l'allocation des ressources avaient été prises face à des priorités concurrentes. Également, en ce qui concernait la méthodologie, le besoin de distinguer clairement entre activités, cibles et approches stratégiques avait également été mis en relief.

32. Le Dr Daniel Gutiérrez (Responsable, Planification, budget programme et appui aux projets, OPS) a noté que la version du Plan stratégique contenue dans le *Document officiel 328* aurait besoin d'être ajustée pour l'aligner à la fois sur l'Agenda de la santé pour les Amériques, 2008-2017, adopté antérieurement en juin, et sur la version finale du Plan stratégique à moyen terme de l'OMS adoptée en mai 2007. Toutefois, en prenant en considération les recommandations du BSP, les objectifs stratégiques 10, 11, 13 et 14 seraient tenus séparés, et le Plan stratégique de l'OPS maintiendrait donc 16 objectifs. De plus, des plans de travail biennaux étaient requis afin de terminer le Plan et de finaliser les résultats attendus au niveau de la Région ainsi que leurs indicateurs et cibles respectifs. Ces plans étaient actuellement en cours de développement par tous les secteurs au sein de l'Organisation. Le Secrétariat ferait les ajustements cités précédemment et incorporerait également les commentaires du Comité exécutif dans la version finale du document, qui serait soumis à la Conférence sanitaire panaméricaine pour approbation en octobre 2007.

33. Le Comité exécutif a applaudi la version révisée du Plan stratégique, que les Membres ont trouvé très améliorée. Il estimait que le document était bien aligné sur le Plan stratégique à moyen terme de l'OMS, mais qu'il faisait également état d'un degré louable de spécificité régionale. Néanmoins, le Comité pensait que le document pouvait être amélioré davantage, et il a par conséquent accueilli avec satisfaction la décision du Secrétariat de continuer à recevoir des apports des États Membres avant la Conférence sanitaire panaméricaine. Tout en reconnaissant la complexité inhérente à l'alignement du Plan stratégique sur l'Agenda de la santé pour les Amériques et le onzième Programme général de travail et le Plan stratégique à moyen terme de l'OMS, plusieurs délégués ont encouragé le Secrétariat à raccourcir et simplifier le document pour le rendre plus facile à analyser et comprendre, tant par les États Membres que par le personnel de l'OPS. À cet égard, il recommandait fermement que le Secrétariat demande à tous les membres du personnel de l'OPS de participer à un exercice de formation destiné à assurer qu'ils connaissent tous parfaitement le Plan et qu'ils comprennent la façon dont leurs activités programmatiques respectives contribueraient à la réalisation des objectifs stratégiques et des résultats escomptés. S'il n'en était pas ainsi, on pouvait craindre que le document soit simplement posé sur un rayon et oublié.

34. Plusieurs délégués ont signalé le besoin de perfectionner davantage les résultats attendus au niveau de la Région et leurs indicateurs afin d'assurer que les progrès pouvaient être mesurés. Ils ont noté, par exemple, que de nombreux indicateurs se rapportaient au nombre de pays qui avaient établi une unité gouvernementale pour s'acquitter d'une activité particulière, mais que le simple établissement d'une unité ne garantissait pas que l'activité serait effectivement effectuée ni qu'elle aurait un impact réel. De plus, le langage utilisé dans de nombreux indicateurs était vague. Par exemple, un nombre d'entre eux préconisait une « augmentation substantielle », mais le terme « substantiel » n'était pas défini. Ils ont également suggéré que le nombre d'indicateurs devrait être réduit et qu'il fallait faire un effort pour identifier ceux qui avaient le plus grand pouvoir discriminatoire.

35. Le besoin d'une évaluation annuelle et biennale pour évaluer les progrès sur la voie des résultats attendus était sous-estimé. Les Membres ont demandé une clarification sur le type de méthodologie d'évaluation qui serait employées et sur la façon dont le Secrétariat réglerait le conflit de temps créé par le fait que le Plan stratégique quinquennal couvrirait trois périodes biennales, c'est-à-dire six ans. Le Secrétariat a été prié d'inclure une information plus détaillée sur le suivi et l'évaluation du Plan dans la prochaine version du document.

36. L'effort envers la priorisation programmatique a été reconnu, mais quelques délégués estimaient qu'il fallait plus d'information, y compris une analyse du pourcentage du budget total affecté à chaque objectif stratégique pour permettre aux États Membres de voir la priorité relative assignée à chaque domaine du programme. Notant la nature transversale de nombreux des objectifs stratégiques, les délégués ont souligné le besoin d'une coordination et intégration interprogrammatiques afin d'exécuter le Plan et de réaliser les résultats attendus. Plusieurs délégués ont également mis en relief le besoin d'une approche multisectorielle pour réaliser les résultats envisagés dans le Plan stratégique. À cet égard, ils estimaient que le document pouvait être renforcé par l'addition d'une analyse des déterminants économiques et sociaux des questions de santé devant être traités dans le cadre du Plan.

37. Les délégués ont demandé, et reçu de divers membres du Secrétariat, une clarification sur un nombre de points spécifiques relatifs aux objectifs stratégiques. De plus, plusieurs délégués ont soumis des commentaires spécifiques par écrit. Le représentant de la Banque interaméricaine de développement, qui avait également soumis des commentaires par écrit, a suggéré que les valeurs mentionnées au paragraphe 8 du document devraient inclure l'efficacité et la rentabilité dans l'usage des ressources, qui était une préoccupation majeure pour tous les pays de la Région et qui avait été l'un des objectifs primaires des initiatives de réforme du secteur de la santé dans les années récentes.

38. Le Dr Gutiérrez a encouragé toutes les délégations à soumettre leurs commentaires par écrit et a indiqué que les États Membres pouvaient continuer à fournir des apports sur le Plan stratégique électroniquement par SharePoint jusqu'au 15 août 2007. Le Secrétariat était conscient des faiblesses dans le document et procédait actuellement à une révision destinée à corriger les incohérences et d'autres problèmes soulevés par les Membres du Comité exécutif, à perfectionner les indicateurs et les cibles, et à rendre le document plus concis. Le processus de préparation des plans de travail biennaux, actuellement en cours, aiderait à mettre le doigt sur des problèmes spécifiques concernant les indicateurs et les cibles qui devaient être résolus avant que ne soit produite la prochaine version du document. De plus, le Plan stratégique était flexible et des ajustements supplémentaires pouvaient être apportés sur les six prochaines années afin de corriger tout problème qui surgirait ou de répondre à l'évolution des circonstances.

39. Certaines des incohérences et des répétitions dans le document s'expliquaient par le fait que de nombreux membres du personnel de tous les secteurs et de tous les niveaux de l'Organisation avaient contribué à sa préparation. Toutefois, la vaste intervention des membres du personnel dans le développement du Plan stratégique assurait également qu'ils étaient tous au courant du Plan et qu'ils en connaissaient tous son contenu. Une formation supplémentaire pour les membres du personnel était assurée en conjonction avec les plans de travail biennaux pour la période 2008-2009. Le document ne serait certainement pas posé sur un rayon et oublié parce qu'il servirait de guide à la planification opérationnelle sur les six prochaines années, et que les responsables ne seraient pas en mesure d'avoir accès au financement pour leurs activités, sans spécifier comment elles étaient liées aux résultats attendus et aux indicateurs établis dans le Plan.

40. Le Plan stratégique couvrirait effectivement trois périodes biennales, c'est-à-dire six ans, parce qu'il n'était pas pratique d'un point de vue opérationnel de couper une période biennale en deux, et le fait de la couper en deux compliquerait également le suivi et l'évaluation. Par conséquent, le Plan stratégique pour la période 2008-2012 couvrirait les périodes biennales 2008-2009, 2010-2011 et 2012-2013, alors que le Plan suivant pour 2013-2017, couvrirait les périodes biennales 2014-2015 et 2016-2017.

41. L'exercice de priorisation programmatique n'était pas terminé. Le Secrétariat se lançait maintenant dans la seconde phase. Toutefois, les États Membres ne devraient pas s'attendre à voir des changements drastiques dans les allocations budgétaires pour les divers objectifs stratégiques du fait que la plus grosse partie du budget était destinée à financer des postes, et non des activités programmatiques, même si à l'avenir certains postes pouvaient être déplacés pour mieux tenir compte des priorités.

42. Pour ce qui était de la méthodologie pour le suivi et l'évaluation du Plan, celui-ci serait opérationnellement exécuté à travers les plans de travail biennaux négociés avec

chaque pays et chaque sous-région. Les plans de travail biennaux contiendraient les résultats attendus, les indicateurs et les cibles, qui seraient liés aux résultats attendus, aux indicateurs et aux cibles au niveau de l'ensemble de la Région. Pour chaque indicateur, il y aurait un point de référence à six mois dans le progiciel de suivi et évaluation de l'OPS. Ce seraient ces points de référence à six mois qui permettraient au Secrétariat de déterminer si les indicateurs avaient été atteints, ce qui à son tour lui permettrait d'évaluer si les résultats attendus au niveau de la Région avaient été réalisés, et de faire rapport aux États Membres et à l'OMS sur la façon dont les Amériques avaient contribué aux objectifs mondiaux contenus dans le Plan stratégique à moyen terme de l'OMS.

43. La Directrice a souhaité faire trois remarques en réponse aux commentaires du Comité sur le Plan stratégique. Tout d'abord, le système de planification et d'évaluation de l'Organisation (AMPES)—dont l'existence remontait à 25 ans et qui était largement considéré parmi les meilleurs des systèmes de ce type dans le système des Nations Unies—offrait un moyen extrêmement fiable d'évaluer la réalisation de résultats attendus. De plus, AMPES permettait au Secrétariat de relier clairement les dépenses aux résultats tout au long de la chaîne des résultats, du niveau du pays jusqu'au niveau mondial.

44. Ensuite, alors que le Plan stratégique s'appliquait essentiellement au Secrétariat, la réalisation des objectifs stratégiques impliquerait l'Organisation tout entière, les États Membres compris. Les cibles et les indicateurs pour les différents objectifs étaient essentiellement des propositions faites par le Secrétariat; il revenait aux États Membres individuels de décider s'ils voulaient inclure une cible particulière. Dans certains cas, il serait possible pour un pays de s'engager à ne réaliser la cible que partiellement. Dans d'autres cas, une cible ne serait pas importante pour des pays parce qu'ils l'auraient déjà réalisée, même si ces pays pouvaient s'engager à maintenir leur statut ou à aider d'autres pays à atteindre la cible. Le point était que lorsque les États Membres approuvaient une direction stratégique générale pour action programmatique, ils engageaient l'Organisation tout entière à travailler à cette fin.

45. Enfin, d'autres organisations et individus interviendraient également dans l'exécution du Plan stratégique. Il était entendu que la réalisation des résultats envisagés dans le Plan exigerait des ressources financières et non financières des donateurs et d'autres partenaires. Toutefois, toutes ces contributions devraient être dans le droit fil des orientations établies dans le Plan stratégique; l'OPS ne poursuivrait pas des activités dans d'autres domaines juste pour obtenir des ressources. Et en ce qui concernait le suivi et l'évaluation, ce qui serait mesuré serait la contribution spécifique de l'OPS aux résultats atteints dans leur ensemble.

46. Le Comité a adopté la résolution CE140.R7, recommandant que la 27<sup>e</sup> Conférence sanitaire panaméricaine approuve le Projet de Plan stratégique 2008-2012.

***Projet de budget programme 2008–2009 (Document officiel 327 et document CE140/28)***

47. En faisant rapport sur la discussion du BSP d'une version antérieure du projet de budget programme en mars 2007, M. Previsich (Représentant du Sous-Comité du programme, du budget et de l'administration), a indiqué que le Sous-Comité avait demandé des détails ultérieurs sur la méthodologie utilisée pour calculer les augmentations de coûts et sur les hypothèses sous-tendant ces calculs. Il avait également demandé que la proposition de budget devant être soumis au Comité exécutif comporte des scénarios budgétaires alternatifs et présente une analyse de la façon dont les programmes seraient impactés si l'augmentation proposée des contributions des États Membres n'était pas approuvée ou si l'augmentation prévue dans les contributions volontaires ne se produisait pas. En relation à cette dernière, plusieurs délégués s'étaient demandés si la projection de l'OPS d'une augmentation de 30% était réaliste. Le Sous-Comité avait fait plusieurs suggestions concernant le format et le contenu du document budgétaire, notamment l'inclusion de données montrant la proportion du budget total affectée à chaque objectif stratégique dans le budget 2006-2007 et dans le budget proposé 2008-2009. Il avait également suggéré que le document comporte un graphique circulaire montrant l'impact des fonds du programme d'augmentations obligatoires liées à des postes et de la mise en œuvre des normes comptables internationales du secteur public et du Plan directeur d'investissement proposé.

48. M. Román Sotela (Chef de l'Unité planification et budget programme, OPS) a attiré l'attention sur le *Document officiel 327*, qui contenait le projet de budget programme pour 2008-2009, et sur le document CE140/28, qui contenait l'information requise par le BSP concernant l'impact sur les programmes d'un budget à croissance nominale zéro et la priorisation des 16 objectifs stratégiques. Il a ensuite passé en revue les diverses sources de financement pour le budget proposé (indiquées au Tableau 1 du *Document officiel 327*), notant que l'information était la même que celle présentée au BSP, avec une exception : la part de l'OMS dans le budget ordinaire avait été réduite de US\$3,5 millions<sup>3</sup> parce que la soixantième Assemblée mondiale de la Santé avait alloué \$81.501.000 aux Amériques, et non les \$85.000.000 demandés. L'augmentation proposée des contributions des États Membres de l'OPS demeurait à 3,9%, dont la totalité serait utilisée pour aider à compenser les augmentations de coût pour les postes à durée déterminée. Même ainsi, une augmentation de 3,9% se traduirait par une réduction

---

<sup>3</sup> À moins qu'il n'en soit indiqué autrement, les chiffres monétaires dans le présent rapport sont exprimés en dollars des États-Unis.

moyenne de 23% dans les activités du programme régionaux. Les réductions associées à divers scénarios alternatifs étaient indiquées dans le document CE140/28.

49. Dans le cadre de la politique de budget programme régionale approuvée en 2004, la part régionale du budget avait continué à diminuer, alors que les proportions des pays et sous-régionales avaient continué à augmenter. Les annexes 4 et 5 du *Document officiel 327* ont montré l'effet de l'application de la politique au niveau des pays. Dans l'environnement prédominant de financement réduit, le Secrétariat a pris un nombre de mesures pour réduire les coûts et accroître son efficacité dans l'usage des ressources, y compris l'élimination de postes, la décentralisation de nombreux postes régionaux au terrain et la fusion de programmes et de centres panaméricains. Le nombre de postes à durée déterminée était actuellement à son niveau le plus bas depuis 30 ans, ayant baissé de plus de 1.200 en 1980-1981 à 778 à présent.

50. Dans la discussion qui a suivi, le Comité exécutif a exprimé son appréciation pour l'information apportée en réponse aux demandes du BSP, en particulier les détails supplémentaires concernant la base pour l'augmentation proposée, l'information sur la priorisation des objectifs stratégiques, et les scénarios alternatifs présentés dans le document CE140/28. Le Comité a estimé que le format et la structure du document de budget étaient satisfaisants, mais il a suggéré que, comme pour le Plan stratégique, il faudrait faire un effort pour le raccourcir et le simplifier. Il a également suggéré que le document bénéficierait de plus d'information sur les contributions volontaires projetées et l'usage de ces fonds conformément aux priorités stratégiques de l'Organisation. Comme le Sous-Comité, le Comité exécutif a demandé si l'estimation des contributions volontaires était réaliste et si un montant suffisant des contributions volontaires reçues seraient non réservées pour permettre à l'OPS de mener à bien son programme et de réaliser les résultats proposés. Le Comité a également mis l'accent sur le besoin de perfectionner certains des indicateurs et de réduire leur nombre, assurant que les indicateurs retenus étaient ceux de plus grand pouvoir discriminatoire afin de faciliter la mesure des résultats.

51. Les membres du Comité ont demandé une clarification concernant les critères utilisés dans la priorisation des objectifs stratégiques et sur le bien-fondé de certains des changements faits dans la distribution des ressources entre les différents objectifs depuis la session du BSP de mars. Ils ont fait remarquer, par exemple, que l'allocation destinée à l'objectif stratégique 10 avait été réduite de 4,1% par rapport au montant alloué en 2006-2007, même si cet objectif englobait les soins de santé primaires, que les États Membres avaient clairement identifiés comme prioritaires. Ils ont fait remarquer également que l'objectif stratégique 6, qui portait sur les fonctions administratives, avait reçu la plus grande allocation, indiquant qu'il était, apparemment, la priorité la plus élevée de l'Organisation. Les délégués de la sous-région des Caraïbes ont noté qu'un montant relativement peu élevé avait été affecté à la prévention et au contrôle des

maladies chroniques, même si elles constituaient un problème écrasant et qu'elles avaient été identifiées comme une des priorités les plus élevées pour tous les pays des Caraïbes.

52. Ils ont fait remarquer que le coût de l'exécution des normes comptables internationales du secteur public et du Plan directeur d'investissement, tout en étant mentionné dans la partie narrative du budget, n'avait pas encore été incorporé dans le budget lui-même. Le Secrétariat a été encouragé à faire des provisions dans le budget ordinaire pour les investissements en cours. Ils ont également noté que le budget ne donnait pas une ventilation des ressources par pays et niveaux sous-régional et régional.

53. En ce qui concernait l'augmentation proposée de 3,9% des contributions des États Membres, les opinions étaient divisées, certains délégués préconisant une croissance nominale zéro dans le budget de l'Organisation, alors que d'autres estimaient que l'augmentation était justifiée et nécessaire pour permettre à l'Organisation de satisfaire les demandes des États Membres. Un délégué—tout en reconnaissant les préoccupations des pays qui avaient des politiques de croissance nominale zéro—a fait observer qu'on ne pouvait pas s'attendre à ce que l'OPS réponde efficacement à des menaces telles que la grippe aviaire ou d'autres événements imprévisibles tels que des catastrophes naturelles si elle ne disposait pas de ressources suffisantes. Une autre déléguée a fait remarquer que les tendances économiques actuelles semblaient positives et que l'Organisation pourrait par conséquent recevoir des revenus divers beaucoup plus importants qu'en 2006-2007. Elle espérait qu'au moment de la Conférence sanitaire panaméricaine, le Secrétariat aurait une meilleure idée du montant de revenus divers à quoi s'attendre.

54. Répondant aux commentaires sur le format et le contenu du document du budget, M. Sotela a indiqué que du fait que le budget était inextricablement lié au Plan stratégique, au fur et à mesure que le Secrétariat révisait et simplifiait le Plan stratégique, le document du budget serait également simplifié. Concernant la ventilation des ressources par pays et niveaux sous-régional et régional, il a noté que les niveaux de financement pour les pays étaient indiqués dans les annexes 4 et 5 du *Document officiel 327*. Les détails du programme de pays et sous-régionaux, y compris les priorités nationales et sous-régionales et le montant des sommes affectées à chacun d'entre eux, seraient ajoutés avant la Conférence sanitaire panaméricaine. Normalement, cette information était fournie dans le document du budget soumis au Comité exécutif; toutefois, du fait que les programmes des pays et sous-régionaux étaient liés au Plan stratégique qui était encore en cours de finalisation, l'information n'avait pas été disponible.

55. En ce qui concernait les critères appliqués à la priorisation des objectifs stratégiques, ils étaient cités au paragraphe 9 du document CE140/28. En conséquence du premier tour de priorisation programmatique, les allocations pour les objectifs stratégiques 1, 2, 3, 4, 7, 11, 12 et 15 avaient augmenté par rapport aux montants indiqués

dans le document présenté au BSP en mars, alors que les allocations pour les objectifs stratégiques 5, 6, 8, 9, 10, 14 et 16 avaient diminué. Ces changements tenaient compte à la fois des tendances historiques et des besoins et réalités actuels, y compris certains niveaux de financement dictés par l’OMS. L’allocation pour l’objectif stratégique 16 était importante parce qu’elle comportait la plupart des fonctions habilitantes qui rendaient possible la coopération technique de l’OPS; alors que l’allocation pour cet objectif avait augmenté, il s’agissait de l’augmentation la plus faible accordée à n’importe quel des objectifs (2,1%). Les maladies chroniques étaient couvertes par l’objectif stratégique 3, dont l’allocation avait augmenté de près de 48% par rapport au montant alloué en 2006-2007. En ce qui concernait l’objectif stratégique 10, l’allocation du budget ordinaire pour 2008-2009 augmenterait en fait par rapport à celle de 2006-2007. La réduction de 4,1% indiquée dans le *Document officiel 237* était le résultat d’un ajustement dans le montant escompté des contributions volontaires qui avait été surestimé en 2006-2007. Si les États Membres souhaitaient une allocation plus élevée dans ce domaine, ou dans tout autre domaine, le Secrétariat ferait les ajustements nécessaires.

56. Quant au coût de mise en œuvre du Plan directeur d’investissement, il était envisagé que la plus grande partie du financement initial du Fonds d’investissement directeur proviendrait des actuels Fonds des biens immobiliers de l’OPS et Fonds des actifs physiques et de fonds excédentaires restants à la fin de la période biennale 2006-2007, et non du budget ordinaire 2008-2009. Certains fonds du budget seraient dépensés simplement à cause des coûts du personnel associés aux fonctions de technologie de l’information, entretien et réparation des bâtiments et domaines afférents. Toutefois, il n’était pas réalisable d’envisager le financement du Fonds d’investissement directeur au niveau proposé de \$8 millions entièrement à partir du budget ordinaire, car en faisant cela, nous ne laisserions aucun financement du tout pour de nombreux programmes techniques de l’Organisation. Il semblait que l’OPS terminerait la période biennale 2006-2007 avec un excédent substantiel, grâce aux revenus divers plus élevés que prévu et à la collecte d’arriérés à un niveau extraordinairement élevé en 2006. Cette situation, qui ne se produirait vraisemblablement plus, avait créé une opportunité pour les États Membres de mettre de côté le financement nécessaire pour payer les dépenses majeures d’équipement à l’avenir. Il espérait qu’ils saisiraient cette occasion en approuvant le Plan directeur d’investissement.

57. En ce qui concernait les contributions volontaires, l’OPS travaillait à l’augmentation du niveau des fonds non réservés, mais la majorité des contributions volontaires de l’OPS continuait à être réservée. Néanmoins, le Secrétariat estimait que les objectifs stratégiques et les résultats attendus au niveau de la Région étaient suffisamment vastes pour qu’il soit possible d’attirer le niveau projeté de financement volontaire, même si, il fallait en convenir, il pourrait être réservé pour des domaines autres que ceux dans lesquels leur besoin se faisait le plus ressentir.

58. La Directrice a fait valoir que tous les revenus reçus, que ce soit des contributions des États Membres ou de contributions volontaires, seraient utilisés pour traiter les priorités et réaliser les objectifs approuvés par les États Membres dans le Plan stratégique. Il était également important de garder à l'esprit que le budget de l'OPS était structuré non seulement thématiquement mais également par niveau—régional, sous-régional et national—et que près de 50% des ressources totales étaient alloués aux pays. Chaque pays décidait quelle était la priorité qui serait accordée à chaque domaine dans les limites de son allocation budgétaire, ce qui permettait une plus grande spécificité dans l'usage des ressources, comme c'était le cas pour les allocations sous-régionales, qui représentaient près de 7% du budget. Ainsi, les pays des Caraïbes pouvaient décider d'affecter une plus grande part de leur budget à la prévention et au contrôle des maladies chroniques, alors que des pays dans d'autres sous-régions pouvaient choisir d'affecter une plus grande part aux soins de santé primaires ou à d'autres activités.

59. Il était également important de comprendre que le budget de l'Organisation était divisé en deux parties : l'une pour les coûts du personnel et l'autre pour les activités programmatiques. Certains programmes et certains bureaux de pays et programmes avaient très peu de postes, et donc une plus grande portion de leurs budgets pouvait être affectée aux activités du programme. De plus, de nombreux membres du personnel de soutien dans les bureaux des pays de l'OPS étaient détachés des ministères de la santé ou d'institutions nationales, et les coûts de ces personnels n'étaient par conséquent pas compris dans le budget de l'Organisation. Dans de nombreux cas, les pays contribuaient également aux bâtiments et aux services pour les bureaux des pays. Même s'ils n'étaient pas considérés comme des « pays donateurs » au sens traditionnel du terme, ces pays apportaient une contribution énorme au maintien de l'Organisation, lui permettant de faire davantage avec ses ressources limitées.

60. Le gros du soutien administratif de l'OPS (les fonctions auxquelles M. Sotela faisait allusion dans l'objectif stratégique 16) était concentré au niveau régional. L'Organisation consacrait déjà une plus grande proportion du budget régional aux coûts du personnel qu'aux activités hors personnel. S'il y avait une croissance nominale zéro dans le budget, 84% au niveau régional seraient affectés aux coûts du personnel, ne laissant que 16% seulement pour les activités du programme. Ce serait une situation intenable. L'Organisation avait éliminé 41 postes durant la période biennale 2006-2007, et en éliminerait encore 12 avant le commencement de la période biennale 2008-2009. De plus, 22 postes avaient été transférés de Washington à des zones à moindre coût. Mais il y avait une limite aux efficacités et économies qui pouvaient être réalisées, et l'OPS s'approchait de cette limite. Il deviendrait bientôt nécessaire de prendre des mesures plus drastiques, telles que l'extériorisation des tâches, la fermeture de bureaux de pays, ou le déménagement du Siège de l'OPS à un emplacement moins onéreux.

61. Elle estimait que l'OPS avait fourni une ample justification pour l'augmentation demandée de 3,9%, et avait produit un document de budget avec les détails et une analyse approfondie de la raison pour laquelle l'augmentation était demandée. Elle exhortait le Comité à l'approuver; les États Membres avaient récemment accepté des augmentations du même ordre environ dans les budgets de l'OEA et de l'OMS, ce qui pouvait être pris comme une tendance positive.

62. Dans la discussion du Comité qui a suivi sur les résolutions proposées sur ce point, la Déléguée des États-Unis d'Amérique a réitéré la politique de son Gouvernement de croissance nominale zéro dans les budgets de toutes les organisations internationales, mais elle a indiqué que les États-Unis ne bloqueraient pas le consensus sur les résolutions proposées. L'Observateur du Mexique a dit que son Gouvernement favorisait également une croissance nominale zéro, mais ne s'opposerait pas aux résolutions ou à l'augmentation proposée.

63. Le Comité a adopté les résolutions CE140.R8 et CE140.R9, recommandant que la Conférence sanitaire panaméricaine approuve le projet de budget programme et les contributions des États Membres pour 2008-2009, avec l'augmentation de 3,9%.

***Élimination de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale au sein des Amériques : Rapport de situation (document CE140/8)***

64. Le Dr Cuauhtémoc Ruíz Matus (Chef de l'Unité d'immunisation, OPS) a introduit le rapport de situation sur l'élimination dans la Région, notant que le succès réalisé jusqu'à présent était un résultat tangible du travail de l'Organisation et un résultat qui avait eu un impact évident sur la santé des populations des Amériques. La Région était sur la bonne voie pour atteindre l'objectif établi par le 44<sup>e</sup> Conseil directeur en 2003 d'élimination de la rubéole et du syndrome de la rubéole congénitale pour 2010. Virtuellement tous les pays et territoires des Amériques administraient maintenant le vaccin rougeole-oreillons-rubéole au titre de leurs programmes de vaccination systématique des enfants (et ils le seraient tous en septembre 2007), et des campagnes spéciales de vaccination avaient été menées dans toute la Région pour immuniser les adolescents et adultes prédisposés contre la maladie, se traduisant par des niveaux de couverture d'immunisation de plus de 95% dans la majorité des pays. De 1980 à 2007, le nombre de cas de rubéole avait chuté de plus de 98%. La surveillance de la maladie avait également été grandement améliorée. La prochaine étape de l'initiative serait de documenter et de certifier l'interruption de la transmission endémique du virus de la rubéole. À cette fin, il était nécessaire, tout d'abord, de déterminer quelles étaient les données requises pour que les pays puissent documenter l'élimination de la rubéole et de la rougeole et ensuite, de former un comité international d'experts pour fournir une vérification indépendante de l'interruption de la transmission.

65. Outre les bénéfices évidents de l'élimination de la rubéole et du syndrome de la rubéole congénitale, l'initiative de la rubéole avait donné lieu à un nombre de bénéfices complémentaires, y compris le renforcement des services de santé, la réduction des inégalités dans les résultats de la santé maternelle, l'encouragement d'une culture de prévention, la production d'enseignements tirés qui pouvaient être appliqués dans l'introduction de futurs vaccins, et des expériences essentielles pour faciliter la transition de l'immunisation de l'enfant à l'immunisation de la famille. Elle avait également contribué à la réalisation des Objectifs 4 et 5 de développement pour le Millénaire.

66. Le Comité exécutif a applaudi la réussite de l'initiative de la rubéole jusqu'à présent, et a souligné le besoin d'efforts soutenus pour assurer que l'objectif d'élimination était atteint. Le Secrétariat a été prié de tenir les États Membres informés des progrès et de tout obstacle qui pourrait empêcher la réalisation de l'objectif. L'engagement politique au plus haut niveau et l'appui aux programmes nationaux d'immunisation—dont des niveaux suffisants et durables de financement—étaient considérés essentiels à la réalisation de l'objectif et au maintien d'une couverture d'immunisation élevée après qu'il ait été atteint. Les délégués ont souligné l'importance de la participation communautaire et de campagnes efficaces d'information publique pour accroître la couverture de l'immunisation. En particulier, le besoin de vacciner les hommes prédisposés a été souligné. Ils ont exprimé leur appui à la transition de l'immunisation de l'enfant à celle de la famille comme moyen d'atteindre des cibles de réduction d'autres maladies, telles que celles envisagées dans la Vision et stratégie mondiale conjointe d'immunisation de l'OMS/Fonds des Nations Unies pour l'enfance.

67. Plusieurs délégués ont décrit les efforts de leur pays pour vacciner leurs populations contre la rubéole et ont réaffirmé l'engagement de leur Gouvernement à l'objectif d'élimination de la rubéole et du syndrome de la rubéole congénitale. Le Délégué de Cuba, notant que le rapport de situation ne contenait pas d'information sur la situation dans son pays, a indiqué que Cuba avait éliminé le syndrome de la rubéole congénitale en 1989 et la rubéole en 1995. Son pays serait heureux de partager son expérience avec d'autres pays qui travaillaient encore à l'élimination des deux maladies.

68. Le Dr Ruíz Mata a remercié les pays de leurs commentaires et de leur appui constant à l'initiative.

69. La Directrice a dit que l'initiative d'élimination de la rubéole avait véritablement constitué un effort hémisphérique auquel tous les États Membres avaient apporté des contributions précieuses. D'autres Régions de l'OMS commençaient maintenant à imiter les stratégies qui avaient permis aux Amériques de réaliser une telle réussite dans l'élimination des maladies évitables par la vaccination. L'idée d'une semaine régionale de vaccination par exemple, avait été adoptée par plusieurs Régions, et la Région Afrique

avait fait de grands progrès dans la réduction de la rougeole en utilisant les stratégies développées dans les Amériques.

70. Le Comité a pris note du rapport de situation.

***Grippe aviaire et pandémie de grippe : Rapport de situation (document CE140/9)***

71. Le Dr Jarbas Barbosa da Silva (Responsable, Surveillance de la santé et prise en charge des maladies, OPS) a résumé le contenu du document CE140/9, qui faisait état des progrès récents dans la Région concernant la préparation à la pandémie de grippe. Comme le notait le rapport, 28 États Membres disposaient maintenant de plans nationaux de préparation à une pandémie de grippe. L'OPS avait développé un outil d'évaluation pour aider les pays à évaluer l'efficacité de leurs plans nationaux, et un premier tour des évaluations avait pris place à la fin de 2006 et au début de 2007. Le rapport mettait en relief les principales forces et faiblesses observées dans les plans nationaux. Un second tour d'évaluation était actuellement en cours, dont les résultats seraient communiqués à la 27<sup>e</sup> Conférence sanitaire panaméricaine. La coopération technique future de l'OPS aurait pour but de corriger les faiblesses identifiées. En collaboration avec les Centres des États-Unis pour le contrôle et la prévention des maladies, l'OPS avait également développé un protocole pour la surveillance de la grippe, qui était introduit par l'intermédiaire d'ateliers sous-régionaux ciblant les experts techniques des ministères nationaux de la santé. Le défi majeur pour l'avenir serait d'assurer que les plans nationaux de préparation étaient exécutés aux niveaux sous-nationaux, spécialement au niveau local.

72. Le Comité exécutif a accueilli avec satisfaction les progrès indiqués dans le document CE140/9 et a félicité l'OPS pour son leadership aidant les pays de la Région à se préparer à l'éventualité d'une pandémie de grippe. Les efforts de l'Organisation pour encourager une coordination intersectorielle entre ministères de la santé et ministères de l'agriculture ont également été loués. Plusieurs délégués ont informé sur les activités récentes de préparation à la grippe aviaire et à la pandémie de grippe dans leur pays, et certains ont également soumis des informations supplémentaires par écrit. De plus, des délégués ont offert de partager les expériences de leur pays en matière de préparation à la pandémie de grippe, avec d'autres pays.

73. Les efforts de l'OPS pour renforcer la préparation au niveau local ont été applaudis, et l'Organisation a été exhortée à travailler également à l'amélioration de la surveillance dans les zones frontalières, conformément au Règlement sanitaire international révisé, afin de détecter rapidement toute flambée de grippe aviaire et d'arrêter la propagation de la maladie entre pays. De plus, l'Organisation a été encouragée à assister les pays à conduire des exercices de simulation pour tester l'efficacité de leurs plans nationaux et appuyer les efforts internationaux pour développer un vaccin sûr et efficace contre le virus H5N1 et accroître la disponibilité des

médicaments antiviraux. À cet égard, un délégué a demandé si l'Organisation avait des plans pour appuyer la création de réserves d'oseltamivir (Tamiflu®) au niveau national ou pour stocker le médicament au niveau central afin de le mettre à la disposition des pays dans le cas où se produirait une urgence.

74. Le Dr Barbosa da Silva a répondu qu'un stockage global du Tamiflu® et du vaccin contre le virus H5N1 était en cours de création sous la coordination de l'OMS dans le but d'assurer qu'ils étaient disponibles pour usage immédiat quelque soit l'endroit où ils pouvaient être requis pour contrôler les flambées et prévenir la propagation de la maladie. Remerciant le Comité de reconnaître les efforts de l'OPS de promouvoir un travail intégré avec le secteur agricole, il a dit que le Secrétariat considérait la campagne de préparation à la pandémie comme une excellente opportunité de renforcement de la collaboration intersectorielle en ce qui concernait une série de problèmes de santé.

75. La Directrice a félicité les Membres du Comité pour leurs efforts de sensibilisation au besoin de préparation à une pandémie de grippe dans la Région et pour leur réponse à son appel d'assistance de l'année antérieure, en assurant que l'OPS était invitée à participer aux réunions internationales auxquelles la grippe aviaire serait discutée. Elle estimait que les pays de la Région avaient véritablement compris que la préparation à la grippe aviaire et la pandémie de grippe devait être considérée comme une opportunité d'appliquer le Règlement sanitaire international, et qu'au cours d'une année, la situation régionale s'était notablement améliorée en termes de conscience des implications du Règlement, de capacité de surveillance, et de préparation générale à la grippe. Le Comité exécutif et ses Membres avaient joué un rôle important dans ces réussites.

76. Le Comité a remercié le Secrétariat pour la mise à jour et a pris note du rapport.

***Paludisme dans les Amériques : Rapport de situation (document CE140/10)***

77. Le Dr Keith Carter (Conseiller régional sur la paludisme, OPS) a mis à jour le Comité sur les progrès réalisés dans la lutte contre le paludisme dans la Région depuis l'adoption de la résolution CD46.14 en 2005, qui avait établi l'objectif de réduire le fardeau du paludisme d'au moins 50% pour 2010 et de 75% pour 2015, et préconisait la désignation d'une journée de lutte contre le paludisme dans les Amériques. Afin d'exécuter cette résolution, en consultation avec des experts extérieurs du paludisme, le Secrétariat avait développé un Plan stratégique régional pour le paludisme dans les Amériques, 2006-2010, qui avait les composantes suivantes : prévention, surveillance, détection et endiguement de l'épidémie, gestion intégrée des vecteurs, diagnostic et traitement du paludisme, promotion d'un environnement favorisant la prévention et le contrôle du paludisme, et renforcement du système de santé et de la capacité au niveau de pays.

78. Le nombre de cas notifiés de paludisme dans la Région, y compris les cas de *falciparum malaria*, avait diminué de 23% entre 2000 et 2006, et la mortalité par paludisme avait chuté de 69% au cours de la même période. Si cette tendance se poursuivait, il serait possible d'atteindre l'objectif de diminuer de moitié le fardeau du paludisme pour 2010. Six pays avaient atteint des réductions tellement spectaculaires qu'ils envisageaient maintenant l'élimination du paludisme. Néanmoins, il restait un nombre de défis. Le document CE140/10 citait certains de ces défis, ainsi que des recommandations pour les relever.

79. Le Comité exécutif avait été prié d'envisager de recommander à la Conférence sanitaire panaméricaine que la date du 6 novembre soit désignée Journée du paludisme dans les Amériques. Cette date était recommandée parce que c'était la date à laquelle le parasite du paludisme avait été tout d'abord identifié par Charles Louis Alphonse Lavéran, mais aussi parce que l'adoption de la date de la Journée mondiale du paludisme, le 25 avril, qui coïncidait avec la Semaine de la vaccination dans les Amériques, pourrait détourner l'attention des graves problèmes du paludisme.

80. Le Comité a accueilli avec satisfaction les progrès décrits dans le rapport, mais a souligné que la Région ne devait pas se reposer sur ses lauriers parce qu'il restait beaucoup à faire afin de contrôler et éventuellement d'éliminer le paludisme. Le Comité a également approuvé la proposition de désigner le 6 novembre comme Journée du paludisme dans les Amériques. Les Membres ont estimé que la Stratégie régionale et ses cinq composantes était appropriée et que les recommandations présentées dans le document CE140/10 étaient claires et réalisables, bien qu'ils aient suggéré qu'elles devraient mettre une plus grande emphase sur la recherche, en particulier la recherche ayant pour but de trouver un vaccin efficace contre le paludisme, de développer des médicaments efficaces, et d'identifier des insecticides efficaces mais sûrs et des méthodes biologiques de contrôle des vecteurs. Outre les interventions mentionnées dans le document, ils considéraient important que l'OPS assure un appui aux pays pour tester le diagnostic rapide et pour évaluer l'efficacité des tests de diagnostic là où il n'y avait pas de soutien approprié de laboratoire. L'accès accru aux services de santé était également considéré critique pour améliorer la détection et le diagnostic du paludisme, en particulier dans les zones éloignées et parmi les populations autochtones et les populations migratoires, telles que les mineurs. Le représentant de la Pharmacopée des États-Unis a souligné qu'il était également nécessaire d'assurer la qualité des médicaments fournis dans les zones éloignées; il a recommandé l'usage de laboratoires portatifs, qui étaient un outil simple mais efficace pour évaluer la qualité des médicaments pour le paludisme et d'autres maladies.

81. Les Membres ont souligné le besoin d'une action multisectorielle et d'une éducation et participation communautaires afin d'assurer un approvisionnement en eau salubre, le contrôle des lieux de reproduction des moustiques et de traiter les

déterminants sociaux qui influençaient la prévalence du paludisme. Le lien entre la lutte contre le paludisme et le développement économique a également été souligné. Un Membre a émis l'hypothèse que si le paludisme avait été un problème du monde industrialisé, la maladie aurait probablement été éliminée depuis longtemps.

82. Un autre Membre a soulevé la question de savoir si, dans un pays comme Haïti, qui avait subi une augmentation du nombre de cas de paludisme depuis 2000, il était réalisable d'envisager l'élimination du paludisme. Elle estimait qu'il faudrait un débat entre experts du paludisme sur les avantages et les inconvénients de l'éradication par rapport au contrôle.

83. Le Secrétariat a été prié de fournir une estimation des ressources financières requises pour réaliser l'objectif de réduction du fardeau du paludisme dans la Région de 75% pour 2015. Les Membres ont également demandé comment le Secrétariat proposait, dans le cadre du Project de Plan stratégique 2008-2012, de résoudre le problème de la coordination limitée entre l'OPS et le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, qui était un des défis cités dans le document CE140/10.

84. Le Dr Carter a convenu sans réserve que la Région ne devait pas se reposer sur ses lauriers mais continuer à faire des efforts sans relâche pour lutter contre le paludisme. Même dans les pays dans lesquels la maladie avait été éliminée, il était essentiel de maintenir une bonne surveillance afin de détecter les cas importés et de prévenir la réintroduction. Sur la question de l'éradication par rapport au contrôle, l'OPS serait heureuse d'examiner la possibilité d'organiser un débat d'experts du paludisme. À son opinion toutefois, l'élimination de la transmission était un objectif plus raisonnable à établir pour les pays que l'éradication. Il convenait également qu'il fallait davantage de recherche sur le paludisme. À cet égard, il a noté que l'OPS envisageait d'établir une école de malariologie au Mexique, ou de réactiver l'école qui existait à Maracay, au Venezuela, car il n'y avait actuellement aucune institution dans la Région engagée dans la recherche et la formation concernant spécifiquement le paludisme.

85. Pour ce qui était du Fonds mondial, dans un nombre de cas les principaux bénéficiaires du financement dans les pays de la Région avaient été des ONG, et non des ministères de la santé, ce qui s'était traduit parfois par un affaiblissement du programme nationaux de contrôle du paludisme, en particulier là où les experts du paludisme employés par le ministère de la santé et attirés par les influx de financement en provenance du Fonds mondial, avaient laissé leurs postes pour travailler pour des organisations non gouvernementales. Le Secrétariat travaillait à la promotion d'une coordination plus étroite entre les principaux bénéficiaires du Fonds mondial, les ministères de la santé et l'OPS.

86. Quant au montant de financement requis pour atteindre l'objectif pour 2015, le Secrétariat fournirait une estimation dès que possible.

87. La Directrice a signalé que l'édition de juillet 2007 du magazine *National Geographic* comprenait un excellent article sur le paludisme qu'elle recommandait chaudement aux Membres du Comité. L'article faisait le point sur le fait que le paludisme constituait un obstacle majeur au développement économique et que venir à bout de la pauvreté était contingent à l'élimination du paludisme. Avec les autres maladies, la pauvreté devait être abordée tout d'abord afin de maîtriser la maladie, mais il était simplement impossible de faire des progrès contre la pauvreté pendant que persistait le paludisme.

88. Le Comité exécutif a adopté la résolution CE140.R11 qui recommande, entre autres choses, que la date du 6 novembre soit désignée Jour du paludisme aux Amériques.

***Plan d'action régional pour les ressources humaines en santé 2007-2015 (document CE140/11)***

89. En introduisant le Plan d'action régional, le Dr Charles Godue (Chef de l'Unité du développement des ressources humaines, OPS), a dit que les récentes années avaient vu un consensus croissant sur l'urgence de relever certains des défis clés concernant les ressources humaines en santé. L'hypothèse sous-tendant le Plan d'action régional était relativement simple, à savoir que les ressources humaines en santé faisaient une différence en termes d'état de santé et de qualité de vie des populations. Mais derrière cet énoncé plutôt évident, il y avait une série très complexe de relations entre ressources humaines et résultats de la santé. Il y avait des preuves croissantes de l'interaction, tant dans les aspects qualitatifs que quantitatifs, entre la situation des ressources humaines et le niveau de couverture des interventions de base en santé publique.

90. L'essence du Plan d'action était qu'afin de réaliser l'impact maximum sur les résultats de la santé, la politique des ressources humaines devrait se concentrer sur le développement de systèmes de santé intégrés fondés sur les soins de santé primaires et la promotion de la santé et sur le renforcement des capacités en santé publique. En fonction des cinq défis critiques identifiés dans l'Appel à l'action de Toronto de 2005 pour une décennie de ressources humaines en santé, le Plan proposait les 20 objectifs établis dans le document CE140/11. Le Plan était encore en développement, et il fallait encore du travail sur les objectifs, les indicateurs et sur la méthodologie pour suivre les résultats.

91. Le Comité exécutif convenait que le problème des ressources humaines en santé était critique et complexe. Il était considéré inutile de développer des politiques pour améliorer la santé des populations de la Région, ou—dans certains pays—de déclarer que la santé était un droit constitutionnel, s'il n'y avait pas suffisamment de ressources humaines pour faire de ces politiques ou de ces droits une réalité. Il a souligné le besoin d'une approche multisectorielle de la planification et de la décision impliquant les domaines de la santé, de l'éducation, de la politique du travail et des finances.

92. Certains délégués pensaient que les objectifs nécessitaient une plus grande définition en termes d'indicateurs, de points de référence et de stratégies, pour les rendre plus spécifiques et réalisables. D'autres voyaient les objectifs eux-mêmes comme rien de plus que des indicateurs, posant des difficultés pour définir clairement les résultats globaux requis pour renforcer les ressources humaines en santé. Ils ont également suggéré que les objectifs étaient trop nombreux.

93. Des Membres ont estimé que le Plan devait être organisé dans un cadre clair axé sur les résultats. Également, du fait que le Plan et ses objectifs reposaient entièrement sur une perspective d'offre, certains objectifs devaient être réécrits pour tenir compte de la demande émanant de la population. Ils ont fait remarquer qu'alors que le document établissait de fait des objectifs stratégiques, il manquait de propositions spécifiques pour réaliser ces objectifs. Une série de quatre ou cinq stratégies éprouvées devrait être définie, qui pourrait comporter l'accroissement de la capacité en vue d'une gestion efficace des centres de santé et de l'exercice des fonctions de la santé publique; l'assurance que les mécanismes de paiement des salaires étaient fiables; ou l'alignement des systèmes d'éducation de sorte que les ressources humaines du secteur de la santé obtenaient les compétences requises au moyen d'une formation avant service ou en cours d'emploi. De plus, les délégués estimaient qu'il fallait préciser qui exécuterait le Plan—ministres de la santé, ONG locales, le secteur privé, ou une combinaison des trois—et qui aurait la responsabilité de mesurer les indicateurs. L'information manquait également sur les ressources financières requises pour réaliser les objectifs.

94. Ils estimaient également qu'il n'était pas souhaitable que le Plan préconise que « tous les pays de la Région » ou « toutes les sous-régions » réalisent les objectifs. Il serait préférable d'introduire un concept plus progressif, parce qu'autrement, si un pays individuel ne réalisait pas un objectif, ce serait alors le Plan dans son ensemble qui semblerait avoir échoué. De même, ils considéraient nécessaire de recadrer les objectifs en termes de la réalité de chaque pays; autrement, les pays ne participeraient pas dans un plan régional, mais maintiendraient simplement leurs propres plans nationaux. Ils ont fait remarquer, par exemple, que les divers objectifs portant sur la coopération entre les institutions de formation et les institutions de services de santé seraient problématiques dans de nombreux pays du fait que les universités étaient autonomes et que les ministères de la santé n'avaient pas d'influence pour leur dicter combien de personnel médical et de quels types, elles devraient former. Ils ont également noté qu'un thème était absent du Plan, celui de la coopération entre les pays dans la formation des travailleurs de la santé.

95. Les Membres étaient d'avis que la question de l'émigration du personnel médical nécessitait une analyse très approfondie, car elle pouvait avoir de nombreuses raisons différentes. Également, il pouvait y avoir différentes incitations qui pouvaient être introduites pour induire le personnel médical à rester dans leur propre pays. Ils ont noté qu'alors que des actions concernant la migration des professionnels de la santé pouvaient

être souhaitables, les pays ne pouvaient pas réglementer la migration légale volontaire des travailleurs de la santé qui, dans tous les cas, pouvaient choisir d'émigrer pour une série de raisons n'ayant rien à voir avec la recherche d'un emploi.

96. Notant que sa sous-région s'était battue contre les pénuries de ressources humaines pendant une période très longue, un délégué des Caraïbes a souligné qu'une approche réussie du problème de l'émigration des agents de santé nécessiterait une action conjointe des pays d'où ils émigraient et des pays qui les recevaient. Les ministres de la santé des Caraïbes avaient proposé un programme avec deux composantes : une intensification de la formation pour le personnel médical, les infirmières en particulier, dans les pays receveurs; et une assistance de ces pays aux pays d'où partait l'émigration pour leur permettre de former eux-mêmes davantage de personnel médical. Il demandait aux pays receveurs d'agir comme partenaires dans ce programme.

97. Plusieurs autres délégués ont également décrit la situation et les difficultés des ressources humaines dans leur pays, et les politiques et stratégies adoptées pour les affronter. Le représentant de la Banque interaméricaine de développement a donné quelques informations sur le financement par la Banque de divers projets de formation pour le personnel médical. Il a également soulevé la question de la reconnaissance mutuelle par les pays des qualifications médicales des uns et des autres.

98. Le Dr Godue a dit que le Secrétariat savait pertinemment que le document avait besoin d'être travaillé davantage, et également que le problème des pénuries de ressources humaines n'était pas simplement un problème de nombres, mais aussi d'éventail de qualifications et d'emplacement. Il a convenu également que la formation et la rétention de la combinaison juste de personnel médical pour la Région nécessiterait des stratégies multisectorielles et multi-institutionnelles. Il était vrai que—sauf à Cuba—les institutions de formation ne relevaient pas de la juridiction des ministères de la santé, ce qui soulignait le besoin de créativité dans les efforts pour aligner la formation du personnel médical sur les résultats souhaités.

99. L'esprit sous-tendant le Plan d'action régional était un esprit de coopération. L'intention n'était pas que chaque pays se batte individuellement pour atteindre les objectifs, mais que tous les pays assument la responsabilité de leur réalisation dans l'ensemble de la Région.

100. La Directrice a indiqué qu'un thème qui n'avait pas été mentionné dans la discussion était celui du réseau de quelque 20 pays dotés d'observatoires des ressources humaines. La croissance du réseau témoignait l'intérêt grandissant pour le thème des ressources humaines en santé, mais dans le même temps les observatoires eux-mêmes constituaient un Forum important de débat entre les différents acteurs au sein de chaque pays. Alors que chaque groupe avait sa propre autonomie et son propre cadre

institutionnel, les observatoires étaient un instrument pour amener les personnes au dialogue et à la recherche d'une solution pour tous.

101. Le Comité exécutif a adopté la résolution CE140.R13 sur ce point.

***Préparatifs pour la table ronde sur la sécurité sanitaire internationale (document CE140/12)***

102. Le Dr Barbosa da Silva (Responsable, Surveillance de la santé et prise en charge des maladies, OPS) a rappelé que le Sous-Comité du programme, du budget et de l'administration avait été informé que le thème de la table ronde serait le même que celui pour la Journée mondiale de la Santé 2007 : sécurité sanitaire. Le Directeur général de l'OMS avait choisi ce thème afin d'attirer l'attention sur le nouveau Règlement sanitaire international (RSI).

103. Suite à l'entrée en force du RSI le 15 juin 2007, les États Membres auraient une période de cinq ans pour se conformer aux nouvelles conditions relatives à la capacité renforcée pour la détection précoce, la transparence des communications, le renforcement des échanges d'information et une meilleure coordination pour la réponse et la réduction des risques. Il était prévu que la table ronde contribuerait à ce processus d'amélioration, avec les ministres de la santé de la Région partageant les expériences de leurs pays et les enseignements tirés. L'objectif était d'assister les pays à identifier les forces et les faiblesses à aborder sur les cinq prochaines années, ainsi que d'aider l'OPS à cerner les domaines sur lesquels elle porterait sa coopération technique avec les pays de la Région.

104. Le Comité exécutif a accueilli avec satisfaction le choix du thème de la table ronde. Les délégués ont averti toutefois qu'il s'agissait là d'un thème relativement vaste et ont demandé que la discussion soit axée sur quelques sujets très spécifiques afin d'éviter la dissipation et un débat peu concluant. Les sujets possibles pouvaient inclure la réponse à la flambée récente de paludisme à la Jamaïque; la coopération technique sur les contrôles sanitaires aux ports et aux aéroports en Amérique centrale; la coopération sous-régionale entre les pays du MERCOSUR, par exemple lors de la flambée de dengue au Paraguay, au Brésil et en Argentine; le processus de mise en œuvre du nouveau RSI aux États-Unis, qui avait impliqué la coordination de nombreuses agences gouvernementales différentes; ou les mesures prises pour sauvegarder la santé publique lors de la Coupe mondiale de Cricket 2007 dans les Caraïbes, mesures par lesquelles les visiteurs n'étaient assujettis à des contrôles sanitaires qu'une seule fois à leur entrée dans les Caraïbes, plutôt qu'à l'entrée dans chaque pays.

105. Le Dr Barbosa da Silva a remercié les participants pour leurs contributions qui avaient toutes été notées.

106. La Directrice a fait remarquer que le Directeur général de l'OMS avait décidé que

les aspects supplémentaires du vaste thème de la sécurité sanitaire seraient examinés en 2008. Elle a rappelé que le BSP avait examiné l'ordre du jour de la Conférence sanitaire panaméricaine du point de vue de l'ordre de passage de certains points de façon à assurer la participation maximum des ministres de la santé. Ces points comprenaient non seulement la table ronde, mais aussi les prix, la discussion du Plan stratégique et les élections. C'était la raison pour laquelle la table ronde avait été prévue pour le mardi et les élections pour le mercredi.

107. Le Comité exécutif a pris note de l'information donnée.

***Initiative régionale sur la sécurité des hôpitaux (document CE140/13)***

108. Le Dr Jean Luc Poncelet (Responsable, Préparation aux situations d'urgence et organisation des secours, OPS) a souligné plusieurs des points soulevés dans le document CE140/13. Tout d'abord, la Région était fortement vulnérable aux catastrophes naturelles, et le risque de catastrophes augmentait en conséquence des changements environnementaux et d'autres facteurs. Toutefois, il y avait également une conscience accrue du risque de catastrophes et un savoir croissant sur la façon de se préparer aux catastrophes et de prévenir les dégâts dus aux catastrophes. Ensuite, l'impact économique des dégâts ou de la destruction des hôpitaux dans une catastrophe était beaucoup plus important qu'on ne le pensait généralement : il comprenait non seulement le coût des réparations et de la reconstruction des installations, mais aussi l'impact social et économique de ne pas avoir des hôpitaux en état de fonctionnement dans la période qui suivait la catastrophe. Enfin, pour assurer le fonctionnement d'un hôpital après une catastrophe, la collaboration de secteurs autres que celui de la santé était indispensable parce que les hôpitaux ne pouvaient pas fonctionner sans des services d'eau et d'assainissement, d'électricité, de financement approprié et une série d'autres éléments. Par conséquent, la réalisation de l'objectif adopté par la Conférence mondiale sur la réduction des catastrophes (Kobe, Japon, 2005) d'assurer la « sécurité des hôpitaux en cas de catastrophe » pour 2015 dépendrait de l'action intersectorielle.

109. Les stratégies clés pour réaliser cet objectif et assurer le succès de la campagne mondiale sur la sécurité des hôpitaux 2008-2009 comprenaient l'établissement de partenariats avec des acteurs extérieurs au secteur de la santé, le partage des bonnes pratiques et la documentation de l'action pour construire de nouvelles installations de santé ou modifier les installations existantes pour réduire leur vulnérabilité aux catastrophes.

110. Le Comité exécutif a fait part de son appui à l'Initiative régionale sur la sécurité des hôpitaux, même s'il estimait que le titre du document induisait quelque peu en erreur, étant donné que l'accent semblait être mis principalement sur la préparation aux catastrophes et non sur d'autres préoccupations de sécurité des hôpitaux, telles que les infections nosocomiales et les questions de gestion hospitalière. Les Membres étaient

entièrement d'accord sur le besoin de coordination intersectorielle—avant et durant ainsi qu'après une catastrophe—pour assurer que les hôpitaux continuaient à être fonctionnels. Ils ont fait remarquer qu'en plus des mesures mentionnées dans le document, les hôpitaux devaient constituer une réserve de fournitures telles que médicaments, équipement médical et non médical et matériels et produits médicaux renouvelables afin de continuer à fonctionner efficacement à la suite d'une catastrophe. Le besoin de mécanismes d'appui pour encourager les agents de santé à continuer à travailler après une catastrophe a également été souligné. Ils ont suggéré que la mise en œuvre de mesures de réduction de la vulnérabilité devrait être une condition de l'accréditation des hôpitaux. Notant que les populations vivant dans les zones éloignées n'avaient souvent pas un accès facile aux hôpitaux, un délégué a mis l'accent sur le besoin d'assurer la poursuite du fonctionnement d'autres installations de santé, qui seraient probablement la seule source d'assistance médicale pour ces populations après une catastrophe.

111. Plusieurs délégués ont décrit les programmes et les initiatives des hôpitaux sûrs dans leurs pays et sous-régions. La Déléguée des États-Unis d'Amérique a indiqué que son Gouvernement avait mis au point un certain nombre de pratiques et d'initiatives en fonction de l'enseignement retiré de la réponse à l'ouragan Katrina – qui a démoli non seulement plusieurs hôpitaux mais un système sanitaire entier – et a fait savoir que les États -Unis seraient heureux de les partager avec l'OPS et d'autres Etats Membres.

112. Le Dr Poncelet a indiqué que les commentaires du Comité faisaient ressortir la complexité d'un thème dont on pensait souvent qu'il était pourtant relativement simple. Il a remercié les Membres d'avoir donné leurs suggestions et de bien vouloir partager leur expérience. Concernant le titre du document, il est un fait que la sécurité des hôpitaux recouvrait bien davantage que les préparatifs en cas de catastrophe bien que la prévention des infections nosocomiales en fasse partie. En tout cas, le Secrétariat modifierait le titre pour mettre l'accent sur le milieu hospitalier prêt à affronter une catastrophe.

113. Le Comité exécutif a adopté la Résolution CE140.R15 sur ce point de l'ordre du jour.

***Stratégie et plan d'action régionaux pour la prévention et le contrôle du cancer du col de l'utérus (document CE140/14)***

114. Dr James Hospedales (Chef du Service des maladies non transmissibles, OPS) a récapitulé les principaux traits de la stratégie régionale et plan d'action régionaux proposés pour la prévention et le contrôle du cancer du col présenté dans le document CE140/14. Il a commencé par présenter certaines données sur l'incidence et la mortalité imputable au cancer du col en Amérique latine et aux Caraïbes soulignant bien que pratiquement toute la souffrance liée à cette maladie pourrait être évitée puisque la plupart des cas pourraient être prévenus. Par ailleurs, de bonnes méthodes de dépistage s'avèrent nécessaires pour réaliser cette prévention et la technologie des frottis vaginaux

qui a si bien servi à faire descendre les taux de cancer du col en Amérique du Nord s'est avérée pourtant nettement moins efficace dans la plupart des pays de l'Amérique latine et des Caraïbes et cela pour diverses raisons se rapportant à la performance du test, la connaissance qu'ont les femmes de la disponibilité de cette méthode et le besoin d'effectuer des visites de suivi en cas de lésions précancéreuses. C'est la raison pour laquelle l'OPS recommande vivement l'utilisation d'une approche dépistage et traitement, en utilisant l'inspection visuelle suivi d'une cryothérapie afin de traiter les lésions précancéreuses. Les études ont montré que le dépistage visuel était une stratégie très efficace par rapport aux coûts pour identifier les lésions précancéreuses : il coûte moins cher que l'étude des frottis vaginaux, il peut être intégré aux soins de santé primaires routiniers et diminue les pertes au suivi puisqu'il combine en une seule visite le dépistage et le traitement. L'OPS recommande également le nouveau vaccin contre le virus du papillome humain (HPV) dont on connaît l'innocuité et le bon rapport coût efficacité. De plus, le vaccin déclenche une bonne réponse immunitaire contre plusieurs souches de HPV, une des grandes causes à l'origine du cancer du col.

115. Visant sur l'application de ces mesures et d'autres volets de la stratégie et du plan d'action régionaux, l'OPS vise, d'ici à 2015, à réduire de 20% l'incidence du cancer du col et de 30% la mortalité imputable à ce cancer. En atteignant ce but, on arrivera à sauver la vie de 50 000 femmes sur les 8 années à venir. Aussi, l'OPS travaille-t-elle avec des États Membres pour s'assurer du renforcement du Programme de dépistage du cancer du col et pour vérifier que toutes les femmes reçoivent un dépistage au moins une fois pendant leur vie et que les jeunes filles bénéficient de la protection conférée par la vaccination contre HPV avant qu'elles ne deviennent sexuellement actives.

116. Le Comité exécutif a noté avec grande satisfaction l'importance qu'accorde l'OPS au grave problème du cancer du col qui touche, non seulement les femmes, mais des familles entières et qui représente un coût social bien élevé. Par ailleurs, certains Membres se demandaient si les buts de la stratégie régionale n'étaient pas trop ambitieux connaissant le coût de l'application de certains volets de la stratégie et du plan d'action. On a demandé au Secrétariat de fournir d'autres informations sur la manière de mettre en œuvre la Stratégie. Dans l'ensemble, le Comité est en faveur de l'introduction du vaccin anti-HPV bien que les Membres aient certaines préoccupations.

117. Le coût du vaccin est vu comme un des grands obstacles entravant son utilisation répandue. Plusieurs délégués ont souligné que leur pays ne voulait pas introduire un vaccin qui n'entraîne pas dans la portée de la majorité de leur population et ils demandaient donc à l'OPS d'étudier dans quelle mesure elle pouvait aider les pays à négocier des prix plus favorables en passant par le Fonds de roulement pour l'achat de vaccins. On a également remarqué que l'introduction du vaccin devait s'accompagner d'énergétiques activités de communication et d'éducation sanitaires afin que les gens sachent bien que le vaccin ne protégeait pas contre toutes les souches du virus et qu'il n'était pas non plus efficace contre toutes les causes possibles de cancer du col. Par

ailleurs, il fallait insister sur le fait que même avec le vaccin, les femmes devaient continuer à passer un dépistage du cancer et des lésions précancéreuses à cause des types sérologiques de HPV qui n'étaient pas inclus dans le vaccin ainsi que pour d'autres causes.

118. Aussi, serait-il bon que l'OPS continue à soutenir les pays pour qu'ils collectent les données qui étayent une prise de décisions informées sur le caractère souhaitable de l'introduction du vaccin et notamment sur les recherches devant être entreprises pour identifier les types sérologiques dont l'incidence est la plus élevée dans leur territoire national. Plusieurs délégués ont mentionné que de telles recherches étaient déjà en cours dans leur pays. Notant que le plan d'action recommandait des recherches supplémentaires sur le vaccin, un Membre se demandait si c'était dû au fait qu'on remettait en question son efficacité. Le même Membre se demandait également si l'utilisation de trousses du test d'ADN pour le virus du papillome humain était bien faisable dans les contextes aux ressources modiques.

119. D'autres préoccupations ont également été avancées par rapport à la méthodologie dépistage traitement qui, à l'avis de certains délégués, ne devait pas forcément être recommandée dans des pays où le système des frottis vaginaux fonctionnait bien. Par ailleurs, on a également noté que le dépistage visuel pouvait aboutir à un traitement inutile au vu de la faible spécificité du test. On a insisté sur le fait que les décisions quant à l'éventuelle adoption du dépistage visuel, devaient reposer sur les réalités locales. De bons systèmes d'information et d'informatique pour vérifier le suivi des clients sont un aspect tout aussi important.

120. Le Dr Hospedales a fait savoir que les commentaires du Comité reflétaient bien les discussions qui s'étaient déroulées au sein du Secrétariat concernant la faisabilité de l'approche recommandée dans la Stratégie et le plan d'action régionaux. Le Secrétariat était optimiste quant aux chances de réussite de l'approche. Premièrement, si le vaccin anti-HPV était encore très cher et pas encore efficace à 100%, les études indiquaient pourtant déjà qu'il était en mesure de faire reculer très nettement les taux du cancer du col. Certes, des recherches supplémentaires s'avèrent nécessaires pour déterminer les types sérologiques présents dans chaque pays, bien qu'il existe déjà une base de données suffisamment solide sur les types sérologiques qui circulent dans les différentes parties de la Région justifiant qu'on aille de l'avant.

121. Deuxièmement, nous savons preuves à l'appui, que si un dépistage est fait des femmes au sein d'une population, ne serait-ce qu'une seule fois dans leur vie, on arriverait à faire diminuer de l'ordre de 30% la mortalité imputable au cancer du col. Dans certains pays de la Région, jusqu'à la moitié des femmes n'ont jamais été dépistées et jusqu'à 40% d'entre elles n'étaient pas au courant de la disponibilité du dépistage. Cette situation pouvait pourtant changer. Les médias pouvaient travailler à une prise de conscience pour un coût relativement faible. Troisièmement, il existait une méthode de

dépistage simple, efficace et peu chère. En effet, un dépistage visuel avec de l'acide acétique suivi d'une cryothérapie en présence de lésions précancéreuses pouvait être effectué dans le cadre d'une seule visite auprès d'un prestataire qualifié qui n'avait pas besoin d'être forcément un médecin. Prenons l'exemple du Pérou où la méthode est utilisée avec réussite par des infirmières de santé publique. Aussi, l'OPS pensait qu'il y avait tout lieu de penser, de manière optimiste, que les buts fixés dans la stratégie régionale proposée pouvaient être atteints tout en reconnaissant que le vaccin ne représentait évidemment pas la réponse à toutes les questions et que les approches au dépistage seraient choisies en fonction des réalités locales.

122. En ce qui concerne la mise en oeuvre de la stratégie, le Secrétariat s'était penché sur la situation dans des pays où la charge de la maladie était la plus élevée (Bolivie, Guyana, Haïti, Honduras et Nicaragua) et a élaboré un plan concret, en fonction de la taille de la population cible et du coût anticipé. D'après les estimations, il faudra un investissement d'environ 9,7 millions de dollars sur une période de sept ans pour atteindre le but de réduction dans ces pays à la date cible fixée.

123. Dr Merle Josephine Lewis (Spécialiste en santé publique, santé familiale et communautaire, OPS) a souligné que l'OPS ne recommandait pas de remplacer l'étude des frottis vaginaux par le dépistage visuel dans les pays où la première solution fonctionnait bien. L'approche proposée reconnaît que l'étude des frottis vaginaux demande des ressources et un investissement considérables pour maintenir la haute qualité et c'est la raison pour laquelle est proposée une autre option efficace par rapport aux coûts dans des contextes où l'étude des frottis vaginaux n'est pas faisable ni rentable : celle de la visite unique de dépistage et de traitement à l'aide de l'inspection visuelle et de la cryothérapie dans les contextes des soins de santé primaires. On recommande le dépistage visuel en vertu des données probantes réunies par l'OPS et ses partenaires de l'Alliance mondiale pour la prévention du cancer du col ces sept dernières années et qui témoignent qu'il était effectivement possible d'arriver à une réduction de 30% dans la mortalité sur cette même période.

124. Répondant à un commentaire sur le test HPV ADN, le Dr Lewis indique que s'il n'était pas possible d'obtenir des résultats dans le cadre d'une seule visite à l'aide du test dont on dispose actuellement, il existait pourtant un nouveau test faisant l'objet actuellement d'essais cliniques qui pouvait être fait en une seule visite et qui semblait d'une bien meilleure sensibilité et spécificité que les frottis vaginaux. Aussi, l'OPS recommandait-elle d'inclure le test du HPV au titre des nouvelles technologies qui seraient disponibles à l'avenir et qui pouvait être utilisée avec l'approche une seule visite.

125. Mme Silvana Luciani (Responsable de projet, surveillance de la santé & prise en charge des maladies, OPS) a reconnu que l'introduction du vaccin HPV ne serait pas sans défis, notamment sous l'angle du coût et de l'information publique, comme l'avait d'ailleurs noté à juste titre le Comité. L'OPS collabore avec l'OMS, l'Alliance GAVI, la

communauté des bailleurs de fonds et les fournisseurs de vaccins dans le but de vérifier que le vaccin serait disponible à des prix abordables aux femmes qui en ont le plus besoin. On espérait que le vaccin anti-HPV serait préqualifié par l'OMS d'ici la fin de 2008 afin qu'il puisse être acheté par l'intermédiaire du Fonds de roulement de l'OPS au début de 2009.

126. L'OPS aiderait certainement les pays pour qu'ils puissent prendre des décisions informées quant à l'éventuelle introduction du vaccin. A cet égard, elle a noté qu'il n'était pas nécessaire que tous les pays fassent des recherches pour déterminer les souches du virus en circulation. Il suffirait en effet de réaliser des études dans un ou deux pays de chaque sous région. Répondant à la question sur les recherches supplémentaires qui devront être faites sur l'efficacité du vaccin, elle indique que des études sont nécessaires pour déterminer le degré d'efficacité du vaccin chez les hommes ou chez les personnes séropositives-VIH ainsi que la durée de l'immunité et l'éventuel besoin de donner un rappel.

127. Au regard de toutes les questions et préoccupations soulevées face à la stratégie et au plan d'action régionaux, le Comité exécutif s'est trouvé dans l'incapacité de se mettre d'accord sur une résolution concernant ce point de l'ordre du jour et a décidé de revoir la question en 2008. Les Délégués du Canada et de Trinité-et-Tobago se sont montrés très déçus par l'incapacité d'arriver à une résolution face à une question de santé d'une importance aussi critique pour les femmes de la Région.

128. La Directrice a fait savoir que, même si le Comité avait décidé de renvoyer la question jusqu'en 2008, l'Organisation n'en continuerait pas moins à apporter une coopération technique pour aider le États Membres à lutter contre le cancer du col.

***Stratégie de renforcement des statistiques d'état civil et de la santé dans les pays des Amériques (document CE140/15)***

129. Dr Barbosa (Responsable du Service de la surveillance sanitaire et de la prise en charge des maladies, OPS) a rappelé qu'en 2003, le Comité consultatif régional sur les statistiques sanitaires (CRAES) avait recommandé de mettre en place un mécanisme régional durable pour soutenir le renforcement des statistiques vitales et sanitaires dans les pays des Amériques. En 2004, un ensemble de directives pour l'évaluation des statistiques d'état civil et de la santé était formulé puis utilisé pour faire une étude des systèmes statistiques dans 26 pays de la Région. L'étude a constaté que, si certains pays étaient dotés d'excellents systèmes du point de vue couverture et qualité, d'autres par contre avaient des systèmes souffrant de grandes faiblesses puisque certains n'enregistraient par exemple qu'une naissance ou qu'un décès sur deux.

130. La stratégie et le plan d'action régionaux proposés pour le renforcement des statistiques vitales et sanitaires visaient à pallier à ces faiblesses. Les dimensions, les

composantes et les objectifs de la stratégie et du plan d'action proposés figurent dans le document CE140/15. Les mesures spécifiques prévues pour 2007-2008 sont les suivantes : mise sur pied d'équipes interinstitutionnelles au niveau des pays pour renforcer la coordination entre les services nationaux de statistiques et les départements de statistiques des Ministères de la Santé, préparation ou approfondissement des évaluations situationnelles et formulation de plans pour renforcer les systèmes statistiques nationaux, mise au point de méthodologies pour l'analyse et la diffusion de données, formation et recyclage des compétences du personnel en matière de techniques, normes et méthodes de collecte et de transformation de données. Nul doute, selon le Dr Barbosa, la stratégie et le plan d'action déboucheront rapidement sur une amélioration notable dans la qualité des données produites dans la Région et dans l'utilisation de ces données.

131. Le Comité exécutif a vivement soutenu les efforts faits par l'OPS pour améliorer la qualité des statistiques d'état civil et de la santé et a souligné l'importance de disposer de données ponctuelles et fiables venant étayer une prise de décisions informée et soutenir la formulation et le suivi des politiques. D'après les Membres, il est de toute première importance d'harmoniser les concepts, les définitions, les normes et les techniques qui servent à la production de statistiques sanitaires et à la formation du personnel chargé de la collecte et de la gestion de données sanitaires. On a notamment relevé combien il était important de disposer de programmes de formation en statistiques sanitaires en espagnol et on a proposé une coopération horizontale entre les pays pour répondre à ce besoin. A cet égard, plusieurs délégués ont fait savoir que leur pays était prêt à partager son expérience avec d'autres pays. Les Membres ont également trouvé fort utile d'intégrer les principes du Health Metrics Network dans le travail de l'OPS en ce domaine. Une déléguée pensait qu'il fallait élargir le champ d'action de la stratégie régionale pour regrouper les systèmes d'information sanitaire en général, dont les statistiques sanitaires et vitales sont une composante et également pour inclure l'information sur la gestion des centres de santé, la circulation de l'information et d'autres domaines où des améliorations s'avèrent nécessaires.

132. Dr Barbosa da Silva a expliqué que l'OPS se concentrait sur les statistiques d'état civil car, dans certains pays de la Région, il existait de grandes lacunes dans l'information dégagée par les systèmes de statistiques vitales alors qu'une information exacte sur l'état civil, par exemple les décès et les naissances, était d'importance critique pour les systèmes d'information sanitaire. Parallèlement, en s'attachant ainsi aux statistiques d'état civil et de santé, l'OPS travaillait également à une meilleure coordination entre le secteur de la santé et d'autres secteurs du Gouvernement qui produisent et utilisent une telle information.

133. La Directrice a indiqué que ces lacunes dans les statistiques vitales de la Région signifiaient que le secteur de la santé de la Région était souvent obligé de travailler avec des estimations approximatives pour générer des données sanitaires, même dans des

domaines fondamentaux comme la couverture vaccinale. A son avis, le moment est venu de remédier à la situation en forgeant des partenariats entre le Secteur de la santé et les secteurs responsables des statistiques vitales. A cette fin, l'OPS travaillait en étroite collaboration avec la Commission économique nationale pour l'Amérique latine et les Caraïbes (ECLAC) et son Centre démographique pour l'Amérique latine et les Caraïbes (CELADE), la BID, l'OEA et d'autres entités.

134. Le Comité exécutif a adopté la Résolution CE140.R16, avalisant la stratégie proposée pour le renforcement des statistiques d'état civil et de la santé dans les pays de la Région.

***Visages, voix et lieux : Réponse des communautés aux Objectifs du Millénaire pour le développement (document CE140/16)***

135. Dr Sofia Leticia Morales (Conseillère Senior pour les Objectifs du Millénaire et les cibles de santé, OPS) a présenté le document CE140/16 en indiquant que l'Initiative Visage, Voix et Lieux était le reflet institutionnel de l'OPS face aux Objectifs du Millénaire pour le Développement. L'initiative répond aux besoins des communautés les plus pauvres et les plus vulnérables, revenant ainsi à l'essence même de la santé publique : gens et places et également participation communautaire – les voix - dont l'importance a été relevée à maintes reprises par le Comité exécutif. De plus, l'Initiative change de cap pour atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement, ne ciblant plus seulement les pays pauvres mais aussi les gens qui vivent dans des conditions de pauvreté, y compris dans les pays à revenus intermédiaires, puisque 90% des pauvres de la Région vivent actuellement dans des pays à revenus intermédiaires. Des études prospectives sur la base du coefficient de Gini ont noté en effet que si on ne changeait pas de direction en vue d'atteindre ces communautés, les Amériques seraient en 2015 la région la plus inéquitable du monde même, si dans son ensemble, la Région arrivait à atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement.

136. L'Initiative Visages, Voix et Lieux reflète les valeurs d'équité et le panaméricanisme de l'OPS et réaffirme l'importance des soins de santé primaires toute en cherchant à promouvoir l'action intersectorielle et interorganisationnelle. L'Initiative ne cherchait pas à réinventer la roue mais à la faire tourner plus rapidement, en s'inspirant du programme et des efforts déjà en cours au sein de l'OPS et d'autres Organisations afin d'améliorer la santé et le développement dans les communautés les moins visibles et les plus marginalisées de la Région. Il était capital à cet effet de travailler au niveau local, répondant aussi à la nature multidimensionnelle de la pauvreté qu'aux déterminants sociaux de la santé. L'UNICEF, le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD), l'Agence espagnole de coopération internationale et d'autres partenaires ont déjà convenu de travailler avec l'OPS dans le cadre de cette Initiative et à peine neuf mois après le lancement de l'Initiative, les travaux étaient déjà en cours à l'aide du personnel dans 25 communautés de 15 pays de la Région. Le

document CE140/16 donne des détails sur ces expériences locales. L'OPS continuera à encourager des activités analogues au niveau local, tant pour assurer la réussite de l'Initiative que pour la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement dans la Région.

137. Dans la discussion qui s'en est suivie, les Membres ont soutenu les Objectifs du Millénaire pour le Développement ainsi que les efforts déployés par l'OPS pour aider les pays à atteindre ces objectifs. Si, d'une part, les Membres ont convenu des divers aspects de l'Initiative Visages, Voix et Lieux et de son orientation sur les soins de santé primaires, l'action intersectorielle et les déterminants sociaux de la santé ainsi que la priorité accordée au niveau local, d'autre part, ils ont soulevé un certain nombre de questions à propos de l'Initiative et du document CE140/16. En effet, plusieurs Membres pensaient que le document manquait en fond et en détails, par exemple aucune information n'était donnée sur les mécanismes de mise en œuvre de l'Initiative. D'après un Membre, le document ne présente que les grands traits des initiatives communautaires qui serviront de projets de démonstration. Elle a recommandé que chaque initiative utilise l'indicateur des besoins de base non satisfaits mentionné dans le document en tant que base initiale des projets de démonstration et que chaque projet de démonstration soit entièrement documenté avec des résultats publiés à grande échelle, aussi bien les résultats quantitatifs que les changements qualitatifs mis à jour tout au long du processus. Elle craignait qu'autrement l'initiative se réduirait simplement à une petite série de projets isolés et fragmentés sans base cohérente capable de soutenir un changement concret. Un autre Membre a indiqué que si le document indiquait bien (dans le paragraphe 9) que l'Initiative soutiendrait les pays à combler les lacunes d'équité, elle ne précisait pourtant pas comment elle s'y prendrait ou comment des gens qui vivent dans des conditions de pauvreté ou de pauvreté extrême pouvaient devenir des participants actifs d'un mécanisme leur garantissant leur santé.

138. Les Membres pensaient également qu'il fallait expliquer davantage l'indicateur des besoins de base non satisfaits, surtout les données nécessaires pour utiliser l'indicateur dans un certain nombre de sous régions et de pays différents. Un Membre se demandait si les données seraient comparables, au vu des différences dans les systèmes de collecte de données de la Région. Le même Membre remettait en question l'importance accordée au plaidoyer dans le cadre de l'Initiative, soulignant que les activités de l'OPS devaient reposer sur une solide base scientifique et des données probantes. A son avis, le terme « plaidoyer » n'impliquait pas une action reposant sur des preuves scientifiques. On pensait également que plus d'informations étaient nécessaires sur l'ensemble de méthodologies, stratégies et interventions factuelles que le Secrétariat souhaitait rendre disponibles dans chaque pays.

139. Plusieurs délégués ont commenté que l'Initiative ne semblait pas offrir quelque chose de nouveau ou de différent par rapport à ce que l'OPS faisait déjà. On a d'ailleurs noté sa similitude à l'Initiative des Communautés et Municipalités saines. On a demandé

au Secrétariat d'expliquer dans quelle mesure les activités et les méthodologies proposées dans le cadre de cette Initiative différaient des activités existantes. Par ailleurs, les Membres souhaitaient également recevoir une information sur les implications de l'Initiative du point de vue financier et pour les ressources humaines.

140. Les Membres ont insisté sur le fait qu'il ne fallait pas voir l'année 2015 comme point d'arrêt. En effet, il faut persévérer dans les efforts de réduction de la pauvreté et de l'amélioration de la santé et du bien-être. Pour les Membres, il était également important d'engager les enfants – qui sont l'avenir de nos nations - dans les efforts de promotion sanitaire et de développement communautaire. Aussi, propose-t-on de faire une plus grande place aux écoles dans le cadre de l'Initiative.

141. Le Délégué de Cuba a observé que le document se rapportait à une municipalité de son pays qui avait été choisie à cause de sa « vulnérabilité socioéconomique ». A son avis, critère peu judicieux, puisque toute l'Amérique latine souffrait de vulnérabilité socioéconomique. La municipalité en question, Cotorro, était un bon exemple d'approches au développement local – ce qui était effectivement une bonne raison de l'avoir incluse à l'Initiative alors que sa vulnérabilité socioéconomique ne l'était pas. Il a également observé que la plupart des efforts de développement se concentraient sur les effets de la pauvreté et non pas sur ses causes. Il était pourtant important de s'attaquer aux causes de la pauvreté et de la distribution inéquitable de la richesse dans la Région si on voulait véritablement résoudre le problème de la vulnérabilité socioéconomique des peuples de l'Amérique latine.

142. Le Délégué de l'Argentine, relevant le rapprochement entre les soins de santé primaires et l'Initiative Visages, Voix et Lieux, a rappelé au Comité que son Gouvernement serait l'hôte d'une Conférence internationale sur les soins de santé primaires qui se déroulerait du 13 au 17 août 2007 à Buenos Aires. La Conférence, « Buenos Aires 30-15 : D'Alma-Ata à la Déclaration du Millénaire. » devait coïncider avec l'approche du 30<sup>e</sup> anniversaire de la Déclaration d'Alma-Ata et le point de mi-parcours entre l'adoption de la Déclaration du Millénaire et 2015, date cible où devront être atteints les Objectifs du Millénaire pour le Développement. Une information supplémentaire est disponible sur le site suivant : [www.buenosaires30-15.gov.ar](http://www.buenosaires30-15.gov.ar).

143. Le Dr Morales a remercié les Membres du Comité pour leurs commentaires et critiques constructives. Nul doute, cela aidera le Secrétariat à améliorer le document et à renforcer l'Initiative. Elle a réitéré que l'Initiative était une réponse institutionnelle qui ne cherchait pas à réinventer la roue. Elle cherchait davantage à renforcer les activités et les initiatives déjà en cours, tant au sein de l'OPS que dans les États Membres et elle se servait largement de l'expertise, des méthodologies et des meilleures pratiques de toute une gamme de programmes de l'OPS. Elle s'inspirait également des meilleures méthodes et approches que d'autres Organisations utilisaient sur le terrain. Tel était donc le contenu

de l'ensemble de méthodologies, stratégies et meilleures pratiques auxquelles faisait allusion le document.

144. La Directrice a placé l'Initiative sans son contexte et a expliqué que dans les années qui ont suivi l'adoption de la Déclaration pour le Millénaire, peu de mesures ont été prises dans les Amériques en ce qui concerne la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement puisqu'on pensait que ces actions ne s'appliquaient qu'aux pays pauvres. La plupart des pays des Amériques n'entrent pas dans cette catégorie. Par ailleurs, tel qu'on le sait bien, les Amériques sont la Région la plus inéquitable du monde en ce qui concerne la distribution de la richesse et la pauvreté est répandue même dans les pays les plus riches de la Région. C'est la raison pour laquelle l'OPS insiste davantage sur les gens les plus pauvres, et non pas les pays les plus pauvres, la vaste majorité des pauvres vivant dans des pays à revenus intermédiaires ou élevés dans les Amériques et non pas dans les pays les plus pauvres.

145. Pour la première fois, la Région semblait faire de réels progrès dans sa lutte contre la pauvreté. En effet, c'était la quatrième année consécutive de croissance économique et la quatrième année qui voyait diminuer les taux de pauvreté. De plus, les pays de la Région avaient lancé toute une série de politiques et d'initiatives sociales visant à réduire la pauvreté, à améliorer la santé et l'éducation et à promouvoir le développement, en visant les familles et les communautés les plus pauvres. L'OPS souhaitait saisir l'occasion et faire ainsi des Objectifs du Millénaire pour le développement une réalité pour les gens de la Région.

146. En ce qui concerne l'indicateur des besoins de base non satisfaits, il n'était pas construit au hasard mais à partir de données existantes qui avaient déjà été collectées. Les Enquêtes démographiques et de santé réalisées dans pratiquement chaque pays de la Région représentaient une des sources. Quant au panier de méthodologies, de stratégies et de bonnes pratiques, l'idée était de mettre dans les mains des communautés pauvres et marginalisées une pléthore de ressources qui existaient aux niveaux national et international afin qu'ils aient les moyens de s'attaquer aux problèmes comme la malnutrition ou le paludisme ou encore le VIH/SIDA. L'Initiative Visages, Voix et Lieux facilitera étalement, grâce à la technologie de l'information, le partage des expériences entre les communautés pour qu'elles puissent apprendre les unes des autres.

147. S'agissant des ressources financières et humaines, l'OPS n'avait affecté aucune ressource spécifique pour l'Initiative, à part celles pour le poste du Dr Morales. Par ailleurs, l'Organisation mobilisait des ressources auprès de sources nationales et internationales, par exemple le Fonds PNUD-international mis sur pied tout spécifiquement par le Gouvernement espagnol pour soutenir les projets à l'appui de la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement.

148. Le Comité exécutif a remercié le Secrétariat pour l'information fournie.

***Prévention et contrôle de la dengue au sein des Amériques : Approche intégrée et enseignements tirés (document CE140/17)***

149. Dr José Luis San Martín (Conseiller régional sur la dengue, OPS) a passé en revue le contexte de la stratégie liée à la prise en charge intégrée de la dengue qui a fait l'objet de discussions, à deux reprises, depuis 2001, par les Organes directeurs de l'OPS, notant qu'une approche intégrée était également mise en avant par d'autres entités régionales et sous-régionales. Il a ensuite décrit la tendance de la dengue ces 30 dernières années, notant que pratiquement tous les pays de la Région notifiaient à présent des cas de dengue. La tendance est à la hausse constante pour cette maladie avec des pics épidémiques tous les trois à cinq ans, chaque pic plus prononcé d'ailleurs que le précédent. La stratégie utilisée par les États Membres vise à mettre fin à cette tendance. Il est pourtant alarmant de noter que la fièvre hémorragique de la dengue continue sa solide tendance à la hausse, même depuis la mise en œuvre de la stratégie, bien que les décès imputables à la dengue aient diminué. La prévention des décès est d'ailleurs l'objet principal de la stratégie. Il est fort probable qu'en 2007, il y ait un net accroissement des cas de dengue – avec peut-être plus d'un million de cas – suite au phénomène d'El Niño/Oscillation australe et divers autres facteurs climatiques, environnementaux, démographiques et socioéconomiques. Aussi, est-il essentiel de continuer à promouvoir la mise en œuvre de la stratégie de prise en charge intégrée au niveau national en veillant au financement nécessaire.

150. Le Comité exécutif a exprimé son solide soutien pour la stratégie intégrée de l'OPS concernant la prévention et le contrôle de la dengue et a encouragé l'Organisation à soutenir sa mise en œuvre dans tous les pays de la Région soulignant que la stratégie était également efficace contre d'autres maladies. Les Membres ont observé que l'approche intégrée était à l'évidence une réussite, telle qu'en témoigne l'information dans le document mais qu'elle doit quand même être appliquée sur une période continue pour obtenir les résultats souhaités. A cet égard, un délégué a invoqué la nature cyclique de la dengue épidémique, la complexité de l'épidémiologie de la dengue et la difficulté à mesurer l'efficacité du programme de prévention, mettant ainsi en garde pour ne pas crier victoire trop vite à la seule vue des réductions quantitatives car cela risquait de nous donner la fausse impression, ou le sentiment prématuré, que la maladie a été subjuguée.

151. Le Comité a souligné que la participation, la communication et l'éducation communautaires étaient essentielles pour soutenir une approche intégrée, surtout dans le domaine du contrôle du vecteur et a fait remarquer par ailleurs que l'éducation portant sur la lutte contre la dengue devait commencer dès l'enfance en intégrant ce contenu au Programme scolaire. Le Comité a également mis en relief la grande importance de l'approche multisectorielle dans le combat contre la dengue puisque divers aspects de la prévention et du contrôle de la dengue n'entraient pas directement dans le champ d'action du secteur de la santé. Un financement soutenu est indispensable par ailleurs pour les activités de prévention et de lutte contre cette maladie.

152. Les délégués ont souligné l'importance de rester vigilants, même dans les endroits où la dengue n'était pas un grave problème, et d'appliquer la stratégie pour prévenir les flambées épidémiques ou pour les enrayer rapidement s'ils devaient se présenter. A également été soulignée l'importance des activités de prévention et de contrôle de la dengue dans les zones frontalières. Par ailleurs, l'expérience recueillie par les efforts visant à enrayer la propagation de la dengue sera certainement utile pour l'application du Règlement sanitaire international.

153. Plusieurs délégués ont attiré l'attention sur l'importance de traiter le problème du changement climatique, notant le lien entre ce dernier et la montée de la dengue et d'autres maladies transmises par vecteur. Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour mettre au point un vaccin contre la dengue et des méthodes de diagnostic de cette maladie.

154. Le Dr San Martín en convient, il est nécessaire de pouvoir compter sur un financement soutenu pour l'exécution de la stratégie de prise en charge intégrée et note que des recherches devront être faites pour déterminer la véritable ampleur des coûts liés à la dengue. Certes, l'approche multisectorielle revêt un caractère essentiel. A cet effet, l'épidémie récente au Paraguay s'avère instructive. Le Gouvernement a déclaré une urgence de santé publique, déclenchant ainsi la réponse multisectorielle concertée et facilitant également la mobilisation du soutien financier et technique. Aussi, le nombre de décès s'est-il limité à 20 dans un pays où le nombre de cas susceptibles et la gravité de la flambée épidémique auraient probablement porté à des centaines le nombre de morts.

155. La Directrice a fait savoir qu'il était intéressant de noter qu'un des points de l'ordre du jour de la Conférence des Maires aux États-Unis, qui devait se dérouler immédiatement avant la 140<sup>e</sup> Session du Comité, concernait justement les bouteilles en plastique qui non seulement sont source de problèmes environnementaux mais constituent aussi un lieu favorable à la reproduction des moustiques.

156. Le Comité a adopté la résolution CE140.R17 sur ce point de l'ordre du jour.

***Politique et stratégie régionales pour assurer la qualité des soins, y compris la sécurité des patients (document CE140/18)***

157. Dr Hernán Montenegro (Chef du Service de l'Organisation des services de santé, OPS) a introduit le document CE140/18, en soulignant l'importance que l'OPS attache à la qualité des soins et à la sécurité du patient, thèmes qui tiennent à cœur à tous les pays de la Région. Il met en avant les cinq axes stratégiques ébauchés par le document ainsi que le bien-fondé de ces directions, relevant le lien entre ce point de l'ordre du jour et ceux traitant des statistiques vitales et sanitaires ainsi que des ressources humaines pour la santé.

158. L'Organisation n'est pas en position actuellement de proposer une stratégie régionale pour renforcer la qualité des soins. Plusieurs étapes préliminaires doivent être prises au préalable dont l'une consiste notamment à se mettre d'accord, aux termes de discussions avec tous les États Membres et diverses autres parties prenantes, sur la définition de ce qui constitue la « qualité ». Il faut également recueillir des données témoignant de la qualité actuelle pour trouver des solutions tout en sachant qu'il n'existait pas de solution unique qui pourrait être prescrite à tous les pays mais davantage une sorte de « menu » avec des approches susceptibles de renforcer grandement la qualité des soins. Dans sa formulation de la stratégie régionale, l'OPS accorderait la priorité aux populations vulnérables, surtout celles ciblées dans les Objectifs du Millénaire pour le Développement. L'OPS prendrait également une approche systémique, travaillant avec divers Programmes et collaborant avec tous les niveaux de l'Organisation et utiliserait les développements qui existent déjà dans les pays. On propose de créer un observatoire régional sur la qualité des soins pour étayer la définition des concepts fondamentaux, soutenir la création et l'échange d'information, la diffusion de solutions et d'autres activités envisagées dans les axes stratégiques. L'observatoire serait également un Forum de discussion servant à la mise au point de la stratégie régionale. Aussi, a-t-on demandé au Comité exécutif d'avaliser la création de l'observatoire régional, qui sous-tendra la mise au point de la stratégie régionale pour l'amélioration de la sécurité du patient et de la qualité des soins.

159. Le Comité exécutif a fait très bon accueil à la proposition en vue de créer un observatoire régional et de formuler une stratégie régionale pour améliorer la qualité des soins. Il soutient pleinement les axes d'action décrits dans le document. Le Comité a également approuvé la collaboration en ce domaine avec l'OMS, notamment l'Alliance mondiale pour la sécurité du patient et « Global Patient Safety Challenge ». Les Membres ont soulevé un certain nombre de questions qui seront prises en compte en envisageant le cadre conceptuel de la stratégie.

160. Un délégué a souligné que les initiatives d'amélioration de la qualité des soins devraient s'inscrire dans le cadre d'efforts élargis pour renforcer la qualité de la vie des peuples de la Région. Aux yeux d'un autre délégué, c'est la satisfaction du patient qui prime car les soins médicaux, même s'ils sont jugés réussis sous un angle technique, ne pourront devenir des soins de qualité que si le patient est satisfait et content du traitement qu'il reçoit. Parallèlement, on note que les patients ont des attentes de plus en plus élevées – et de fait parfois des attentes déraisonnables sur l'omnipotence des médecins et leur pouvoir de nous sauver de la mort - et qu'il ne fallait donc pas oublier que les soins médicaux étaient dispensés par des humains et que les humains étaient faillibles. Qui plus est, toutes les procédures médicales comportent un certain risque.

161. Plusieurs délégués ont fait allusion à la nature de plus en plus contentieuse de la profession médicale, menant à la pratique de la « médecine défensive », faisant que les professionnels de la santé voient parfois d'un mauvais œil les plans d'assurance de la

qualité. Aussi, fallait-il les convaincre que l'amélioration de la qualité des soins entrainait dans l'intérêt de tous afin de pouvoir compter sur leur véritable participation à tout Programme d'amélioration de la qualité. Il devient vital d'intégrer l'assurance de qualité à la formation des professionnels de la santé. On a également noté que l'assurance de qualité ne pouvait pas relever de la responsabilité d'un seul département d'un établissement de soins de santé mais devait concerner l'institution entière, allant du personnel chargé du nettoyage et de l'entretien jusqu'au personnel médical directement responsable des soins du patient. Par conséquent, les activités d'assurance de la qualité devaient viser les systèmes sanitaires entiers – ils ne se limitent pas aux établissements sanitaires pris individuellement - car seul ainsi, pouvait-on assurer la continuité et la qualité des soins ? Il fallait également engager les Organisations non Gouvernementales puisqu'elles sont souvent responsables de l'homologation des établissements de santé et de la certification des professionnels de la santé.

162. Les Membres ont souligné l'importance des directives et des protocoles de médecine factuelle, garantissant ainsi la constance et la qualité des soins. On a également noté que l'utilisation de la technologie moderne d'information sanitaire pouvait réduire les erreurs médicales, faire baisser les coûts des soins de santé et améliorer les résultats. Par ailleurs, on a reconnu que l'utilisation d'une telle technologie et la mise à jour des systèmes de collecte d'informations et de notification d'effets indésirables exigeront des ressources importantes. Les partenariats tels que l'Alliance mondiale pour la sécurité du patient et la collaboration entre pays sont autant de canaux pour créer les synergies et mobiliser les ressources nécessaires.

163. Le Comité a cerné un certain nombre de domaines se prêtant à la coopération technique de l'OPS : la collaboration avec les pays pour adapter les Normes et directives mondiales régissant la définition, la mesure et la notification des effets indésirables ; le soutien aux pays pour mettre en place les systèmes de notification, la prise des actions préventives et l'application des mesures pour réduire les risques ; et l'aide aux pays à trouver la meilleure approche au contrôle de qualité, en fonction de leurs circonstances individuelles. Le Comité pensait que l'observatoire proposé sur la qualité des soins serait un bon outil pour fournir les informations, les directives et les meilleures pratiques permettant aux pays de prendre les meilleures décisions possibles en ce qui concerne l'assurance de qualité.

164. Le Dr Montenegro a indiqué que les commentaires du Comité montraient bien que l'assurance de qualité était un domaine très vaste exigeant une approche souple qui respecte la diversité des pays. Convaincu lui aussi que l'observatoire était un bon outil pour partager et renforcer les expériences des pays de la Région, il a noté que l'OPS était engagé actuellement dans une étude dans de multiples centres et de multiples pays qui enrichirait également la discussion.

165. Le Comité exécutif a adopté la résolution CE140.R18 sur ce point de l'ordre du

jour.

### **Questions administratives et financières**

#### ***Normes Comptables Internationales du Secteur Public (document CE140/19)***

166. M. Previsich (Représentant du Sous-Comité du Programme, du Budget et de l'Administration) a indiqué que le Sous-Comité avait pris connaissance d'une présentation sur les normes comptables internationales du secteur public (NCISP) faite par Mme Sharon Frahler (Responsable de la gestion financière) qui a décrit les principales caractéristiques du NCISP, en mettant en relief les avantages et les obstacles de l'adoption de ce système. Elle a notamment attiré l'attention sur les coûts qu'entraînent le financement de l'assurance maladie après l'emploi, dans le cadre de IPSAS, ainsi que les autres coûts liés à l'adoption de ce système. Le total des coûts, non compris le coût du financement de l'assurance-maladie après l'emploi, est estimé à \$500.000. Le Secrétariat recommande pourtant que l'OPS se joigne au reste du système des Nations Unies et adopte les NCISP puisque cela permettrait à l'Organisation d'employer les meilleures pratiques reconnues de la comptabilité du secteur privé et surtout parce que le nouveau système permettrait à l'OPS d'exercer une gestion basée sur les résultats, d'une manière qu'elle ne pouvait pas faire dans le cadre des normes actuelles de la comptabilité des Nations Unies.

167. Le Sous-Comité a soutenu en général l'adoption des normes comptables internationales du secteur public au sein de l'OPS, tout en se préoccupant pourtant des coûts de la transition. Il a encouragé le Secrétariat à rechercher toutes les économies de coûts possibles dans le cadre du nouveau système. Le Sous-Comité a notamment indiqué que l'OPS devait sopeser soigneusement les avantages qui découleraient d'un audit annuel par rapport aux coûts que cela supposerait. On a proposé qu'en préparant le document qui serait présenté au Comité exécutif, le Secrétariat songe à mettre un diagramme à secteurs montrant le véritable impact financier qu'aurait l'adoption des NCISP et le Plan directeur d'investissement. On a également noté qu'il serait bon d'avoir un tableau ou un diagramme indiquant les coûts et les avantages des NCISP, tant dans le court terme que dans le long terme.

168. Mme Frahler a signalé que les Nations Unies trouvaient que l'adoption du système IPSAS était assez épineuse. Les difficultés se présentent dans quatre grands domaines : la transition à des états financiers examinés sur une base annuelle ; le fait que les investissements doivent être comptabilisés sur la base de la valeur du marché ; la nécessité de se donner un module de comptabilité pour les investissements avec amortissement annuel et le changement à la comptabilité d'exercice. C'est ce dernier domaine qui donne le plus de fil à retordre aux Nations Unies puisque cela suppose la formation de tout le personnel dans le monde entier pour qu'il apprenne à réfléchir différemment à propos de son travail.

169. Trois organismes, dont l'un étant l'OPS, adopteraient le système des NCISP qui entrerait en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008. Certains changements – dont l'adoption de la comptabilité d'exercice - devraient être faits de toute manière pour que l'OPS reste alignée sur l'OMS. La formation portant sur les NCISP a d'ailleurs déjà démarré au sein de l'OPS. Par ailleurs, si les États Membres décident de ne pas approuver l'adoption des NCISP, cela signifierait que l'OPS doit fonctionner simultanément avec deux ensembles différents de normes comptables. Si les États Membres de l'OMS décidaient que l'OPS doit adopter les NCISP, les choses se dérouleraient autrement. L'OPS pourrait commencer à adopter le système le 1<sup>er</sup> janvier 2008, parallèlement à l'OMS, mais progresserait plus lentement par la suite, terminant l'adoption du système en 2010.

170. Le chiffre de \$500.000 indiqué comme étant le coût estimé de l'adoption du système au sein de l'OPS suppose que des audits annuels soient faits, mais il semble que les États Membres préfèrent garder la formule des audits biennaux et, par conséquent, le coût pour 2008-2009 diminuerait d'environ \$100.000. Conformément à la demande faite par le Sous-Comité souhaitant que le Secrétariat fasse le plus d'économies possibles, l'OPS se joindrait aux Nations Unies au terme d'un contrat avec une Organisation indépendante pour les Services actuels ce qui lui permettrait d'économiser sur les coûts.

171. A l'instar du Sous-Comité sur les Programmes, du Budget et de l'Administration, le Comité exécutif a soutenu l'adoption des NCISP, pensant que dans le long terme, les avantages dépasseraient les coûts. Par ailleurs, notant que les estimations de coûts n'incluaient pas le financement de l'assurance-maladie après l'emploi, le Comité a demandé qu'une estimation des dépenses liées à l'adoption de l'IPSAS soit incluse au Budget de 2008-2009.

172. Mme Frahler a indiqué que l'OPS n'avait appris que récemment qu'elle pouvait se joindre aux Nations Unies pour obtenir des services actuariels et il ne serait donc pas possible de déterminer le coût du financement de l'assurance maladie après l'emploi, suffisamment à temps pour la Conférence Sanitaire Pan Américaine en octobre 2007, mais qu'une estimation serait probablement donnée au Sous-Comité du Programme, du Budget et de l'Administration en 2008.

173. La Directrice a reconnu que le coût de l'adoption des NCISP n'était pas inclus dans la proposition du Budget ordinaire de 2008-2009. Par ailleurs, elle a noté qu'une partie des recettes excédentaires que l'Organisation prévoyait à la fin de l'exercice biennale actuelle pouvait être mise dans un fonds spécial et qu'ensuite le Secrétariat pouvait demander l'autorisation – probablement à la cession de mars 2008 du Sous Comité du Programme, du Budget et de l'Administration – pour les utiliser afin de couvrir le coût de l'adoption des NCISP. On pourrait également prendre des mesures de réduction des coûts, remettre à plus tard certaines activités ou attendre pour pourvoir à certains postes pour prendre en charge une partie des coûts.

174. Le Comité a adopté la résolution CE140.R4 portant sur ce point de l'ordre du jour, recommandant que la 27<sup>e</sup> Conférence sanitaire panaméricaine approuve l'introduction des NCISP au sein de l'OPS, mesure devant être achevée d'ici 2010.

***Plan directeur d'investissement (document CE14/:20)***

175. M. Previsich (Représentant du Sous-Comité du Programme, du Budget et de l'Administration) a noté que le Sous-Comité s'était penché sur une version précédente du document portant sur le point de l'ordre du jour, suivant une introduction par M. Edward Harkness (Responsable des Opérations Générales de Service, OPS) qui avait expliqué que la proposition cherchait à assurer une source stable de financement pour l'entretien régulier et les rénovations des biens immobiliers de l'Organisation et de son infrastructure de technologie de l'information plutôt que de répondre à ces besoins au coup par coup, tel qu'on l'avait fait par le passé. La proposition suppose que soit créé un fonds d'investissement avec deux sous-fonds, l'un pour les biens immobiliers et l'autre pour la technologie d'information auxquels seraient transférés, dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008, les soldes du fonds actuel d'investissement et biens immobiliers de l'OPS. Les autres sources proposées de financement pour le fonds d'investissement, sont notamment les octrois du Budget-Programme biennal, les recettes diverses dépassant les sommes budgétisées ainsi que tous fonds budgétaires excédentaires restant à la fin de chaque exercice biennal.

176. Dans sa discussion de ce point de l'ordre du jour, le Sous-Comité s'est montré satisfait de l'approche à long terme face à la planification et à la budgétisation des investissements et a convenu que l'entretien préventif des bâtiments et de l'équipement permettrait à l'Organisation de faire des économies. Certes, le consensus au sein du Sous-Comité était de créer le fonds d'investissement bien que les membres aient soulevé un certain nombre de questions concernant les sources proposées du financement. On se préoccupait notamment de la proposition sur l'utilisation des ressources excédentaires provenant des Budgets-Programmes biennaux de l'Organisation. Plusieurs membres ne voulaient absolument pas que les fonds octroyés aux activités programmatiques soient utilisés pour payer l'entretien ou la réparation des immeubles. Le Sous-Comité avait pensé que les Organes directeurs devraient continuer à décider de l'éventuelle utilisation des excédents budgétaires. Le Sous-Comité avait donc demandé au Secrétariat de formuler une proposition revue qui serait présentée aux fins d'examen au Comité exécutif lors de la séance actuelle, en spécifiant notamment les plafonds pour les deux sous-fonds.

177. M. Harkness a indiqué qu'une enquête des immeubles de l'OPS sur l'ensemble de la Région (propriété ou location de l'OPS ou encore fourni par un Gouvernement) montrait que des rénovations d'un total de plus de \$8 millions de dollars seraient nécessaires dans les dix années à venir. Une enquête analogue sur le matériel informatique et de communication sur la même période précisait un chiffre d'environ

\$18 millions de dollars. Aussi, il a été proposé que le sous-fonds immobilier dispose d'un plafond de \$2 millions de dollars (en comparant avec le fonds immobilier existant de \$500.000 et que le sous-fonds de technologie de l'information compte un plafond de \$6 millions de dollars (en comparaison avec les \$5,6 millions de dollars du fonds existant d'investissement).

178. Répondant aux questions de redevabilité soulevées par le Sous-Comité, il a noté que toutes les opérations étaient entièrement transparentes avec documentation complète des besoins pour tous les projets disponibles pour tout état membre intéressé. Il a confirmé que tous les sous-fonds devaient être séparés sans possibilité d'emprunt de l'un à l'autre.

179. Le Comité exécutif a noté la nécessité d'entretenir et de rénover les immeubles dont certains étaient des biens de l'OPS et de vérifier par ailleurs, une infrastructure informatique et de communication à jour. Parallèlement, les membres étaient quelque peu surpris par la difficulté à financer de tels projets puisque l'Organisation semblait en bonne position financière. Le Comité a approuvé la recommandation de plafonds financiers fixes pour les deux sous-fonds tels que demandé par le SPBA. Par ailleurs, les règles financières des deux sous-fonds ainsi que les procédures de transfert de fonds semblent encore un peu vagues. On pensait que l'éventuelle utilisation des fonds excédentaires devait être revue annuellement par le SPBA et le Comité exécutif.

180. Les délégués ont demandé des informations sur la manière dont les ressources seraient octroyées entre les deux sous-fonds en fonction de la priorité des travaux à effectuer. Ils cherchaient également à savoir si les immeubles seraient traités différemment suivant qu'ils sont la propriété de l'OPS, qu'ils sont loués ou fournis par un ministère de la santé. On a également demandé au Secrétariat d'expliquer davantage la relation entre le fonds proposé et le fonds immobilier de l'OMS duquel l'OPS était en droit de recevoir un financement. Plusieurs délégués ont été favorables à l'idée d'une injection initiale d'argent de démarrage au profit du fonds vu le nombre de besoins urgents décrits dans le document.

181. M. Harkness a indiqué que l'approche à l'entretien et à la rénovation était uniforme, peu importe le propriétaire de l'immeuble utilisé par l'OPS. L'Organisation cherchera d'abord à ce que le propriétaire d'un immeuble commercial prenne en charge les frais d'entretien ou alors que le Gouvernement les réalise gratuitement, mais si cela n'est pas possible, alors l'OPS devra payer. En ce qui concerne le Fonds immobilier de l'OMS, il explique que tous les deux ans, l'OMS partageait environ \$2 millions de dollars entre toutes les Régions. Les quantités reçues par l'OPS sont variables mais tentent à être modestes et la Région des Amériques est vue comme l'une des plus prospères.

182. La Directrice fait savoir que l'Organisation se trouve effectivement dans une

bonne situation financière à l'heure actuelle, puisque des contributions importantes ont été versées en une fois. La situation pourtant risque de ne pas durer. La Directrice indique également qu'il ne sera pas possible de revoir l'allocation des fonds excédentaires chaque année. On ne pourra le faire qu'à la fin du cycle budgétaire de deux ans de l'Organisation.

183. La Directrice signale que le Fonds d'investissement proposé s'aligne d'une certaine manière sur la discussion du point précédent : l'OPS est une Organisation qui se dirige vers une gestion axée sur les résultats dotés de nouvelles normes et procédures comptables et de nouveaux moyens de noter la valeur et l'amortissement des biens. Pour la première fois, elle cherche à prévoir les futurs coûts plutôt que de réagir simplement de manière ponctuelle aux problèmes d'entretien, aux besoins de rénover l'équipement, de renforcer la sécurité des immeubles et autres aspects connexes. Elle rappelle que la rénovation du Siège avait demandé l'approbation d'urgence de \$14 millions de dollars qui avaient pratiquement épuisés le Fonds de roulement et s'étaient répercutés gravement sur les activités centrales de l'Organisation pendant de deux ans. Le fonds proposé cherchait essentiellement à éviter de telles répercussions sur la véritable mission de l'Organisation. Qui plus est, certains des coûts discutés pourraient être récupérés : par exemple un meilleur équipement de communication réduira la nécessité des déplacements et l'entretien des immeubles neufs que l'OPE possède dans la Région maintiendra leur valeur en tant qu'investissement. En bref, la création du fonds entraine dans de bonnes pratiques administratives, chose que les États Membres attendaient de l'Organisation.

184. Le Comité a adopté la résolution CE140.R6, recommandant que la 27<sup>e</sup> Conférence sanitaire panaméricaine approuve la création d'un Fonds d'investissement.

***Rapport sur le recouvrement des contributions (documents CE140/21 et CE140/21, Add. I)***

185. Mme Linda Kintzios (Trésorière et Chef du Service, Gestion, Analyses et Systèmes des fonds, OPS) attire l'attention sur le document CE 140/21 qui donne des informations sur le recouvrement des contributions jusqu'au 7 mai 2007, et le document CE140/21, Add. I, qui met à jour l'information jusqu'au 18 juin 2007. Elle note qu'après cette dernière date, \$84.000 ont été reçus de Cuba et \$225.194 de l'Uruguay. Avec ce paiement, Cuba s'acquitte de tous ces arriérés (et le pays a également fait un paiement pour 2007). Aussi Cuba a-t-il respecté son plan de paiements échelonnés de dix ans.

186. Le recouvrement combiné d'arriérés et de contributions de l'année courant à ce jour, s'élève à un total de \$70,1 millions, représentant une nette amélioration dans le recouvrement général si l'on compare aux \$42,9 millions de dollars en 2006, aux \$42,8 millions de dollars en 2005 et aux \$37,8 millions en 2004. Les évaluations de cette

année ont été reçues de 25 États Membres, s'élevant à \$27,2 millions de dollars, soit 30% représentant un accroissement de plus de 7% par rapport à la même date en 2006. A ce jour, les recettes versées aux fonds des contributions volontaires pour les Programmes prioritaires s'élèvent à \$12.534.

187. Dans la discussion qui a suivie, un Membre a demandé pourquoi les Pays-Bas et Porto Rico apparaissent dans la déclaration des contributions en annexe A du document CE140/21.

188. La Directrice a indiqué que les Pays-Bas ainsi que la France et le Royaume Uni étaient des États Membres de l'Organisation représentant leurs divers territoires étrangers dans la Région. Porto Rico était un État Associé. De plus, l'Espagne et le Portugal étaient des États Observateurs et l'Espagne faisait une contribution importante au Budget de l'Organisation.

189. Elle remercie également les pays qui avaient effectué des paiements. C'était effectivement une tendance très favorable de voir que les États Membres étaient déterminés à mettre à jour leur contribution. Il y a tout lieu de célébrer l'achèvement par Cuba de son plan de paiements échelonnés. D'autres pays avec un plan de dix ans étaient également dans la bonne voie et verseraient probablement leur paiement à temps. La première fois qu'un programme de dix ans avait été proposé, on se demandait si un tel terme permettrait aux pays de se conformer à leurs obligations et l'on se rend compte à présent que le plan était efficace. C'est notamment le franc dialogue entre les représentants de l'Organisation et toute une série d'organes décideurs dans les pays – des Comités budgétaires parlementaires au cabinet du Premier Ministre – qui explique cette réussite.

190. Le Comité exécutif a noté la résolution CE140.R3, remerciant les États Membres qui avaient déjà effectué leur paiement pour 2006 et recommandant vivement aux autres États Membres de s'acquitter aussi rapidement que possible de leurs obligations financières. Le Comité exécutif recommande à la 27<sup>e</sup> Conférence sanitaire panaméricaine que les restrictions du droit de vote, dont fait état l'article 6.B de l'OPS, soient appliquées régulièrement aux États Membres qui ont des arriérés.

***Procédure à suivre pour mettre en place le nouveau barème de contributions basé sur la nouvelle échelle de l'OEA (CE140/22)***

191. M. Sotela (Chef de la Planification, du Budget-Programme et du Soutien aux projets, OPS) rappelant que l'échelle des contributions de l'OPS se fondait sur celle de l'Organisation des États américains a signalé qu'en juin, l'Assemblée générale de l'OEA avait envisagé l'adoption d'une nouvelle échelle pour 2009 et au-delà et avait demandé au groupe d'experts travaillant sur la question de fixer de terminer leur tâche d'ici le 30 septembre 2007. Aussi, la séance spéciale de l'Assemblée générale de l'OEA

concernant l'adoption de la nouvelle échelle pourrait-elle se dérouler au plus tard le 14 décembre 2007.

192. En ce qui concerne le budget 2008-2009 de l'OPS, il faudra décider si on allait appliquer a) la nouvelle échelle 2009 de l'OEA une fois qu'elle est adoptée en décembre 2007, b) ou l'échelle transitoire 2008 de l'OEA qui est déjà approuvée, ou c) l'échelle actuelle de l'OPS (basée sur l'échelle de l'OEA pour 2007) jusqu'au moment où l'OEA adopterait une échelle permanente. M. Sotela a également précisé que les budgets de l'OPS étant de nature biennale, et alors même que l'OEA dispose d'un cycle budgétaire annuel, l'échelle de l'OEA qui serait adoptée s'appliquerait aux deux années de l'exercice biennal de l'OPS.

193. Le Comité exécutif s'est montré en faveur de l'adoption de la troisième option, notamment le maintien de l'échelle actuelle jusqu'à ce que l'OEA ait adopté une échelle permanente pour 2009 et au-delà. Par ailleurs, l'Observateur du Brésil a exprimé sa préférence pour la seconde option, soulignant qu'il était important de maintenir le lien entre le budget de l'OPS et l'échelle de l'OEA.

194. Le Comité exécutif a adopté la résolution CE140.R5, aux termes de laquelle l'échelle actuelle de l'OPS serait appliquée au budget-programme proposé pour 2008-2009 et, une fois que l'OEA aura pris la décision d'adopter une nouvelle échelle, cette dernière sera appliquée aux exercices biennaux ultérieurs.

#### ***Rapport financier partiel du Directeur pour 2006 (Document officiel 326)***

195. M. Previsich (Représentant du Sous-Comité du Programme, du Budget et de l'Administration) a indiqué que le Sous-Comité avait discuté du Rapport financier intérimaire de la Directrice, après avoir connaissance d'un récapitulatif de Mme Sharon Frahler (Responsable de la Gestion financière, OPS). Elle a informé le Sous-Comité du net accroissement des ressources financières de l'Organisation en 2006, avec des recettes de toutes les sources de l'ordre de \$537 millions. Les revenus des fonds fiduciaires et les fonds reçus pour l'approvisionnement pour le compte des États Membres représentent l'essentiel de l'accroissement. Les contributions volontaires de l'OMS ont également augmenté très sensiblement. En ce qui concerne les contributions des États Membres, 37 des 39 Membres et États associés de l'Organisation s'étaient acquittés de leurs contributions pendant l'année, versant un total de \$97,2 millions dont \$47 millions correspondaient aux contributions des années précédentes. Mme Frahler a également indiqué que l'Organisation terminait l'année 2006 avec un excédent budgétaire de l'ordre de \$11,1 millions tout en signalant que c'était chose normale pendant la première année d'un exercice biennal puisque la Directrice gardait toujours, comme mesure de prudence, des fonds pour couvrir les dépenses pendant la seconde année au cas où les contributions seraient versées avec du retard. Nul doute que cet excédent sera absorbé dans l'année à venir.

196. Le Sous-Comité s'est montré heureux de cette augmentation des contributions des années précédentes bien que certains Membres soient préoccupés par les arriérés continus de certains pays. En effet, tous les États Membres sont tenus de respecter leurs engagements face à l'Organisation, y compris ses centres panaméricains. Le fait que les contributions volontaires représentent actuellement une proportion plus grande des recettes de l'OPS que les contributions des membres est également une source de préoccupation car un grand nombre de ces contributions volontaires sont réservées à des fins spéciales, limitant ainsi la marge de manœuvre de l'Organisation tant sur le plan de la mise en œuvre du programme que de l'appropriation des fonds dans les domaines où ils sont le plus nécessaires. La tendance consistant à utiliser davantage les fonds fiduciaires pour les projets internes est certes positive et on encourage l'Organisation à passer en revue toutes les possibilités de faire appel au maximum à cette modalité de coopération technique.

197. Mme Frahler, répondant aux préoccupations soulevées par le Sous-Comité face aux arriérés, a signalé que plus de \$53 millions avaient été reçus au titre de paiement des arriérés pendant l'exercice biennal actuel. A présent, il ne restait plus que \$11,3 millions d'arriérés. De plus, jamais n'avait-on assisté à une telle croissance dans les fonds volontaires : actuellement, le chiffre s'élevait à plus de \$200 millions. Impressionnante était également la croissance dans les fonds destinés à l'achat des vaccins et des médicaments antirétroviraux (plus de \$250 millions jusqu'à présent pour cet exercice biennal). Les recettes totales pour l'exercice 2004-2005 atteignaient \$799 millions et, d'après les prévisions, elles devraient s'élever entre \$900 millions et \$1 milliard pour l'exercice actuel.

198. Dans la discussion qui a suivi, un membre du Comité tout en se montrant fort satisfait de l'accroissement dans les recettes, a pourtant demandé si cela ne créait pas justement des difficultés en plus dans le domaine de la gestion financière. On a également demandé des informations supplémentaires sur la situation financière des centres panaméricains.

199. Mme Frahler a indiqué que l'accroissement dans les ressources financières reçues et ensuite dépensées avait effectivement créé des difficultés tant du point de vue gestion financière que sur le plan de la mise en œuvre. Sous l'angle de la gestion financière, le défi consistait à gérer et canaliser des sommes nettement plus grandes avec un personnel toujours plus restreint. L'OPS relevait le défi en informatisant la comptabilité et en simplifiant au maximum les divers domaines de la gestion financière. L'Organisation s'était dotée de divers mécanismes de comptabilité financière pour vérifier qu'il existait bien les contrôles internes nécessaires et le Secrétariat avait aidé les chefs des bureaux de pays à assumer l'entière responsabilité de ces mécanismes au sein de leurs bureaux. Cela avait exigé d'ailleurs une importante formation pour le personnel financier dans les 35 bureaux de pays. L'OPS avait également mis en place une procédure d'examen mensuel aux termes de laquelle le chef de chaque bureau de pays et tous les chefs de service et

responsables des divers domaines au Siège étaient tenus de certifier l'exactitude de leurs comptes.

200. Deux des centres panaméricains se trouvaient dans une très bonne situation financière : le Centre d'épidémiologie des Caraïbes (CAREC) qui disposait d'un fonds de roulement de plus de \$1,2 million et l'Institut de la Nutrition de l'Amérique centrale et de Panama (INCAP) pouvant compter lui aussi sur un fonds de roulement de plus de \$1 million et un fonds fiduciaire de presque \$400.000. Par contre, l'Institut des Caraïbes pour l'alimentation et la nutrition (CFNI) se retrouve dans une situation plus difficile et cela en grande partie parce qu'un seul État Membre avait des arriérés de plus d'un million de dollars. Le Secrétariat était en train d'étudier plusieurs possibilités – confier à des services extérieurs l'impression ou combiner l'administration du CFNI avec celle du bureau de l'OPS/OMS en Jamaïque – pour alléger la situation financière du centre.

201. La Directrice a noté que, par le passé, les contributions volontaires de l'OMS à la Région n'avaient jamais dépassé \$12 millions alors qu'à présent, et cela pour la seconde année de suite, le chiffre s'élevait pratiquement à \$44 millions. Ce changement notable s'était fait grâce aux États Membres eux-mêmes qui avaient énoncé clairement leurs préoccupations à propos de la politique de l'OMS concernant la distribution des ressources au sein de la Région, d'où une politique plus équitable de l'OMS.

202. La reconnaissance par l'OMS de l'efficacité du Système de planification, programmation, suivi et évaluation (AMPES) de l'OPS expliquait également l'octroi de ressources accrues. La réussite de ce système avait permis à l'Organisation de négocier des contributions (pluriannuelles et programmatiques) d'autres grands bailleurs de fonds comme le Canada, l'Espagne et les États-Unis, plutôt que le soutien traditionnel se rapportant spécifiquement aux projets. De tels accords pluriannuels avaient permis de simplifier les procédures, l'administration et la notification et de faire baisser les coûts de transaction et de mise en œuvre.

203. Le Comité a pris note du rapport financier intérimaire de la Directrice.

***Rapport sur les activités de l'Unité des services de contrôle interne (document CE140/23)***

204. Mr Michael Boorstein (Directeur de l'Administration, OPS) a rappelé que, conformément au Règlement financier, le Directeur du Bureau sanitaire panaméricain (BSP) devait maintenir une fonction de contrôle interne responsable de suivre et de vérifier l'adéquation et l'efficacité des systèmes de supervision internes. Par le passé, le contrôle interne était une activité conjointe du Directeur général de l'OMS et du Directeur du BSP. Les directeurs précédents et actuels du BSP avaient cherché à rationaliser l'équilibre entre les deux bureaux. En août 2006, on a convenu que l'Unité de services de contrôle interne de l'OMS continuerait à superviser les projets financés par

l'OMS dans la Région des Amériques, à l'instar des autres régions de l'OMS et que l'OPS se chargerait du contrôle interne des projets financés par l'OPS, en faisant appel à des audits vérifiant la conformité et à des évaluations de la mise en œuvre du programme.

205. Aussi, la fonction de supervision interne de l'OPS traversait-elle actuellement une transition. L'Unité des services de contrôle interne était en train de mettre en place un plan d'audit axé sur les domaines à plus haut risque au sein de l'Organisation. Si la fonction traditionnelle d'audit examinait surtout les finances et l'administration, la tendance récente par contre était de se pencher sur les programmes et les processus finals, en vérifiant qu'ils convergeaient avec les buts stratégiques dans le souci de la meilleure efficacité possible. Au vu de l'importance toujours accrue qu'accorde l'Organisation au niveau pays, les audits et les contrôles seront de plus en plus axés au niveau du pays.

206. Le Comité exécutif s'est montré appréciatif du travail de l'Unité des services de contrôle interne en 2006 notant qu'elle avait apporté le suivi, l'évaluation et la responsabilisation nécessaires. Aussi, le Comité recommandait-il vivement au Secrétariat d'appliquer rapidement et entièrement les recommandations de l'Unité. En même temps, le Comité demandait également à l'Unité des services de contrôle interne de continuer sa vigilance et de suivre de près l'adoption de ses propres recommandations. On a proposé d'inclure aux futurs rapports un tableau montrant l'état d'avancement des recommandations faites pour la période de compte rendu. Les Membres étaient intéressés à en apprendre davantage sur le fonctionnement du nouveau système qui suppose une séparation entre les fonctions d'audit de l'OPS et celles de l'OMS et se sont montrés préoccupés par le fait qu'on n'avait pas encore pourvu à deux positions de haut niveau au sein de l'Unité.

207. M. Boorstein a fait savoir qu'il avait pris note de la suggestion concernant un tableau de recommandations. La procédure d'engagement du Responsable de l'évaluation et du Responsable en chef de l'audit était en cours et les deux postes devaient être pourvus à la fin de l'été 2007. En attendant, l'Unité était dotée de son personnel et avait réalisé des audits en 2006 dans les bureaux de la Bolivie, du Brésil, de la Jamaïque et du Nicaragua ainsi qu'au sein du CFNI. Pour 2007, elle a déjà effectué des audits en Argentine, à Belize, au Chili, au Costa Rica et au Venezuela. Les relations avec le Bureau OMS des Services de contrôle interne à Genève restent excellentes.

208. La Directrice a noté qu'il a fallu 10 ans de dialogue avec l'OMS pour arriver à la situation actuelle. L'OPS était le seul Bureau régional de l'OMS qui comptait quatre fonctions de supervision et contrôle : sa propre Unité des services de contrôle interne et le Bureau OMS des services de contrôle interne ainsi que les auditeurs externes de l'OPS et de l'OMS.

209. Le Comité exécutif a pris note du rapport de l'Unité des services de contrôle interne.

## Questions concernant le personnel

### *Réforme des contrats à l'OPS et ratification des amendements au Règlement du personnel du BSP (documents CE140/24 et CE140/25)*

210. Mme Dianne Arnold (Responsable de la gestion des ressources humaines, OPS), notant que le système commun des Nations Unies réglementaient et coordonnaient les conditions de services pour les employés des Nations Unies, a fait savoir que l'OPS suivait régulièrement le système commun pour vérifier que le système de son propre personnel était aligné sur les cadres et les directives fournies par l'Assemblée générale des Nations Unies et la Commission de la Fonction publique internationale (ICSC). En 2005, l'ICSC a décidé que trois catégories de nominations suffirait pour répondre aux besoins des organisations internationales : contrat à terme fixe, indéfini ou continu et temporaire. Le Conseil exécutif de l'OMS a porté des changements correspondant au Règlement du personnel de l'OMS dont la plupart entre en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2007. Tenant compte des recommandations de l'OMS et de l'ICSC, l'OPS a proposé d'adopter les trois types de contrat avec entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2008. Mme Arnold a apporté des détails pratiques sur l'application des divers types de contrat, notant que dans les faits, l'OPS les utilisait déjà qu'ils aient probablement une dénomination différente.

211. La Déléguée des États-Unis d'Amérique a jugé qu'il était prématuré de valider la réforme contractuelle proposée, rappelant que si la 61<sup>e</sup> Assemblée générale des Nations Unies avait pris note du cadre contractuel proposé de l'ICSC, elle ne l'avait pourtant pas encore adopté, dans l'attente de recevoir une information supplémentaire de l'ICSC. Elle pensait en effet qu'il faudrait préciser dans la résolution proposée (couvrant la réforme des contrats et les amendements du Règlement intérieur) que cette réforme contractuelle dépendait de l'accord préalable de l'Assemblée générale qui devait avaliser les nouveaux arrangements contractuels pour le système commun des Nations Unies.

212. La Directrice a signalé que la proposition de la réforme contractuelle avait été préparée sur la base d'une analyse rigoureuse et en étroite collaboration avec l'Association du personnel. L'Organisation s'est toujours montrée très prudente du point de vue gestion du personnel, étant toujours très préoccupée par les implications financières des questions liées au personnel et cherchant toujours à faire la juste part entre les intérêts des États Membres, la viabilité de l'Organisation et le bien-être du personnel.

A bien des égards, l'OPS était différente des autres organisations et surtout des Nations Unies. Il ne convenait donc pas d'appliquer à l'OPS les mêmes observations que celles concernant d'autres organisations situées dans d'autres parties du monde.

213. La Directrice souhaitait mettre en relief trois aspects: premièrement, la majeure partie de la réforme proposée existait déjà dans les faits, elle l'avait d'ailleurs été depuis

des années – le but à présent n'étant plus de changer la pratique mais d'aligner le langage sur la pratique. Deuxièmement, la simplification et la rationalisation des processus renforceraient l'efficacité – recommandation souvent faite au Secrétariat de la part des États Membres – et troisièmement, la réforme proposée servait également à resserrer la relation entre l'évaluation de la performance et les besoins de la position.

214. Mme Arnold a avancé trois raisons expliquant les amendements proposés au Règlement du personnel : conformité avec le système des Nations Unies, le cadre contractuel de l'OMS et de solides pratiques de gestion. Si certains des amendements étaient de nature essentiellement éditoriale, elle a pourtant expliqué le bien-fondé de ceux changeant le fond de la question.

215. La Déléguée des États-Unis d'Amérique a reconnu qu'il existait un certain nombre de bons changements, relevant par ailleurs la validité du système commun des Nations Unies qui cherche à éviter les écarts ou différences dans les conditions d'emploi et à prévenir toute compétition entre le personnel de différents organismes. Par ailleurs, elle ne pouvait s'empêcher de soulever certaines préoccupations concernant les amendements proposés ou les avancements méritoires dans tel échelon, les congés pour entraînement militaire, les congés au pays, les congés étendus de paternité ou d'adoption, le Tribunal administratif et les congés de maternité en cas de multiples naissances. Les Délégués du Canada et du Chili se sont d'ailleurs montrés préoccupés eux aussi par ce dernier changement.

216. Suivant une explication donnée par Mme Arnold, la Déléguée des États-Unis d'Amérique a retiré ses objections concernant les congés au pays. Quant aux changements proposés sur la mobilité et les primes pour poste difficile ainsi que les allocations spéciales de relocalisation, on a convenu que suivant une suggestion faite par les États-Unis, l'expression « tel qu'en conviennent les États Unies » devrait être remplacées par « tel qu'approuvé par l'Assemblée générale des Nations Unies pour le système des Nations Unies. » On a également convenu que les questions se rapportant aux congés de maternité dans le cas de naissances multiples, d'avancement méritoire et de congés pour entraînement militaire seraient examinées par le SPBS lors de sa seconde session en mars 2008 et les futurs changements devant être portés au Règlement du personnel seraient présentés au SPBA.

217. Le Comité exécutif a adopté la résolution CE140.R14 sur ce point de l'ordre du jour.

***Déclaration du Représentant de l'Association du personnel du BSP (document CE140/26)***

218. Mme Carolina Báscones (Présidente, Association du personnel du BSP) a récapitulé le contenu du document CE140/26, Rév. 1, présentant les diverses questions

que l'Association du personnel souhaitait porter à l'attention du Comité exécutif. Ces questions se rapportaient à divers points : système d'éthique et de résolution de conflits, présentant les progrès faits ainsi que les recommandations proposées par l'Association du personnel ; renforcement des procédures de recrutement et sélection du personnel dans le contexte de la réforme des ressources humaines ; amélioration des capacités administratives et son impact direct sur la gestion des ressources humaines au sein de l'OPS ainsi que évaluation de la performance à 360 degrés et importance d'une culture participative dans la formation portant sur le leadership.

219. Mme Báscones a noté bien des améliorations dans le contexte institutionnel de l'Organisation pendant les quatre ans où elle était président de l'Association du personnel du BSP. Le personnel souhaitait remercier le Comité exécutif pour tous les efforts qu'il a déployés pour guider l'Organisation dans la bonne direction et elle souhaitait avant tout exprimer sa reconnaissance à la Directrice pour les nombreux changements et toutes les améliorations qu'elle a portés dans la culture et le contexte de travail. Les relations sont nettement meilleures entre le personnel et la direction. On note une plus grande transparence et une meilleure résolution des conflits. Les procédures de sélection du personnel se sont améliorées au même titre que la gestion des ressources humaines et la réforme contractuelle, autant de facteurs qui ont permis la création d'une nouvelle culture institutionnelle. Le défi à présent consiste à maintenir et à améliorer cette culture. Le personnel de l'OPS était engagé à mener à bien la mission de l'Organisation.

220. Le Comité exécutif a exprimé sa satisfaction face à une présentation aussi positive et à l'évocation de sa culture institutionnelle vibrante.

221. La Directrice a remercié le personnel d'avoir contribué aux changements positifs notés au sein de l'Organisation, notant que le travail de l'Association du personnel se faisait sur une base volontaire, en dehors des heures de travail payées.

222. Le Comité exécutif a pris note du rapport et a remercié Mme Báscones, qui renonçait d'ailleurs à ses fonctions de Présidente de l'Association du personnel.

### **Questions d'informations**

#### ***Ressources humaines du BSP - Profil du personnel (document CE140/INF/1)***

223. Mme Arnold (Responsable de la gestion des ressources humaines, OPS), notant que les graphiques et l'information récapitulative sur le profil de la composition du personnel et des ressources humaines figurait dans le document CE140/INF/1, a passé en revue les progrès faits, cette dernière année, dans le domaine de la gestion des ressources humaines. Trois grandes politiques ont été mises en œuvre : sur l'emploi des personnes à la retraite, sur le VIH/SIDA sur les lieux du travail et sur l'administration du personnel dans une station de travail difficile (actuellement Haïti dans la Région). Un grand pas en avant a également été fait sur le plan du programme de sensibilisation et d'éducation pour

les employés, avec l'organisation de toute une série d'ateliers sur la réponse en cas de catastrophe et la gestion de risque et la formation en ligne obligatoire sur la sécurité du personnel. L'OPS, à l'instar de toutes les régions de l'OMS, était tenue de présenter une proposition pour le programme de leadership mondial de l'OMS et le programme qu'avait proposé l'OPS a été pris comme modèle pour toutes les Régions. Les fonds que l'OPS avait reçus pour répondre à ses propositions avaient été utilisés pour améliorer la gestion axée sur les résultats, pour renforcer les capacités en leadership et gestion, la gestion des connaissances et pour l'application des stratégies destinées aux points focaux pour les maladies non transmissibles.

224. De plus, l'Organisation entière traversait l'exercice d'Évaluation stratégique et d'Alignement des ressources (SARA) qui demandait à chaque bureau de commencer par évaluer sa mission en termes de direction stratégique générale de l'Organisation et, deuxièmement, de vérifier que le personnel disposait des compétences nécessaires pour réaliser cette mission et, le cas échéant, pour mettre au point les formations nécessaires. Sur un autre plan, la procédure de présentation de remboursement pour l'assurance-maladie a été simplifiée pour le personnel de terrain et l'administration des primes de réaffectation a été améliorée. Des progrès sont notés dans la répartition équitable des postes entre les deux sexes puisque la proportion de femmes à un niveau professionnel a passé de 33% à 35% et que les représentantes de sexe féminin OPS/OMS constituent à présent 52% alors qu'elles étaient de 39%.

225. Au programme pour le reste de l'année : achever et appliquer un plan de continuité pour les affaires de l'Organisation ; uniformiser les descriptions de tâches et les titres professionnels dont les définitions des positions doivent être des positions centrales réservées à des membres du personnel des Nations Unies et améliorer l'administration de contrats dans les bureaux de pays qui ne proviennent pas des Nations Unies.

226. Le Comité exécutif a pris note de l'information fournie.

***Résolutions et autres actions de la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé revêtant un intérêt pour le Comité exécutif de l'OPS (document CE140/INF/2)***

227. Dr Hugo Prado Monje (Responsable, Gouvernance, Politique et Partenariats, OPS) a attiré l'attention du Comité sur le document CE140/INF/2, mentionnant ses quatre parties. La première comprend une information générale sur l'Assemblée mondiale de la Santé (WHA), les noms et affiliations du Bureau de l'Assemblée de la santé élu de la Région et un sommaire du discours du Directeur Général. La seconde partie couvre une réunion spéciale des Chefs des Délégations de la Région des Amériques et les thèmes discutés. La troisième partie présente les résolutions de l'Assemblée qui revêtent une pertinence pour l'OPS et la quatrième fait la liste des membres sortants et des nouveaux membres du Conseil exécutif de l'OMS.

228. L'annexe A du document comprend un tableau indiquant la relation entre les résolutions de l'Assemblée et les résolutions et documents des Organes directeurs de l'OPS. Le tableau aide à vérifier l'alignement entre le travail de l'OPS et les politiques décidées lors de l'Assemblée mondiale de la Santé et ne se réduit pas à un document informationnel mais sert également de guide pour améliorer le travail de l'Organisation. De plus, le Secrétariat cherchait également à établir un tableau analogue de déclarations et de décisions de l'Assemblée générale de l'Organisation des États américains qui sont pertinentes pour l'OPS. A l'avenir, un travail semblable sera fait avec les résolutions du Sommet des Amériques. Le but est de déterminer dans quelle mesure les missions approuvées par les Organes directeurs de l'OPS se rapportent aux niveaux décisionnels les plus élevés des Amériques.

229. Dans la discussion qui a suivi, le Président a indiqué que c'était une initiative fort judicieuse que de connecter la politique et le travail de l'OPS avec celui d'autres organes. D'autres délégués pensaient eux aussi que l'information indiquant l'alignement du travail de l'OPS avec celui d'autres organes permettrait effectivement aux Organes directeurs de l'OPS de prendre des décisions plus informées. On propose par ailleurs de rajouter une quatrième colonne au tableau comparatif, indiquant les mesures que devait prendre l'OPS suite aux résolutions de l'Assemblée. Une déléguée a demandé si la prise en compte des résolutions de l'Assemblée faisait partie de la création du Plan stratégique.

230. Un autre délégué, se rapportant à la Résolution WHA60.27, a indiqué que le renforcement des systèmes d'informations sanitaires était chose réellement nécessaire dans la Région puisque, à son avis, on ne disposait pas de la bonne information. Il propose qu'un Groupe de travail de l'OPS soit mis sur pied pour se pencher sur la question. Il s'est également montré surpris que la question des ressources humaines en santé, un des grands thèmes de la cinquantième neuvième Assemblée de la Santé, ne semblait avoir reçu aucune attention lors de la soixantième.

231. Dr Prado Monje a confirmé que la question des systèmes d'information sanitaire relevait d'une priorité pour l'OPS. Cette question des ressources humaines en santé figurait également à l'ordre du jour du Comité bien qu'elle ne soit pas mentionnée dans le document CE140/INF/2, le thème n'ayant pas été discuté lors de la 60<sup>e</sup> Assemblée mondiale de la Santé.

232. La Directrice a indiqué que la Stratégie régionale pour le renforcement des statistiques vitales et de santé serait l'un des grands instruments de l'amélioration des systèmes d'information sanitaire. L'OPS collaborait avec la Commission économique de des Nations Unies pour l'Amérique latine et les Caraïbes, l'OEA, la Banque interaméricaine de développement et l'UNICEF pour améliorer les systèmes d'enregistrement des naissances, qui non seulement étaient un composant de l'information sanitaire mais aussi un facteur essentiel permettant aux gens de profiter pleinement de leur citoyenneté, identité et démocratie. S'agissant de l'alignement du

travail de l'OPS avec celui d'autres entités, elle indique que le champ d'action pourrait être étendu à d'autres Forums interministériels comme RIMSA. Elle a confirmé qu'en formulant le Plan stratégique, le Secrétariat avait effectivement réalisé une analyse des décisions, des résolutions et des déclarations de l'Assemblée mondiale de la Santé, des Nations Unies et d'autres Forums.

233. Le Comité exécutif a remercié le Secrétariat pour l'information fournie et a pris note du rapport.

***Mise à jour sur la procédure à suivre pour la nomination de l'Auditeur externe (CE140/INF/3)***

234. M. Previsich (Représentant du Sous-Comité du Programme, du Budget et de l'Administration) a indiqué que le Sous-Comité avait été informé en mars qu'aucune nomination n'avait été présentée pour le poste de Commissaire aux comptes mais que le Gouvernement du Royaume Uni avait fait savoir son intention de nommer son Bureau d'audit national pour ce poste. Tel que noté dans le document CE140/INF/3, cette nomination avait effectivement été soumise et serait communiquée en octobre à la 27<sup>e</sup> Conférence sanitaire panaméricaine.

235. Le Comité exécutif a pris note de l'information ainsi mise à jour.

**Autres questions**

236. Le Comité a pris note de brefs comptes rendus sur les questions suivantes:

*Agenda de santé pour les Amériques, 2008-2017*

237. M. Cirilo Lawson (Panama), représentant Dr Camilo Alleyne (Ministre de la Santé du Panama, Président du Groupe de travail de l'Agenda de santé) a noté que l'Agenda de santé pour les Amériques, 2008-2017, avait été lancé à Panama le 3 juin 2007 conjointement avec la 37<sup>e</sup> session régulière de l'Assemblée générale de l'OEA. Outre le Directeur de l'OPS, le Secrétaire général de l'OEA, le Secrétaire général des Nations Unies, le Président et deux Vice Présidents de Panama ainsi que de nombreux ministres de la santé de la Région avaient assisté à la cérémonie de lancement. Il a ensuite présenté une vidéo mise au point par le Gouvernement de Panama décrivant comment a été mise au point l'Agenda de santé pour les Amériques, 2008-2017 et récapitulé ses principales caractéristiques. Le texte de l'Agenda peut être consulté sur le site suivant : [http://www.paho.org/English/DD/PIN/Health\\_Agenda.pdf](http://www.paho.org/English/DD/PIN/Health_Agenda.pdf).

*Charte sociale des Amériques*

238. L'Ambassadeur María del Luján Flores (Uruguay, Présidente du Groupe de travail conjoint de l'OEA sur l'avant-projet de Charte sociale des Amériques) a mis à

jour le Comité sur les derniers développements en cours au sein de l'Organisation des États américains concernant la rédaction de la Charte sociale des Amériques, conformément à la Résolution de l'Assemblée générale de l'OEA AG/RES.2056 (XXXIV-0/04), adoptée en 2004, qui chargeait le Conseil permanent de l'OEA et le Comité exécutif permanent du Conseil interaméricain pour le développement intégral (CEPCIDI) à préparer conjointement une version préliminaire de la Charte sociale des Amériques et un Plan d'action. La résolution stipulait également que la Charte sociale et le Plan d'action comprennent les principes du développement social et fixe des buts et objectifs spécifiques qui viennent renforcer les instruments existants de l'OEA relatifs à la démocratie, au développement intégral et à la lutte contre la pauvreté.

239. Pour mener à bien cette mission, le Conseil permanent et le CEPCIDI a mis sur pied un Groupe de travail conjoint qui a commencé en septembre 2005 à formuler la Charte sociale et le Plan d'action. En mars 2007, le Groupe avait organisé 20 réunions, visant à arriver à un texte de consensus. La révision la plus récente de l'avant-projet de Charte sociale comprend un préambule et cinq chapitres. Le premier traite de la justice sociale, du développement équitable, et de la démocratie, le second couvre le développement économique, le troisième le développement social, le quatrième le développement culture et le cinquième la solidarité et l'effort collectif sur le continent. Le chapitre I a été approuvé le 23 avril 2007 et le chapitre II fait l'objet de discussions à l'heure actuelle.

240. Un certain nombre de propositions concernant la santé ont été incluses à la Charte sociale. S'agissant de la sécurité alimentaire et de l'éradication de la malnutrition, de la santé comme un droit humain, d'environnements sains et leur relation avec la santé humaine, la prévention, l'éducation sanitaire et l'accès à des soins de santé de qualité, la santé sexuelle et reproductive, la santé infantile, le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme ainsi que les problèmes émergents comme le syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) et la grippe aviaire.

#### *Déterminants sociaux de la santé*

241. Dr Luis Augusto Galvão (Responsable, Développement durable et Santé environnementale, OPS) a survolé les activités de la Commission OMS sur les déterminants sociaux de la santé, en commençant par un examen de la structure de la Commission et ses divers Réseaux de connaissance. La Commission cherche à aider les pays à positionner la santé en tant que but commun auquel contribuent de nombreux départements gouvernementaux et secteurs de la société. Elle aide à mettre en place un mouvement mondial durable favorisant l'action concrète sur l'équité et les déterminants sociaux de la santé, reliant les gouvernements, les organisations internationales, les établissements de recherche, la société civile et les communautés. La Commission soutient également le changement des politiques dans les divers pays en avançant des modèles et des pratiques qui traitent effectivement des déterminants sociaux de la santé.

Pour atteindre ces buts, elle privilégie l'action sur le terrain travaillant dans les divers pays avec la société civile et s'aligne sur les initiatives mondiales pour promouvoir une approche intégrée à la santé. Ses Réseaux de connaissance, collectant l'information dans neuf domaines thématiques, la soutiennent au niveau de la conception et mise en œuvre de politiques.

242. La Commission a organisé huit réunions depuis sa réunion inaugurale au Chili en septembre 2005. La réunion la plus récente qui s'est tenue à Vancouver au Canada en juin 2007 avait pour objet de formuler la déclaration intérimaire de la Commission qui sera diffusée aux fins de commentaires en août 2007. Plusieurs présentations ont été faites sur des thèmes se rapportant au travail de la Commission, dont celle sur les soins de santé primaires par la Directrice de l'OPS, qui sera d'ailleurs un point saillant du rapport final de la Commission devant être publié au mai 2008. De plus amples informations sur le travail de la Commission sont données sur son site web : [http://www.who.int/social\\_determinants](http://www.who.int/social_determinants).

#### *Santé publique, innovation et propriété intellectuelle*

243. Dr Jorge Bermúdez (Chef, Technologie et Prestation de services de santé, OPS) a noté que le thème de l'accès aux médicaments et les droits de propriété intellectuelle font l'objet de discussions au sein de l'OPS et de l'OMS depuis le milieu des années 90. Ces discussions coïncidaient avec la signature de l'Accord sur les aspects commerciaux des droits de propriété intellectuelle et la création de l'Organisation mondiale du commerce en 1994. Tant l'OMS que l'OPS ont adopté plusieurs résolutions sur le thème, la Résolution WHA59.24 (2006) étant la plus récente sur la santé publique, l'innovation, la recherche sanitaire essentielle et les droits de propriété intellectuelle et la Résolution CD47.R7 (2006) sur la santé publique, la recherche sanitaire ainsi que sur la mise au point de médicaments essentiels et l'accès à ces médicaments.

244. La Commission de l'OMS sur la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle a été créée en 2003. En 2006, elle publiait un rapport contenant 60 recommandations favorisant les innovations et élargissant l'accès aux médicaments et autres produits servant à la lutte contre des maladies qui touchent surtout les pays en développement. La Résolution WHA59.24 a créé le Groupe de travail intergouvernemental sur la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle chargée de rédiger un avant-projet d'une stratégie et d'un plan d'action mondiaux en fonction des recommandations de la Commission.

245. Le Groupe de travail intergouvernemental a tenu sa première réunion en décembre 2006, retenant huit domaines prioritaires dont traitera le plan d'action : classement prioritaire de la recherche et du développement ; recherche et développement ; mise en place et amélioration de la capacité d'innovation ; amélioration de la prestation et de l'accès ; mécanismes de financement durables ; mise en place de

systèmes de suivi et de notification ; transfert de technologie et gestion de la propriété intellectuelle. On a demandé aux États Membres de prêter leur concours à la stratégie et au plan d'action. L'OPS a organisé une consultation régionale sur le sujet en juin 2007 et envisage la possibilité d'en organiser une autre avant la seconde et dernière réunion du Groupe de travail en novembre 2007, lorsque seront finalisés la stratégie et le plan d'action. Les États Membres trouveront des informations supplémentaires sur le site suivant sur lequel ils pourront également afficher leurs commentaires : <http://www.who.int/phi>.

*Mise à jour sur la négociation de l'accord du Siège*

246. Dr Heidi Jiménez (Conseillère juridique, OPS) fait savoir que le Bureau des Affaires juridiques de l'OPS avait organisé plusieurs réunions avec le personnel de divers services du Département d'état des États-Unis. Le Bureau était en train de formuler une proposition sur les divers aspects qui seront présentés aux fins d'examen et négociation supplémentaire au Gouvernement des États-Unis. Il est un fait que ces négociations prennent du temps mais elle était convaincue qu'il serait possible d'arriver à un résultat positif dans un avenir relativement proche.

247. Dans la discussion des points susmentionnés de l'ordre du jour, le Comité exécutif s'est montré satisfait de l'Agenda de Santé pour les Amériques et a remercié le Gouvernement du Panama pour avoir guidé la mise au point du document. Le Comité a également souligné l'importance des déterminants sociaux de la santé, insistant sur les liens qu'il faut forger entre les efforts d'amélioration de la santé et le contexte économique, social et politique plus général ainsi que sur l'engagement d'autres secteurs. Plusieurs délégués ont recommandé d'inclure un point sur les déterminants sociaux de la santé au programme de la 27<sup>e</sup> Conférence sanitaire panaméricaine.

248. A l'avis de la Directrice, il serait prématuré de discuter le thème au sein du Comité régional avant que l'OMS ne communique le rapport final de la Commission sur les déterminants sociaux et elle propose donc d'inclure plutôt un point à l'ordre du jour des Organes directeurs en 2008. Après une plus ample discussion, le Comité a demandé que le Secrétariat organise une session informelle d'informations sur les déterminants sociaux de la santé pendant la semaine de la Conférence sanitaire panaméricaine. Le Délégué du Chili a remarqué que la relation entre la santé et diverses questions sociales serait examinée lors du prochain Sommet Ibéro-américain dont le thème central portera sur la cohésion sociale. Le Sommet se tiendra en novembre 2007 au Chili.

249. Les délégués ont également proposé que l'information sur les activités du Groupe de travail intergouvernemental en santé publique, innovation et propriété intellectuelle soit communiquée lors de la Conférence sanitaire panaméricaine et que le thème soit peut-être discuté par les Organes directeurs en 2008. Les Délégués de la Bolivie et du

Brésil ont annoncé que leur pays respectif serait l'hôte de consultations régionales sur ce thème.

### **Clôture de la session**

250. Suivant l'échange habituel de courtoisie, le Président a déclaré la clôture de la 140<sup>e</sup> Session du Comité exécutif.

### **Résolutions et décisions**

251. Les résolutions et les décisions suivantes ont été adoptées par le Comité exécutif lors de sa 140<sup>e</sup> Session:

#### ***Résolutions***

***CE140.R1 Prix d'Administration décerné par l'OPS : Changements apportés aux procédures et directives***

#### ***LA 140<sup>e</sup> SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,***

Gardant à l'esprit les recommandations formulées par le Jury du Prix d'Administration de l'OPS pour 2006 au sujet de changements qui seraient susceptibles d'améliorer les procédures et directives régissant l'octroi de ce prix ; et

Après avoir passé en revue les changements effectués par le Secrétariat suite à cette recommandation (annexe au document CE140/6, Add. I),

#### ***DÉCIDE :***

D'approuver les révisions apportées aux procédures et aux directives régissant l'octroi par l'OPS du Prix d'Administration.

*(Deuxième réunion, le 25 juin 2007)*

***CE140.R2 Organisations non gouvernementales en relations officielles avec l'OPS***

#### ***LA 140<sup>e</sup> SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,***

Gardant à l'esprit que les dispositions des *Principes régissant les relations entre l'Organisation panaméricaine de la Santé et les organisations non gouvernementales* prévoient que le Sous-Comité du Programme, du budget et de l'administration (SPBA) examinera tous les quatre ans la collaboration avec chaque organisation non gouvernementale ayant des relations de travail officielles avec l'OPS et fera une recommandation au Comité exécutif sur l'opportunité de maintenir ces relations; et

Ayant étudié le rapport (document CE140/7) concernant l'examen par le SPBA de la collaboration entre l'OPS et la Confédération médicale d'Amérique latine et des Caraïbes (Confemel) pendant la période en revue, ainsi que sa recommandation sur l'opportunité du maintien des relations,

***DÉCIDE :***

1. De mettre fin aux relations officielles entre l'OPS et la Confédération médicale d'Amérique latine et des Caraïbes (Confemel) avec la possibilité de rétablir des relations officielles à l'avenir.
2. De demander à la Directrice d'informer Confemel de la décision prise par le Comité exécutif.

*(Troisième séance, le 26 juin 2007)*

***CE140.R3 Le recouvrement des contributions***

***LA 140<sup>e</sup> SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,***

Ayant examiné le rapport de la Directrice sur le stade de recouvrement des contributions (document CE140/21 et Add. I), y compris un rapport de situation sur le fonds fiduciaire intitulé : « Contributions volontaires pour les programmes prioritaires : Surveillance, prévention et prise en charge des maladies chroniques ; Santé mentale et toxicomanie ; Tabagisme ; Grossesse sans risques ; VIH/SIDA et Direction » ;

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

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

Notant avec préoccupation que 18 États Membres n'avaient pas versé de paiements au titre des contributions 2007 et que le montant recouvré au titre des contributions de 2007 ne représentait que 30 % des contributions totales pour l'année en cours,

***DÉCIDE :***

1. De prendre note du rapport de la Directrice sur le stade de recouvrement des contributions, y compris un rapport de situation sur le fonds fiduciaire intitulé : « Contributions volontaires pour les programmes prioritaires : Surveillance, prévention et prise en charge des maladies chroniques; Santé mentale et toxicomanie; Tabagisme; Grossesse sans risques ; VIH/SIDA et Direction »
2. De remercier les États Membres qui ont déjà effectué des paiements pour 2007 et d'exhorter les États Membres à verser toutes leurs contributions en suspens dans les meilleurs délais.
3. De remercier les États Membres qui ont contribué au fonds fiduciaire intitulé : Contributions volontaires au Fonds fiduciaire du programme prioritaires et d'encourager tous les États Membres à verser des contributions à l'appui de ces programmes.
4. De recommander à la 27<sup>e</sup> Conférence sanitaire panaméricaine que les restrictions relatives au droit de vote figurant à l'article 6.B de la Constitution de l'OPS soient constamment appliquées aux États Membres qui, d'ici l'ouverture de la Conférence, n'auront pas versé un paiement substantiel au titre de leurs contributions ainsi qu'à ceux qui n'auront pas versé leurs paiements échelonnés conformément à leur échéancier de paiements.
5. De demander à la Directrice de continuer à informer les États Membres de tous soldes en suspens et de faire rapport à la 27<sup>e</sup> Conférence sanitaire panaméricaine sur le stade de recouvrement des contributions.

*(Troisième séance, le 26 juin 2007)*

***CE140.R4 Normes Comptables Internationales pour le Secteur Public***

***LA 140<sup>e</sup> SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,***

Ayant examiné le rapport de la Directrice sur l'introduction proposée des normes comptables internationales pour le secteur public (IPSAS) (document CE140/19),

***DÉCIDE :***

De recommander à la 27<sup>e</sup> Conférence sanitaire panaméricaine l'adoption de la résolution suivante :

***LA 27<sup>e</sup> CONFÉRENCE SANITAIRE PANAMÉRICAINNE,***

Ayant examiné le rapport sur l'introduction des normes comptables internationales pour le secteur public (IPSAS) (document CSP27/17) proposée par la Directrice,

***DÉCIDE :***

1. D'approuver l'introduction d'IPSAS dans l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS).
2. De reconnaître que la mise en œuvre d'IPSAS contribuera à la transparence dans la gestion axée sur les résultats.
3. De noter que les normes comptables actuelles du système des Nations Unies (UNSAS) ont été amendées pour permettre l'introduction progressive de normes individuelles pour chaque agence, IPSAS devant être intégralement exécuté d'ici 2010.
4. De noter également que la Directrice soumettra à la considération des Organes directeurs lors de sessions futures, des propositions en vue de l'amendement du Règlement financier et des Règles de gestion financière découlant de l'adoption d'IPSAS.
5. De reconnaître que la mise en œuvre d'IPSAS nécessitera des ressources financières qui seront incluses dans les budgets programmes biennaux de l'OPS commençant avec le budget programme correspondant à la période biennale 2008-2009.

*(Quatrième séance, le 26 juin 2007)*

***CE140.R5 Barème des contributions***

***LA 140<sup>e</sup> SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,***

Ayant examiné le document soumis par la Directrice au sujet du processus de mise en œuvre du nouveau barème des contributions de l'Organisation panaméricaine de la Santé basé sur le nouveau barème de l'Organisation des États Américains; ayant examiné également les options contenues dans ce document concernant le barème à utiliser dans le budget programme biennal de l'OPS pour l'exercice 2008-2009 (document CE140/22);

Sachant que lors de sa session tenue à Panama le 5 juin 2007, l'Assemblée générale de l'OEA a reporté à la fin de 2007 l'adoption d'une décision relative au

nouveau barème des contributions qui sera appliqué au cycle budgétaire annuel pour 2009 ; et que ses calculs budgétaires pour 2008 sont basés sur le barème provisoire ; et

Sachant que la Directrice du Bureau sanitaire panaméricain a soumis au Comité exécutif un projet de budget programme pour 2008-2009 ainsi qu'un barème de contributions, et qu'il sera demandé au Comité exécutif de formuler une recommandation à la 27<sup>e</sup> Conférence sanitaire panaméricaine,

***DÉCIDE:***

1. De demander à la Directrice du Bureau sanitaire panaméricain d'utiliser le présent barème de contributions de l'OPS lorsqu'elle soumettra le projet de budget programme pour 2008-2009 afin qu'il soit transmis, assorti d'une recommandation, à la 27<sup>e</sup> conférence sanitaire panaméricaine.
2. De réitérer que, lorsqu'une décision aura été prise par l'OEA en ce qui concerne le barème des contributions, l'OPS appliquera alors ce barème aux années subséquentes.

*(Sixième réunion, le 27 juin 2007)*

***CE140.R6 Fonds directeur d'investissement***

***LA 140<sup>e</sup> SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,***

Ayant examiné le rapport de la Directrice sur la création proposée du Fonds directeur d'investissement (document CE140/20),

***DÉCIDE :***

De recommander à la 27<sup>e</sup> Conférence sanitaire panaméricaine l'adoption d'une résolution rédigée dans les termes suivants :

***LA 27<sup>e</sup> CONFÉRENCE SANITAIRE PANAMÉRICAINNE,***

Ayant examiné le rapport de la Directrice sur la création proposée du Fonds directeur d'investissement (document CSP27/18) et consciente du besoin de planifier adéquatement et de prendre des dispositions pour le financement de l'entretien et des réparations des bâtiments de l'OPS et du remplacement systématique de l'équipement informatique et de télécommunications, logiciels et systèmes d'appui à l'infrastructure de la technologie de l'information de l'Organisation,

***DÉCIDE :***

1. D'établir le Fonds directeur d'investissement avec deux fonds secondaires, Immobilier et équipement, et Technologie de l'information, au lieu du Fonds des biens

immobiliers et du Fonds de capital pour équipement actuels de l'OPS, à dater du 1<sup>er</sup> janvier 2008.

2. D'établir un plafond de \$2,0 millions pour le nouveau Fonds secondaire immobilier et équipement et de \$6,0 millions pour le Fonds secondaire technologie de l'information.

3. De financer le Fonds directeur d'investissement comme suit :

a) Capitalisation initiale à hauteur du plafond autorisé de \$8,0 millions avec les ressources suivantes :

- Les soldes respectifs à dater du 1<sup>er</sup> janvier 2008 dans le Fonds des biens immobiliers et le Fonds de capital pour équipement existants de l'OPS;
- L'excédent de recettes sur dépenses des fonds du budget programme ordinaire à la conclusion de la période biennale 2006-2007.

b) À compter de la conclusion de la période biennale 2008-2009, le réapprovisionnement du Fonds directeur d'investissement à provenir de :

- Recette annuelle de la location des locaux et terrains de l'Organisation, à créditer au Fonds secondaire immobilier et équipement;
- À hauteur de \$2,0 millions d'excédent de recettes sur dépenses des fonds du budget programme ordinaire avec notification au Comité exécutif;
- Réapprovisionnement au-dessus de \$2,0 millions par période biennale avec l'approbation du Comité exécutif.

4. D'adopter les directives suivantes pour le Fonds directeur d'investissement :

a) Chaque fonds secondaire sera distinct et séparé sans transferts de ressources entre eux.

b) Le Fonds secondaire immobilier et équipement financera les rénovations/réparations de bâtiments pour des projets d'une valeur supérieure à \$15.000 aux emplacements indiqués par les États Membres là où l'OPS porte la responsabilité au titre de l'accord bilatéral des réparations/rénovations majeures; les espaces de bureaux loués par l'OPS; et espaces de bureaux ou bâtiments appartenant à l'OPS.

c) Le Fonds secondaire technologie de l'information assurera le financement pour le remplacement systématique d'articles liés au câblage et à l'infrastructure, l'équipement de télécommunications, et les matériels et logiciels informatiques aux emplacements indiqués par les États Membres à l'OPS, les espaces de

bureaux commerciaux loués par l'OPS et les espaces de bureaux ou bâtiments appartenant à l'OPS.

- d) Le Secrétariat établira des projections de coût sur la prochaine période de 10 ans pour le Fonds directeur d'investissement, en tenant compte des cycles appropriés d'entretien, de réparation et de remplacement.

*(Sixième séance, le 27 juin 2007)*

***CE140.R7    Projet de Plan stratégique 2008-2012***

***LA 140<sup>e</sup> SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,***

Ayant étudié le Plan stratégique proposé par la Directrice pour 2008-2012 (*Document officiel 328*) ;

Prenant note du mémoire remis par le Président du Sous-Comité chargée du programme, du budget et de l'administration (SPBA) ; et

Prévoyant que le Bureau tiendra compte des observations émanant du Comité exécutif sur la version finale du Plan stratégique,

***DÉCIDE :***

De recommander que la 27<sup>e</sup> Conférence panaméricaine de la santé adopte une résolution aux grandes lignes suivantes :

***LA 27<sup>e</sup> CONFÉRENCE PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ,***

Ayant étudié le Projet de Plan stratégique 2008-2012 proposé par la Directrice (*Document officiel 328*) ;

Notant que le Plan stratégique offre un cadre souple, échelonné dans le temps, qui balise le travail et assure la continuité dans la préparation des budgets programmatiques et des plans opérationnels sur trois périodes biennales et que le Plan stratégique s'inscrit dans le fil du Programme de santé pour les Amériques, du Onzième programme général de travail et du Plan stratégique à moyen terme de l'Organisation mondiale de la Santé ;

Accueillant favorablement le caractère transversal des objectifs stratégiques, sources de synergies et de collaboration meilleure entre programmes différents du fait des liens multiples qui unissent déterminants, résultats, politiques, systèmes et technologies de santé ;

Reconnaissant que le Plan stratégique représente la somme des résultats que le Bureau sanitaire panaméricain cherche à atteindre et que les comptes rendus futurs de

performance sur l'application de ce Plan stratégique seront le canal principal par lequel s'effectue la responsabilisation programmatique vis-à-vis des États Membres ;

Se félicitant des avancées en matière de transparence et de planification axée sur les résultats que représente ce Plan stratégique ; et

Reconnaissant la nécessité pour le Bureau de canaliser ses efforts et ses ressources vers la concrétisation des priorités collectives de santé dans la Région pour veiller à ce que tous les peuples des Amériques jouissent d'un état de santé optimal,

***DÉCIDE :***

1. D'approuver le Projet de Plan stratégique 2008-2012 (*Document officiel 328*).
2. De prier les États Membres de définir le rôle qui est le leur ainsi que les mesures à prendre pour parvenir aux objectifs énoncés dans le Plan stratégique.
3. D'inviter les instances concernées des systèmes des Nations unies et des groupes interaméricains, des partenaires internationaux du développement, des institutions financières internationales, des organisations non gouvernementales, du secteur privé et d'autres entités à considérer de quelle manière elles seraient susceptibles d'appuyer la concrétisation des objectifs stratégiques énoncés dans le Plan.
4. De passer en revue tous les deux ans le Projet de Plan stratégique 2008–2012, en parallèle avec le projet de budget programme biennal dans le but d'y apporter des modifications (indicateurs et chiffres cibles compris), si besoin est.
5. De prier la Directrice de :
  - a) rendre compte de la mise en œuvre du Plan stratégique à l'aide d'un rapport biennal d'évaluation de performance ;
  - b) s'appuyer sur le Plan stratégique pour encadrer l'orientation de l'Organisation au cours de la période 2008–2012 de manière à promouvoir le Programme Santé dans les Amériques et le programme mondial d'action sanitaire, ainsi que le prévoit le Onzième Programme général de travail de l'OMS ;
  - c) de recommander au Conseil directeur, par le canal du Comité exécutif, les projets de budget programme biennal 2010-2011 et 2012-2013, et les révisions à apporter au Plan stratégique, selon que de besoin.

*(Sixième séance, le 27 juin 2007)*

**CE140.R8    *Projet de budget programme de l'Organisation panaméricaine de la Santé 2008-2009***

**LA 140<sup>e</sup> SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,**

Ayant examiné le projet de budget programme de l'Organisation panaméricaine de la Santé pour la période financière 2008-2009 (*Document officiel 327*);

Ayant examiné le rapport du Sous-Comité du programme, du budget et de l'administration (document SPBA1/6);

Notant des augmentations de coût obligatoires considérables dans les postes à durée déterminée pour la période biennale 2008-2009, en dépit des réductions constantes et prudentes des postes à durée déterminée;

Ayant examiné le document CE140/28, *Impact d'un budget à croissance nominale zéro*, dans lequel le Bureau décrit les mesures prises dans le sens de la priorisation programmatique; l'identification des activités à risque au niveau régional; et les efficacités;

Notant les efforts de la Directrice pour proposer un budget programme qui tient compte à la fois des préoccupations économiques des États Membres et des mandats de santé publique de l'Organisation; et

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

**DÉCIDE :**

1. De remercier le Sous-Comité du programme, du budget et de l'administration pour son examen préliminaire et son rapport sur le projet de budget programme.
2. D'exprimer son appréciation à la Directrice pour l'attention accordée dans l'établissement du budget programme à la priorisation programmatique et à l'épargne des coûts au moyen de la mise en œuvre d'efficacités additionnelles.
3. De demander à la Directrice d'incorporer les commentaires faits par les Membres du Comité exécutif dans le *Document officiel 327* révisé qui sera considéré par la 27<sup>e</sup> Conférence sanitaire panaméricaine.

4. De recommander à la 27<sup>e</sup> Conférence sanitaire panaméricaine l'adoption d'une résolution rédigée dans les termes suivants :

**LA 27<sup>e</sup> CONFÉRENCE SANITAIRE PANAMÉRICAINNE,**

Ayant examiné le projet de budget programme de l'Organisation panaméricaine de la Santé pour la période financière 2008-2009 (*Document officiel 327*);

Ayant examiné le rapport du Comité exécutif (document CSP27/ \_\_);

Notant des augmentations de coût obligatoires considérables dans les postes à durée déterminée pour la période biennale 2008-2009, en dépit des réductions constantes et prudentes des postes à durée déterminée;

Notant les efforts de la Directrice pour proposer un budget programme qui tient compte à la fois des préoccupations économiques des États Membres et des mandats de santé publique de l'Organisation; et

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

**DÉCIDE :**

1. D'approuver le programme de travail pour le Bureau tel que décrit dans le projet de budget programme 2008-2009 (*Document officiel 327*).

2. De créditer pour la période financière 2008-2009 le montant de \$297.395.182, qui représente une augmentation des contributions des États Membres de l'OPS, des États participants et des Membres associés de 3,9% par rapport à la période biennale 2006-2007, comme suit :

CHAPITRE	TITRE	MONTANT
1	Réduire le fardeau sanitaire, social et économique des maladies transmissibles	22.700.000
2	Lutter contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme	8.590.000
3	Prévenir et réduire la maladie, le handicap et les décès prématurés imputables à des conditions chroniques non transmissibles, aux troubles mentaux, à la violence et aux blessures	13.000.000

CHAPITRE	TITRE	MONTANT
4	Réduire la morbidité et la mortalité et améliorer la santé durant les étapes clés de la vie, y compris la grossesse, l'accouchement, la période néonatale, l'enfance et l'adolescence, et améliorer la santé sexuelle et reproductive ainsi que promouvoir un vieillissement actif et sain pour toutes les personnes	12.490.000
5	Réduire les conséquences sanitaires des situations d'urgence, des catastrophes, des crises et des conflits, et minimiser leur impact social et économique	4.200.000
6	Promouvoir la santé et le développement, et prévenir ou réduire les facteurs de risque pour les conditions de santé associées à l'usage du tabac, de l'alcool, des drogues et autres substances psychoactives, aux régimes alimentaires malsains, à l'inactivité physique et aux relations sexuelles non protégées	6.000.000
7	Traiter les déterminants sociaux et économiques sous-jacents de la santé à l'aide de politiques et de programmes qui renforcent l'équité en santé et qui intègrent des approches pro-pauvres, réactives au genre et fondées sur les droits humains	7.000.000
8	Promouvoir un environnement plus sain, intensifier la prévention primaire et influencer les politiques publiques dans tous les secteurs de façon à atteindre les causes profondes des menaces environnementales pour la santé	13.000.000
9	Améliorer la nutrition, l'innocuité des aliments et la sécurité alimentaire tout au long du cours de la vie et à l'appui de la santé publique et du développement durable	10.000.000
10	Améliorer l'organisation, la gestion et la prestation des services de santé	12.000.000
11	Renforcer le leadership, la gouvernance et les systèmes de santé fondés sur les faits observés	18.400.000
12	Assurer l'amélioration de l'accès, de la qualité et de l'usage des produits et des technologies médicaux	6.400.000
13	Assurer un personnel de santé disponible, compétent, réactif et productif afin d'améliorer les résultats de la santé	9.300.000
14	Étendre la protection sociale au moyen d'un financement équitable, adéquat et durable	5.200.000
15	Assurer le leadership, renforcer la gouvernance et encourager les partenariats et la collaboration avec les pays, le système des Nations Unies et d'autres parties prenantes afin de réaliser le mandat de l'OPS/OMS de faire progresser l'agenda mondial de la santé tel qu'établi dans le onzième Programme général de travail de l'OMS et dans l'Agenda de la santé pour les Amériques	51.210.000
16	Développer et maintenir l'OPS/OMS comme une organisation flexible et érudite, lui permettant de mener à bien son mandat plus efficacement et plus rentablement	76.577.000

CHAPITRE	TITRE	MONTANT
	<u>Budget de travail effectif pour 2008-2009 (Chapitres 1-16)</u>	<u>276.067.000</u>
17	Évaluation du personnel (Virement au Fonds de péréquation des impôts)	21.328.182
	<u>Total – Tous les chapitres</u>	<u>297.395.182</u>

3. De faire en sorte que les crédits soient financés par :

a) Les contributions:

Des Gouvernements Membres, des Gouvernements participants et des Membres associés dont la quote-part aura été calculée en fonction du barème adopté par l'Organisation des États Américains, conformément à l'article 60 du Code sanitaire panaméricain ou selon les résolutions adoptées par le Conseil directeur et les résolutions de la Conférence sanitaire panaméricaine.....201.394.182

b) Les recettes diverses .....

c) Part de l'AMRO approuvée par la résolution WHA60.12.....81.501.000

TOTAL 297.395.182

4. Lors de la détermination des contributions des États Membres, des États participants et des Membres associés, le montant des quotes-parts sera réduit en outre de la somme inscrite à leur crédit dans le Fonds de péréquation des impôts, sauf que les crédits de ceux qui prélèvent des impôts sur les traitements reçus du Bureau sanitaire panaméricain (BSP) par leurs nationaux et résidents seront réduits des montants remboursés par le BSP au titre de ces impôts.

5. De veiller à ce que, conformément au Règlement financier de l'OPS, les montants qui n'excèdent pas les crédits indiqués au paragraphe 1 soient utilisés pour le règlement d'obligations encourues pendant la période du 1er janvier 2008 au 31 décembre 2009 inclusivement. Nonobstant les dispositions du présent paragraphe, les obligations encourues pendant l'exercice financier 2008-2009 seront limitées aux crédits disponibles dans le budget effectif de travail, i.e., les chapitres 1-16.

6. D'établir que le Directeur sera autorisé à effectuer des virements de crédits entre

les chapitres du budget effectif de travail, étant entendu que de tels virements n'excéderont pas 10% du chapitre duquel le crédit est viré; les virements de crédits entre chapitres du budget qui dépassent 10% du chapitre duquel le crédit est viré, peuvent être effectués avec le consentement du Comité exécutif, tous les virements de crédits budgétaires feront l'objet d'un rapport adressé au Conseil directeur ou à la Conférence sanitaire panaméricaine.

7. D'établir qu'un montant à hauteur de 5% du budget alloué au niveau de pays soit réservé en tant « qu'allocation variable de pays » comme stipulé dans la politique de budget programme régional. Les dépenses au titre de l'allocation variable de pays seront autorisées par le Directeur conformément aux critères approuvés par le 39<sup>e</sup> Sous-Comité de la Planification et de la Programmation présentés à la 136<sup>e</sup> session du Comité exécutif dans le document CE136/INF/1. Les dépenses effectuées avec l'allocation variable de pays seront indiquées dans les chapitres de crédit 1-16 correspondants au moment de l'établissement des rapports.

8. D'estimer le montant des dépenses dans le budget programme pour la période 2008-2009 devant être financé par les contributions volontaires à US\$ 347.000.000, comme indiqué dans le *Document officiel 327*.

(Sixième réunion, le 27 juin 2007)

**CE140.R9 Contributions des États Membres, des États Participants et des Membres Associés de l'Organisation panaméricaine de la Santé pour l'exercice 2008-2009**

**LA 140<sup>e</sup> SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,**

Ayant examiné le projet de budget programme de l'Organisation panaméricaine de la Santé pour l'exercice 2008-2009 (*Document officiel 327*),

**DÉCIDE:**

De recommander à la 27<sup>e</sup> Conférence sanitaire panaméricaine d'adopter une résolution rédigée dans les termes suivants :

**LA 27<sup>e</sup> CONFÉRENCE SANITAIRE PANAMÉRICAINNE,**

Ayant examiné le projet de budget programme de l'Organisation panaméricaine de la Santé pour l'exercice 2008-2009 (*Document officiel 327*) soumis par la Directrice ;

Ayant approuvé le programme de travail et les crédits pour 2008-2009, en vertu de la Résolution CSP27.R\_\_;

Considérant que les contributions des États Membres figurant dans le barème adopté par l'Organisation des États Américains (OEA) ont été calculées sur la base des pourcentages indiqués dans ce barème et ajustés aux membres de l'OPS, conformément à l'article 60 du Code sanitaire panaméricain ; et

Considérant que les ajustements ont été introduits en tenant compte des contributions de Cuba, des États participants et des Membres associés,

**DÉCIDE:**

D'établir le montant des contributions des États Membres, des États participants et des Membres associés de l'Organisation panaméricaine de la Santé pour l'exercice 2008-2009 en fonction du barème des contributions reproduit ci-dessous et pour les montants correspondants, lequel barème représente une hausse de 3.9% comparativement à l'exercice biennal 2006-2007.

Membres	Barème ajusté aux membres de l'OPS		Contribution brute		Péréquation des Crédit au titre de		Ajustement au titre d'impôts imposés par les États Membres aux salaires du personnel du BSPA		Contribution nette	
	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200
	%	%	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$
<b>États</b>										
Antigua-et-Barbuda	0.02	0.02	20,14	20,14	2,13	2,13			18,00	18,00
Argentine	4.89	4.89	4,932,14	4,932,14	522,32	522,32			4,409,81	4,409,81
Bahamas	0.07	0.07	70,48	70,48	7,46	7,46			63,02	63,02
Barbade	0.08	0.08	80,55	80,55	8,53	8,53			72,02	72,02
Belize	0.03	0.03	30,20	30,20	3,19	3,19			27,01	27,01
Bolivie	0.07	0.07	70,48	70,48	7,46	7,46			63,02	63,02
Brésil	8.54	8.54	8,605,57	8,605,57	911,35	911,35			7,694,22	7,694,22
Canada	12.35	12.35	12,441,12	12,441,12	1,317,54	1,317,54	25,00	25,00	11,148,57	11,148,57
Chili	0.54	0.54	543,76	543,76	57,58	57,58			486,17	486,17
Colombie	0.94	0.94	946,55	946,55	100,24	100,24			846,31	846,31
Costa Rica	0.13	0.13	130,90	130,90	13,86	13,86			117,04	117,04
Cuba	0.73	0.73	735,08	735,08	77,84	77,84			657,24	657,24
Dominique	0.02	0.02	20,14	20,14	2,13	2,13			18,00	18,00
République dominicaine	0.18	0.18	181,25	181,25	19,19	19,19			162,05	162,05
Équateur	0.18	0.18	181,25	181,25	19,19	19,19			162,05	162,05

Membres	Barème ajusté aux membres de l'OPS		Contribution brute		Crédit au titre de la Péréquation des impôts		Ajustements au titre d'impôts Imposés par les Etats membres aux salaires du personnel du BPSAP Net Assessment			
	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200
	%	%	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$
<b>États</b>										
El Salvador	0.07	0.07	70,48	70,48	7,46	7,46			63,02	63,02
Grenade	0.03	0.03	30,20	30,20	3,19	3,19			27,01	27,01
Guatemala	0.13	0.13	130,90	130,90	13,86	13,86			117,04	117,04
Guyana	0.02	0.02	20,14	20,14	2,13	2,13			18,00	18,00
Haiti	0.07	0.07	70,48	70,48	7,46	7,46			63,02	63,02
Honduras	0.07	0.07	70,48	70,48	7,46	7,46			63,02	63,02
Jamaïque	0.18	0.18	181,25	181,25	19,19	19,19			162,05	162,05
Mexique	6.07	6.07	6,119,36	6,119,36	648,05	648,05			5,471,30	5,471,30
Nicaragua	0.07	0.07	70,48	70,48	7,46	7,46			63,02	63,02
Panama	0.13	0.13	130,90	130,90	13,86	13,86			117,04	117,04
Paraguay	0.18	0.18	181,25	181,25	19,19	19,19			162,05	162,05
Pérou	0.41	0.41	412,85	412,85	43,72	43,72			369,13	369,13
Saint-Kitts-et-Nevis	0.02	0.02	20,14	20,14	2,13	2,13			18,00	18,00
Sainte-Lucie	0.03	0.03	30,20	30,20	3,19	3,19			27,01	27,01
Saint-Vincent-et the Grenadines	0.02	0.02	20,14	20,14	2,13	2,13			18,00	18,00
Suriname	0.07	0.07	70,48	70,48	7,46	7,46			63,02	63,02
Trinité-et-Tobago	0.18	0.18	181,25	181,25	19,19	19,19			162,05	162,05
États-Unis d'Amérique	59.44	59.44	59,859,38	59,859,38	6,339,27	6,339,27	5,600,00	5,600,00	59,120,11	59,120,11
Uruguay	0.26	0.26	261,81	261,81	27,72	27,72			234,08	234,08
Venezuela	3.19	3.19	3,221,30	3,221,30	341,14	341,14	1,50	1,50	2,881,65	2,881,65
Total partiel	99.45	99.45	100,143,257	100,143,257	10,605,43	10,605,43	5,626,50	5,626,50	95,164,31	95,164,31

Membres	Barème ajusté aux Membres de l'OPS		Contribution brute		Crédit au titre de la péréquation des impôts		Ajustement au titre d'impôts imposés par les États aux salaires du personnel Du BSPA			
	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200
	%	%	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$
<b>États participants:</b>										
France	0.28	0.28	291,01	291,01	30,81	30,81			260,19	260,19
Royaume des Pays-Bas	0.09	0.09	90,62	90,62	9,59	9,59			81,03	81,03
Royaume-Uni	<u>0.06</u>	<u>0.06</u>	<u>60,41</u>	<u>60,41</u>	<u>6,39</u>	<u>6,39</u>			<u>54,02</u>	<u>54,02</u>
Total partiel	<u>0.43</u>	<u>0.43</u>	<u>442,06</u>	<u>442,06</u>	<u>46,81</u>	<u>46,81</u>			<u>395,24</u>	<u>395,24</u>
<b>Membres associés:</b>										
Puerto Rico	<u>0.11</u>	<u>0.11</u>	<u>111,77</u>	<u>111,77</u>	<u>11,83</u>	<u>11,83</u>			<u>99,93</u>	<u>99,93</u>
Total partiel	<u>0.11</u>	<u>0.11</u>	<u>111,77</u>	<u>111,77</u>	<u>11,83</u>	<u>11,83</u>			<u>99,93</u>	<u>99,93</u>
<b>TOTAL</b>	<u>100.00</u>	<u>100.00</u>	<u>100,697,091</u>	<u>100,697,091</u>	<u>10,664,09</u>	<u>10,664,09</u>	<u>5,626,50</u>	<u>5,626,50</u>	<u>95,659,50</u>	<u>95,659,50</u>

(5) Cette colonne inclut les montants estimatifs devant être reçus des États Membres pour 2008-2009 en ce qui a trait aux impôts imposés par eux aux salaires des membres du personnel reçus du BSPA, ajustés aux différences relevées entre le montant estimatif et le montant actuel pour les années précédentes.

(Sixième réunion, le 27 juin 2007)

***CE140.R10 Élimination de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale au sein des Amériques***

***LA 140<sup>e</sup> SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,***

Ayant étudié le rapport d'avancement sur l'élimination de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale (SRC) au sein des Amériques (document CE140/8);

Notant avec satisfaction les énormes progrès accomplis qui ont permis de porter un coup d'arrêt à la transmission endémique du virus de la rubéole, réduisant ainsi de 98 % le nombre de cas de rubéole dans la Région, et que l'incidence de cette morbidité est au plus bas à ce jour au sein des Amériques ; et

Reconnaissant qu'il faudra consentir des efforts considérables à l'appui de l'objectif d'élimination d'ici 2010 et pour l'atteindre, ce qui exigera le maintien d'un

engagement de la part des gouvernements et des organisations partenaires qui collaborent à l'initiative d'élimination et un renforcement des liens entre les secteurs public et privé,

***DÉCIDE :***

De recommander que la 27<sup>e</sup> Conférence panaméricaine de la santé adopte une résolution aux grandes lignes suivantes :

***LA 27<sup>e</sup> CONFÉRENCE PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ,***

Ayant étudié le rapport d'avancement sur l'élimination de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale (SRC) au sein des Amériques (document CSP27/7);

Notant avec satisfaction les énormes progrès accomplis qui ont permis de porter un coup d'arrêt à la transmission endémique du virus de la rubéole, réduisant ainsi de 98 % le nombre de cas de rubéole dans la région, et que l'incidence de cette morbidité est au plus bas à ce jour au sein des Amériques ; et

Reconnaissant qu'il faudra consentir des efforts considérables à l'appui de l'objectif d'élimination d'ici 2010 et pour l'atteindre, ce qui exigera le maintien d'un engagement de la part des gouvernements et des organisations partenaires qui collaborent à l'initiative d'élimination et le renforcement des liens entre les secteurs public et privé,

***DÉCIDE :***

1. De féliciter tous les États Membres et leurs travailleurs de la santé pour les progrès accomplis jusqu'à maintenant pour éliminer la rubéole et le syndrome de rubéole congénitale (SRC) dans la région des Amériques, preuve de leur engagement résolu à servir la santé des populations de l'hémisphère Ouest.

2. D'exprimer leurs remerciements et de solliciter le soutien continu des organisations diverses qui, de concert avec l'OPS, ont apporté un appui crucial aux programmes nationaux de vaccination et aux initiatives nationales destinées à éliminer la rubéole et le SRC, dont les Centres pour le contrôle et la prévention des maladies des États-Unis, l'Agence du Canada pour le développement international, l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination, la Banque interaméricaine de développement, la Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant Rouge, l'Agence du Japon pour la coopération internationale, la March of Dimes, l'Institut Sabin des vaccins, le Fonds des Nations unies pour l'Enfance, l'Agence des États-Unis pour le développement international et l'Église de Jésus-Christ des Saints des Derniers Jours.

3. D'exhorter tous les États Membres à :
  - (a) parvenir à l'élimination de la rubéole et du SRC dans les Amériques en préparant la version finale des stratégies de vaccination, en intensifiant la surveillance intégrée de la rougeole et de la rubéole et en renforçant la surveillance du SRC ;
  - (b) établir des commissions nationales afin de compiler et d'analyser les données permettant de documenter et de vérifier l'élimination de la rougeole, de la rubéole et du SRC, aux fins d'analyse par un comité d'experts.
4. De prier la Directrice de :
  - (a) poursuivre les efforts visant à mobiliser les ressources supplémentaires nécessaires pour relever les défis décrits dans le rapport d'avancement ;
  - (b) constituer un Comité d'experts chargé de documenter et de vérifier l'interruption de la transmission endémique des virus de la rougeole et de la rubéole.

*(Septième séance, le 28 juin 2007)*

***CE140.R11 Le paludisme dans les Amériques***

***LA 140<sup>e</sup> SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,***

Ayant examiné le rapport d'activité soumis par la Directrice au sujet du paludisme dans les Amériques (document CE140/10),

***DÉCIDE:***

De recommander à la 27<sup>e</sup> Conférence sanitaire panaméricaine d'adopter une résolution rédigée dans les termes suivants :

***LA 27<sup>e</sup> CONFÉRENCE SANITAIRE PANAMÉRICAINNE,***

Ayant examiné le rapport de situation soumis par la Directrice au sujet du paludisme dans les Amériques (document CSP27/9), qui fait état des progrès réalisés en vue de l'atteinte des objectifs visés par l'Initiative « Faire reculer le paludisme (2001-2010) » ainsi que des objectifs du Millénaire pour le développement en ce qui a trait au paludisme pour 2015, lequel propose que les États Membres poursuivent leur lutte contre

le paludisme au moyen du renforcement de la capacité nationale à préserver les acquis et à réduire davantage la charge de cette maladie;

Prenant en compte que le 46<sup>e</sup> Conseil directeur (2005) a exhorté les États Membres, entre autres, à renouveler leur engagement à élaborer des politiques nationales et plans opérationnels devant assurer un accès à des méthodes de prévention et de contrôle à l'intention des personnes à risque ou affectées par le paludisme, en vue de parvenir à réduire la charge du paludisme de 50% au moins d'ici 2010 et de 75% d'ici 2015 ; à allouer des ressources nationales, à mobiliser des ressources additionnelles et à les utiliser efficacement pour le lancement d'interventions adéquates de prévention et de contrôle du paludisme; à désigner une journée de lutte antipaludique dans les Amériques en vue de rendre hommage chaque année aux efforts actuellement déployés pour prévenir et combattre le paludisme, sensibiliser davantage le public et vérifier les progrès réalisés ;

Préoccupée par cette maladie qui continue de poser un problème de santé publique dans un certain nombre de territoires; que la migration accrue à l'intérieur et entre les pays accroissent la susceptibilité des pays endémiques et non endémiques aux éruptions du paludisme ;

Reconnaissant le potentiel de mobilisation d'un soutien financier du Fonds global de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, entre autres sources ; et

Conscient du rapport sur le paludisme soumis par le Secrétariat de l'OMS à la Soixantième Assemblée mondiale ainsi que de la résolution WHA60.18 traitant du paludisme et contenant une proposition relative à la désignation d'une "... Journée du paludisme le 25 avril ou un autre jour ou d'autres jours selon ce que pourront décider les divers États Membres..."

### ***DÉCIDE:***

1. D'exhorter les États Membres:
  - a) à renouveler leur engagement à élaborer et mettre en œuvre des politiques nationales et des plans opérationnels en vue d'assurer l'accès aux interventions de prévention et de lutte à l'intention des personnes à risque ou affectées par le paludisme, ce, pour parvenir à une réduction de la charge du paludisme d'un moins 50% d'ici 2010 et de 75% d'ici 2015;
  - b) à mettre à jour les systèmes de surveillance, de suivi et d'évaluation de la santé en vue de vérifier les progrès enregistrés en matière de réduction de la charge du paludisme et de prévenir une recrudescence de transmission de la maladie dans

- les endroits où cette transmission a été interrompue, à la lumière des conditions établies par les Normes internationales sur la santé;
- c) à allouer des ressources nationales, à mobiliser des ressources additionnelles et à les utiliser effectivement pour lancer des initiatives appropriées de prévention et de contrôle du paludisme ;
  - d) à encourager l'élaboration de recommandations et d'interventions basées sur des preuves et à les convertir en politiques concrètes, en fonction des caractéristiques individuelles adéquates;
  - e) à évaluer les besoins en fait de personnel, de formation et d'autres réformes de gestion des ressources humaines en vue de compléter les changements et intégrer, institutionnaliser et soutenir les efforts de prévention et de contrôle du paludisme au sein du système d santé;
  - f) à mettre en place un programme multisectoriel sur le développement d'une infrastructure urbaine permettant de gérer les diverses conséquences pour la santé des maladies transmises par un vecteur, notamment le paludisme;
  - g) à encourager la communication, la coordination et la collaboration entre les activités antipaludiques et d'autres domaines de la santé publique, ainsi que les institutions et activités de protection parmi les partenaires et audiences ciblées ;
  - h) à désigner la date du 6 novembre comme date de l'organisation chaque année de la Journée de lutte antipaludique dans les Amériques.
2. De demander à la Directrice :
- a) de continuer à prêter une coopération technique et à coordonner les efforts visant à réduire le paludisme dans les pays endémiques et à prévenir la réintroduction de la transmission là où cette réduction a eu lieu.
  - b) d'élaborer et d'appuyer des mécanismes propres à assurer chaque année le suivi des progrès réalisés en matière de programmes de prévention et de contrôle ; et de promouvoir le partage de l'information et l'échange de capacité technique entre les pays;
  - c) d'aider les pays, selon le besoin, à élaborer et à mettre en œuvre des mécanismes effectifs et performants de mobilisation et d'utilisation des ressources, y compris les efforts permettant d'accéder aux ressources et à réaliser avec succès les projets du Fonds global;

- d) de promouvoir la Journée de lutte antipaludique dans les Amériques et d'aider les États Membres à le célébrer.

*(Septième réunion, le 28 juin 2007)*

***CE140.R12 Prix d'Administration décerné par l'OPS***

***LA 140<sup>e</sup> SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,***

Ayant examiné le rapport du Jury du Prix d'Administration de l'OPS pour 2007 (document CE140/6, Add. II) ; et

Reconnaissant les dispositions des procédures et directives régissant l'octroi par l'OPS du Prix d'Administration, lesquelles ont été 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) et la 140<sup>e</sup> session du Comité exécutif (2007),

***DÉCIDE :***

1. De prendre note de la décision du Jury du Prix d'Administration d'octroyer le Prix d'Administration de l'OPS, 2007 au Dr Armando Mariano Reale pour avoir apporté son concours à la modernisation des systèmes de santé et de sécurité sociale en encourageant l'intégration entre les secteurs public et privé, l'établissement de réseau de prestataires aux différents échelons des soins de santé et l'adoption de nouveaux modèles pour financer les secteurs de la santé publique et de la sécurité sociale.
2. De transmettre le rapport du Jury du Prix d'Administration de l'OPS, 2007 (document CE140/6, Add. II), assorti des changements apportés aux procédures et directives, à la 27<sup>e</sup> Conférence sanitaire panaméricaine.

*(Huitième séance, le 28 juin 2006)*

***CE140.R13 Plan d'action régional pour les ressources humaines en santé 2007-2015***

***La 140<sup>e</sup> SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,***

Ayant analysé le Plan d'action régional pour les ressources humaines en santé 2007-2015 (document CE140/11) ;

Tenant compte de l'urgence de déployer un effort collectif pour répondre à la crise actuelle des ressources humaines en santé dans la Région des Amériques et dans le monde ;

Conscient du fait que des efforts constants seront nécessaires pour obtenir les résultats souhaitables sur le plan des ressources humaines en santé pour la planification et les politiques sanitaires ; et

Considérant que les objectifs critiques de la santé et du système de santé tel que l'accès universel à des soins et services de santé de qualité ne pourront être atteints qu'à l'aide d'un personnel bien distribué, compétent et motivé,

***DÉCIDE :***

De recommander à la 27<sup>e</sup> Conférence sanitaire panaméricaine d'adopter une résolution formulée dans les termes suivants :

***La 27<sup>e</sup> CONFÉRENCE SANITAIRE PANAMÉRICAINNE,***

Ayant analysé le Plan d'action régional pour les ressources humaines en santé 2007-2015 (document CSP27/10) ;

Tenant compte de l'urgence de déployer un effort collectif pour répondre à la crise actuelle des ressources humaines en santé dans la Région des Amériques et dans le monde ;

Conscient du fait que des efforts constants seront nécessaires pour obtenir les résultats souhaitables sur le plan des ressources humaines en santé pour la planification et les politiques sanitaires ; et

Considérant que les objectifs critiques de la santé et du système de santé tel que l'accès universel à des soins et services de santé de qualité ne pourront être atteints qu'à l'aide d'un personnel bien distribué, compétent et motivé,

***DÉCIDE :***

1. De recommander vivement aux États Membres les mesures suivantes :
  - a) envisager la mise au point d'un Plan d'action national pour les ressources humaines en santé, doté de buts et d'objectifs précis et d'un ensemble pertinent d'indicateurs et d'un système de suivi, visant essentiellement à renforcer les

- capacités intégrées des soins de santé primaires et de santé publique et à vérifier l'accès aux populations et communautés peu desservies ;
- b) mettre en place au sein du ministère de la santé une structure spécifique responsable de la direction stratégique de la planification et des politiques des ressources humaines, en s'alignant sur la politique des systèmes et services de santé et en vérifiant la coordination intersectorielle ;
  - c) continuer à mettre sur pied une masse critique de leaders avec des compétences spécialisées en gestion de la planification et des politiques des ressources humaines aux niveaux central et décentralisé ;
  - d) s'engager à atteindre les objectifs proposés du Plan d'action régional pour les ressources humaines en santé 2007-2015 et intensifier la coopération technique et financière entre les pays afin d'appuyer le Plan.
2. De demander à la Directrice de:
- a) collaborer avec les États Membres en ce qui concerne la formulation de leurs plans d'action nationaux pour les ressources humaines en santé 2007-2015 et promouvoir et faciliter la coopération technique et financière entre les pays de la Région ;
  - b) soutenir activement la formulation de plans d'action pour les ressources humaines en santé au niveau sous-régional, en coordination avec des institutions et organisations sous-régionales, afin de relever les défis entourant la dynamique frontalière, la mobilité des professionnels de la santé et des populations et autres questions d'intérêt commun ;
  - c) engager le Réseau régional des Observatoires des Ressources humaines en santé au niveau de la mise au point d'indicateurs et de systèmes de suivi des objectifs liés aux ressources humaines en santé 2007-2015 et créer, organiser et faciliter l'accès aux connaissances relatives aux stratégies et interventions sur le plan des ressources humaines ;
  - d) intensifier les efforts pour mettre en place des communautés régionales de pratique et d'apprentissage en gestion de la planification et des politiques des ressources humaines, dont celles visant à l'intégration des soins de santé primaires et de la santé publique.

*(Huitième session, le 28 juin 2007)*

***CE140.R14 Amendements au Règlement du personnel du BSP***

***LA 140<sup>e</sup> SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,***

Ayant examiné les amendements apportés aux articles du Règlement du personnel du Bureau sanitaire panaméricain soumis par la Directrice et présentés en annexe du document CE140/25;

Prenant acte des actions de la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé concernant 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 de concordance concernant les conditions d'emploi du personnel du Bureau sanitaire panaméricain et de l'Organisation mondiale de la Santé,

***DÉCIDE :***

1. D'établir avec effet au 1<sup>er</sup> janvier 2007 de l'année scolaire en cours les dépenses maximums autorisées et l'allocation maximum pour l'éducation aux États-Unis à US\$ 34.598 et \$25.949 respectivement; et d'établir les dépenses maximums autorisées et l'allocation maximum pour l'éducation pour la zone du dollar des États-Unis en dehors des États-Unis à \$18.048 et \$13.536 respectivement, et les amendements aux conditions d'éligibilité.
2. De confirmer, en vertu de l'article 020 du Règlement du personnel, les amendements aux articles du Règlement du personnel qui ont été apportés par la Directrice, avec effet à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2007 concernant la date d'entrée en vigueur du Règlement du personnel et du Statut du personnel de l'Organisation panaméricaine de la Santé, le congé dans les foyers, le congé spécial, le congé sans solde, le congé pour formation ou service militaire, le congé de maladie (congé pour urgence familiale), le congé pour adoption, les voyages de l'époux(se) et des enfants, la démission, la date effective de résiliation, la fin des engagements, le congé annuel, la Commission d'appel et le Tribunal administratif.
3. De confirmer, en vertu de l'article 020 du Règlement du personnel, les amendements aux articles du Règlement du personnel qui ont été apportés par la Directrice, avec effet à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2008 afin de mettre en œuvre la réforme contractuelle au Bureau sanitaire panaméricain, à condition que l'Assemblée générale des Nations Unies aient approuvées auparavant les nouveaux arrangements contractuels pour

le Système commun de l'ONU avec lesquels ces amendements sont en conformité, spécifiquement en ce qui concerne la détermination des salaires, le salaire de base net sur promotion à un grade supérieur, le salaire de base net sur réduction de grade, la rémunération du salaire de base net pour le personnel temporaire dans les catégories professionnelles et de rang supérieur, l'allocation pour personnes à charge, l'allocation pour frais d'études et l'allocation spéciale pour frais d'études, l'allocation de mobilité et de pénibilité, l'allocation d'affectation, l'allocation de service, les politiques de nomination, la réintégration après réemploi, les transferts interinstitutions, la fin de la période d'essai, l'augmentation à l'intérieur du grade, l'augmentation pour mérite à l'intérieur du grade, la promotion, la réaffectation, la réduction de grade, le congé annuel, le congé dans les foyers, le congé pour formation ou service militaire, le congé de maladie, le congé de paternité, les voyages du membre du personnel, les voyages de l'époux(se) et des enfants, les voyages au titre de l'allocation spéciale pour frais d'études, le déménagement des biens du membre du personnel, la résiliation pour raisons de santé, la fin des engagements, l'abolition de poste, la résiliation des contrats temporaires, la performance insatisfaisante ou le manque de profil requis pour la fonction publique internationale, personnel de conférences et d'autres services à court terme, consultants, fonctionnaires professionnels nationaux

4. De fixer avec entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2007, le traitement annuel du Directeur adjoint du Bureau sanitaire panaméricain à \$168.826 avant évaluation, résultant en un traitement net modifié de \$122.737 (avec personnes à charge) ou \$111.142 (sans personnes à charge).

5. De fixer avec entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2007, le traitement annuel du Sous-directeur du Bureau sanitaire panaméricain à \$167.288 avant évaluation, résultant en un traitement net modifié de \$121.737 (avec personnes à charge) ou \$110.142 (sans personnes à charge);

6. De recommander à la 27<sup>e</sup> Conférence sanitaire panaméricaine qu'elle ajuste le traitement annuel du Directeur du Bureau sanitaire panaméricain en adoptant la résolution suivante :

***LA 27<sup>e</sup> CONFÉRENCE SANITAIRE PANAMÉRICAINNE,***

Considérant la révision de l'échelle salariale de base pour les catégories professionnelles et de rang supérieur, avec effet au 1<sup>er</sup> janvier 2007;

Tenant compte de la décision par le Comité exécutif à sa 140<sup>e</sup> session d'ajuster les traitements du Directeur adjoint et du Sous-Directeur du Bureau sanitaire panaméricain;  
et

Prenant note de la recommandation du Comité exécutif concernant le traitement du Directeur du Bureau sanitaire panaméricain,

***DÉCIDE :***

De fixer avec entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2007, le traitement annuel du Directeur du Bureau sanitaire panaméricain à US\$ 185.874 avant évaluation résultant en un salaire net modifié de \$133.818 (avec personnes à charge) ou \$120.429 (sans personnes à charge).

*(Neuvième réunion, le 29 juin 2007)*

***CE140.R15 Hôpitaux sûrs : une initiative régionale sur les installations sanitaires résistantes aux catastrophes***

***LA 140<sup>e</sup> SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,***

Ayant examiné le rapport établi par la Directrice concernant l'Initiative régionale sur la sécurité des hôpitaux (document CE140/13) et consciente des avantages découlant de la conjugaison des efforts en vue de réduire les risques de santé dans les cas de catastrophes,

***DÉCIDE:***

De recommander à la 27<sup>e</sup> Conférence sanitaire panaméricaine d'adopter une résolution rédigée dans les termes suivants :

***LA 27<sup>e</sup> CONFÉRENCE SANITAIRE PANAMÉRICAINNE,***

Ayant examiné le rapport établi par la Directrice concernant l'Initiative régionale sur la sécurité des hôpitaux (CSP27/12) et consciente des avantages découlant de la conjugaison des efforts en vue de réduire les risques de santé dans les cas de catastrophes;

Considérant que le 45<sup>e</sup> Conseil directeur de l'Organisation panaméricaine de la santé (2004) a approuvé la résolution CD45.R8 qui exhorte les États Membres à adopter le principe de la « Sécurité des hôpitaux dans les cas de catastrophes » en tant que politique nationale de réduction des risques ; que lors de la Conférence mondiale sur la réduction des catastrophes, 168 pays se sont fixés le même objectif en tant qu'actions prioritaires à mettre en œuvre d'ici 2015 ;

Sachant que, selon des données fournies par les États Membres de l'OPS/OMS, 67 % de leurs établissements sanitaires sont situés dans des zones où existe un risque de catastrophe et qu'au cours de la dernière décennie, près de 24 millions de personnes dans les Amériques ont perdu leur accès aux soins de santé pendant des mois, et parfois des années, en raison de dommages directement liés à des désastres;

Prenant en compte qu'un effondrement fonctionnel est la cause principale de la mise hors service d'un hôpital après un désastre; que l'accès aux services de santé est un besoin crucial pour ce qui est de sauver des vies, en particulier lors de situations d'urgence, et que cet accès incombe principalement au secteur de la santé et fait partie des fonctions essentielles de santé publique;

Considérant que la Stratégie internationale pour la prévention des catastrophes (SIPC) mise au point par les Nations Unies a décidé d'organiser pour 2008-2009 la campagne mondiale pour la sécurité des hôpitaux, comme exemple d'une entreprise complexe qui requiert la collaboration de tous les secteurs, y compris des institutions de financement, afin de rendre les hôpitaux résistants aux désastres ; que l'Organisation mondiale de la santé est l'entité technique responsable de la campagne; et

En vue de contribuer substantiellement à la réduction des risques de catastrophes dans la Région et prenant en compte que la campagne pour la sécurité des hôpitaux apportera une contribution de taille à la sécurité des hôpitaux, notamment à la sécurité des patients et à la santé des travailleurs,

***DÉCIDE:***

1. D'exhorter les États Membres à :
  - a) Assurer qu'un service spécifique établi au sein de chaque ministère de la santé soit responsable de l'élaboration d'un programme de réduction des risques posés par les catastrophes ;
  - b) Activement soutenir la campagne pour la sécurité des hôpitaux pour 2008-2009, dans le cadre de la Stratégie internationale de prévention des catastrophes au moyen des actions suivantes :
    - Établir des partenariats avec des participants à l'intérieur et en dehors du secteur de la santé, comme les organisations nationales de gestion financière, les universités, les centres scientifiques et de recherches, les autorités locales, les communautés et d'autres contributeurs clés ;

- Partager et à mettre en œuvre des pratiques optimales en vue de parvenir à réaliser des progrès à l'échelle du pays en matière de sécurité pour les hôpitaux ;
  - Veiller à ce que tous les nouveaux hôpitaux construits offrent un niveau de protection permettant de mieux garantir qu'ils seront fonctionnels durant les catastrophes et mettront en œuvre des mesures d'atténuation appropriées visant à renforcer les installations actuelles de santé;
  - c) Tracer des politiques nationales qui traitent de la sécurité des hôpitaux ; à adopter des normes nationales et internationales et à établir un suivi de la sécurité du réseau d'installations de santé.
2. De demander à la Directrice :
- a) De mettre en place de nouveaux mécanismes en vue d'évaluer la possibilité que les installations de santé demeurent fonctionnels durant et après une catastrophe ; et d'aider les États Membres à les mettre en œuvre ;
  - b) D'aider les pays à documenter et à partager les pratiques optimales et à réaliser des progrès en ce qui a trait à l'initiative sur la sécurité des hôpitaux ;
  - c) De promouvoir et renforcer la coordination et la coopération avec les institutions régionales et sous-régionales concernées par la question des catastrophes.

*(Neuvième réunion, le 29 juin 2007)*

***CE140.R16 Stratégie destinée à renforcer le recueil des statistiques de l'état civil et de la santé dans les pays de la Région des Amériques***

***LA 140<sup>e</sup> SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,***

*Ayant étudié le document intitulé *Stratégie destinée à renforcer le recueil des statistiques de l'état civil et de la santé dans les pays de la Région des Amériques* (document CE140/15),*

***DÉCIDE :***

De recommander que la 27<sup>e</sup> Conférence panaméricaine de la Santé adopte une résolution aux grandes lignes suivantes :

***LA 27<sup>e</sup> CONFÉRENCE PANAMÉRICAINE DE LA SANTÉ,***

Ayant étudié le document intitulé *Stratégie destinée à renforcer le recueil des statistiques de l'état civil et de la santé dans les pays de la Région des Amériques (document CSP27/13)* ;

Reconnaissant qu'il est important d'améliorer la couverture et la qualité du recueil des statistiques de l'état civil et de la santé pour pouvoir disposer d'éléments probants plus fiables et plus valides dans le but de concevoir, de mettre en œuvre et de suivre les politiques de santé menées dans les pays et d'observer les recommandations internationales ;

Motivée par la nécessité de disposer d'indicateurs de qualité meilleure à l'échelon infranational, national et regional afin de suivre l'application d'engagements internationaux tels que ceux qui ont été pris à la Conférence internationale sur la population et le développement (CFPD, le Caire, 1994), la Quatrième conférence mondiale sur les femmes (Beijing, 1995), la déclaration des pays sur les objectifs de développement pour le millénaire (2000), la Conférence mondiale contre le racisme, la discrimination raciale, la xénophobie et l'intolérance qui y est associée (Durban, 2001) et autres engagements spécifiques liés à l'approche des droits humains en matière d'accès à l'information et aux éléments qui entrent dans la prise de décisions ;

Consciente des efforts consentis à ce jour pour analyser l'état des statistiques et dresser le constat régional dans les pays ;

Reconnaissant que le Secrétariat a besoin d'un mécanisme permanent qui permette de renforcer le recueil des statistiques de l'état civil et de la santé dans les pays de la Région, ainsi que le recommandait le Comité consultatif régional sur les statistiques de santé en 2003 et que ce mécanisme devrait conduire à l'harmonisation des mesures au sein et entre les pays ainsi qu'à la coordination des activités au sein de l'Organisation et avec d'autres agences internationales de coopération technique et de financement pour promouvoir l'utilisation efficiente des ressources humaines, techniques et financières disponibles afin de renforcer le recueil des statistiques ; et

Considérant l'importance que revêt une stratégie qui, de manière continue et permanente, serve de balise pour améliorer la couverture et la qualité du recueil des statistiques et de la santé dans les pays de la région des Amériques,

***DÉCIDE :***

1. D'exhorter les États Membres à :
  - a) adopter, selon qu'il convient, la stratégie destinée à renforcer le recueil des

statistiques de l'état civil et de la santé dans les pays de la région des Amériques, laquelle débouchera sur l'élaboration d'un plan d'action de nature à encourager la collecte de données de qualité meilleure et l'utilisation d'indicateurs offrant une couverture plus large pour l'élaboration et le suivi des politiques de santé ;

- b) encourager la participation des bureaux de recueil des statistiques nationaux et sectoriels, des registres de l'état civil et d'autres acteurs/usagers publics et privés ainsi que la coordination entre eux pour analyser l'état du recueil des statistiques de l'état civil et de la santé à l'échelon national et infranational, et dresser leurs plans d'action ;
- c) établir une coordination avec d'autres pays de la Région afin de lancer les activités prévues dans leurs plans d'action, ainsi que faire connaître et utiliser des outils de nature à favoriser une meilleure collecte des statistiques de l'état civil et de la santé.

2. De prier la Directrice de :

- a) travailler avec les États Membres à l'application de la stratégie compte tenu de leur contexte et priorités propres ainsi qu'à la conception, à la mise en œuvre et au suivi du plan d'action, et promouvoir la diffusion et l'emploi des produits qui en seront issus dans le but de générer des informations de santé à l'échelon infranational, national et régional ;
- b) promouvoir la satisfaction des besoins des entreprises en termes d'accès à des informations valides, fiables dans le but de dresser les plans et d'élaborer les programmes de l'Organisation à l'aide de la stratégie, en vue de formuler le plan d'action ;
- c) encourager la coordination du plan d'action en amenant d'autres agences internationales de coopération technique et de financement à lancer des initiatives similaires dans le but de renforcer le recueil des statistiques au sein des pays ;
- d) définir les besoins en ressources humaines, technologiques et financières pour garantir la conception et la mise en œuvre du plan d'action destiné à renforcer le recueil des statistiques de l'état civil et de la santé dans les pays de la région des Amériques ;
- e) rendre compte à intervalles réguliers aux instances gouvernantes par le canal du Comité exécutif sur les progrès et les contraintes relevés au cours de la mise en œuvre du plan d'action.

*(Neuvième séance, le 29 juin 2007)*

***CE140.R17 Prévention et contrôle de la dengue au sein des Amériques***

***LA 140<sup>e</sup> SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,***

Ayant étudié le document intitulé *Prévention et contrôle de la dengue au sein des Amériques : optique intégrée et enseignements tirés* (document CE140/17) que lui a présenté le Directeur ;

Considérant les efforts menés par les pays de la Région pour prévenir et contrôler la dengue et conformément aux résolutions CD43.R4 et CD44.R9 prises par le Conseil directeur de l'OPS pour préparer et mettre en œuvre la Stratégie de gestion intégrée (SGI-dengue), avancée comme un canevas qui permettra de réduire la morbidité et la mortalité imputables aux flambées et aux épidémies de dengue,

Reconnaissant que les flambées récentes de dengue et que la complexité de la situation épidémiologique ont permis une plus grande sensibilisation aux déterminants macro-économiques tels que le changement climatique, la migration ainsi que l'urbanisation sauvage ou non planifiée et, par voie de suite, la prolifération des sites de reproduction de l'*Aedes aegypti*, vecteur de transmission principal du virus de la dengue ; et

Gardant à l'esprit que les progrès encourageants et les efforts déployés par les pays pour combattre la dengue dans la Région ne suffisent pas encore et que le processus même de mise en œuvre de la SGI-dengue a permis de repérer les points faibles et les menaces graves qui obligent à creuser l'analyse du sujet de la dengue dans toute sa dimension, son ampleur et sa complexité,

***DÉCIDE :***

De recommander que la 27<sup>e</sup> Conférence panaméricaine de la santé adopte une résolution aux grandes lignes suivantes :

***LA 27<sup>e</sup> CONFÉRENCE PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ,***

Ayant étudié le document intitulé *Prévention et contrôle de la dengue au sein des Amériques : optique intégrée et enseignements tirés* (document CSP27/15) que lui a présenté le Directeur ;

Considérant les efforts que les pays de la Région ont déployé dans le but de prévenir et de contrôler la dengue et conformément aux résolutions CD43.R4 et CD44.R9 prises par le Conseil directeur de l'OPS pour préparer et mettre en œuvre la Stratégie de gestion intégrée (SGI-dengue), avancée comme un canevas qui permettra de réduire la morbidité et la mortalité imputables aux flambées et aux épidémies de dengue,

Reconnaissant que les flambées récentes de dengue et que la complexité de la situation épidémiologique ont permis une plus grande sensibilisation aux déterminants macro-économiques tels que le changement climatique, la migration ainsi que l'urbanisation sauvage ou non planifiée et, par voie de suite, la prolifération des sites de reproduction de l'*Aedes aegypti*, vecteur de transmission principal du virus de la dengue ; et

Gardant à l'esprit que les progrès encourageants et les efforts déployés par les pays pour combattre la dengue dans la Région ne suffisent pas encore et que le processus même de mise en œuvre de la SGI-dengue a permis de repérer les points faibles et les menaces graves qui obligent à creuser l'analyse du sujet de la dengue dans toute sa dimension, son ampleur et sa complexité,

**DÉCIDE :**

1. D'exhorter les États Membres à :
  - a) œuvrer de manière à corriger les faiblesses et à contrer les menaces définies par chaque pays dans la préparation de la SGI-dengue pour parvenir aux résultats attendus de l'application des stratégies nationales ;
  - b) trouver et à mobiliser des ressources financières pour la mise en œuvre des stratégies nationales ;
  - c) prévenir les décès que cause la dengue en accordant la priorité au renforcement du réseau des services de santé pour le rendre à même de prodiguer des soins opportuns et adéquats aux patients qui présentent des symptômes graves de fièvre hémorragique et de choc imputables à la dengue ;
  - d) promouvoir la mise en place de mesures publiques entre les secteurs dans le but de maîtriser les déterminants macro-économiques de la transmission de la dengue, en accordant une attention particulière au renforcement de la planification en milieu urbain, à la réduction de la pauvreté et à l'assainissement de l'environnement (approvisionnement en eau et élimination des déchets) pour permettre une prévention durable de la dengue et d'autres maladies à transmission vectorielle ;
  - e) effectuer un suivi et une évaluation systématiques de la mise en œuvre de la SGI-dengue nationale, ce qui permettra d'assurer la continuité des activités et d'intégrer de nouveaux outils destinés au contrôle de la dengue ;

- f) évaluer les éléments probants qui renseignent sur l'ampleur du problème causé par l'entassement de pneus usés et les décharges pleines de plastiques au rebut qui pourraient poser une menace croissante comme lieu potentiel de reproduction pour le moustique vecteur de la dengue, et encourager l'établissement de partenariats entre les secteurs public et privé dans la recherche de solutions ;
  - g) allouer plus de moyens financiers selon que de besoin, tout particulièrement en vue du perfectionnement des qualifications techniques des ressources humaines et de leur formation dans des domaines négligés dont l'entomologie et la communication sociale aux fins de développement ;
  - h) encourager la recherche scientifique axée sur l'élaboration de nouveaux outils et l'évaluation continue des instruments existants dans le souci de maximiser la prévention et le contrôle de la dengue ;
  - i) tirer parti de la mise en œuvre du Règlement sanitaire international (2005) en vue de détecter les cas de dengue en temps opportun.
2. De prier la Directrice de :
- a) renforcer la coopération technique entre les États Membres en vue de porter un coup d'arrêt à l'extension de la dengue dans la Région et de réduire le fardeau social, économique et politique de cette maladie ;
  - b) soutenir l'établissement de coalitions stratégiques entre les secteurs ainsi que la participation de partenaires financiers internationaux dans le but de favoriser la mise en place et l'évaluation de la Stratégie de gestion intégrée pour la prévention et le contrôle de la dengue dans tous les pays et toutes les sous-régions des Amériques, afin de réduire les déterminants de la transmission ;
  - c) encourager la préparation d'un plan régional en vue de pouvoir riposter, en temps utile, aux flambées et épidémies de dengue qui gagnent en fréquence au fil des ans dans les pays de la Région des Amériques.

*(Neuvième séance, le 29 juin 2007)*

***CE140.R18 Assurer la qualité des soins de santé, notamment la sécurité des patients***

***LA 140<sup>e</sup> SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,***

Ayant analysé le document soumis par la Directrice et intitulé : *Assurer la qualité des soins de santé, y compris la sécurité des patients* (document CE140/18),

**DÉCIDE:**

De recommander à la 27<sup>e</sup> Conférence sanitaire panaméricaine d'adopter une résolution rédigée dans les termes suivants :

**LA 27<sup>e</sup> CONFÉRENCE SANITAIRE PANAMÉRICAINE,**

Ayant analysé le document soumis par ça Directrice et intitulé : *Assurer la qualité des soins de santé, y compris la sécurité des patients* (document CSP27/16);

Convaincue qu'il est important que des mesures soient immédiatement prises aux échelles nationale et régionale pour assurer que les systèmes de santé fournissent aux utilisateurs des soins de santé efficaces, sûrs, performants, accessibles, appropriés et satisfaisants ;

Considérant qu'il est indispensable de mettre en place des politiques afférentes au secteur de la santé qui auront des incidences sur les soins continus de santé, encourageront la participation des citoyens et assureront la promotion d'une culture de la qualité et de la sécurité dans institutions de soins de santé ;

Rappelant l'établissement de la garantie de la qualité dans les services individuels et collectifs comme une fonction essentielle de santé publique (document CD42/15 émané du 42<sup>e</sup> Conseil directeur (2002) et notant avec préoccupation le rendement déficient de la Région dans ce domaine ;

Considérant la résolution WHA55.18, "Qualité des soins : sécurité des patients," adoptée par l'Organisation mondiale de la Santé en 2002), et invitant instamment les États Membres à accorder la plus grande attention au problème de la sécurité des patients et à créer sur des bases scientifiques et à renforcer les systèmes nécessaires pour améliorer la sécurité des patients et la qualité des soins;

Considérant la Déclaration régionale sur les nouvelles orientations des soins primaires de santé (Déclaration de Montevideo) , appuyée par le 46<sup>e</sup> Conseil directeur de l'OPS (2005) , établissant que les systèmes de santé devraient être orientés vers la sécurité des patients et la qualité des soins ; et

Reconnaissant avec satisfaction les initiatives et le leadership de quelques-uns des États Membres de la région dans le domaine de la sécurité des patients et la qualité des soins,

**DÉCIDE:**

1. D'exhorter les États Membres à :
  - a) Accorder la priorité à la sécurité des patients et à la qualité des soins dans le secteur des politiques et programmes de santé, y compris la promotion d'une

- culture organisationnelle et personnelle de la sécurité des patients et de la qualité des soins qui leur sont octroyées;
- b) Allouer les ressources nécessaires à l'élaboration de politiques et programmes nationaux destinés à promouvoir la sécurité des patients et la qualité des soins ;
  - c) Incorporer la participation du client aux processus d'amélioration de la qualité des soins de santé;
  - d) Évaluer la situation de la sécurité des patients et de la qualité des soins dans le pays, en vue d'identifier les domaines prioritaires et les stratégies d'intervention ;
  - e) Concevoir et à mettre en œuvre des interventions qui visent à améliorer la sécurité des patients et la qualité des soins;
  - f) Collaborer avec le Secrétariat de l'OPS à la mise en place d'une stratégie régionale axée sur les preuves et incluant des résultats mesurables permettant d'améliorer la sécurité des patients et la qualité des soins.
2. De demander à la Directrice:
- a) De souligner à l'intention des États Membres et aux tribunes sous-régionales, régionales et mondiales l'importance d'améliorer la sécurité des patients et la qualité des soins;
  - b) De produire et d'assurer la disponibilité d'informations et de preuves qui permettront de mener une évaluation scientifique de la portée et de l'évolution du rendement dans le domaine de la qualité des soins, ainsi que de l'efficacité des interventions;
  - c) De prêter une assistance technique aux pays de la Région en matière de conception et d'application de solutions à l'amélioration de la qualité ;
  - d) De promouvoir la participation du patient/client à la formulation de politiques et de solutions destinées à améliorer la sécurité des patients et la qualité des soins;
  - e) De lancer des initiatives visant à mettre sur pied un observatoire régional de sécurité des patients et de la qualité des soins ;
  - f) De mobiliser les ressources en appui aux initiatives portant sur la sécurité des patients et la qualité des soins dans la région ;
  - g) De mettre au point, en consultation avec les États Membres, une stratégie régionale d'amélioration de la sécurité des patients et de la qualité des soins.

*(Neuvième réunion, le 29 juin 2007)*

***CE140.R19 Ordre du jour provisoire de la 27<sup>e</sup> Conférence Sanitaire Panaméricaine,  
59<sup>e</sup> Session du Comité Régional de l'OMS pour les Amériques***

***LA 140<sup>e</sup> SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,***

Ayant examiné l'ordre du jour provisoire (document CSP27/1) préparé par la Directrice pour la 27<sup>e</sup> Conférence sanitaire panaméricaine, 59<sup>e</sup> session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques, présenté à l'annexe au document CE140/4 ;

Gardant à l'esprit 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 CSP27/1) préparé par la Directrice pour la 27<sup>e</sup> Conférence sanitaire panaméricaine, 59<sup>e</sup> session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques.

*(Neuvième séance, le 29 juin 2007)*

***Décisions***

***CE140(D1) Adoption de l'ordre du jour***

Conformément à l'article 9 du Règlement du Comité exécutif, le Comité a adopté sans modification l'ordre du jour proposé par la Directrice (document CE140/1, Rév. 1).

*(Première séance, le 25 juin 2007)*

***CE140(D2) Représentation du Comité exécutif auprès de la 27<sup>e</sup> Conférence Sanitaire Panaméricaine, 59<sup>e</sup> 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 son Président (Venezuela) et son Vice Président (Antigua et Barbuda) pour représenter le Comité auprès de la 27<sup>e</sup> Conférence sanitaire panaméricaine, 59<sup>e</sup> Session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques. Le Comité a nommé le Canada et les États-Unis d'Amérique comme représentants alternatifs.

*(Première séance, le 25 juin 2007)*

EN FOI DE QUOI, le Président du Comité exécutif et la Secrétaire de droit, la Directrice du Bureau sanitaire panaméricain, signe le présent Rapport final dans les langues anglaise et française, les deux textes étant identiques.

FAIT à Washington, D.C., en ce vingt-neuvième jour de l'an deux mille sept. La Secrétaire déposera les textes originaux dans les archives du Bureau sanitaire panaméricain et en enverra des copies aux États Membres de l'Organisation.

---

Nancy Pérez  
Délégée du Venezuela  
Présidente de la 140<sup>e</sup> session du  
Comité exécutif

---

Mirta Roses Periago  
Directrice du Bureau sanitaire panaméricain  
Secrétaire de droit de la 140<sup>e</sup> session du  
Comité exécutif

## **ORDRE DU JOUR**

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

### **2. QUESTIONS RELATIVES AU RÈGLEMENT**

- 2.1 Adoption de l'ordre du jour
- 2.2 Représentation du Comité exécutif lors de la 27<sup>e</sup> Conférence sanitaire panaméricaine, 59<sup>e</sup> session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques
- 2.3 Ordre du jour provisoire de la 27<sup>e</sup> Conférence sanitaire panaméricaine, 59<sup>e</sup> session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques

### **3. QUESTIONS RELATIVES AUX COMITES**

- 3.1 Rapport de la première session du Sous-Comité du Programme, du Budget et de l'Administration
- 3.2 Prix d'administration de l'OPS 2007
- 3.3 Organisations non gouvernementales en relations officielles avec l'OPS
- 3.4 Rapport annuel du Bureau d'éthique

### **4. QUESTIONS RELATIVES A LA POLITIQUE DU PROGRAMME**

- 4.1 Projet de Plan stratégique 2008-2012
- 4.2 Projet de budget programme 2008-2009
- 4.3 Élimination de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale au sein des Amériques : Rapport de situation
- 4.4 Grippe aviaire et pandémie de grippe : Rapport de situation

#### **4. QUESTIONS RELATIVES A LA POLITIQUE DU PROGRAMME** *(suite)*

- 4.5 Paludisme dans les Amériques : Rapport de situation
- 4.6 Plan d'action régional pour les ressources humaines en santé 2007-2015
- 4.7 Préparatifs pour la table ronde sur la sécurité sanitaire internationale
- 4.8 Initiative régionale sur la sécurité des hôpitaux
- 4.9 Stratégie et plan d'action régionaux pour la prévention et le contrôle du cancer du col de l'utérus
- 4.10 Stratégies de renforcement des statistiques d'état civil et de la santé dans les pays des Amériques
- 4.11 Visages, voix et lieux : Réponse des communautés aux Objectifs du Millénaire pour le développement
- 4.12 Prévention et contrôle de la dengue au sein des Amériques : Approche intégrée et enseignements tirés
- 4.13 Politique et stratégie régionales pour assurer la qualité des soins, y compris la sécurité des patients

#### **5. QUESTIONS ADMINISTRATIVES ET FINANCIÈRES**

- 5.1 Normes comptables internationales du secteur public
- 5.2 Plan directeur d'investissement
- 5.3 Rapport sur le recouvrement des contributions
- 5.4 Procédure à suivre pour mettre en place le nouveau barème de contributions basé sur la nouvelle échelle de l'OEA
- 5.5 Rapport financier partiel du Directeur pour 2006
- 5.6 Rapport sur les activités de l'Unité des Services de contrôle interne

**6. QUESTIONS RELATIVES AU PERSONNEL**

- 6.1 Réforme des contrats à l'OPS
- 6.2 Ratifications des amendements au Règlement du personnel du BSP
- 6.3 Déclaration du Représentant de l'Association du personnel du BSP

**7. QUESTIONS SOUMISES POUR INFORMATION**

- 7.1 Ressources humaines du BSP - Profile du personnel
- 7.2 Résolutions et autres actions de la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé revêtant un intérêt pour le Comité exécutif de l'OPS
- 7.3 Mise à jour sur la procédure à suivre pour la nomination de l'Auditeur externe

**8. AUTRES QUESTIONS**

**9. CLÔTURE DE LA SESSION**

## LISTE DE DOCUMENTS

### Documents Officiels

<i>Document officiel 326</i>	Rapport financier partiel du Directeur pour 2006
<i>Document officiel 327</i>	Projet de budget programme 2008-2009
<i>Document officiel 328</i>	Projet de Plan stratégique 2008-2012

### Documents de travail

CE140/1, Rév. 2	Ordre du jour
CE140/2	Liste des participants
CE140/3	Représentation du Comité exécutif lors de la 27 <sup>e</sup> Conférence sanitaire panaméricaine, 59 <sup>e</sup> session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques
CE140/4, Rév. 1	Ordre du jour provisoire de la 27 <sup>e</sup> Conférence sanitaire panaméricaine, 59 <sup>e</sup> session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques
CE140/5	Rapport de la première session du Sous-Comité du Programme, du Budget et de l'Administration
CE140/6 et Adds. I et II	Prix d'administration de l'OPS 2007
CE140/7	Organisations non gouvernementales en relations officielles avec l'OPS
CE140/8	Élimination de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale au sein des Amériques : Rapport de situation
CE140/9	Grippe aviaire et pandémie de grippe : Rapport de situation
CE140/10	Paludisme dans les Amériques : Rapport de situation

**Documents de travail** (*suite*)

CE140/11	Plan d'action régional pour les ressources humaines en santé 2007-2015
CE140/12	Préparatifs pour la table ronde sur la sécurité sanitaire internationale
CE140/13	Initiative régionale sur la sécurité des hôpitaux
CE140/14	Stratégie et plan d'action régionaux pour la prévention et le contrôle du cancer du col de l'utérus
CE140/15	Stratégies de renforcement des statistiques d'état civil et de la santé dans les pays des Amériques
CE140/16	Visages, voix et lieux : Réponse des communautés aux Objectifs du Millénaire pour le développement
CE140/17	Prévention et contrôle de la dengue au sein des Amériques : Approche intégrée et enseignements tirés
CE140/18	Politique et stratégie régionales pour assurer la qualité des soins, y compris la sécurité des patients
CE140/19	Normes comptables internationales du secteur public
CE140/20	Plan directeur d'investissement
CE140/21 et Add. I	Rapport sur le recouvrement des contributions
CE140/22	Procédure à suivre pour mettre en place le nouveau barème de contributions basé sur la nouvelle échelle de l'OEA
CE140/23	Rapport sur les activités de l'Unité des Services de contrôle interne
CE140/24 et Corrig.	Réforme des contrats à l'OPS

**Documents de travail** (*suite*)

CE140/25 et Corrig.	Ratifications des amendements au Règlement du personnel du BSP
CE140/26, Rév. 1	Déclaration du Représentant de l'Association du personnel du BSP
CE140/27	Rapport Annuel du Bureau d'éthique
CE140/28	Budget Programme Proposé 2008-2009 : Impact d'un Budget Ordinaire À Croissance Nominale Zéro

**Documents d'information**

CE140/INF/1	Ressources humaines du BSP - Profile du personnel
CE140/INF/2	Résolutions et autres actions de la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé revêtant un intérêt pour le Comité exécutif de l'OPS
CE140/INF/3	Mise à jour sur la procédure à suivre pour la nomination de l'Auditeur externe

**LIST OF PARTICIPANTS  
LISTA DE PARTICIPANTES**

**Members of the Committee  
Miembros del Comité**

***Antigua and Barbuda***

***Antigua y Barbuda***

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

Dr. Rhonda Sealey-Thomas  
Acting Chief Medical Officer  
Ministry of Health, Sports, and Youth Affairs  
St. John's

***Canada***

***Canadá***

Mr. Gordon Taylor Lee  
Acting Director  
International Health Policy and Communications Division  
International Affairs Directorate  
Health Policy Branch  
Health Canada  
Ottawa

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

Ms. Kate Dickson  
Senior Policy Advisor  
International Health Policy and  
Communication Division  
Health Canada  
Ottawa, Ontario

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

**Canada (cont.)**

**Canadá (cont.)**

Mr. Robert Clark  
Associate Chief  
Public Health Officer  
Public Health Agency  
Ottawa, Ontario

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

**Chile**

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

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

Sr. Luis Petit-Laurent  
Segundo Secretario  
Misión Permanente de Chile ante la  
Organización de los Estados Americanos  
Washington, D.C.

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

***Cuba***

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

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

***Panama***

***Panamá***

Lic. Cirilo Lawson  
Director General de Salud  
Ministerio de Salud  
Ciudad de Panamá

Lic. Marco Williams  
Asistente Ejecutivo del Ministro de Salud  
Ministerio de Salud  
Ciudad de Panamá

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

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

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

***Trinidad and Tobago***  
***Trinidad y Tabago***

Dr. Rohit Doon  
Chief Medical Officer  
Ministry of Health  
Port-of-Spain

Mr. Asif Ali  
Director  
Finance and Projects  
Ministry of Health  
Port-of-Spain

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

Mr. Mark A. Abdoo  
Special Assistant to the Director  
Office of Global Health Affairs  
Department of Health and Human Services  
Rockville, Maryland

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

Dr. Rosaly Correa-de-Araujo  
Director  
Office of the Americas  
Office of Global Health Affairs  
Department of Health and Human Services  
Rockville, Maryland

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

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

Dr. Erik Janowsky  
Population, Health and Nutrition Team Leader  
Latin American and Caribbean Bureau  
Agency for International Development  
Washington, D.C.

Ms. Kelly Saldana  
Health Sector Reform Adviser  
Bureau for Latin America and the Caribbean  
Agency for International Development  
Washington, D.C.

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

Ms. Heather Ward  
Program Analyst  
Office of U.N. System Administration  
Bureau of International Organization Affairs  
Department of State  
Washington, D.C.

***Uruguay***

Dra. María Julia Muñoz  
Ministra de Salud Pública  
Ministerio de Salud Pública  
Montevideo

Dra. Luján Flores  
Embajadora de Uruguay ante la  
Organización de los Estados Americanos  
Washington, D.C.

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

***Uruguay*** (cont.)

Ministra Dra. Graziella Reyes  
Representante Alternativa de Uruguay ante la  
Organización de los Estados Americanos  
Washington, D.C.

Dra. Cristina Carrión  
Ministra Consejera  
Misión Permanente de Uruguay ante la  
Organización de los Estados Americanos  
Washington, D.C.

***Venezuela***

Dra. Nancy Pérez  
Viceministra de Salud Colectiva  
Ministerio del Poder Popular para la Salud  
Caracas

Sra. Carmen Luisa Velásquez-Visbal  
Ministra Consejera  
Misión Permanente de la República Bolivariana de  
Venezuela ante la Organización de los Estados Americanos  
Washington, D.C.

Sr. Nelson Pineda  
Jefe Alternativo  
Misión Permanente de la República Bolivariana de  
Venezuela ante la Organización de los Estados Americanos  
Washington, D.C.

**Other Member and Participating States**  
**Otros Estados Miembros y Participantes**

***Argentina***

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

***Bolivia***

Ms. Erika A. Dueñas Loayza  
Consejera  
Embajada de Bolivia ante la Casa Blanca  
Washington, D.C.

***Brazil***

***Brasil***

Sr. Santiago Luís Bento Fernandez Alcázar  
Conselheiro  
Assessor Especial do Ministro da Saúde  
Ministério da Saúde  
Brasília

Dr. Carlos Felipe Almeida D' Oliveira  
Assessor do Ministro da Saúde  
e Coordenador do SGT 11 Saúde/MERCOSUL  
Ministério da Saúde  
Brasília

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

Ministro Lineu de Paula  
Conselheiro da Missão Permanente do Brasil junto à  
Organização dos Estados Americanos  
Washington, D.C.

**Other Member and Participating States (cont.)**  
**Otros Estados Miembros y Participantes (cont.)**

***Brazil*** (cont.)  
***Brasil*** (cont.)

Sr. Marcos Arbizu de Souza Campos  
Conselheiro da Missão Permanente do Brasil junto à  
Organização dos Estados Americanos  
Washington, D.C.

***Colombia***

Sr. Juan Claudio Morales  
Consejero  
Misión Permanente de Colombia ante la  
Organización de los Estados Americanos  
Washington, D.C.

***France***  
***Francia***

Mme Elizabeth Connes-Roux  
Observatrice permanente adjointe de la France près  
de l'Organisation des États Américains  
Washington, D.C.

***Mexico***  
***México***

Lic. Mauricio Bailón González  
Director General  
Dirección General de Relaciones Internacionales  
Secretaría de Salud  
México, D.F.

Lic. Héctor A. Rangel Gómez  
Representante Alterno  
Misión Permanente de México ante la  
Organización de los Estados Americanos  
Washington, D.C.

**Associate Members  
Miembros Asociados**

***Puerto Rico***

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

**Observer States  
Estados Observadores**

***Spain  
España***

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

Dr. José María de la Torre  
Observador Permanente Alternativo de España  
ante la Organización de los Estados Americanos  
Washington, D.C.

***Portugal***

Sra. Ana María Pires Monteiro  
Attaché  
Embaixada do Portugal  
Washington, D.C.

**Representatives of Intergovernmental Organizations  
Representantes de Organizaciones Intergubernamentales**

***Inter-American Institute for Cooperation on Agriculture  
Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura***

Sr. John Passino

**Representatives of Intergovernmental Organizations (cont.)**  
**Representantes de Organizaciones Intergubernamentales (cont.)**

***Inter-American Development Bank***  
***Banco Interamericano de Desarrollo***

Sr. André Medici

**Representatives of Nongovernmental Organizations**  
**Representantes de Organizaciones No Gubernamentales**

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

Ing. Carlos Alberto Rosito

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

Dr. Rubén Abete

***Medical Confederation of Latin America and the Caribbean***  
***Confederación Médica Latinoamericana y del Caribe***

Dr. Marco Antonio Becker  
Dr. Dardeg De Souza Aleixo  
Dr. Edson De Oliveira Andrade  
Sr. Frederico Henrique de Melo

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

Mrs. Marcela Gaitán

***United States Pharmacopeia***

Dr. Victor Pribluda

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

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

Dr. Mirta Roses Periago  
Director/Directora

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

Dr. Cristina Beato  
Deputy Director/Directora Adjunta

Dr. Carissa Etienne  
Assistant Director/Subdirectora

Mr. Michael A. Boorstein  
Director of Administration/Director de Administración

---