



Organisation
panaméricaine
de la Santé



Organisation
mondiale de la Santé
BUREAU RÉGIONAL DES Amériques

53^e CONSEIL DIRECTEUR
66^e SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL DE L'OMS POUR LES AMÉRIQUES
Washington, D.C., ÉUA, du 29 septembre au 3 octobre 2014

CD53/FR
3 octobre 2014
Original : anglais

RAPPORT FINAL

TABLE DES MATIÈRES

	<i>Page</i>
Ouverture de la session	6
Questions relatives au Règlement	
Constitution de la Commission de vérification des pouvoirs	6
Élection du Bureau	6
Constitution d'un groupe de travail pour étudier l'application de l'Article 6.B de la Constitution de l'OPS.....	7
Constitution de la Commission générale	7
Adoption de l'ordre du jour	7
Questions relatives à la Constitution	
Rapport annuel du Président du Comité exécutif	7
Rapport annuel du Directeur du Bureau sanitaire panaméricain	8
Élection de trois États Membres au Comité exécutif au terme des mandats du Brésil, du Chili et d'El Salvador	11
Questions relatives à la politique des programmes	
Rapport final sur le Plan stratégique de l'OPS 2008-2013 et évaluation en fin de période biennale du programme et budget 2012-2013.....	11
Plan stratégique de l'Organisation panaméricaine de la Santé 2014-2019 (amendé).....	13
Stratégie pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle	16
Plan d'action pour l'accès universel à la sécurité transfusionnelle	19
Plan d'action sur les incapacités et la réadaptation	20
Plan d'action sur la santé mentale	22
Plan d'action pour la prévention de l'obésité chez les enfants et les adolescents	23
Plan d'action sur la santé dans toutes les politiques	26
Plan d'action pour la prévention de la cécité et des déficiences visuelles	28
Plan d'action pour la coordination de l'assistance humanitaire	29
Stratégie en matière de législation sur la santé.....	31
Progrès vers une position régionale concernant le Règlement sanitaire international	35
Collaboration de l'OMS avec les acteurs non étatiques (consultation régionale).....	37
Programme de développement durable pour l'après-2015 (table ronde)	40
Fonds renouvelable de l'OPS pour l'achat de vaccins : défis et opportunités	43
Questions administratives et financières	
Rapport sur le recouvrement des contributions fixées.....	45
Rapport financier du Directeur et rapport du Commissaire aux comptes externe pour 2013	46

TABLE DES MATIÈRES *(suite)*

	<i>page</i>
Questions administratives et financières <i>(suite)</i>	
État et niveau autorisé du Fonds de roulement.....	47
État d'avancement du projet pour la modernisation du système de gestion de l'information du Bureau sanitaire panaméricain.....	48
Élection d'États Membres aux conseils et comités	
Sélection d'un État Membre de la Région des Amériques habilité à désigner une personne au Conseil conjoint de coordination du Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales (TDR) de l'UNICEF/PNUD/Banque mondiale/OMS).....	51
Élection de deux membres pour faire partie du Comité consultatif du centre d'information sur les sciences de la santé pour l'Amérique latine et les Caraïbes (BIREME).....	51
Prix	
Prix de l'OPS pour l'administration (2014)	51
Prix de la Fondation de l'OPS	52
Questions soumises pour information	
Mise à jour sur la réforme de l'OMS.....	53
Avant-projet du budget programme de l'OMS 2016-2017	57
Allocation stratégique de l'espace budgétaire de l'OMS	59
Rapport sur la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur les progrès accomplis dans la prévention et la maîtrise des..... maladies non transmissibles.....	62
Systématisation des mandats de l'OPS.....	63
Rapports d'avancement sur les questions techniques	
A. Stratégie et Plan d'action sur le changement climatique	65
B. Plan d'action pour maintenir l'élimination de la rougeole, de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale dans la Région des Amériques.....	66
C. Plan d'action pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et des cas graves de morbidité maternelle.....	66
D. Statut des objectifs du Millénaire pour le développement.....	67
E. Élimination des maladies négligées et autres infections liées à la pauvreté	69
F. Plan d'action sur la sécurité des hôpitaux	69
G. Situation des centres panaméricains.....	70

TABLE DES MATIÈRES *(suite)*

	<i>Page</i>
Questions soumises pour information <i>(suite)</i>	
Résolutions et autres actions d'organisations intergouvernementales revêtant un intérêt pour l'OPS	
A. Soixante-septième Assemblée mondiale de la Santé	71
B. Quarante-quatrième session ordinaire de l'Assemblée générale de l'Organisation des États Américains	71
C. Organisations sous régionales	71
Autres questions	72
Clôture de la session	72
Résolutions et décisions	
<i>Résolutions</i>	
CD53.R1 Recouvrement des contributions fixées	72
CD53.R2 Plan d'action sur la santé dans toutes les politiques	73
CD53.R3 Plan stratégique de l'OPS 2014-2019 amendé	75
CD53.R4 Élection de trois États Membres au Comité exécutif au terme des mandats du Brésil, du Chili et d'El Salvador	77
CD53.R5 Élection de deux membres pour faire partie du Comité consultatif du Centre d'information sur les sciences de la santé pour l'Amérique latine et les Caraïbes (BIREME)	77
CD53.R6 Plan d'action pour l'accès universel à la sécurité transfusionnelle	78
CD53.R7 Plan d'action sur la santé mentale	81
CD53.R8 Plan d'action pour la prévention de la cécité et des déficiences visuelles	83
CD53.R9 Plan d'action pour la coordination de l'assistance humanitaire ..	85
CD53.R10 État et niveau autorisé du fonds de roulement	87
CD53.R11 État d'avancement du projet pour la modernisation du système de gestion de l'information du Bureau sanitaire panaméricain	88
CD53.R12 Plan d'action sur les incapacités et la réadaptation	89
CD53.R13 Plan d'action pour la prévention de l'obésité chez les enfants et les adolescents	92
CD53.R14 Stratégie pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle	94

TABLE DES MATIÈRES (suite)*Page***Résolutions et décisions (suite)****Décisions**

CD53(D1)	Constitution de la Commission de vérification des pouvoirs	98
CD53(D2)	Élection du Bureau	98
CD53(D3)	Constitution de la Commission générale	99
CD53(D4)	Adoption de l'ordre du jour	99
CD53(D5)	Sélection d'un État Membre de la Région des Amériques habilité à désigner une personne au Conseil conjoint de coordination du Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales (TDR) de l'UNICEF/PNUD/Banque mondiale/OMS au terme du mandat du Pérou.....	99
CD53(D6)	Stratégie en matière de législation sur la santé.....	99

Annexes

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

RAPPORT FINAL

Ouverture de la session

1. Le 53^e Conseil directeur de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS), 66^e session du Comité régional de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) pour les Amériques, s'est tenu au Siège de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) à Washington, D.C., du 29 septembre au 3 octobre 2014.

2. Le Dr Carina Vance Mafla (Équateur, Président sortant) a ouvert la session et a souhaité la bienvenue aux participants. Des allocutions d'ouverture ont également été prononcées par le Dr Vance Mafla, le Dr Carissa Etienne (Directrice du Bureau sanitaire panaméricain [BSP]), Mme Sylvia Mathews Burwell, Secrétaire des Services sanitaires et humains du Département des États-Unis pour les Services sanitaires et humains, M. Ferdinando Regalia, Chef de la Division de Protection sociale et Santé de la Banque interaméricaine de Développement, M. José Miguel Insulza, Secrétaire général de l'Organisation des États Américains et le Dr Anarfi Asamoah-Baah, Directeur-général adjoint de l'Organisation mondiale de la Santé. Le texte de leurs allocutions respectives se trouve sur la page web du 53^e Conseil directeur.¹

Questions relatives au Règlement

Constitution de la Commission de vérification des pouvoirs

3. Conformément à l'Article 31 du Règlement intérieur du Conseil directeur, le Conseil a nommé l'Argentine, Sainte-Lucie et Sint Maarten en tant que membres de la Commission de vérification des pouvoirs (décision CD53[D1]).

Élection du Bureau

4. Conformément à l'Article 16 du Règlement intérieur, le Conseil a élu le Bureau suivant (décision CD53[D2]) :

<i>Président:</i>	République dominicaine	(Dr Lorenzo Hidalgo)
<i>Vice-président:</i>	Barbade	(M. John David Edward Boyce)
<i>Vice-président:</i>	Costa Rica	(Dr María Elena López)
<i>Rapporteur:</i>	Uruguay	(Dr Susana Muñiz)

¹ Disponible sur :
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9774&Itemid=41062&lang=fr.

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

Constitution d'un groupe de travail pour étudier l'application de l'Article 6.B de la Constitution de l'OPS

6. Le Conseil a été informé qu'il ne serait pas nécessaire de constituer un groupe de travail, étant donné qu'aucun État Membre ne faisait actuellement l'objet des restrictions de vote prévues au titre de l'article 6.B de la Constitution de l'OPS (voir le rapport sur le recouvrement des contributions, paragraphes 171 à 175 ci-dessous).

Constitution de la Commission générale

7. Conformément à l'Article 32 du Règlement intérieur, le Conseil a nommé Cuba, les États-Unis d'Amérique et le Panama en tant que membres de la Commission générale (décision CD53[D3]).

Adoption de l'ordre du jour (document CD53/1)

8. Le Conseil a adopté l'ordre du jour provisoire figurant dans le document CD53/1, sans amendement. Le Conseil a également adopté un programme de réunions (document CD53/WP/1, Rév. 1) (décision CD53[D4]).

Questions relatives à la Constitution

Rapport annuel du Président du Comité exécutif (document CD53/2)

9. Le Dr Jarbas Barbosa da Silva (Brésil, Président du Comité exécutif) a fait le compte rendu des activités exécutées par le Comité exécutif et son Sous-comité du Programme, du Budget et de l'Administration, entre octobre 2013 et octobre 2014, mettant en exergue les points de l'ordre du jour qui avaient été discutés par le Comité mais qui n'ont pas été présentés au 53^e Conseil directeur, aux fins de son examen, et notant qu'il ferait un compte rendu sur les autres points à mesure qu'ils seraient traités par le Conseil. Les points de l'ordre du jour qui n'ont pas été présentés comprenaient les rapports annuels du Bureau d'éthique, des Services de supervision et d'évaluation internes et du Comité d'Audit, le rapport du Comité consultatif de l'OPS/OMS sur la Recherche dans la Santé, un rapport actualisé sur l'état d'avancement des projets approuvés par le 48^e Conseil directeur devant être financés par le Compte de réserve, des rapports sur le Plan directeur d'investissement en capital et le financement des dépenses d'assurance maladie après la cessation de service pour le personnel de l'OPS, les amendements au Règlement du personnel du BSP et les demandes émanant de six organisations non gouvernementales en vue d'obtenir ou de renouveler leur statut d'organisation ayant des relations officielles avec l'OPS. Les détails figurent dans le rapport du Président du Comité exécutif (document CD53/2).

10. La Directrice a remercié les membres du Comité exécutif pour leur excellent travail.

11. Le Conseil a également remercié les membres du Comité exécutif pour leur travail et a pris note du rapport.

Rapport annuel du Directeur du Bureau sanitaire panaméricain (document CD53/3, Rév. 1)

12. La Directrice a présenté son rapport annuel, dont le thème était « L'innovation au bénéfice de la santé ». Ce rapport annuel portait sur la période allant du milieu de l'année 2013 jusqu'au milieu de l'année 2014, soit la première année entière qui s'est écoulée depuis que les États Membres lui ont confié la direction de l'Organisation panaméricaine de la Santé et de son secrétariat, le Bureau sanitaire panaméricain. Au cours de cette première année, elle avait engagé un dialogue riche avec les États Membres, les partenaires et les parties prenantes, qui avaient contribué à éclairer et à affiner sa vision quant à la façon de positionner l'Organisation pour l'avenir.

13. L'innovation était le fondement sur lequel le Bureau et les États Membres iraient de l'avant et qui leur permettrait d'avoir une incidence positive sur l'avenir de la santé dans les Amériques, et le rapport soulignait les réalisations importantes de l'année précédente pour offrir des solutions innovantes mais néanmoins pratiques aux défis de santé publique de la Région. On pouvait citer l'exemple de la mise en œuvre de nouveaux cadres de collaboration pour le traitement du VIH et la lutte contre la tuberculose, des progrès tangibles sur le plan de l'élimination du choléra sur l'île d'Hispaniola, l'élaboration et la mise en œuvre d'approches intégrées et globales pour la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles et de leurs facteurs de risque dans les pays de la Région. Pour illustrer ces approches on pouvait citer des initiatives pour réduire l'obésité infantile et adulte, réduire la consommation de soda et autres boissons sucrées, pour la prévention du suicide et pour l'amélioration du dépistage du cancer du col de l'utérus.

14. Une autre réalisation marquante a été la semaine de la Vaccination dans les Amériques 2014, à laquelle 44 pays et territoires ont participé, bon nombre d'entre eux saisissant cette opportunité pour prendre d'autres mesures préventives. Il serait essentiel d'optimiser tous les contacts d'une personne avec les services de santé pour parvenir à une couverture sanitaire universelle, l'un des objectifs les plus ambitieux jamais définis par les États Membres de l'OPS. Afin de progresser vers cet objectif, les pays des Amériques doivent surmonter les carences en matière de ressources humaines pour la santé ainsi que la répartition inéquitable de ces ressources. Certains de ces défis sont relevés au moyen de méthodes novatrices telles que la télémédecine et le télé-enseignement. Des initiatives comme le projet *Mais Médicos* [Plus de médecins] au Brésil s'attachent à élargir l'accès aux soins de santé primaires, en particulier dans les zones rurales et difficiles d'accès.

15. L'Organisation avait toutes les raisons d'être fière des nombreuses réalisations et innovations de l'année précédente. Toutefois, le Bureau faisait face à des défis importants dans ses activités avec les États Membres. Des changements seraient inévitables, à mesure

que les États Membres continuaient à renforcer leurs propres capacités de leadership dans la santé publique et que de nouveaux acteurs émergeaient dans le domaine de la coopération sanitaire internationale. Il était absolument essentiel d'adopter des approches novatrices pour financer et gérer les opérations du BSP et d'adapter sa coopération technique aux besoins des États Membres, tant sur le plan individuel que collectif. Dans le droit fil des approches impliquant l'ensemble de la société et l'ensemble du gouvernement, le Bureau devrait également explorer de nouveaux partenariats avec d'autres secteurs, d'autres organismes bilatéraux et multilatéraux et des partenaires au potentiel inexploité dans les Amériques et au-delà.

16. Dans le même temps, l'Organisation devait tirer parti de ses réalisations passées et de la forte tradition de solidarité panaméricaine qui les a rendues possibles. L'objectif nouvellement approuvé d'une couverture sanitaire universelle reflétait l'engagement continu de la Région en vue d'obtenir des résultats innovants en matière de santé publique même si la tâche s'annonçait monumentale.

17. Le Bureau est resté fermement engagé sur le plan de l'excellence technique, de l'amélioration de l'efficacité et de l'efficience organisationnelles, de la mobilisation des ressources nécessaires pour faciliter et soutenir ses programmes de coopération technique, et de l'amélioration des aptitudes et compétences de son personnel. Il continuerait à travailler en étroite collaboration avec et sous la houlette des États Membres de l'OPS afin de poursuivre les objectifs conjoints de santé publique qui protégeraient et amélioreraient la vie de l'ensemble des populations des Amériques.

18. Le Conseil directeur a remercié la Directrice pour son leadership et a salué les réalisations du Bureau au cours de la période considérée. Les délégués ont affirmé l'importance de l'innovation afin de relever les défis de la santé dans la Région. L'importance de la couverture sanitaire universelle a été également soulignée et, dans ce contexte, la nécessité d'aborder les déterminants sociaux de la santé, d'œuvrer pour éliminer les disparités socio-économiques et sanitaires et d'assurer une place de choix pour la santé dans le programme de développement pour l'après-2015 a été soulignée. Les délégués ont également souligné la nécessité d'intensifier les efforts pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement dans l'intervalle restant avant 2015. L'accent devrait être mis en particulier sur la santé maternelle, néonatale et infantile. La prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles et les facteurs de risque connexes de même que la promotion de modes de vie sains ont également été considérés comme des priorités. L'importance de poursuivre les efforts pour mettre en œuvre le Règlement sanitaire international (2005) et renforcer les systèmes de surveillance, notamment à la lumière des récentes flambées de la maladie à virus Ebola, a également été mise en exergue.

19. Il a été souligné que la réalisation des objectifs de santé futurs dépendrait de l'engagement collectif et de la volonté politique des gouvernements, d'un leadership politique efficace et d'un financement durable. Une collaboration intersectorielle et des approches impliquant l'ensemble de la société et intégrant la santé dans toutes les politiques étaient également considérées comme essentielles. Des efforts continus en vue

de la réforme de l'OMS à l'échelle mondiale et régionale ont été identifiés comme étant toujours une priorité.

20. Les délégations ont remercié le Bureau pour le soutien qu'il apporte aux efforts de santé publique de leur pays et ont décrit les initiatives en cours au niveau national pour, entre autres, réduire l'obésité et le diabète, abaisser la consommation de sucre et de sel et le tabagisme, prévenir l'infection par le VIH et améliorer le traitement des personnes déjà infectées, réduire les taux de mortalité maternelle et améliorer la santé maternelle et infantile, lutter contre la violence familiale et éliminer l'onchocercose. Sur ce dernier point, il a été indiqué que l'Équateur avait été certifié par l'OMS comme pays exempt d'onchocercose et que le Mexique s'apprêtait à obtenir la même certification. Un certain nombre d'États Membres ont proposé de partager leurs expériences dans le domaine de la lutte contre diverses maladies et leur élimination et du renforcement de leurs systèmes de soins de santé et d'information sanitaire, de même que concernant les mesures à prendre en vue d'établir la couverture sanitaire universelle, et dans d'autres domaines. À cet égard, le délégué de Cuba a souligné que son pays participait aux efforts internationaux de lutte contre le virus Ebola et d'élargissement de l'accès aux soins de santé dans d'autres pays en développement.

21. Un représentant de l'Agence internationale de l'énergie atomique (AIEA) a souligné l'importance du diagnostic et du traitement précoces du cancer et a déclaré que l'AIEA travaillait en collaboration avec l'OPS et d'autres partenaires pour aider les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire dans la mise en œuvre de programmes nationaux de lutte contre le cancer en vue d'atteindre l'objectif fixé dans le Plan d'action mondial de l'OMS pour la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles d'une réduction relative de 25 % de la mortalité due aux maladies non transmissibles d'ici à 2025.

22. La Directrice a déclaré que, après avoir entendu les comptes rendus sur les nombreuses réalisations des États Membres, elle craignait que son rapport n'ait pas su refléter toutes les avancées réalisées dans la Région au cours de l'année précédente. La Direction et le personnel du Bureau continueraient à s'efforcer de créer un environnement dans lequel le personnel pourrait trouver des idées nouvelles et travailler de façon fructueuse avec les États Membres pour l'innovation et le changement. Elle était convaincue que, pour avoir un impact positif sur la vie et le bien-être des populations, il était essentiel de combler les lacunes en termes de connaissances, de pratiques, d'accès et de développement. Elle espérait que le Bureau et les États Membres pourraient trouver des moyens de tirer parti de l'innovation tout en s'appuyant également sur l'expérience passée pour remédier à ces lacunes et pour faire en sorte que toutes les populations aient accès aux meilleurs soins de santé possibles et puissent ainsi être des citoyens productifs de leurs pays respectifs.

Élection de trois États Membres au Comité exécutif au terme des mandats du Brésil, du Chili et d'El Salvador (document CD53/4)

23. Le Conseil directeur a élu les États-Unis d'Amérique, le Guatemala et Trinité-et-Tobago en tant que membres du Comité exécutif pour une période de trois ans, et a remercié le Brésil, le Chili et El Salvador pour leur service (résolution CD53.R4).

Questions relatives à la politique des programmes

Rapport final sur le Plan stratégique de l'OPS 2008-2013 et évaluation en fin de période biennale du programme et budget 2012-2013 (document officiel 348)

24. Le Dr Jarbas Barbosa da Silva (Représentant du Comité exécutif) a précisé que le Comité exécutif avait examiné une version antérieure du rapport et de l'évaluation et avait salué les progrès importants réalisés dans le cadre des 16 objectifs stratégiques du Plan stratégique 2008-2013. Toutefois, le Comité avait noté qu'il fallait prendre davantage de mesures afin de répondre aux objectifs essentiels du Plan stratégique qui n'avaient pas été entièrement atteints, notamment la réduction de la mortalité maternelle. À cet égard, la nécessité de renforcer les systèmes intégrés de services de santé, d'améliorer les conditions d'accès, l'équité et la solidarité et d'améliorer les systèmes d'information avait été soulignée. Compte tenu des contraintes budgétaires actuelles, la nécessité d'adopter une approche réaliste sur le plan de la définition des priorités programmatiques avait été soulignée. Les délégués avaient souligné l'importance de poursuivre les discussions sur l'allocation des ressources entre les régions de l'OMS. Il a été souligné que, certes, la Région avait connu un succès considérable par rapport à d'autres, mais qu'elle ne devrait pas être pénalisée pour son succès en se voyant attribuer de ce fait une allocation réduite par l'OMS.

25. M. Daniel Walter (Directeur du Département du Programme et du Budget du BSP) a présenté le rapport final sur la troisième et dernière évaluation du Plan stratégique de l'OPS 2008-2013. Il a expliqué que le rapport s'appuyait sur les deux rapports d'activités présentés aux Organes directeurs à la fin des exercices biennaux 2008-2009 et 2010-2011 et intégrait les recommandations des États Membres relatives à ces rapports antérieurs, ajoutant que le Plan stratégique 2008-2013 avait été le premier à être conçu, mis en œuvre et évalué conformément au cadre de gestion fondé sur les résultats du BSP. Son évaluation finale constituait un élément clé de la reddition de comptes de l'Organisation aux États Membres. Le rapport décrivait bon nombre de réalisations importantes en termes d'impacts et de résultats intermédiaires qui étaient également mises en exergue dans une brochure publiée récemment sous le titre « *Progress in Health—Results of the PAHO Strategic Plan 2008-2013* ». Dans l'ensemble, la mise en œuvre du Plan stratégique avait permis d'atteindre pleinement sept des 16 objectifs stratégiques, et les neuf autres étaient presque atteints. En outre, 75 des 90 résultats escomptés à l'échelle régionale et 233 des 253 cibles avaient été atteintes ou dépassées.

26. La Région avait connu de nombreux défis et obstacles sur le plan de l'exécution du Plan stratégique. Ils étaient analysés dans le rapport, de même que les raisons pour

lesquelles certains des résultats escomptés n'avaient pas été atteints. Le rapport contenait également une analyse de la situation financière de la Région pendant la période couverte par le Plan stratégique, qui avait coïncidé étroitement avec le début de la crise financière et la récession qui avait suivi. En conséquence, aucun des trois programmes et budgets des six années du Plan stratégique n'avait été entièrement financé, ce qui soulignait la nécessité de renforcer et d'étendre les efforts de mobilisation de ressources auprès des partenaires traditionnels et non traditionnels.

27. Le Conseil directeur a accueilli avec satisfaction les réalisations décrites dans le rapport. Sa publication a été considérée comme un exercice important qui permettait au Bureau et aux États Membres de réfléchir et de tirer les enseignements des succès et des difficultés rencontrées. Le Conseil a été particulièrement heureux du taux de réalisation programmatique élevé enregistré au cours de la dernière période biennale et a jugé encourageant que l'incidence des infections par le VIH et de la tuberculose ait diminué. Les autres résultats encourageants tenaient au fait que la mortalité prématurée pour les quatre grands groupes de maladies non transmissibles avait enregistré une diminution globale et que le pourcentage de la population de la Région couverte par une forme de protection sociale avait augmenté. Dans le même temps, il a été jugé particulièrement important que le rapport ait identifié des domaines où les cibles n'avaient pas été atteintes, dans la mesure où l'analyse de ces expériences fournirait des indications précieuses pour le nouveau Plan stratégique 2014-2019.

28. Un délégué a proposé, comme l'avait suggéré le Comité exécutif, que des rapports soient fournis aux États Membres sur leurs performances en termes de contribution aux résultats escomptés à l'échelle régionale du Plan stratégique 2008-2013, ainsi les pays seraient informés des domaines où des efforts supplémentaires étaient nécessaires. À l'avenir, il a été souligné que des niveaux de référence précis seraient nécessaires afin d'identifier les défis et les progrès dans chacun des domaines visés. Il a été jugé important d'augmenter la fiabilité des données et des rapports, afin d'améliorer la capacité d'analyse des États Membres.

29. Le Bureau a été instamment prié de continuer à travailler vers une méthode intégrée de coopération technique, qui serait liée d'une part aux stratégies de coopération avec les pays et d'autre part aux capacités nationales existantes, par exemple par l'entremise des centres nationaux d'excellence et des centres collaborateurs de l'OMS. Le Bureau a également été encouragé à répondre à la recommandation énoncée au paragraphe 85 du rapport en s'attachant à combler les lacunes subsistant dans l'évaluation et les composants d'apprentissage indépendants afin de mettre pleinement en œuvre la gestion fondée sur les résultats au sein de l'OPS.

30. Il a été suggéré que certains des facteurs clés contribuant à la non-réalisation des cibles avaient trait à la qualité insuffisante de certains indicateurs et à l'adoption d'objectifs irréalistes. On s'attendait à ce que, avec le travail qui était accompli pour élaborer et affiner le Plan stratégique 2014-2019, ces questions soient résolues.

31. M. Walter a répondu que l'une des leçons tirées de l'expérience du Bureau dans l'évaluation du Plan stratégique avait, de fait, trait à la nécessité de disposer d'indicateurs moins nombreux mais plus précis et plus mesurables pour évaluer à la fois la performance des États Membres et celle du Bureau. Il a assuré le Conseil que ces leçons avaient été appliquées au Plan stratégique 2014-2019.

32. La Directrice a remercié les États Membres des mesures prises au niveau national pour atteindre les buts et les objectifs qui avaient été fixés. La publication du rapport était une indication des progrès réalisés par l'Organisation vers plus de transparence et de reddition de comptes. Le travail qui avait été entrepris par le groupe de travail pour affiner les cibles et les indicateurs du Plan stratégique 2014-2019 lui permettrait de progresser encore sur le plan des rapports et de la responsabilisation.

33. Certes, le rapport avait mis en lumière de nombreuses réalisations stratégiques dans le cadre du Plan stratégique 2008-2013, mais il ne mettait pas en exergue les iniquités persistantes dans la Région. Un grand nombre de populations pauvres et vulnérables n'atteignaient pas les résultats présentés dans le rapport. La Région dans son ensemble atteindrait la plupart des cibles des objectifs du Millénaire pour le développement, mais si les résultats étaient ventilés, il serait évident que beaucoup de communautés défavorisées n'atteignent pas les mêmes niveaux de réussite. C'est pourquoi il était important d'adopter une approche pour l'avenir qui accordait la priorité à l'évaluation des raisons pour lesquelles les populations pauvres et vulnérables n'avaient pas accès aux services de santé et à la détermination des déterminants sociaux de la santé.

34. Le Conseil directeur a pris note du rapport.

***Plan stratégique de l'Organisation panaméricaine de la Santé 2014-2019 (amendé)
(document officiel 345 et Add. I)***

35. Le Dr Jarbas Barbosa da Silva (Représentant du Comité exécutif) a indiqué que le Comité exécutif avait reçu une mise à jour du Président du groupe de travail de pays (CWG), chargé de constituer un recueil d'indicateurs pour le Plan stratégique 2014-2019. Le Groupe avait également été invité à recommander une méthode de suivi et d'évaluation conjointe du Plan stratégique et à examiner la méthode de stratification des priorités programmatiques afin de recommander des améliorations. Le Comité avait souligné l'importance d'achever le travail sur les indicateurs avant le 53^e Conseil directeur, même s'il avait reconnu que des délais supplémentaires pourraient être nécessaires par la suite pour finaliser des niveaux de référence et les cibles, étant donné que des consultations avec les autorités nationales seraient nécessaires. Le Comité avait également souligné la nécessité de disposer de niveaux de référence précis afin de mesurer les progrès accomplis et avait souligné l'importance d'appliquer les leçons tirées du Plan stratégique 2008-2013.

36. M. Alberto Kleiman (Brésil, Président du groupe de travail de pays) a rappelé que le CWG avait été créé en vertu de la résolution CD52.R8, qui avait demandé au Comité exécutif d'établir un groupe de travail pour continuer à travailler sur les indicateurs d'impact et de résultats intermédiaires pour le Plan stratégique 2014-2019. Le Groupe avait

été composé de représentants des Bahamas, du Brésil, du Canada, du Chili, du Costa Rica, d'El Salvador, de l'Équateur, des États-Unis d'Amérique, de la Jamaïque, du Mexique, du Paraguay et du Pérou. Il comptait parmi ses membres des administrateurs de la santé, des planificateurs et des responsables de la santé internationale d'un haut niveau d'expertise technique. Les travaux du Groupe s'étaient caractérisés par une excellente collaboration, un haut niveau d'enthousiasme et de riches discussions visant à affiner le Plan stratégique, qui avait lui-même été le fruit d'un processus de collaboration extrêmement participatif. Ce type de collaboration constituait un exemple d'une manière de travailler nouvelle et efficace qui devrait être documentée comme pratique exemplaire, encouragée au sein de l'OPS et partagée avec d'autres régions.

37. Le Groupe avait tenu deux réunions en présentiel et cinq réunions virtuelles, qui avaient permis d'aboutir à plusieurs produits clés : la version amendée du Plan stratégique, un recueil de 26 indicateurs d'impact et de 78 indicateurs de résultats intermédiaires,² et l'élaboration d'un nouveau processus et système pour le suivi et l'évaluation du Plan stratégique. Le recueil comprenait des définitions, les niveaux de référence, les cibles et les critères de mesure selon un format type pour chaque indicateur. La cohérence des indicateurs avait été améliorée de même que leur alignement sur les indicateurs mondiaux de l'OMS. Des améliorations importantes avaient été apportées en termes de définition et de mesure des indicateurs d'espérance de vie en bonne santé, de réduction des iniquités en matière de santé et de réduction de la mortalité due à des soins de santé de mauvaise qualité. Ces innovations importantes reflétaient la vision et l'engagement des États Membres à aller au-delà de la prévention et de la lutte contre les maladies pour cibler la santé et le bien-être. En effet, un indicateur spécifique visant à mesurer les progrès accomplis vers la couverture sanitaire universelle avait été inclus.

38. Le système de suivi et d'évaluation faciliterait la mesure des progrès accomplis avec plus de précision. Les États Membres auraient accès au système, ce qui faciliterait les rapports et assurerait la reddition de comptes. Le chapitre VIII du Plan stratégique contenait des informations sur le suivi et les rapports ; un manuel et des lignes directrices sur l'utilisation du système étaient également en préparation, et des sessions de formation seraient proposées. Les membres du CWG travailleraient avec le Bureau pour tester le système en préparation en vue de son lancement en début 2015.

39. Le Groupe avait démarré son examen du cadre de stratification des priorités programmatiques mais n'avait pu terminer cet examen en raison de l'important travail qu'il devait réaliser pour s'acquitter de sa fonction première de révision des indicateurs et de préparation du recueil. Il a donc été recommandé que le Groupe poursuive son travail sur le cadre de stratification des priorités et qu'il reste actif jusqu'à ce que l'évaluation du programme et budget pour le premier exercice biennal du Plan stratégique ait été achevée.

40. Le Conseil a accueilli avec satisfaction la version amendée du Plan stratégique et le recueil d'indicateurs et a exprimé sa gratitude au CWG pour son travail et au Brésil pour

² Disponible en anglais sur :

http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=23129&Itemid=&lang=en

son leadership lors de ce processus. L'approche de la gestion fondée sur les résultats dans le Plan stratégique et l'accent qui y était mis sur la responsabilisation et l'évaluation ont également été salués. Le Conseil a appuyé la poursuite des travaux du Groupe, notamment sur la méthodologie d'établissement des priorités. À cet égard, l'importance d'une planification et d'une priorisation du bas vers le haut a été soulignée. Il a été jugé indispensable de mener à bien ce travail dès que possible, étant donné que la mise en œuvre du Plan stratégique avait déjà commencé. Il a également été jugé urgent d'entreprendre des consultations avec les États Membres pour la validation des niveaux de référence et des cibles des indicateurs.

41. Les délégués sont convenus que l'approche participative et collaborative a été très constructive et qu'elle devrait être encore renforcée et partagée avec les autres régions de l'OMS. Ils ont estimé que cette approche avait favorisé une plus grande appropriation du Plan stratégique par les États Membres, ce qui contribuerait à sa mise en œuvre couronnée de succès et à l'obtention des résultats souhaités. Le fait de maintenir un groupe consultatif qui travaillerait en continu avec le personnel technique du Bureau pour superviser la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation du Plan stratégique, a été soutenu.

42. Tout en reconnaissant les améliorations des indicateurs, certains délégués ont considéré qu'un travail supplémentaire était nécessaire dans certains domaines, notamment afin d'harmoniser les indicateurs du Plan stratégique avec ceux de la stratégie proposée pour la couverture sanitaire universelle (voir les paragraphes 46 à 57 ci-dessous) et la proposition de plan d'action pour la santé dans toutes les politiques (voir les paragraphes 92 à 98 ci-dessous).

43. M. Daniel Walter (Directeur du Département du Programme et du Budget du BSP) a remercié les membres du CWG et est convenu que la méthode du groupe de travail pourrait servir de modèle aux collaborations futures entre le Bureau et les États Membres. Il ne faisait aucun doute que le recueil d'indicateurs pourrait aider à évaluer la performance par rapport au Plan stratégique. Le Bureau était conscient que certains ajustements supplémentaires seraient nécessaires et il travaillerait avec les États Membres afin d'ajuster les indicateurs comme il se devait. Il continuerait également à travailler avec le CWG sur le cadre pour la stratification des priorités programmatiques.

44. La Directrice a à son tour remercié les membres du CWG, faisant observer qu'il était essentiel que les États Membres et du Bureau participent à l'élaboration d'indicateurs bien formulés pour le Plan stratégique dans la mesure où les uns et les autres étaient responsables des résultats immédiats et intermédiaires. Le recueil d'indicateurs les aiderait à assurer le suivi continu qui serait nécessaire. Elle est convenue qu'il était urgent de mener à bien le travail sur la priorisation des domaines programmatiques, afin qu'il soit reflété dans le budget de 2016-2017 et a donc accueilli favorablement la recommandation selon laquelle le CWG devrait poursuivre son travail dans ce domaine. À mesure que l'Organisation avançait sur le plan de la mise en œuvre, il serait nécessaire que la collaboration se poursuive entre le Bureau et les États Membres pour s'assurer que les détails opérationnels des stratégies et plans d'action futurs seraient alignés sur le Plan stratégique.

45. Le projet de résolution figurant dans le *document officiel 345, Add. I*, a été amendé pour tenir compte de plusieurs changements proposés par le CWG et a été adopté par le Conseil directeur en tant que résolution CD53.R3.

Stratégie pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle (document CD53/5, Rév. 2)

46. Le Dr Jarbas Barbosa da Silva (Représentant du Comité exécutif) a indiqué que le Comité exécutif avait accueilli avec satisfaction la stratégie proposée, comme une base solide pour les travaux futurs visant à parvenir à une couverture sanitaire universelle, mais avait recommandé un certain nombre de modifications de la stratégie et du projet de résolution sur ce point. Le Comité avait donc décidé de constituer un groupe de travail en vue de réviser le projet de résolution et, par la suite, de continuer à travailler avec le Bureau pour finaliser la stratégie devant être soumise au Conseil directeur. Le Comité avait adopté la résolution CE154.R17, recommandant que le Conseil directeur adopte la stratégie, étant entendu que des consultations se poursuivraient au cours de la période précédant le Conseil directeur et que le Bureau réviserait la stratégie sur la base des avis formulés par les États Membres.

47. Le Dr James Fitzgerald (Directeur de Département des Systèmes et services de santé du BSP) a présenté la stratégie révisée figurant dans le document CD53/5, Rév. 1, notant qu'elle résultait d'un processus hautement participatif qui avait reflété l'engagement fort des États Membres sur le plan de la réalisation de l'accès universel à la santé et de la couverture sanitaire universelle. La stratégie répondait à un défi fondamental auquel l'OPS ferait face dans les années à venir, à savoir veiller à ce que toutes les personnes et toutes les communautés aient accès en temps opportun à des services complets et de haute qualité sans rencontrer de difficultés financières indues. Cette stratégie tenait compte du fait que les pays avaient des approches et des modalités d'organisation de leurs systèmes de santé différentes pour répondre à ce défi et, sur la base de ces expériences et des données probantes disponibles, elle identifiait des éléments directeurs pour avancer vers l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle.

48. Le Dr Antonio Barrios Fernández (Paraguay, Président du groupe de travail) a indiqué que le groupe de travail formé par le Comité exécutif, composé de l'Argentine, des Bahamas, du Brésil, du Canada, du Chili, du Costa Rica, d'El Salvador, de l'Équateur, des États-Unis d'Amérique, de la Jamaïque, du Mexique et du Paraguay avait tenu cinq réunions, au cours desquelles il avait entrepris une révision détaillée du document de stratégie. Le groupe avait modifié le titre du document, ajoutant « l'accès universel à la santé » et avait apporté un certain nombre de changements à la stratégie elle-même, notamment en incluant certaines définitions clés et en modifiant certains éléments des axes stratégiques proposés. Il était parvenu à un consensus sur la quasi-totalité du document, même si le libellé des paragraphes 33, 36 et 52 devait encore faire l'objet d'un accord. Le groupe de travail avait également examiné le projet de résolution adopté par le Comité exécutif et avait recommandé plusieurs changements. Il a remercié les membres du groupe de travail pour leur esprit de compromis et leur panaméricanisme.

49. Le Conseil directeur s'est félicité de la stratégie révisée et a remercié le groupe de travail pour ses efforts. Les délégués ont salué le processus participatif qui avait permis d'élaborer et de réviser cette stratégie et se sont déclarés satisfaits que la version contenue dans le document CD53/5, Rév. 1 reflétait bon nombre des points soulevés lors des consultations nationales sur la stratégie. La stratégie révisée a été jugée plus pragmatique que la version examinée par le Comité exécutif et il a été considéré qu'elle fournirait des orientations utiles aux États Membres pour relever les défis clés relatifs aux ressources humaines dans la santé, au financement de la santé, à la réduction des dépenses à la charge des patients et à d'autres questions. Les délégués se sont déclarés satisfaits du fait que la stratégie et le projet de résolution reconnaissent que chaque pays doit trouver sa propre voie vers l'accès universel et la couverture sanitaire universelle, en tenant compte de son contexte social, économique, politique, juridique et historique. Par ailleurs, il a été souligné que tous les pays, quel que soit le modèle structurel de leur système de santé, devaient prendre des mesures pour éliminer les iniquités, atteindre la stabilité financière et renforcer les actions intersectorielles pour traiter des déterminants sociaux de la santé.

50. De nombreux délégués ont cité le manque de financement adéquat et durable comme étant le plus grand défi à relever pour obtenir et maintenir la couverture sanitaire universelle. La nécessité de disposer de politiques publiques visant à éliminer les iniquités, à réduire l'exclusion et à promouvoir la justice sociale, ainsi qu'à instaurer un système de protection sociale pour tous les groupes de la population a été soulignée. Certes, l'objectif visant à éliminer progressivement les dépenses à la charge des patients a reçu un soutien généralisé mais il a été souligné que les paiements directs ne constituaient pas toujours un obstacle à l'accès et qu'ils pourraient avoir un effet redistributif, ce qui contribuerait à réduire les iniquités. Certains délégués ont donc recommandé que la stratégie et le projet de résolution appellent à une réduction progressive des paiements directs plutôt qu'à leur élimination totale.

51. Les délégués ont également souligné la nécessité de renforcer la gouvernance de la santé et les systèmes de santé. Bon nombre d'entre eux ont souligné l'importance du renforcement des soins de santé primaires comme moyen d'élargir l'accès aux services de santé. Il a été souligné qu'il avait été démontré que l'investissement dans les soins de santé primaires permettait d'obtenir un taux de rendement élevé en termes de couverture élargie et de plus grande satisfaction de la population. La nécessité de disposer de personnel de santé adéquat et ayant une performance satisfaisante et d'un système d'information sanitaire efficace capable de révéler les disparités qui existent sur le plan de l'état de santé et de la couverture sanitaire a également été notée.

52. Plusieurs délégués ont attiré l'attention sur les liens étroits qui existaient entre ce point et d'autres points à l'ordre du jour du Conseil, y compris ceux ayant trait à la santé dans toutes les politiques (voir les paragraphes 92 à 98 ci-dessous), les législations liées à la santé (voir les paragraphes 116 à 128 ci-dessous) et le programme de développement pour l'après-2015 (voir les paragraphes 148 à 160 ci-dessous). Il a également été suggéré que les enseignements tirés de l'initiative précédente « Santé pour tous d'ici à l'an 2000 » devraient être appliqués aux efforts visant à atteindre une couverture sanitaire universelle.

53. Bien que la stratégie révisée ait généralement été considérée comme ayant été nettement améliorée, certains délégués ont estimé qu'il fallait des précisions supplémentaires sur certains concepts, y compris celui des services de santé complets de qualité au paragraphe 36 et la notion d'assurer des vies plus saines et de promouvoir le bien-être comme objectifs clés en ce qui concerne la couverture sanitaire universelle au paragraphe 18. Il a été estimé que cette notion était vague et serait difficile à mesurer. À cet égard, la nécessité de disposer d'indicateurs pour mesurer les progrès vers la couverture sanitaire universelle a été mise en exergue. Les indicateurs identifiés par l'OMS et la Banque mondiale, tels que les dépenses à la charge des patients et la présence de personnel qualifié lors des accouchements, ont été suggérés comme possibilités à envisager. La disponibilité de médicaments essentiels a été également considérée un indicateur important.

54. L'approche fondée sur les droits a recueilli un vaste soutien, et un certain nombre de délégués ont affirmé que la reconnaissance du droit à la santé constituait le fondement de la réalisation de l'accès universel et de la couverture sanitaire universelle. Plusieurs délégués ont souligné qu'il était essentiel de mettre l'accent sur les droits plutôt que sur le financement. D'autres délégués, cependant, ont souligné que tous les pays ne reconnaissaient pas les droits liés à la santé dans leurs constitutions et ont insisté sur la nécessité de s'entendre sur un libellé qui reflète la diversité des approches dans la Région. À cette fin, il a été suggéré que la stratégie ne devrait pas faire référence au droit à la santé mais plutôt au fait de jouir des plus hautes normes de santé qu'il était possible d'atteindre, comme dans la Constitution de l'OMS, en faisant par ailleurs référence au droit à la santé reconnu nationalement, le cas échéant.

55. Le Dr Fitzgerald a fait observer que les commentaires du Conseil faisait écho au débat ayant eu lieu au sein du Comité exécutif, du groupe de travail et lors des consultations nationales, et centré sur les principes et les valeurs que les États Membres avaient adoptés pour le développement de leurs systèmes de santé et de leur approche en matière d'accès universel à la santé et de couverture sanitaire universelle. Le Bureau se réjouissait à la perspective de travailler avec les États Membres afin de résoudre les questions en suspens dans le cadre de la stratégie et du projet de résolution.

56. La Directrice a remercié les États Membres d'avoir fait figurer l'objectif des soins de santé universels en bonne place sur les programmes nationaux et régionaux, en notant que bon nombre avaient déjà entrepris des initiatives pour sa réalisation progressive. Elle avait bon espoir que le Conseil serait en mesure de parvenir à un consensus sur les quelques points en suspens dans la stratégie et le projet de résolution afin que les Amériques puissent aller de l'avant dans la quête de l'accès universel à la santé et de la couverture sanitaire universelle.

57. À la demande du Conseil, le groupe de travail s'est réuni à plusieurs reprises au cours de la session en vue de parvenir à un consensus sur la stratégie et le projet de résolution. Par la suite, le Conseil est convenu de réviser le libellé des paragraphes 33, 36 et 52 de la stratégie comme indiqué dans le document CD53/5, Rév. 2 et a adopté la résolution CD53.R14, adoptant la stratégie.

Plan d'action pour l'accès universel à la sécurité transfusionnelle (document CD53/6)

58. Le Dr Jarbas Barbosa da Silva (Représentant du Comité exécutif), présentant le rapport sur l'examen d'une version antérieure du projet de plan d'action, a déclaré que le Comité avait remercié le Bureau pour l'attention constante qu'il portait à la question importante de l'accès aux transfusions et à la sécurité transfusionnelle, et a salué l'approche participative utilisée pour élaborer le plan. Il avait été suggéré que, lors de l'évaluation des besoins nationaux, les politiques et la prise de décision pour la sécurité transfusionnelle et la disponibilité du sang pour les transfusions devraient prendre en compte des considérations éthiques, une analyse coût-efficacité et coût-bénéfice et l'utilisation rationnelle des produits sanguins. Le partage des données nationales et internationales avait été considéré comme essentiel pour la prise de décisions sur les politiques nationales relatives à la sécurité et la disponibilité transfusionnelles.

59. Plusieurs délégués avaient mentionné des questions dont ils estimaient qu'elles n'avaient pas été suffisamment examinées dans le document. L'une était la sécurité immunologique, qui allait au-delà du dépistage des agents infectieux dans le sang ; une autre était l'utilisation rationnelle du sang, afin d'assurer l'utilisation des dons la plus efficace possible et de réduire le gaspillage. Le Comité avait examiné une résolution révisée intégrant les amendements proposés et avait apporté d'autres modifications au libellé. Avec ces changements, le Comité avait adopté la résolution CE154.R16, recommandant au Conseil directeur d'approuver le plan d'action.

60. Le Conseil directeur a accueilli avec satisfaction le projet de plan d'action, notant qu'un approvisionnement sûr et fiable en sang et produits sanguins avait considérablement amélioré la qualité de vie et l'espérance de vie des patients atteints de diverses maladies aiguës ou chroniques. Il a été souligné que la sécurité transfusionnelle avait un rôle particulièrement important à jouer dans les pays qui déployaient des efforts considérables pour abaisser les niveaux de mortalité maternelle et infantile. L'accès universel à du sang sûr était considéré comme indispensable pour le développement global des systèmes de santé et la réalisation du Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017. Il a été souligné que l'accès devait être assuré sans distinction d'âge, de sexe, d'origine ethnique, d'idéologie politique, de situation économique ou sociale, de religion ou d'orientation sexuelle.

61. Plusieurs délégués ont décrit les dispositions nationales dans leur pays, sur le plan médical et réglementaire, pour l'accès à la sécurité transfusionnelle, et ont affirmé leur engagement à rendre cet accès universel. Certains ont également exposé leurs plans visant à améliorer à court et moyen termes l'approvisionnement, la manutention et l'utilisation du sang et des produits sanguins. Un délégué a noté que l'organisme national responsable de l'approvisionnement en sang comprendrait également des représentants du secteur de l'éducation, afin de contribuer à l'instauration d'une culture du don bénévole chez les enfants d'âge scolaire. Plusieurs délégués ont noté qu'au moins certaines des mesures demandées dans le plan d'action étaient déjà en vigueur dans leurs pays ou le seraient prochainement, certains d'entre eux ont lancé un appel au BSP pour qu'il leur apporte un soutien dans la mise en place de divers mécanismes et mesures. D'autres ont déclaré que

certaines améliorations dans leurs systèmes nationaux de sang avaient découlé des discussions qui avaient eu lieu dans le cadre de la préparation du plan d'action.

62. Il a été convenu que le don altruiste bénévole était l'un des meilleurs moyens de diminuer le risque d'infections, et tous les États Membres ont été encouragés à favoriser une culture de dons bénévoles et répétés. Certains délégués ont fourni des données sur leur niveau actuel de dons de sang bénévoles et non rémunérés et ont décrit leurs efforts pour augmenter les taux de don, y compris la création de clubs de donneurs et les efforts déployés pour persuader les donneurs pour un membre de leur famille de devenir des donneurs bénévoles non rémunérés. Il a été reconnu que les pays avaient réalisé des progrès inégaux et il a été suggéré que les États Membres devraient se soutenir mutuellement en s'efforçant d'atteindre l'objectif de 100 % de dons bénévoles et non rémunérés.

63. Le Dr James Fitzgerald (Directeur du Département des Systèmes et des services de santé du BSP) a passé en revue le long processus qui avait débouché sur la présentation du projet de plan d'action, dès 2006 avec l'adoption du Plan d'action régional sur la Sécurité transfusionnelle 2006-2010,³ qui avait fait l'objet d'un examen cinq ans plus tard. Cet examen avait permis de déterminer qu'une approche beaucoup plus solide en matière d'organisation des services de transfusion était nécessaire, notamment en les intégrant au sein des systèmes de santé, en renforçant les processus réglementaires pertinents et en examinant les questions relatives à la gestion de la qualité. Il en avait résulté le plan d'action proposé figurant dans le document CD53/6. On espérait que ce plan se traduirait par une augmentation significative du taux de dons bénévoles non rémunérés, qui se situait actuellement à environ 41 % pour l'ensemble de la Région.

64. La Directrice a déclaré qu'il était clair que la Région devait parvenir rapidement à l'accès universel à la sécurité transfusionnelle, dans le cadre d'une approche intégrée des systèmes de santé et sur la base de dons bénévoles et non rémunérés, de préférence répétés. Il était également nécessaire d'accroître la capacité de dépistage universel, d'hémovigilance et de suivi. Le Bureau se réjouissait à la perspective de travailler avec les États Membres pour mettre en œuvre le plan d'action.

65. À l'issue de l'examen de certains amendements proposés au cours de la discussion, le Conseil directeur a adopté la résolution CD53.R6, approuvant le Plan d'action pour l'accès universel à la sécurité transfusionnelle.

Plan d'action sur les incapacités et la réadaptation (document CD53/7, Rév. 1)

66. Le Dr Jarbas Barbosa da Silva (Représentant du Comité exécutif) a indiqué que le Comité exécutif avait appuyé le plan d'action proposé. Les membres du Comité avaient accueilli avec satisfaction l'attention accordée dans le plan à la nécessité de traiter de la question du manque de services publics et du caractère inadéquat de l'offre d'équipements d'assistance technique destinés aux personnes handicapées, ainsi que de la stigmatisation,

³ Voir le document CD46/16 et la résolution CD46.R5.

des préjugés et des atteintes aux droits humains auxquels font face les personnes handicapées. Le plan avait été considéré comme une voie à suivre pour améliorer les systèmes de santé et approfondir le dialogue intersectoriel nécessaire dans les pays. Il a été suggéré d'avoir recours à un plus grand nombre d'indicateurs afin de permettre une évaluation complète du degré de réalisation des objectifs proposés. Il a aussi été suggéré qu'il pourrait être souhaitable d'inclure dans le plan d'action une liste des causes possibles de handicap et d'identifier celles qui devraient être priorisées, soit en raison de la plus grande vulnérabilité qu'elles occasionnaient, soit parce que les interventions pour lutter contre ces causes étaient particulièrement rentables. Le Comité exécutif avait adopté la résolution CE154.R5, recommandant au Conseil directeur d'approuver le plan d'action.

67. Le Conseil directeur a accueilli avec satisfaction le plan d'action proposé. Les délégués se sont déclarés satisfaits qu'il ait été étroitement aligné sur d'autres instruments similaires, tels que le Plan d'action mondial 2014-2021 de l'OMS relatif au handicap, et ont estimé que cela contribuerait à la construction d'une société inclusive et harmonieuse au sein de laquelle les personnes handicapées jouiraient pleinement de leurs droits et auraient un accès effectif aux services de santé.

68. Plusieurs délégués ont décrit la façon dont les personnes handicapées étaient prises en charge dans leur pays et les services mis à leur disposition. La déléguée de l'Équateur a fait remarquer que, jusqu'à récemment, on ne savait pas combien de personnes étaient handicapées dans son pays ni de quelle forme de handicap elles souffraient : en effet, ils étaient invisibles auparavant. Cependant, récemment, la prise en charge des personnes handicapées et la défense de leurs droits étaient devenues une priorité nationale. Les efforts de l'Équateur avaient été soutenus par Cuba et le Venezuela, et maintenant son pays était fier d'être à l'avant-garde de ces efforts dans le monde entier. Il avait, par exemple, avec le soutien d'autres pays de l'Union des Nations sud-américaines (UNASUR), promu le Plan d'action mondial 2014-2021 de l'OMS relatif au handicap qui avait été adopté lors de la soixante-septième Assemblée mondiale de la Santé. Plusieurs délégués ont félicité l'Équateur pour son leadership dans ce domaine.

69. Certains délégués ont indiqué que leurs pays offraient déjà au moins certains des services et prestations recommandés dans le plan d'action. D'autres ont décrit les mesures prises récemment pour s'aligner sur le projet de plan ou sur le Plan d'action mondial de l'OMS. Il a été souligné que la prise en charge des personnes handicapées était une activité multisectorielle qui, au-delà du ministère de la santé, devait faire intervenir tous les ministères, les prestataires de services pertinents et la société civile. Il a été estimé que cette collaboration multisectorielle serait réalisée au mieux par l'entremise d'une réadaptation ancrée dans la communauté, s'attachant à autonomiser les personnes handicapées et leurs familles.

70. Diverses révisions du libellé du plan d'action et du projet de résolution ont été proposées. En particulier, il a été souligné que, certes, le plan d'action devrait être aligné sur les principes reflétés dans la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées, mais qu'il ne faudrait pas donner l'impression qu'il s'agissait d'exiger la ratification de cette Convention, étant donné que tous les pays n'avaient pas

encore été en mesure de le faire. Il a également été suggéré que le projet de plan d'action et de résolution devrait présenter le handicap comme une question de santé publique et non comme un fardeau ou un problème, et que le libellé devrait être modifié en conséquence.

71. Le Dr Anselm Hennis (Directeur du Département des Maladies non transmissibles et de la Santé mentale du BSP), affirmant que les commentaires des États Membres témoignaient de leur engagement à s'attaquer aux questions du handicap et de la réadaptation, a déclaré que les diverses suggestions contribueraient incontestablement à améliorer la qualité du plan d'action et de la résolution.

72. Suite à l'incorporation des différents amendements proposés, le Conseil directeur a adopté la résolution CD53.R12, approuvant le Plan d'action sur les incapacités et la réadaptation.

Plan d'action sur la santé mentale (document CD53/8, Rév. 1)

73. Le Dr Jarbas Barbosa da Silva (Représentant du Comité exécutif) a expliqué que le Comité exécutif avait exprimé un soutien global pour la vision et les axes d'action du projet de plan d'action. Toutefois, il avait été suggéré que certains sujets méritaient de se voir accorder davantage d'importance. Notamment un sujet mentionné par plusieurs délégués avait été celui de la réadaptation et de la réinsertion sociale, pour lesquelles aucun indicateur n'avait été inclus dans le plan. Il avait été considéré que la prévention, le diagnostic en temps opportun et l'intégration des services de santé mentale dans les soins de santé primaires devraient également être mis en exergue, et qu'il devrait être précisé que tous les aspects du plan s'appliquaient à l'ensemble des problèmes de santé mentale, y compris l'utilisation nocive de l'alcool et l'utilisation de substances psychoactives. Il avait été jugé important de stipuler explicitement que les États Membres auraient la possibilité de mettre en œuvre des activités selon des modalités adaptées à leur contexte national. Le Comité avait adopté la résolution CE154.R12, recommandant au Conseil directeur d'approuver le plan d'action.

74. Le Conseil directeur a accueilli avec satisfaction le projet de plan d'action, notant qu'il reflétait l'importance de relever les défis dans le domaine de la santé mentale, ainsi que les efforts déployés pour réduire les taux de mortalité et de morbidité connexes. Le Conseil a apprécié en particulier que le plan d'action régional ait été aligné sur le Plan d'action mondial pour la santé mentale. Il s'est également réjoui que le plan intègre clairement à la fois les troubles mentaux et ceux dus à l'utilisation de substances psychoactives et accorde une grande importance à l'intégration des troubles de santé comportementale connexes dans les soins primaires. Le Conseil s'est félicité de l'inclusion dans le plan d'un objectif spécifique relatif à la prévention du suicide et il a salué le travail entrepris par le Bureau pour doter le plan d'une approche vaste, y compris l'examen des défis résultant des changements démographiques et de leurs effets sur les services de santé mentale dans les Amériques.

75. Plusieurs délégués ont décrit comment la santé mentale était abordée dans leurs pays, comment leurs plans nationaux de santé mentale s'articulaient avec les systèmes de

santé nationaux plus larges, et comment ils s’alignaient sur le projet de plan régional et le plan mondial de l’OMS. Certains délégués ont évoqué la nécessité dans leur pays de procéder à une restructuration progressive du système de santé pour promouvoir la prise en charge des troubles mentaux au niveau primaire et secondaire, réservant le niveau tertiaire de soins à une plus petite proportion de patients en ayant véritablement besoin. Plusieurs délégués ont suggéré que le plan devrait mettre davantage l’accent sur la réhabilitation des patients de santé mentale et leur réinsertion dans la société.

76. Certains délégués ont indiqué que leurs pays procédaient à une restructuration de leurs services de santé mentale afin de réduire le nombre des hôpitaux psychiatriques ou de réviser l’approche des hôpitaux existants afin de s’orienter vers un modèle global de prise en charge en respectant pleinement les droits humains des patients et l’élimination de la stigmatisation associée à leur condition. Les avantages d’une prise en charge dans le cadre communautaire et familial ont été soulignés. L’importance de la participation de la société civile afin d’élargir le champ des interventions de santé mentale a également été mise en exergue, de même que la nécessité de consulter les communautés autochtones et locales lors de l’élaboration des approches de santé mentale.

77. Le Dr Anselm Hennis (Directeur du Département des Maladies non transmissibles et de la Santé mentale du BSP) a passé en revue le long processus qui a abouti à la finalisation du plan d’action proposé, qui avait commencé avec la déclaration de Caracas, adoptée en 1990 par la Conférence pour la restructuration des soins psychiatriques en Amérique latine. Il était heureux de constater le large soutien qu’avait recueilli le plan proposé et avait pris note des diverses suggestions d’améliorations.

78. Le Conseil directeur a adopté la résolution CD53.R7, approuvant le Plan d’action sur la santé mentale.

Plan d’action pour la prévention de l’obésité chez les enfants et les adolescents (document CD53/9, Rév. 2)

79. L’examen par le Conseil du projet de plan d’action a été précédé d’une allocution de Son Excellence Wilma Pastrana Jiménez, Première Dame de Porto Rico, qui a décrit certaines des initiatives prises par Porto Rico pour réduire l’obésité chez les enfants et les adolescents. Elle a noté que les taux d’obésité dans la Région étaient les plus élevés au monde et que le problème était particulièrement grave chez les enfants. Dans les Caraïbes orientales, par exemple, le taux d’obésité chez les enfants âgés de moins de 4 ans avait doublé entre 2000 et 2010 et, de ce fait, ces enfants étaient plus susceptibles de développer d’autres pathologies telles que le diabète de type 2, l’asthme et des maladies cardiovasculaires et leur espérance de vie s’en trouvait réduite.

80. Toutefois, l’obésité des enfants et des adolescents était évitable, et les gouvernements, la société civile, les universités et les établissements de recherche, ainsi que le grand public avaient un devoir éthique de prendre des mesures pour régler le problème. Porto Rico avait mis en œuvre son propre plan qui incluait les lignes d’action stratégiques envisagées dans le cadre du projet de plan d’action de l’OPS : soins de santé

primaires et promotion de l'allaitement maternel, amélioration de la nutrition et activité physique accrue en milieu scolaire, politiques fiscales et réglementation de la commercialisation et de l'étiquetage des aliments et surveillance, recherche et évaluation des résultats.

81. Les efforts de Porto Rico pour prévenir l'obésité des enfants et des adolescents étaient ancrés dans la ferme conviction que la santé était un droit fondamental de tous les citoyens et qu'assurer un système de santé efficace était une question de justice sociale et de droits humains. Depuis qu'elle était devenue Première Dame en 2013, elle s'était concentrée sur l'élaboration de projets sociaux et éducatifs qui favoriseraient le bien-être dans l'équité pour l'ensemble de la population. L'une de ces initiatives visait à promouvoir l'activité physique et une alimentation saine. Une autre visait à faciliter la plantation de jardins scolaires et communautaires afin d'accroître la disponibilité des fruits et légumes. Elle invitait tous les États Membres à s'unir pour lutter contre l'épidémie d'obésité dans la Région et assurer ainsi une vie meilleure aux générations actuelles et futures. Le texte du discours de la Première Dame peut être consulté sur le site Internet du 53^e Conseil directeur.

82. Le Dr Jarbas Barbosa da Silva (Représentant du Comité exécutif) a indiqué que le Comité avait reconnu la gravité du problème du surpoids et de l'obésité chez les enfants et les adolescents et s'était félicité de l'attention que l'OPS accordait à cette question. La nécessité d'une intervention urgente avait été reconnue, mais une approche par étapes avait été jugée nécessaire afin de permettre une mise en œuvre à un rythme gérable. Une approche intersectorielle intégrée avait également été considérée comme essentielle. Il avait été souligné que les politiques et les approches des États seraient façonnées par leurs contextes nationaux, et que la flexibilité, l'adaptabilité et la définition des priorités par les pays eux-mêmes étaient importantes. Il avait également été précisé que le plan devrait être suffisamment souple pour tenir compte des recommandations du groupe de travail spécial sur les données scientifiques et factuelles, convoqué par la Directrice générale de l'OMS afin de parvenir à un consensus mondial sur les données factuelles et de recueillir les meilleurs conseils possibles sur la lutte contre la crise de l'obésité infantile. Étant entendu que le plan serait révisé pour tenir compte des suggestions du Comité, celui-ci avait adopté la résolution CE154.R2, recommandant au Conseil directeur d'approuver le plan d'action proposé.

83. Le Conseil directeur a accueilli avec satisfaction le plan d'action, notant qu'il était aligné sur l'approche du parcours de vie pour la prévention des maladies non transmissibles. Les délégués se sont déclarés convaincus que les lignes d'action stratégiques et l'approche multisectorielle proposées les aideraient à atteindre leur objectif de réduire l'obésité chez les enfants et les adolescents. Il a été suggéré que la Région des Amériques avait le devoir d'agir comme un catalyseur de changement, dans la mesure où c'était la Région avec les taux les plus élevés de surpoids et d'obésité dans le monde. Certains délégués ont décrit l'obésité infantile comme ayant un impact doublement négatif, puisqu'elle menaçait d'annuler bon nombre d'avancées médicales et sociales réalisées

jusqu'à présent, en particulier la réduction importante de la mortalité infantile et la chute de la prévalence de la malnutrition dans la Région.

84. Plusieurs délégués ont souligné que le surpoids et l'obésité n'étaient pas simplement un problème de santé et qu'il n'était donc pas possible de s'y attaquer au moyen d'approches axées sur une solution unique élaborées isolément ; en fait, des réponses multisectorielles étaient essentielles. Par exemple, une coopération était nécessaire entre le secteur de la santé et les ministères de l'Éducation, des Sports ou de la Jeunesse pour s'assurer que l'éducation physique se verrait accorder plus d'importance dans les programmes pour les jeunes et dans les écoles, ou entre les ministères de la Santé et de l'Agriculture en vue de promouvoir les aliments frais. En outre, pour régler efficacement ce problème il était nécessaire de faire intervenir les secteurs public, privé et non gouvernemental.

85. Il a été suggéré qu'un système d'interactions complexe de facteurs avait contribué à l'augmentation des taux de surpoids et d'obésité, à tous les niveaux, sur le plan individuel, familial et de la société dans son ensemble. L'obésité de la petite enfance était clairement liée en partie aux comportements des parents, y compris à la diminution des plats préparés à la maison et à la baisse des niveaux d'activité physique au sein des familles. Un autre facteur important a été l'accès réduit à des aliments abordables de bonne qualité. Un changement culturel a été jugé nécessaire pour faire face à ce problème aux facettes multiples. Une réglementation efficace de la production et de la commercialisation des aliments a été également considérée comme essentielle. À cet égard, il a été observé que certaines des initiatives réglementaires nationales se trouvaient menacées par des intérêts commerciaux peu scrupuleux et des lobbies transnationaux qui cherchaient à empêcher la mise en œuvre des politiques de santé publique ou à les faire échouer. Un délégué a précisé que le BSP pouvait certes jouer un rôle précieux en aidant les États Membres à prendre des mesures globales sur l'importante question de l'obésité, mais que, par ailleurs, il devait respecter un processus de définition des priorités géré par les pays ainsi que la nécessité d'une flexibilité afin de répondre à des contextes nationaux spécifiques.

86. De nombreux délégués ont décrit la situation de l'obésité, en particulier chez les enfants et les adolescents, dans leurs pays. Dans la plupart des cas, la prévalence se situait à un niveau préoccupant, mais qui plus est, elle continuait à augmenter. Les délégués ont également décrit les mesures prises par leurs gouvernements pour lutter contre cette épidémie, un bon nombre d'entre eux notant que leurs actions contre l'obésité étaient incluses dans les activités de lutte contre les maladies non transmissibles ou étaient étroitement liées à ces activités, compte tenu du lien étroit qui existait entre l'excès de poids et ces maladies, en particulier l'hypertension, le diabète et les cardiopathies.

87. Plusieurs délégués ont indiqué que leurs gouvernements s'attachaient à promouvoir l'allaitement maternel exclusif au cours des premiers mois de vie. Il avait fallu pour cela amender un certain nombre de lois et règlements, par exemple pour exiger des employeurs qu'ils fournissent des espaces d'allaitement sur le lieu de travail. Des lois régissant la commercialisation des substituts du lait maternel avaient aussi été introduites ou renforcées. Une autre initiative généralisée avait consisté à augmenter les taxes sur les

boissons sucrées. Certains États Membres avaient également relevé les taxes sur les produits alimentaires hautement transformés ou riches en énergie et pauvres en nutriments. Plusieurs États Membres s'étaient attachés à améliorer l'étiquetage sur les emballages de produits alimentaires afin d'en clarifier les ingrédients ainsi que la teneur en sel, en sucre et en matières grasses. Une attention particulière avait été apportée à l'étiquetage, à la publicité et à la vente d'aliments et de boissons destinés aux enfants et aux adolescents. L'accent avait également été mis sur l'accroissement de la pratique d'activités sportives chez les enfants et les adolescents.

88. Il a été suggéré que le BSP ou le Secrétariat de l'OMS pourraient définir des critères scientifiques sur l'apport calorique recommandé pour les différents groupes d'âge, ainsi que des normes pour l'étiquetage et la publicité pour les aliments. Une autre suggestion était que le BSP pourrait créer un Comité d'experts chargé de définir des propositions de limites pour la teneur en sodium, en sucre et en graisses nocives pour la santé dans les aliments. Certains délégués ont fait remarquer l'impact du commerce international sur l'approvisionnement en denrées alimentaires de la Région, notant que même si le commerce entre les pays avait enrichi, dans de nombreux cas, leurs cuisines, dans d'autres cas il s'était traduit par une augmentation des importations d'aliments malsains.

89. Le Dr Chessa Lutter (Conseillère régionale pour l'alimentation et la nutrition au BSP) a fait observer que les États Membres de l'OPS étaient des chefs de file à l'échelle mondiale des actions visant à réduire l'obésité chez les enfants et les adolescents, y compris dans le cadre des politiques fiscales et réglementaires. Des thèmes particulièrement importants qui étaient ressortis de la discussion étaient la nécessité d'entreprendre des actions multisectorielles pour prévenir l'obésité infantile et l'importance fondamentale de l'allaitement dans la réduction de l'obésité mais aussi des nombreux autres problèmes de santé des enfants.

90. La Directrice a déclaré qu'il était évident compte tenu des commentaires formulés que les États Membres étaient conscients de l'urgence de la situation en ce qui concernait l'obésité chez les enfants et les adolescents et les a remerciés pour leur engagement ferme à lutter contre cette épidémie.

91. Le Conseil directeur a adopté la résolution CD53.R13, approuvant le Plan d'Action.

Plan d'action sur la santé dans toutes les politiques (document CD53/10, Rév. 1)

92. Le Dr Jarbas Barbosa da Silva (Représentant du Comité exécutif) a expliqué que le Comité exécutif avait été informé que le projet de plan d'action sur la santé dans toutes les politiques (l'approche HiAP) avait été élaboré en réponse à une recommandation issue de consultations régionales tenues en vue de la 8^e Conférence mondiale sur la promotion de la santé, qui avait mis l'accent sur la façon dont l'approche HiAP devrait être mise en œuvre. Le projet de plan d'action avait été considéré comme une ressource utile pour guider les pays dans la mise en œuvre de cette approche. Cependant, il n'avait pas été considéré

comme étant prêt à être adopté par le Conseil directeur et de nombreuses suggestions d'amélioration avaient été formulées, y compris des modifications visant à rendre le texte du plan plus clair, moins contraignant et plus souple, et à préciser que chaque État Membre devrait adapter ce plan à son propre contexte et à ses systèmes politiques et sociaux.

93. Compte tenu des nombreuses modifications suggérées sur le plan d'action et le projet de résolution sur ce point, le Comité a décidé que le groupe de travail chargé de réviser la stratégie proposée et le projet de résolution sur la couverture sanitaire universelle (voir les paragraphes 46 à 57 ci-dessus) devrait être chargé également de réviser le projet de plan d'action et de résolution sur la santé dans toutes les politiques. Le Comité a adopté la résolution CE154.R14, qui reflétait les nombreux amendements apportés par le groupe de travail. Il avait été convenu que les consultations se poursuivraient au cours de la période précédant le 53^e Conseil directeur et que le Bureau réviserait le plan d'action sur la base des contributions des États Membres.

94. Le Conseil a exprimé son soutien pour le plan d'action révisé et ses axes stratégiques, objectifs et cibles, qui ont été considérés comme ambitieux, mais clairs et réalisables dans le contexte des pays de la Région. Le Conseil s'est félicité en particulier de l'accent mis dans le plan sur l'action intersectorielle. Tous les délégués qui se sont exprimés sur ce point ont souligné l'importance d'une telle action afin de traiter des déterminants de la santé qui n'étaient pas directement du ressort du secteur de la santé. L'importance des approches axées sur l'ensemble du gouvernement et l'ensemble de la société a également été soulignée. Sur ce dernier point, la nécessité de faire participer les communautés et la société civile à la formulation, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des politiques de tous les secteurs a été notée. Plusieurs délégués ont indiqué que les activités envisagées dans le cadre du plan étaient conformes aux approches intersectorielles suivies dans leurs pays pour traiter des déterminants sociaux de la santé, réduire les inégalités sur le plan social et de la santé et promouvoir la santé et le développement. Plusieurs délégués ont également noté le lien entre ce plan et d'autres initiatives examinées par le Conseil, en particulier la couverture sanitaire universelle (voir les paragraphes 46 à 57 ci-dessus) et le programme de développement pour l'après-2015 (voir les paragraphes 148 à 160 ci-dessous).

95. Afin d'encourager la collaboration entre les secteurs et de promouvoir la santé dans toutes les politiques, il a été jugé indispensable de compiler des données probantes sur l'impact que les politiques des autres secteurs avaient sur la santé et les déterminants de la santé. L'importance de la diplomatie de la santé pour favoriser une collaboration intersectorielle a également été soulignée.

96. Plusieurs suggestions ont été faites en vue de renforcer le plan d'un point de vue opérationnel et de clarifier les liens entre certains des indicateurs et objectifs. En particulier, il a été suggéré que l'indicateur 4.1.1 devrait être modifié comme suit « ...faire participer les communautés et la société civile à l'élaboration des politiques selon l'approche de la santé dans toutes les politiques », au lieu de « ... faire participer les communautés et la société civile à l'élaboration des politiques dans tous les secteurs. » Une

déléguée a fait remarquer que la plupart des indicateurs étaient des indicateurs de processus et a suggéré qu'il fallait davantage d'indicateurs de résultats.

97. Le Dr Luiz Augusto Galvão (Chef du Programme spécial sur le développement durable et l'équité dans la santé du BSP) est convenu que les amendements proposés permettraient d'améliorer le plan, en particulier en ce qui concerne la promotion d'approches intersectorielles pour l'élaboration des politiques, et il a déclaré que le Bureau s'attacherait à identifier des indicateurs de résultats sur la base de certaines des expériences des États Membres. Il a encouragé les délégations à fournir au Bureau plus de détails sur leurs initiatives nationales de santé dans toutes les politiques de sorte que les informations sur les expériences réussies puissent être accessibles à d'autres pays.

98. Le projet de résolution a été modifié comme cela avait été suggéré au cours de la discussion et a été adopté par le Conseil en tant que résolution CD53.R2.

Plan d'action pour la prévention de la cécité et des déficiences visuelles (document CD53/11)

99. Le Dr Jarbas Barbosa da Silva (Représentant du Comité exécutif) a expliqué que le Comité exécutif s'était exprimé généralement en faveur du plan et du projet de résolution sur ce point. Toutefois, il avait été suggéré que la résolution devrait reconnaître le contexte national de chaque État Membre, dans la mesure où la responsabilité de la prestation des soins de santé ne se situait pas toujours au niveau national. En outre, le Bureau avait été instamment prié d'utiliser les indicateurs du Plan stratégique 2014-2019 et du Plan d'action mondial de l'OMS 2014-2019 sur la santé oculaire universelle pour éviter de créer des obligations de déclaration supplémentaires pour les États Membres. Le Comité avait adopté la résolution CE154.R9, recommandant au Conseil directeur d'approuver le plan d'action.

100. Le Conseil directeur a appuyé l'adoption du projet de plan d'action et de résolution. Il a été souligné que préserver et promouvoir la santé oculaire était essentiel pour préserver la qualité de vie, la productivité et le bien-être. Tous les délégués qui sont intervenus ont accueilli avec une très grande satisfaction la contribution qu'apporterait le plan d'action à la santé des populations de la Région. Le fait que le plan soit axé sur certains segments spécifiques à haut risque de la population, comme les prématurés ou les personnes de plus de 50 ans, a été salué.

101. Une déléguée a noté avec satisfaction que le projet de résolution contenait un libellé reflétant la flexibilité dont jouiraient les États Membres pour adapter le plan à leurs responsabilités juridictionnelles. Une autre déléguée a salué en particulier l'accent mis dans le plan sur la nécessité d'accroître l'accès aux chirurgies de la cataracte pour tous les segments de la population, notamment dans les cas résultant du vieillissement de la population et de l'augmentation des complications liées au diabète dans le monde entier.

102. Plusieurs délégués ont décrit les services de santé oculaire disponibles pour leurs populations. Ces services comprenaient le dépistage des maladies oculaires et des maladies

systémiques ayant une incidence sur la santé oculaire, telles que l'hypertension et le diabète, la prévention et le traitement précoces de la rétinopathie du prématuré, la détection et le traitement du strabisme chez le jeune enfant, la chirurgie des cataractes congénitales et acquises, le traitement du glaucome, la détection et le traitement de la rétinopathie diabétique, le traitement de l'erreur de réfraction chez les personnes âgées de 65 ans ou plus, le traitement du décollement de la rétine et bien d'autres. Un certain nombre de délégués ont observé que malgré un niveau considérable de succès dans le traitement des troubles oculaires, il fallait encore intensifier les efforts à l'avenir dans le cadre de chacune des lignes d'action stratégiques énoncées dans le plan proposé, en se concentrant sur les régions reculées et les populations vulnérables. Il a été estimé que les activités devraient être plus coordonnées et focalisées et devraient mettre l'accent sur l'élimination des causes de cécité évitable ainsi que sur la fourniture d'un accès garanti aux services de réadaptation pour les personnes souffrant d'une déficience visuelle.

103. Le Dr Cuauhtémoc Ruiz Matus (Directeur par intérim du Département de la Famille, du genre et du parcours de vie du BSP), se félicitant que les États Membres aient avalisé le plan d'action, a confirmé que le Bureau se tenait prêt à fournir un soutien et une assistance tant pour l'élaboration que pour l'exécution des plans d'action respectifs des États Membres. Le plan d'action adoptait une approche qui considérait le parcours de vie et couvrait toute la gamme d'activités, de la prévention à la détection précoce et à la prise en charge rapide et appropriée. La mise en œuvre impliquerait donc une approche transversale des services de santé oculaire et un renforcement du concept d'accès universel à la santé dans ce domaine.

104. La Directrice a déclaré que, bien que les États Membres aient accompli des progrès significatifs vers la réduction de la déficience visuelle et de la cécité, il était néanmoins encore nécessaire dans la Région d'améliorer la prévention, la détection, le traitement et la prise en charge, et de mettre l'accent sur la réadaptation, en accordant une attention particulière aux populations particulièrement vulnérables. Le Bureau travaillerait avec tous les États Membres pour atteindre les objectifs énoncés dans le plan, dans le but d'assurer un meilleur niveau de santé et de bien-être pour toutes les populations.

105. Le Conseil directeur a adopté la résolution CD53.R8, approuvant le Plan d'action pour la prévention de la cécité et des déficiences visuelles.

Plan d'action pour la coordination de l'assistance humanitaire (document CD53/12)

106. Le Dr Jarbas Barbosa da Silva (Représentant du Comité exécutif) a expliqué que le Comité exécutif avait examiné une version antérieure du projet de plan d'action et qu'il avait considéré que les activités envisagées dans le cadre de ce plan aideraient les autorités locales à coordonner efficacement les flux d'aide entrants afin de minimiser les doublons et de s'assurer que cette aide parvenait bien aux populations touchées. Il avait également été estimé que le plan contribuerait à renforcer et à élargir les partenariats stratégiques pour la coopération internationale en fournissant une aide humanitaire rapide et efficace en matière de santé. Les délégués s'étaient félicités du fait que le plan d'action s'appuyait sur les avancées majeures réalisées par le Bureau et les États Membres en matière de

développement de leurs capacités pour la prévention et la réponse face aux catastrophes. Le Comité avait adopté la résolution CE154.R11, recommandant au Conseil directeur d'approuver le plan d'action.

107. Le Conseil s'est félicité du plan d'action proposé, considérant qu'il était particulièrement pertinent étant donné qu'il n'était pas suffisant de réagir face aux catastrophes et situations d'urgence une fois qu'elles s'étaient produites. Dans la mesure où l'aide et les ressources potentiellement mobilisées pour les pays touchés provenaient d'un large éventail d'organismes, institutions ou organisations, il a été souligné que l'absence de mécanismes de contrôle et de coordination pourrait occasionner une seconde catastrophe ou du moins un problème secondaire majeur pour les pays destinataires, situations que le projet de plan d'action visait à prévenir ou à atténuer.

108. Il a été demandé instamment que tous les réseaux de santé d'urgence créés dans les Amériques au titre de la ligne d'action stratégique 1 intègrent les réseaux existant déjà au niveau infrarégional. Plusieurs exemples de ces réseaux existants ont été cités, y compris ceux faisant partie du marché commun du Sud (MERCOSUR) et de l'UNASUR. Il a également été souligné que tout nouveau processus et mécanisme de coordination mis en place devrait clairement s'aligner sur et compléter à la fois les systèmes de gestion des urgences nationales déjà en place dans chaque pays et le système de réponse humanitaire international.

109. Un délégué a suggéré que le plan d'action devrait mettre davantage l'accent sur une évaluation des besoins et des capacités existantes, en définissant plus précisément quelles mesures les pays de la Région avaient déjà mis en œuvre et quelles mesures devaient encore être prises. Un autre a fait remarquer que les efforts importants en cours pour contenir l'épidémie d'Ebola en Afrique avaient souligné l'importance de ce type d'activités et surtout d'une préparation anticipée pour une réponse bien coordonnée. Certains délégués ont également soulevé la question de la protection des agents de santé à la lumière des attaques contre les équipes de vaccination contre la polio en Asie et, plus récemment, contre les agents de santé en Afrique de l'Ouest qui aidaient à contenir la menace du virus Ebola. La sécurité des agents de santé était considérée comme une question essentielle sur laquelle les États Membres devaient continuer à travailler ensemble.

110. Il a été souligné que le plan d'action ne semblait toujours pas traiter de la question des frais de déplacement et autres frais encourus par les équipes médicales étrangères ni de celle de l'assurance pour ces équipes. Il était également nécessaire de définir la responsabilisation de ces équipes, en d'autres termes l'instance ou le niveau auquel elles rendraient des comptes. Certains délégués ont suggéré que dans le cadre de la ligne d'action stratégique 2, portant sur les critères minimum pour les équipes médicales étrangères, il convenait aussi d'aborder les cadres juridiques réglementant leurs missions. Il a été suggéré qu'un graphique pourrait être élaboré montrant les contextes réglementaires des pays et leur incidence sur la circulation rapide et efficace de ces équipes. Certains délégués ont décrit les dispositions juridiques et les formalités s'appliquant à la coordination et à la mise en œuvre de l'aide humanitaire dans leurs pays.

111. Plusieurs délégués ont décrit également la façon dont leurs pays avaient fait face aux catastrophes nationales récentes et les leçons qu'ils en avaient tirées. En particulier, ils ont décrit les mesures visant à renforcer leurs organismes nationaux de protection civile et les dispositions prises en termes de coopération internationale dans ce domaine, y compris la mise en place d'équipes médicales pouvant être envoyées dans d'autres pays. Plusieurs délégués ont annoncé qu'ils étaient prêts à prendre part à des discussions sur la normalisation internationale dans le domaine de la coordination de l'aide humanitaire.

112. Le Dr Ciro Ugarte (Directeur du Département de la Préparation en cas d'urgence et des Secours aux sinistrés du BSP) s'est félicité de la participation des coordinateurs en cas de catastrophe des États Membres qui s'étaient réunis à Guayaquil pour finaliser le plan d'action. Le fruit de cette réunion, ajouté aux commentaires du Conseil, a constitué une base pour les mesures à prendre dans le cadre des lignes d'action stratégiques, en particulier celles qui sont liées au renforcement des partenariats entre tous les acteurs et aux liens avec les efforts d'aide humanitaire multilatérale à l'échelle mondiale et régionale.

113. Il a noté qu'en cas de catastrophe, entre 95 % et 98 % de la réponse provenait du personnel de la santé du pays effectivement touché, une réalité qui était largement négligée. Ce qui faisait la une des journaux, c'était la contribution des professionnels étrangers, qui représentaient généralement seulement 2 % à 5 % de l'ensemble de l'intervention de santé ; ainsi, il était très important que le travail de ces professionnels vienne compléter les efforts nationaux. S'agissant de la protection des agents de santé, plus de 90 % des attaques contre le personnel de santé dans des situations d'urgence ou lors de campagnes de vaccination visaient le personnel de santé national, non pas les équipes étrangères.

114. La Directrice a reconnu la longue histoire des progrès accomplis par les États Membres de la Région, avec l'appui du Bureau, en matière de coordination de l'aide humanitaire. Le processus de réforme humanitaire des Nations Unies, par l'intermédiaire du Comité permanent interorganisations, avait nommé l'OMS comme organisme chef de file du Groupe santé, mais dans la Région, l'OPS avait l'intention de partager le rôle de coordination avec les ministères de la Santé. Il était essentiel que le recensement de tous les partenariats et accords conclus soit effectué afin que, en cas d'urgence, ils puissent rapidement être mis en œuvre. C'était là l'un des objectifs du plan d'action. Il fallait s'attendre à ce que le monde soit amené à faire face à des événements plus fréquents et plus graves, à la fois sur le plan des maladies et sur le plan climatique. Le niveau de coordination prévu dans le plan d'action contribuerait à assurer une préparation et une réponse efficaces.

115. Le Conseil directeur a adopté la résolution CD53.R9, approuvant le Plan d'action pour la coordination de l'assistance humanitaire.

Stratégie en matière de législation sur la santé (document CD53/13)

116. Le Dr Jarbas Barbosa da Silva (Représentant du Comité exécutif) a indiqué que le Comité exécutif avait examiné une version antérieure de la stratégie proposée en matière

de législation sur la santé, que certains délégués avaient fermement appuyée. Ces délégués avaient estimé que la stratégie aiderait les États Membres à renforcer leur législation afin de garantir l'accès aux soins de santé et de protéger le droit à la santé et qu'elle appuierait la mise en œuvre d'une approche de la santé dans toutes les politiques et contribuerait à la réalisation de la couverture sanitaire universelle. D'autres délégués avaient trouvé la stratégie proposée trop ambitieuse et de trop grande envergure, ce qui présentait un risque de doublon avec les activités du Bureau dans d'autres domaines. Plusieurs délégués avaient considéré que le but pratique de cette stratégie et les rôles du Bureau n'étaient pas tout à fait clairs, et certains se sont interrogés sur la question de savoir si le Bureau avait l'expertise et les ressources humaines nécessaires pour fournir une coopération technique de l'ampleur et du type envisagés dans le cadre de cette stratégie. Il a été souligné que le Bureau ne fournirait une assistance technique qu'à la demande des États Membres et conformément à leur situation et à leurs besoins ; dans le cas contraire, cela pourrait être considéré comme une ingérence dans les droits souverains des pays d'adopter leurs propres lois et politiques.

117. À la lumière des préoccupations soulevées, plusieurs délégations avaient demandé que des consultations intersessions soient menées sur cette stratégie et que le Bureau produise ensuite une stratégie révisée pour examen par le Conseil directeur. Le Comité a décidé de former un groupe de travail en vue de parvenir à un consensus sur un projet de résolution à recommander au Conseil. Toutefois un consensus n'avait pas été atteint. Le Comité avait envisagé de reporter la décision sur ce point jusqu'en 2015, mais avait décidé de laisser le Conseil décider, en fonction des résultats des consultations intersessions, d'examiner ou de reporter ce point.

118. Le Dr Heidi Jiménez (Conseillère juridique du BSP) a déclaré que le Bureau avait mené de vastes consultations virtuelles, qui avaient abouti aux versions révisées de la stratégie et du projet de résolution figurant dans le document CD53/13. Le Bureau a considéré que tous deux avaient été nettement améliorés. Elle a énoncé les buts et le contenu du document, notant qu'au cours des années, les Organes directeurs avaient appelé les États Membres à formuler et à mettre en œuvre, examiner et/ou réformer les lois et réglementations relatives à diverses questions de santé publique, mais qu'ils n'avaient pas spécifiquement identifié comment le Bureau pourrait soutenir au mieux les États Membres dans l'exécution de mandats concernant les lois et réglementations relatives à la santé. La stratégie proposée visait à faire exactement cela, par le biais de six lignes d'action stratégiques qui guideraient la coopération technique du Bureau en matière de législation liée à la santé pour la période 2014-2023. Elle a souligné que cette coopération technique serait fournie dans le contexte du cadre juridique de chaque pays et seulement à la demande expresse des États Membres.

119. Le Conseil directeur a remercié les membres du groupe de travail pour leurs efforts dans la révision de la stratégie et le Bureau pour avoir organisé des consultations intersessions et avoir reflété les avis des États Membres. Il a été reconnu que bon nombre de résolutions des Organes directeurs demandaient un soutien pour la révision des lois et réglementations sur la santé afin de les rendre conformes aux stratégies mondiales et aux

pratiques exemplaires, et il a été reconnu qu'il était souhaitable de définir un mandat clair pour le Bureau pour la fourniture de cette assistance. L'assistance technique en vue de permettre aux États Membres d'honorer leurs obligations en vertu du Règlement sanitaire international (2005) a été considérée comme prioritaire.

120. De nombreux délégués ont appuyé fermement la stratégie et la résolution proposées. Ils ont souligné la nécessité de renforcer les cadres juridiques nationaux afin de protéger et de promouvoir la santé, de faire respecter le droit à la santé, d'assurer la durabilité des politiques relatives à la santé et de permettre aux citoyens de demander des comptes à leur gouvernement. Les délégués ont également estimé que cette stratégie contribuerait à la réalisation des objectifs d'autres initiatives examinées par le Conseil directeur, en particulier celles relatives à la couverture sanitaire universelle et à la santé dans toutes les politiques. Il a été suggéré que cette dernière devrait être intégrée explicitement à la stratégie afin d'assurer la complémentarité entre ces deux initiatives et de renforcer ainsi leur impact. Il a également été suggéré que le Bureau développe un mécanisme de suivi des progrès accomplis dans la formulation, la mise en œuvre, l'examen et/ou la réforme des législations relatives à la santé dans la Région.

121. Certains délégués ont cependant estimé que cette stratégie nécessitait d'être à nouveau révisée, notamment en ce qui concernait le rôle du Bureau et la portée de sa coopération technique. Ils ont souligné que chaque État avait le droit souverain de définir ses propres législations, réglementations, politiques et normes, et que le Bureau ne devait pas empiéter sur ce droit. Il a été estimé que, à certains égards, cette stratégie pourrait franchir la délimitation ténue entre les conseils et le plaidoyer pour la formulation ou la révision et l'application des lois, ce qui était du domaine souverain des gouvernements. Cela était considéré comme particulièrement vrai en ce qui concernait les activités envisagées pour mettre en place progressivement le droit au niveau le plus élevé possible en matière de santé. Il a été suggéré que les fonctions essentielles de santé publique identifiées dans le cadre de l'Initiative pour la santé publique dans les Amériques⁴ fourniraient une base solide pour offrir une assistance en matière de législation liée à la santé.

122. Plusieurs délégués ont attiré l'attention sur le paragraphe 16, qui, de l'avis d'une déléguée semblait aller au-delà du champ de la coopération technique que le Bureau réalisait normalement avec les États Membres. Cette déléguée a également demandé des éclaircissements quant à la référence dans ce paragraphe aux « autres acteurs concernés ». Un autre délégué a souligné la nécessité de préciser que toute coopération technique dans le domaine de la législation relative à la santé devrait toujours être entreprise en consultation et en coordination avec l'autorité nationale de la santé. Un représentant d'une organisation non gouvernementale a encouragé le Bureau à fournir des conseils juridiques sur la conception d'une législation qui permettrait aux pays de tirer parti de la souplesse

⁴ Disponible en anglais sur : http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=3175&Itemid=3617&lang=en

offerte par les Aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (ADPIC).

123. Plusieurs délégués ont proposé des modifications spécifiques à la formulation de la stratégie et plusieurs ont également indiqué qu'ils avaient soumis des observations écrites supplémentaires au Bureau. Il a été suggéré que le groupe de travail formé par le Comité exécutif devrait être invité à continuer de se réunir au cours de la semaine du Conseil directeur afin de réviser la stratégie et le projet de résolution conformément aux points de vue exprimés.

124. Mme Jiménez a déclaré que l'idée de travailler de pair avec les gouvernements, à leur demande et dans le respect de la souveraineté de l'État, était un principe fondamental de la stratégie. Toutefois, cela pourrait peut-être être formulé plus explicitement. Le Bureau avait déjà incorporé un grand nombre des observations écrites soumises et serait heureux de continuer à travailler avec les États Membres afin d'affiner la stratégie et le projet de résolution. Elle a ajouté que le Bureau avait l'intention d'élaborer un mécanisme de suivi des progrès, comme cela avait été suggéré. En réponse à la question concernant le paragraphe 16, elle a expliqué que les autres acteurs concernés pourraient inclure, par exemple, des instances parlementaires infrarégionales telles que le Parlement centraméricain (PARLACEN) ou le Parlement latino-américain (PARLATINO) ou certains groupes de la société civile, mais elle a souligné que ce travail serait toujours entrepris en étroite consultation et coordination avec les ministères de la santé des pays concernés et dans le strict respect de leur souveraineté.

125. La Directrice a déclaré que, bien que de nombreux États Membres aient affirmé avoir besoin de coopération technique pour les aider sur le plan de la législation nationale en matière de santé, il semblait que certaines parties du document ainsi que l'approche proposée suscitaient des préoccupations importantes. Elle n'était pas sûre que ces préoccupations puissent être résolues dans le cadre d'un groupe de travail. De nouvelles consultations plus vastes avec les États Membres pourraient être nécessaires afin de parvenir à un consensus. Si le Conseil décidait de reporter sa décision sur la stratégie jusqu'en 2015, le Bureau pourrait, dans l'intervalle, continuer à fournir une coopération technique sur la législation relative à la santé aux États Membres qui en feraient la demande.

126. Le Conseil directeur a demandé au groupe de travail de continuer à travailler pendant la semaine en vue de parvenir à un consensus. Le groupe de travail, présidé par El Salvador, a tenu plusieurs réunions, après quoi le délégué d'El Salvador a déclaré que le groupe avait examiné une version révisée du document préparé par le Bureau et mis à sa disposition le 30 septembre, qui incorporait les modifications proposées au cours de la discussion du Conseil. Le groupe avait été informé que la délégation du Mexique avait présenté sa propre version révisée, mais que les délais n'avaient pas été suffisants pour en discuter, la combiner avec la version révisée préparée par le Bureau et faire traduire la version combinée en anglais.

127. Étant donné que le groupe de travail se trouvait ainsi devant des versions parallèles du document, il avait décidé de demander au Bureau d'inclure les modifications figurant dans la version du Mexique dans la version du 30 septembre préparée par le Bureau afin que cela serve de base à un examen plus approfondi. Le groupe de travail avait décidé de recommander au Conseil de prendre les mesures suivantes : a) reconnaître l'importance accordée à la stratégie proposée et le soutien exprimé par la majorité des États Membres, b) établir un groupe de travail ouvert à tous les États Membres, avec l'Uruguay comme Président et El Salvador comme Vice-président et c) définir un calendrier de réunions, y compris deux réunions virtuelles, qui se tiendraient en novembre et décembre 2014, ainsi qu'une réunion présentielle de deux jours, qui se tiendrait en mars 2015, avant la neuvième session du Sous-comité du Programme, du Budget et de l'Administration. Une ligne de conduite serait décidée sur la base des résultats de la réunion de mars, et le Président du groupe de travail soumettrait alors cette question à l'examen de la 156^e session du Comité exécutif et de la 54^e session du Conseil directeur.

128. Le Conseil directeur a adopté la décision CD53(D6), avalisant la recommandation du groupe de travail.

Progrès vers une position régionale concernant le Règlement sanitaire international (document CD53/14)

129. Le Dr Jarbas Barbosa da Silva (Représentant du Comité exécutif) a indiqué que le Comité exécutif, après avoir examiné un rapport intérimaire sur la mise en œuvre du Règlement sanitaire international (RSI), avait proposé qu'une question de fond soit inscrite à l'ordre du jour du 53^e Conseil directeur pour permettre davantage de discussion sur les accords conclus lors de la réunion régionale des Amériques sur la mise en œuvre du RSI, qui s'était tenue les 29 et 30 avril 2014 à Buenos Aires. En particulier, il avait été considéré important de poursuivre la discussion de la feuille de route pour le suivi de la conformité avec le RSI, qui avait été rédigée et approuvée par les participants à la réunion de Buenos Aires et qui serait finalement présentée sous forme de recommandations régionales à l'OMS. Les préoccupations du Comité avaient porté sur la nécessité de procéder à un suivi global, au-delà de la mise en œuvre des capacités fondamentales, y compris le suivi de leur maintien après 2016. Les autres sujets d'intérêt étaient les lignes directrices pour la certification des points d'entrée, l'élaboration du programme de la sécurité sanitaire mondiale et les révisions en cours de la carte des zones à risque pour la fièvre jaune dans les Amériques.

130. Dans le cadre des discussions du Conseil sur ce point, les États Membres se sont engagés à continuer d'œuvrer à la mise en œuvre, au renforcement et au maintien des capacités de base du RSI. Il a été noté que bien que des progrès considérables aient déjà été accomplis, le report de la date limite originale du 15 juin 2014 au 15 juin 2016 était nécessaire dans de nombreux pays. Les demandes d'approbation des plans d'extension avaient été soumises au Comité d'examen du RSI à Genève, et l'OPS avait été invitée à présenter une actualisation, le cas échéant, de l'état d'avancement de ces demandes. Les délégués des petits États insulaires ont déclaré que leurs gouvernements avaient eu de grandes difficultés à satisfaire aux exigences du RSI compte tenu du manque de capacités

dans leurs pays respectifs. Par conséquent, des initiatives visant à mettre en commun leurs ressources avaient commencé, des accords de coopération étant en place entre les États Membres de la Communauté des Caraïbes et les Antilles néerlandaises.

131. Plusieurs délégués ont souligné la nécessité de renforcer les capacités de base visant spécifiquement à répondre aux événements chimiques et aux situations d'urgence radiologiques et ont exprimé leurs remerciements pour la coopération technique déjà reçue de l'Agence internationale de l'énergie atomique, de l'OMS et d'autres États Membres. Le Bureau a été prié de continuer à fournir un appui pour la formation des ressources humaines et à promouvoir une coopération multisectorielle pour la préparation face à ce type d'incidents. La Directrice a été instamment priée de demander au Secrétariat de l'OMS de coordonner la fourniture de services de coopération technique par d'autres organisations du système des Nations Unies et d'élaborer un mécanisme visant à assurer la reddition de comptes entre tous les acteurs.

132. Le Conseil a demandé au Bureau de transmettre des informations et des demandes sur plusieurs thématiques devant être examinées par le Secrétariat de l'OMS et ses Organes directeurs. Premièrement, il a demandé que les lignes directrices pour la certification des points d'entrée définies au cours de la consultation régionale soient présentées pour examen et approbation aux États Parties lors de la soixante-huitième Assemblée mondiale de la Santé. Les recommandations sur ce sujet comprenaient un appel à la coordination entre les organisations intergouvernementales afin de rendre leurs processus de certification compatibles. Deuxièmement, le Conseil a demandé à l'OMS de mettre en œuvre les révisions recommandées de la carte des zones à risque pour la fièvre jaune dans les Amériques. Troisièmement, il a demandé que le Secrétariat de l'OMS diffuse les documents par l'intermédiaire des points focaux nationaux du RSI dans les langues officielles de l'OMS et avec des délais suffisants pour permettre aux États Membres de répondre. Enfin, il a été proposé qu'un point sur le cadre de suivi du RSI figure à l'ordre du jour de la 136^e session du Conseil exécutif de l'OMS en janvier 2015, dans le but de mettre en œuvre un processus de suivi efficace et flexible pour la période de l'après-2016. À l'appui de cet objectif, un délégué a suggéré que l'OPS facilite une consultation régionale en vue d'élaborer des recommandations pour le suivi et l'évaluation du RSI pour soumission au Conseil exécutif en janvier 2015.

133. Le Dr Sylvain Aldighieri (Chef de l'Unité du RSI/Alerte et réponse aux épidémies et maladies véhiculées par l'eau du BSP) a déclaré que le Bureau avait pris bonne note des commentaires et recommandations des délégués, y compris la haute priorité qu'ils accordaient aux lignes directrices pour la certification des points d'entrée, à l'examen du cadre de suivi du RSI pour la période de l'après-2016 et à la participation par les pays touchés à la révision de la carte des zones à risque de fièvre jaune. En réponse à une question, il a indiqué que le Comité de révision du RSI se réunirait à la mi-novembre 2014 et que ses décisions seraient communiquées aux États Membres peu après. Enfin, il a suggéré que l'urgence due au virus Ebola en Afrique de l'Ouest devrait inciter les pays des Amériques à revoir leurs plans nationaux et leurs capacités de base pour la surveillance et

la réponse face aux maladies dans le cadre du RSI. L'épidémie a également montré l'importance de la coopération multisectorielle et des partenariats public/privé.

134. La Directrice a assuré aux États Membres que le Bureau communiquerait officiellement au Secrétariat et aux Organes directeurs de l'OMS les vues exprimées au cours du 53^e Conseil directeur et de la réunion régionale de Buenos Aires. En réponse aux commentaires de certains pays indiquant qu'ils n'avaient pas été consultés par l'OMS sur des questions d'intérêt national, elle a expliqué que le Secrétariat de l'OMS s'efforçait généralement de mener des consultations auprès des missions diplomatiques des États Membres à Genève ; par conséquent, elle a exhorté les ministères de la Santé et les points focaux nationaux du RSI à maintenir une communication étroite avec leurs missions. Elle s'est engagée à ce que le Bureau travaille avec les différents pays et sous-régions pour s'assurer qu'ils n'étaient pas exclus du processus de consultation, d'autant que de nombreux petits États insulaires n'avaient pas de mission à Genève. Elle est convenue que les États Membres comme le Bureau devraient saisir l'occasion offerte par les activités de préparation face au virus Ebola pour renforcer leurs capacités de base concernant le RSI, ce qui aurait en dernière analyse un impact positif sur la sécurité sanitaire nationale, régionale et mondiale.

135. Le Conseil a pris note du rapport.

Collaboration de l'OMS avec les acteurs non étatiques (consultation régionale) (document CD53/15)

136. Le Dr Gaudenz Silberschmidt (Conseiller principal en matière de politiques et de direction stratégique auprès du Bureau du Directeur général de l'OMS) a rappelé qu'en mai 2011, l'Assemblée mondiale de la Santé avait identifié la collaboration avec d'autres parties prenantes comme l'un des domaines à traiter dans le cadre du processus de réforme de l'OMS. Depuis lors, plusieurs consultations avaient eu lieu sur cette question. Récemment, en réponse à une demande du Conseil exécutif en janvier 2014, le Secrétariat de l'OMS avait présenté un projet de cadre pour démarrer un processus de consultation informelle des États Membres en avril 2014 puis avait présenté une version révisée à l'Assemblée mondiale de la Santé en mai 2014. Le texte de cette proposition figurait dans le document A67/6, qui était reproduit à l'annexe A du document CD53/15.

137. L'Assemblée mondiale de la Santé, dans sa décision WHA67/14, s'était félicitée des progrès accomplis dans le cadre du projet de cadre et avait souligné l'importance d'un cadre approprié pour favoriser cette collaboration, mais avait reconnu que d'autres consultations et discussions étaient nécessaires sur certaines questions, y compris sur les conflits d'intérêts et les relations avec le secteur privé. Conformément à cette décision, les États Membres avaient soumis d'autres commentaires et soulevé des questions, que le Secrétariat avait résumé, accompagnés des demandes soumises au Secrétariat pour que des mesures soient prises ou que des clarifications soient apportées, dans un rapport préparé à l'intention des six comités régionaux. Ce rapport figurait à l'annexe B du document CD53/15. Les conclusions des débats du Conseil directeur seraient présentées, de même que celles des autres comités régionaux, au Conseil exécutif, en janvier 2015.

138. Le Dr Heidi Jiménez (Conseillère juridique du BSP) a déclaré que, afin de faciliter la consultation régionale, le Bureau avait créé un site collaboratif virtuel et avait invité tous les États Membres de l'OPS à examiner et formuler des observations sur le projet de cadre de l'OMS sur la collaboration avec des acteurs non étatiques et le rapport préparé par le Secrétariat de l'OMS. Les avis reçus étaient résumés à l'annexe C du document CD53/15. Mettant en exergue certains des principaux points soulevés, elle a indiqué que les États Membres avaient reconnu l'importance de la collaboration avec des acteurs non étatiques, mais avaient souligné la nécessité d'une politique robuste sur les conflits d'intérêt afin d'éviter ou de minimiser les conflits d'intérêts qui pourraient nuire à la mission de l'Organisation, sa réputation ou son indépendance. Les États Membres s'étaient aussi mis d'accord sur le fait que l'OMS devait faire preuve de transparence lors de sa collaboration avec des acteurs non étatiques.

139. Le Dr Jiménez a déclaré que les opinions avaient différé sur certaines questions, telles que les limites de la collaboration, le détachement de personnel et les associations professionnelles internationales. Il avait été convenu que l'OMS ne devrait pas collaborer avec les industries du tabac et des armes, mais les vues avaient divergé en ce qui concernait sa collaboration avec d'autres industries. Certains États Membres s'étaient opposés à toute collaboration avec les industries de l'alcool et des produits alimentaires, par exemple, alors que d'autres avaient suggéré que ce type de collaboration pourrait être utile pour réduire l'usage nocif de l'alcool ainsi que pour la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles. Les États Membres avait également soulevé des questions relatives au détachement de personnel à l'OMS provenant d'entités extérieures, aux engagements avec des associations professionnelles internationales, ainsi que d'autres questions, y compris le rôle des États Membres dans le cadre de collaboration avec des acteurs non étatiques.

140. Dans le cadre des discussions du Conseil directeur sur cette question, les États Membres ont réaffirmé bon nombre des opinions résumées à l'annexe C du document CD53/15. Les délégués ont reconnu l'importance de la collaboration avec des organisations non gouvernementales, des institutions universitaires et d'autres acteurs non étatiques afin d'avoir accès à l'expertise et aux ressources appropriées et de promouvoir les mandats de santé publique, mais ont souligné que les conflits d'intérêts réels ou perçus devaient être évités. Il a été souligné que toute collaboration avec des acteurs non étatiques ne devait pas nuire à la suprématie des États Membres dans le processus décisionnel ni exposer les fonctions normatives de l'OMS à des influences indues. L'identification des risques potentiels et la formulation de principes et lignes directrices spécifiques pour la collaboration avec les différentes catégories d'acteurs non étatiques ont été jugées essentielles.

141. Plusieurs États Membres ont été d'avis que toute interaction avec des acteurs dont les activités ou produits étaient nocifs ou potentiellement nocifs pour la santé et tout détachement de personnel provenant du secteur privé devraient être expressément interdits. Certains délégués ont également estimé que l'Organisation ne devait pas avoir d'interaction avec des acteurs non étatiques qui se livraient à des pratiques de travail non

équitable ou à des activités préjudiciables pour l'environnement. Dans le même temps, la valeur potentielle de la collaboration avec certains secteurs de l'industrie privée a été notée. La collaboration avec l'industrie alimentaire afin de réduire la teneur en sel et en sucre des aliments et avec l'industrie pharmaceutique pour l'achat de vaccins par l'entremise du Fonds renouvelable de l'OPS a été citée comme deux exemples de ce type de collaboration. La nécessité de déterminer si les organisations non gouvernementales et les institutions philanthropiques et universitaires avaient reçu des fonds d'entreprises privées à but lucratif a été mise en évidence.

142. Il a été souligné que le cadre énoncé dans le document A67/6 ne traitait pas de la façon dont l'OMS devrait collaborer avec des acteurs multilatéraux ou avec des partenariats public-privé. Il a également été estimé que le cadre ne présentait pas suffisamment de détails concernant les critères auxquels les acteurs non étatiques devaient satisfaire pour être classés dans chaque catégorie, la façon dont chaque groupe pourrait collaborer avec l'OMS et les types de ressources que l'OMS pourrait fournir à une organisation non gouvernementale pour la mise en œuvre des activités. Il a été recommandé qu'un examen soit entrepris rapidement après l'adoption du cadre afin d'identifier tous les ajustements éventuellement nécessaires. Il a également été suggéré de créer une entité au sein du siège de l'OMS pour suivre la mise en œuvre du cadre et éventuellement pour promouvoir et faciliter également la collaboration avec des acteurs non étatiques.

143. Certains délégués ont estimé que les États Membres devraient participer activement à la gestion des relations de l'OMS avec les acteurs non étatiques, y compris au processus décisionnel concernant la question de savoir si l'Organisation devrait ou non collaborer avec un acteur particulier. D'autres ont précisé qu'ils avaient confiance dans la capacité du Secrétariat de l'OMS pour gérer le cadre et ses diverses composantes comme il se devait. La participation des États Membres au suivi et à la supervision des relations avec les acteurs non étatiques a été jugée essentielle. Certains États Membres se sont cependant interrogés sur la question de savoir si un Comité de six membres sous la houlette du Conseil exécutif, comme cela était proposé dans le document A67/6, assurerait une représentation et une participation adéquates. Il a été suggéré qu'une évaluation périodique des pratiques en matière de diligence raisonnable par le Bureau de la conformité, de la gestion des risques et de l'éthique de l'OMS contribuerait à gérer les conflits d'intérêts réels, potentiels ou perçus.

144. Le délégué du Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, s'exprimant également au nom de la France et des Pays-Bas, a noté que la région européenne avait déjà adopté une position sur la collaboration de l'OMS avec des acteurs non étatiques. Les États Membres de cette Région avaient considéré que cette collaboration constituait un élément essentiel du rôle de l'OMS dans la gouvernance de la santé mondiale et avaient mis en garde contre l'adoption d'un cadre trop prescriptif, privilégiant plutôt un cadre général de principes qui laisserait à l'Organisation une marge de manœuvre suffisante pour faire face à l'évolution de la situation. Tout en reconnaissant qu'il était

possible d'améliorer encore le cadre, la région européenne souhaitait le voir adopté par la soixante-huitième Assemblée mondiale de la Santé, en mai 2015.

145. Il a été souligné que l'OPS avait eu une expérience considérable pour ce qui était des interactions avec des acteurs non étatiques, et le Bureau a été encouragé à partager cette expérience avec le Secrétariat de l'OMS. Des représentants de deux organisations non gouvernementales ont souligné la valeur de leur travail avec l'OPS et l'OMS, et leur rôle pour contribuer à la réalisation des mandats de l'Organisation.

146. Le Dr Silberschmidt a déclaré que les riches débats du Conseil et les commentaires et les questions recueillis par le Bureau constitueraient une contribution précieuse aux travaux en cours sur la collaboration de l'OMS avec des acteurs non étatiques. Ces activités comprenaient une étude des pratiques d'autres institutions des Nations Unies en ce qui concernait la gestion des conflits d'intérêts, qui serait communiquée aux États Membres en temps voulu. Le Secrétariat prenait aussi des mesures pour améliorer la transparence du registre des acteurs non étatiques. Les États Membres pourraient continuer à suivre les progrès réalisés en la matière sur le site Internet de la réforme de l'OMS.⁵

147. Le Dr Francisco Becerra (Sous-directeur du BSP) a reconnu que le débat avait été très riche.

Programme de développement durable pour l'après-2015 (table ronde) (document CD53/16, Add. I et Add II)

148. Le Dr Jarbas Barbosa da Silva (Représentant du Comité exécutif) a indiqué que le Comité exécutif avait discuté de la question de la santé dans le programme de développement pour l'après-2015 dans le cadre d'un rapport intérimaire sur les objectifs du Millénaire pour le développement (voir les paragraphes 281 à 286 ci-dessous). Le Comité était convenu de la nécessité de s'assurer que la santé occuperait une position centrale dans le programme de développement pour l'après-2015, ce qui avait été considéré comme une occasion de créer un nouveau paradigme fondé sur l'équité. Il avait été souligné que le processus d'établissement d'objectifs, de cibles et d'indicateurs pour le programme de l'après-2015 devait être dirigé par les pays et que le secteur de la santé devait continuer à jouer un rôle central dans ce processus, en s'attachant à promouvoir des approches multisectorielles intégrant la santé dans toutes les politiques, qui traiteraient non seulement des besoins effectifs de santé, mais aussi des déterminants sociaux, environnementaux et économiques de la santé.

149. La résolution WHA67.14, adoptée par l'Assemblée mondiale de la Santé en mai 2014, avait été considérée comme un bon cadre pour les efforts déployés par les États Membres, le Secrétariat de l'OMS et le Bureau afin de s'assurer que la santé figurerait en bonne place dans le programme de développement pour l'après-2015. Afin de renforcer ces efforts et de consolider une position régionale sur cette question, il avait été suggéré

⁵ Disponible en anglais sur : http://www.who.int/about/who_reform/non-state-actors.

que le programme de développement pour l'après-2015 devrait être traité comme une question de fond lors du 53^e Conseil directeur.

150. Par conséquent, une table ronde a été organisée afin d'informer les États Membres des objectifs proposés par le groupe de travail à composition non limitée sur les objectifs de développement durable pour examen par l'Assemblée générale des Nations Unies (figurant dans le document CD53/16 Add. I) et de discuter de leurs implications pour le secteur de la santé, en mettant l'accent sur l'aspect concernant la mise en œuvre. Une présentation a été faite par le Dr Roberto Dondisch Glowinski (Directeur général pour les questions mondiales au ministère des Affaires étrangères du Mexique), qui avait été membre du groupe de travail à composition non limitée. Il a passé brièvement en revue le processus de formulation des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD), faisant observer que la Région des Amériques avait globalement réussi à atteindre bon nombre de ces objectifs. Les OMD étaient désormais remplacés et amplifiés par un ensemble d'objectifs de développement durable formulés par le Groupe de travail à composition non limitée de l'Organisation des Nations Unies, qui a rédigé un document contenant 17 objectifs et 169 cibles, ainsi que des indicateurs. Sur ces 17 objectifs, l'objectif 3 avait trait spécifiquement à la santé. Il ne faisait aucun doute que la question de la santé au sens large était centrale pour la réalisation d'un développement véritable.

151. Ce nouveau programme différait des autres activités entreprises au sein de l'Organisation des Nations Unies dans la mesure où son objectif était axé sur le développement de la personne plutôt que de l'État. Ainsi, c'est la personne qui était considérée comme bénéficiaire des actions de l'État et de la communauté internationale. En conséquence, le programme devait être suffisamment large et suffisamment souple pour s'appliquer à tous les pays et aux populations du monde entier, étant donné que les défis à relever étaient évidemment très différents d'un pays à l'autre.

152. Ces nouveaux objectifs étaient beaucoup plus généraux que les OMD, alors que les cibles étaient beaucoup plus spécifiques. Le document couvrait les trois dimensions du développement durable, ainsi qu'un aspect très important qui avait été promu par divers pays de la Région, à savoir un concept général d'inclusion sociale et économique, avec des opportunités créées pour tous, et le comblement des fossés en termes d'équité qui étaient très marqués dans la Région. La nouvelle approche reposait sur l'idée de ne laisser personne en marge. Le développement ne devait pas être conçu uniquement en termes de revenu par habitant, mais également en termes de résolution des lacunes : sur le plan de l'éducation, de la santé et dans d'autres domaines. Une telle entreprise serait difficile, mais c'était la seule façon de réaliser de véritables progrès pour tous. Le but était de faire en sorte que ces objectifs soient transformationnels, ce qui signifiait qu'il fallait s'attaquer aux causes des problèmes, non pas à leurs symptômes.

153. Il a souligné l'importance de l'évaluation et du suivi, qui étaient essentiels pour échanger les meilleures pratiques et pour guider la coopération internationale. Les pays devraient travailler ensemble, en suivant les orientations d'experts sur la question de savoir quels étaient les éléments les plus importants et où les meilleurs résultats et les plus grands

bénéfiques pourraient être atteints, ce qui se traduirait par un vrai développement pour les populations.

154. À la suite des commentaires du Dr Dondisch, le Conseil a constitué trois groupes de discussion. Un rapport sur les discussions (document CD53/16, Add. II) a été par la suite présenté par le Dr Luiz Augusto Galvão (Chef du Programme spécial sur le développement durable et l'équité dans la santé du BSP). Il a noté qu'au cours des délibérations des États Membres, il avait été souligné qu'il était important pour chaque pays de disposer de l'autonomie nécessaire pour identifier et décider des cibles et indicateurs qu'il prioriserait. Il avait été reconnu que les travaux sur certains des objectifs des OMD actuels devraient se poursuivre, par exemple pour la réduction de la mortalité maternelle et infantile et la réduction des taux de sida, de tuberculose, de paludisme et des maladies négligées.

155. Les États Membres avaient estimé que la proposition actuelle pour les objectifs de développement durable était très pertinente pour la Région des Amériques, mais ils avaient souligné qu'elle devait tenir compte des caractéristiques uniques de la Région et de la diversité de ses pays. Il a également été souligné qu'il était important de traiter des déterminants sociaux de la santé dans le contexte des objectifs.

156. Les participants avaient soutenu un projet de partenariat entre l'OPS et la Commission économique des Nations Unies pour l'Amérique latine et les Caraïbes (CEPALC) pour l'établissement de l'ensemble régional de cibles et indicateurs liés à la santé pour les objectifs de développement durable. La nécessité de procéder à un suivi et une évaluation des nouveaux objectifs a été soulignée, de même que la nécessité de renforcer les systèmes d'information de la santé dans les pays pour mesurer les progrès réalisés.

157. Les États Membres avaient demandé que le Bureau élabore un document comparant les cibles et les indicateurs des objectifs de développement durable proposés avec ceux du Plan stratégique 2014-2019, le Programme d'action sanitaire pour les Amériques et les mandats actuels de l'OPS pour mettre en lumière les défis auxquels les différents pays et sous-régions pourraient faire face dans la mise en œuvre des objectifs. Il avait été suggéré que lorsque les processus de consultations nationales et infrarégionales seraient achevés, le Bureau devrait convoquer une réunion régionale pour s'assurer que les pays ne seraient pas surchargés au début de la mise en œuvre du programme de développement durable pour l'après-2015.

158. À la suite du rapport du Dr Galvão, il a été suggéré qu'il serait utile que le Bureau puisse faire le point sur l'état d'avancement des négociations sur le programme de développement pour l'après-2015, ce qui aiderait les pays à consolider leurs positions et mettrait en évidence l'importance de la santé dans les négociations.

159. La Directrice a noté que les ministères de la santé devaient continuer à dialoguer avec les représentants nationaux à l'Organisation des Nations Unies à New York afin de

s'assurer que la santé aurait une place centrale au sein du programme de développement durable.

160. Le Conseil directeur a pris note du rapport.

Fonds renouvelable de l'OPS pour l'achat de vaccins : défis et opportunités (document CD53/23)

161. Le Dr Cuauhtémoc Ruiz Matus (Directeur par intérim du Département de la Famille, du genre et du parcours de vie du BSP) a présenté le document CD53/23, qui avait été produit en réponse à une demande de certains États Membres lors de la session de juin du Comité exécutif. Il a expliqué que le document faisait état de certaines des contributions du Fonds à l'approche globale pour la vaccination dans la Région. Ce Fonds avait été une initiative importante couronnée de succès qui avait permis de protéger la majorité de la population des Amériques contre toute une série de maladies évitables par la vaccination. Le document traitait également de la dynamique du marché mondial de vaccins, qui présentait, dans certains domaines, des défis majeurs pour le Fonds.

162. Un des plus grands défis avait trait au fait que certains producteurs – notamment les producteurs de vaccins relativement nouveaux comme ceux contre le rotavirus et le virus du papillome humain (VPH) produits par un très petit nombre de fabricants, avec pour conséquence de faibles niveaux de concurrence de prix – demandaient que le Fonds modifie ses principes sous-jacents de prix unique offert à tous les pays et d'achat de vaccins uniquement au prix le plus bas. Lorsque le Fonds n'avait pas obtempéré, certains producteurs avaient choisi ne pas à fournir de vaccins par son entremise mais de traiter directement avec les pays. Tout pays qui acceptait un tel arrangement réduisait par là même l'effet de levier du Fonds pour obtenir des prix avantageux.

163. Tous les délégués qui se sont exprimés sur ce point se sont félicités de l'effet bénéfique du Fonds renouvelable sur les campagnes de vaccination de leur pays, et les délégués de certains petits pays se sont déclarés satisfaits des économies d'échelle dont leurs pays ont pu bénéficier grâce à la participation des plus grands. Il a été souligné que, sans l'approche conjointe du Fonds, certains pays, les plus petits en particulier, n'auraient pas été en mesure de faire face aux fabricants de vaccins de plus en plus puissants. Les services connexes fournis par le Fonds renouvelable dans les domaines de l'assurance-qualité et du suivi ont également été salués, notamment dans le cas de petits pays, qui ne disposaient pas de la capacité nécessaire pour assurer ce suivi.

164. Les délégués ont également indiqué qu'ils avaient besoin du soutien technique continu du BSP, par exemple pour former les équipes de vaccination ou pour diffuser les meilleures pratiques et les expériences réussies. Le Bureau a été encouragé à poursuivre son engagement auprès de l'Alliance GAVI, y compris dans des domaines d'intérêt commun tels que de le groupe de travail GAVI nouvellement créé sur la tarification appropriée pour les pays dont la croissance économique les empêcherait de bénéficier du soutien GAVI (appelés « les pays en reclassification GAVI »).

165. Certains intervenants ont suggéré qu'il pourrait être souhaitable que le Bureau se penche sur la question de savoir si ses principes pourraient être assouplis dans certains cas et si un prix similaire à celui qui était convenu directement avec certains pays individuellement pourrait être négocié. Certains ont souligné que le fait que le Bureau insiste sur les principes de base avait amené certains fabricants à retirer des vaccins du Fonds mais que les pays pauvres, en particulier, n'avaient pas les moyens de payer le prix des vaccins pratiqué sur le marché.

166. La Directrice a déclaré qu'elle comprenait les préoccupations des États Membres et qu'elle avait pris note de leurs suggestions. Toutefois, elle a fait observer que, sans un mandat spécifique des Organes directeurs, le Bureau ne pouvait pas abandonner les principes du Fonds et s'engager, par exemple, dans une tarification différenciée. À l'avenir, le Bureau aiderait les États Membres à améliorer la précision de leurs prévisions de demande en vaccins, étant donné que le fait d'être en mesure de citer des chiffres précis concernant la demande aux fabricants contribuerait à négocier des prix plus bas.

167. Il était nécessaire de définir exactement ce qui constituait « le prix le plus bas ». Était-ce le prix GAVI ? Ou des prix calculés en partant du prix GAVI comme point de référence ? Si le Bureau insistait pour n'acheter qu'au prix GAVI, il pourrait bien se retrouver dans une situation où certains vaccins offerts ne lui seraient tout simplement pas fournis. En effet, certains fabricants avaient déjà choisi de ne pas participer à des appels d'offres pour certains des vaccins moins chers que le Fonds renouvelable souhaitait proposer. En outre, dans certains cas, les fabricants des vaccins les plus nouveaux exigeaient des engagements sur d'énormes quantités de doses, avec des accords pluriannuels et des paiements anticipés importants. Le Bureau avait été en mesure d'obtenir un engagement pour un prêt auprès de la Fondation Gates pour aider à payer ces paiements anticipés.

168. Même si elle restait convaincue que l'OPS pourrait obtenir de l'aide auprès de ses États Membres dans les négociations avec les fabricants, il serait important que tous les États Membres se montrent solidaires. Dans le cas du vaccin contre le VPH, par exemple, un fabricant avait contacté les États Membres ayant la plus forte demande et avait négocié avec eux individuellement, réduisant ainsi le groupe d'acheteurs en commun et affaiblissant encore la position de négociation de l'Organisation.

169. Compte tenu de la complexité croissante du paysage mondial de la santé, il semblait souhaitable de procéder à une évaluation officielle complète de la façon dont le Fonds renouvelable fonctionnait et dont il serait possible de renforcer sa fonction consistant à sauver des vies. Le Bureau serait heureux d'entreprendre une telle évaluation si les Organes directeurs le jugeaient opportun.

170. Le Conseil a pris note du rapport.

Questions administratives et financières***Rapport sur le recouvrement des contributions fixées (document CD53/17 et Add. I)***

171. Le Dr Jarbas Barbosa da Silva (Représentant du Comité exécutif) a signalé que, à l'ouverture de la 154^e session du Comité exécutif, 96 % des arriérés avaient été payés et qu'aucun État Membre n'était soumis aux restrictions de vote prévues à l'article 6.B de la Constitution de l'OPS. Dix-huit États Membres avaient versé leurs contributions fixées correspondant à l'année en cours dans leur intégralité. Toutefois, ces paiements s'élevaient à seulement US\$ 26,3 millions, soit 24,9 % du total exigible pour 2014. En conséquence, le Bureau avait dû utiliser son fonds de roulement et d'autres ressources de trésorerie internes pour financer ses activités. Le Comité avait aussi été informé que la Directrice avait ramené le fonds de roulement à son niveau autorisé de \$20 millions à la suite du remboursement d'un prêt au Fonds renouvelable pour l'achat de vaccins. Toutefois, les décaissements du budget ordinaire en juin s'étaient montés à \$34,7 millions ; étant donné que les contributions fixées reçues à la mi-juin avaient été insuffisantes pour couvrir ce montant, le Fonds de roulement avait été complètement épuisé à ce moment-là.

172. M. Gerald Anderson (Directeur de l'Administration du BSP), notant que le document CD53/17, Add. I contenait des informations actualisées au 22 septembre 2014, a expliqué que depuis cette date, le Bureau avait reçu d'autres paiements d'Antigua-et-Barbuda, du Costa Rica et de la France. Un total de \$37,1 millions, soit 96 % des contributions fixées des exercices antérieurs avaient été reçues, et l'encours n'était donc plus que de \$1,6 million. Aucun État Membre ne tombait sous le coup des restrictions de vote prévues à l'article 6.B de la Constitution de l'OPS. Sur les contributions fixées pour 2014, \$50 millions, soit 47 % du total, avaient été reçues, 26 États Membres ayant versé leurs contributions en totalité.

173. Les décaissements sur le budget ordinaire en date du 29 septembre s'étaient montés au total à \$63,4 millions. En conséquence, le solde de trésorerie du fonds de roulement n'était que de \$7 millions. Le taux des contributions fixées reçues avait diminué, passant de 60 % en 2011 à seulement 47 % pour l'année en cours. À l'ouverture du 53^e Conseil directeur, \$57,2 millions de contributions exigibles n'avaient toujours pas été versés, les cinq plus grands contributeurs de l'Organisation représentant \$56,2 millions de ce montant.

174. Le Dr Francisco Becerra (Sous-Directeur du BSP) a exprimé les remerciements du Bureau pour les contributions reçues à ce jour, tout en lançant un appel aux États Membres encore en situation d'arriérés pour qu'ils accélèrent leurs versements afin que l'Organisation soit en mesure de remplir tous les mandats qui lui ont été confiés par les États Membres.

175. Le Conseil a adopté la résolution CD53.R1, exprimant sa gratitude aux États Membres qui avaient déjà effectué des paiements pour 2014 et exhortant tous les États Membres à s'acquitter de leurs obligations financières envers l'Organisation dans les meilleurs délais.

Rapport financier du Directeur et rapport du Commissaire aux comptes externe pour 2013 (document officiel 347)

176. Le Dr Jarbas Barbosa da Silva (Représentant du Comité exécutif) a indiqué que le Comité exécutif avait été informé que le Commissaire aux comptes externe avait émis une opinion sans réserve sur les états financiers de l'Organisation pour 2013. Le Comité avait accueilli avec satisfaction l'opinion d'audit sans réserve, mais s'était déclaré préoccupé par le fait que l'Organisation avait terminé l'exercice 2012-2013 avec un déficit de \$2,66 millions. La baisse de ses actifs à court terme avait également été notée et le Bureau avait été invité à fournir des informations sur ce qui pouvait être attendu pour l'exercice 2014 ; en particulier, des informations ont été demandées sur l'incidence du manque à gagner pour les revenus divers, de la baisse des contributions volontaires et des retards dans le versement des contributions fixées, sur les activités de l'Organisation. Des préoccupations avaient également été exprimées quant aux retards dans le projet du Système d'information pour la gestion du BSP, qui avaient augmenté le coût budgétisé d'un montant estimé à \$2,2 millions.

177. La Directrice a expliqué que le Bureau prévoyait un déficit de l'ordre de \$40 à \$50 millions pour l'exercice biennal. Le Bureau avait pris des mesures pour réduire le volet ressources humaines du budget ordinaire, mais l'ampleur des réductions ajoutée à la baisse des contributions volontaires pesait lourdement sur sa capacité à fournir une coopération technique aux mêmes niveaux que par le passé. Elle avait indiqué que le Bureau travaillait en étroite collaboration avec la Fondation de l'OPS et les représentants de l'OPS/OMS pour accroître la mobilisation des ressources. Elle avait aussi déclaré que, en juin, les Amériques n'avaient encore reçu aucune contribution volontaire de l'OMS pour 2014.

178. M. Gerald Anderson (Directeur de l'Administration du BSP) a présenté un aperçu des tendances pour l'année en cours par rapport à 2013, notant que le total des recettes nettes avait augmenté de 16 %. Cette augmentation était attribuable à une hausse des contributions volontaires de \$140 millions et à des activités de passation de marchés de près de \$35 millions. Les contributions volontaires nationales avaient augmenté de \$150 millions en raison principalement de la mise en œuvre du projet *Mais Médicos* au Brésil, tandis que les contributions volontaires des donateurs pour les activités externes avaient diminué de \$9 millions. D'autre part, grâce principalement aux évolutions des taux d'intérêt en dehors des États-Unis, les revenus divers avaient enregistré une augmentation significative en 2014 et devraient atteindre ou dépasser le montant budgétisé. Ainsi, la situation de déficit de l'exercice précédent ne devrait pas se reproduire.

179. S'agissant de l'allocation au budget ordinaire de l'OMS, \$64,6 millions en fonds du budget ordinaire et \$37,2 millions en ressources de l'OMS provenant d'autres sources de revenus avaient été reçus à ce jour au cours de la première année de l'exercice biennal actuel. Par comparaison, le montant total reçu pour l'exercice 2012-2013 dans son ensemble s'était monté à \$80,6 millions en fonds du budget ordinaire et \$52,8 millions des autres fonds de l'OMS.

180. Le Conseil a accueilli avec satisfaction les informations fournies sur la situation financière de l'Organisation, tout en se déclarant préoccupé du fait que les diverses catégories de ressources diminuaient. Des précisions ont été demandées sur les revenus provenant de la vente de manuels scolaires et de matériel pédagogique dans le cadre du programme élargi de manuels scolaires et de matériel pédagogique (PALTEX).

181. M. Anderson a expliqué que PALTEX avait été absorbé par l'OPS, et que, par conséquent, le produit des ventes du programme était désormais comptabilisé comme des revenus du BSP.

182. La Directrice a remercié les États Membres qui avaient acquitté leurs contributions fixées dans les délais et a prié ceux qui étaient encore en situation d'arriérés d'effectuer leurs paiements, notant que le Bureau avait souvent dû avoir recours au fonds de roulement pour financer ses activités. Elle a aussi remercié les États Membres qui avaient été actifs pour s'assurer que l'Organisation recevrait des contributions volontaires nationales, notamment la Colombie, le Mexique et la Trinité-et-Tobago.

183. Elle a noté en outre que le Bureau avait renforcé sa collaboration avec la Fondation de l'OPS, ce qui devrait également se traduire par une plus grande mobilisation des ressources. Le Bureau prenait des mesures pour renforcer son Département pour les Relations extérieures, les partenariats et la mobilisation des ressources et améliorer la gestion de l'identification, de la définition, de la mise en œuvre et du suivi des projets. Ces mesures ne se traduiraient pas immédiatement par une augmentation du financement volontaire, mais elle n'était pas extrêmement préoccupée quant à la capacité du Bureau à continuer de fournir une coopération technique aux États Membres.

184. Le Conseil a pris note du rapport.

État et niveau autorisé du Fonds de roulement (document CD53/18)

185. Le Dr Jarbas Barbosa da Silva (Représentant du Comité exécutif) a indiqué que le Comité exécutif avait examiné une proposition visant à relever le montant autorisé du fonds de roulement de \$20 millions à \$25 millions, cette augmentation étant jugé nécessaire compte tenu de l'accroissement du budget ordinaire et de l'augmentation en résultant des besoins de trésorerie mensuels, qui se situaient actuellement en moyenne à \$8,1 millions. Il avait été expliqué que bien que le Bureau ait fait des efforts pour accroître le taux de contributions obligatoires reçues, en raison des dates des paiements il était souvent nécessaire d'utiliser le fonds de roulement pour faire face aux déficits temporaires. À plusieurs reprises ces dernières années le fonds avait été complètement épuisé en raison du non-paiement des contributions fixées.

186. La plupart des membres du Comité n'avaient émis aucune objection à la proposition d'augmentation ; la déléguée des États-Unis d'Amérique, cependant, avait déclaré que sa délégation ne l'appuierait pas. Elle avait suggéré que l'augmentation soit reportée d'un an jusqu'à ce qu'on sache quels seraient les financements nécessaires pour d'autres priorités, telles que l'assurance maladie après la cessation de service, les mises à

niveau des technologies informatiques et l'entretien et la réparation de biens immobiliers appartenant à l'OPS. D'autres membres du Comité avaient fait observer que le Bureau fonctionnait fréquemment avec un déficit mensuel important et que refuser cette demande d'augmentation du montant autorisé du Fonds de roulement le placerait dans une situation très difficile. Il n'avait donc pas été jugé possible de reporter l'augmentation. En conséquence, le Comité exécutif avait adopté la résolution CE154.R4, recommandant que le Conseil directeur relève le montant autorisé du Fonds de roulement de \$20 à \$25 millions.

187. La déléguée des États-Unis d'Amérique a répété les arguments présentés au Comité exécutif, à savoir que tout excédent qui pourrait être dégagé devrait être retenu pour financer des éléments tels que l'assurance maladie après la cessation de service, les mises à niveau des technologies informatiques et l'entretien et la réparation des biens immobiliers appartenant à l'OPS. Reconnaissant qu'il y avait par ailleurs consensus sur la nécessité de procéder à cette augmentation, elle a proposé la suppression du paragraphe 2 du projet de résolution, ainsi l'augmentation du fonds de roulement serait approuvée, mais aucune disposition immédiate ne serait prise pour le financement de cette augmentation sur les excédents budgétaires. Tout excédent pourrait donc servir à d'autres fins, y compris, éventuellement, l'augmentation du fonds de roulement.

188. M. Gerald Anderson (Directeur de l'Administration du BSP), soulignant que, comme expliqué dans l'analyse financière à l'annexe D du document CD53/18, le projet de résolution ne stipulerait pas l'utilisation par la Directrice de tout excédent pour financer l'augmentation, a déclaré que le Bureau pouvait accepter la suppression du paragraphe 2.

189. La Directrice, faisant observer que le Bureau devait souvent avoir recours à des emprunts internes afin de couvrir les déficits de revenus, a déclaré que l'augmentation du niveau autorisé du fonds de roulement accroîtrait la latitude du Bureau pour agir. Elle a de nouveau lancé un appel aux États Membres dont les contributions fixées étaient en arriérés pour qu'ils s'acquittent de leurs obligations dans les meilleurs délais.

190. La résolution a été modifiée comme proposé et adoptée par le Conseil en tant que résolution CD53.R10.

État d'avancement du projet pour la modernisation du système de gestion de l'information du Bureau sanitaire panaméricain (document CD53/19)

191. Le Dr Jarbas Barbosa da Silva (Représentant du Comité exécutif) a expliqué que le Comité avait reçu une mise à jour sur la modernisation du système de gestion de l'information du BSP (PMIS) et avait examiné une proposition visant à augmenter le budget du projet de \$2,2 millions afin de couvrir le coût des ordres de modification. Le Comité avait été informé que la Directrice avait identifié des sources internes de financement supplémentaires, à savoir \$100 000 provenant du solde non dépensé du compte de réserve et \$2,1 millions provenant de fonds excédentaires non alloués résultant de l'application des normes comptables internationales du secteur public en 2010.

192. Tout en se félicitant des progrès accomplis dans le cadre du projet, le Comité exécutif avait demandé une évaluation de la crédibilité de l'augmentation proposée, ainsi que l'assurance que le Bureau était certain que la présente demande d'augmentation serait la dernière. Ayant reçu des réponses satisfaisantes de la part du Bureau à ces questions, le Comité avait adopté la résolution CE154.R6, recommandant au Conseil directeur d'approuver le transfert des fonds mentionné au PMIS.

193. M. Esteban Alzamora (Chef de projet interne du PMIS au BSP), résumant les progrès accomplis dans la mise en œuvre du projet de modernisation du PMIS qui avait démarré en mars 2014, a indiqué que la conception et la configuration de la Phase 1, comprenant les ressources humaines et le service de paie, étaient terminées ; les essais de la Phase 1 avaient été terminés le 12 septembre 2014 ; des ajustements étaient actuellement apportés à la conception, et la Phase 1 serait opérationnelle à la fin de janvier 2015. La phase 2 commencerait à la date prévue, vers la fin de 2014, avec le lancement de la conception des volets finances, planification et budget et passation de marchés.

194. Une partie importante de la mise en œuvre étant maintenant achevée, l'équipe chargée du projet avait pu réviser le budget du projet sur la base des coûts effectifs au cours de la Phase 1. Comme c'était le cas pour la plupart des mises en œuvre de logiciels pour la planification des ressources des entreprises, un budget raisonnable pour imprévus devait être alloué afin de couvrir le coût des ordres de modification, c'est-à-dire les changements identifiés au cours de la mise en œuvre comme étant nécessaires pour satisfaire aux exigences de conception inattendues mais essentielles. Les ordres de modification pour la Phase 1 avaient atteint un peu plus de \$500 000 au total. Les ordres de modification pour la Phase 2 plus complexe ont été estimés à environ trois fois ce montant ; ainsi, une augmentation du budget de \$2,2 millions (comprenant une marge de sécurité) était proposée. Comme l'avait indiqué le Représentant du Comité exécutif, la Directrice avait identifié des sources internes pour ce financement additionnel.

195. Le Conseil a salué les progrès accomplis dans le cadre du projet PMIS jusque là, notant que ce système modernisé jouerait un rôle essentiel dans l'amélioration de la prestation de coopération technique aux États Membres. Les délégués ont demandé si les travaux en cours dans le domaine de la gestion des risques comprenaient la question de savoir comment le PMIS modernisé communiquerait avec le système de l'OMS, étant donné que cela était considéré comme un aspect important pour préserver la transparence et la responsabilisation.

196. Un délégué a souhaité obtenir des informations sur la question de savoir si un plan était en place pour faire face à de nouvelles augmentations qui pourraient être nécessaires à l'avenir. Une autre déléguée a demandé des précisions sur la situation des systèmes existants tels que ceux utilisés pour la passation de contrats, les impôts, les retraites et l'assurance maladie, qui ne rentraient pas dans le champ couvert par le projet PMIS. Elle a également demandé si les investissements à long terme nécessaires pour assurer la viabilité du PMIS étaient inclus dans le budget du projet, et elle a demandé au Bureau de fournir un glossaire des termes utilisés dans le cadre du projet, tels que « ERP » (*enterprise resource planning* ou planification des ressources de l'entreprise).

197. Un délégué de la sous-région des Caraïbes a demandé au BSP de tirer parti de l'expérience acquise dans le cadre du renforcement du PMIS pour aider les États Membres ayant entrepris des processus similaires et a déclaré que l'affectation d'un agent technique au Bureau de Coordination des programmes des Caraïbes à la Barbade à cette fin serait utile.

198. M. Gerald Anderson (Directeur de l'Administration du BSP) a remercié les États Membres pour leur soutien pour ce projet très important. S'agissant des systèmes qui n'entraient pas dans le champ couvert par le projet, il a expliqué que, dans la conception du projet, le Bureau avait tenu compte des systèmes qui fonctionnaient de manière adéquate et n'auraient donc pas besoin d'être remplacés. Ces systèmes auraient des interfaces pour pouvoir échanger des données avec les nouveaux systèmes, ce qui déboucherait sur un système unique intégré. Cette approche avait permis de limiter le coût du projet de modernisation. Sur le plan de la gestion des risques, l'Organisation travaillait avec l'OMS et sa structure de gestion des risques d'entreprise pour s'assurer que le PMIS serait pleinement en mesure de communiquer avec les autres régions de l'OMS.

199. La Directrice, notant que les statistiques révélaient que plus de 60 % des tentatives de mise en œuvre d'un système ERP échouaient dans une certaine mesure, a affirmé que la mise en œuvre réussie de ce projet exigeait une attention particulière de la part des États Membres, à qui elle était par conséquent reconnaissante, ainsi qu'un suivi attentif de la Direction. Elle a rappelé que \$20 millions avaient été inscrits au budget pour le projet en 2010 ; toutefois, les spécifications du système n'avaient pas été entièrement définies à ce stade et tous les logiciels nécessaires n'avaient pas été identifiés. Il était apparu rapidement que le coût d'un système sur mesure aurait été prohibitif, et le Bureau avait donc choisi de sélectionner des systèmes existants et de les adapter pour répondre aux besoins spécifiques de l'Organisation par le biais d'ordres de modifications, dont le coût avait été impossible à prévoir tant que le projet n'avait pas vraiment démarré. Elle avait été informée par le personnel et les experts que, conformément aux normes de l'industrie, le montant nécessaire s'élèverait à \$2,2 millions.

200. Les systèmes seraient mis en œuvre conformément au calendrier que M. Alzamora avait présenté. La formation du personnel sur la gestion du changement était en cours et s'accélérait au cours des trois prochains mois. Un glossaire des termes utilisés dans le projet PMIS existait et pourrait être diffusé.

201. S'agissant d'investissements supplémentaires potentiels à long terme, elle a rappelé que, au début de 2014, le Bureau avait commandé une évaluation de la technologie informatique auprès du Centre international de calcul à Genève. Cette évaluation avait révélé que certes, l'infrastructure informatique actuelle permettrait de démarrer la mise en œuvre du projet PMIS en 2015 et de la poursuivre en 2016, mais que des mises à jour majeures allaient être nécessaires. Par conséquent, le Bureau procédait actuellement à l'élaboration d'une stratégie pour les années à venir, couvrant les investissements spécifiques qui seraient nécessaires pour soutenir le PMIS ainsi que d'autres impératifs informatiques. Cette stratégie serait présentée aux Organes directeurs en 2015.

202. Le Conseil a adopté la résolution CD53.R11, approuvant une augmentation du budget autorisé pour la modernisation du PMIS de \$20,3 millions à \$22,5 millions.

Élection d'États Membres aux conseils et comités

Sélection d'un État Membre de la Région des Amériques habilité à désigner une personne au Conseil conjoint de coordination du Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales (TDR) de l'UNICEF/PNUD/Banque mondiale/OMS (document CD53/20)

203. Le Conseil directeur a sélectionné le Suriname pour désigner une personne au Conseil conjoint de coordination du Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales (TDR) de l'UNICEF/PNUD/Banque mondiale/OMS pour un mandat de quatre ans à partir du 1^{er} janvier 2015 (décision CD53[D5]).

Élection de deux membres pour faire partie du Comité consultatif du centre d'information sur les sciences de la santé pour l'Amérique latine et les Caraïbes (BIREME) (document CD53/21)

204. Le Conseil directeur a déclaré le Panama et Trinité-et-Tobago élus en tant que membres du Comité consultatif de BIREME pour un mandat de trois ans à partir du 1^{er} janvier 2015 (résolution CD53.R5).

Prix

Prix de l'OPS pour l'administration (2014) (document CD53/22)

205. Le Dr Jarbas Barbosa da Silva (Représentant du Comité exécutif) a indiqué que le Comité d'attribution du prix de l'OPS pour l'administration (2014), composé des représentants du Brésil, du Chili et de la Jamaïque, s'était réuni au cours de la 154^e session du Comité exécutif. Après examen des informations sur les candidats présentés par les États Membres, le Comité d'attribution du prix avait décidé de décerner le prix de l'OPS pour l'administration (2014) au Dr Miguel Ángel Lezana Fernández, du Mexique, pour sa contribution exceptionnelle à la santé publique, comme en témoignait son travail dans l'administration des services de santé et de l'éducation médicale, ainsi que son leadership dans le domaine des systèmes de surveillance épidémiologique et d'information de la santé.

206. La Présidente du Conseil directeur et la Directrice ont remis le prix de l'OPS pour l'administration (2014) au Dr Lezana Fernández, dont le discours d'acceptation peut être consulté sur le site Internet du 53^e Conseil directeur.

207. Le délégué du Mexique a remercié le BSP et le Comité d'attribution du prix pour l'honneur qui était fait au Dr Lezana Fernández.

Prix de la Fondation de l'OPS

208. Le Dr Jennie Ward-Robinson (Présidente et Directrice générale de la Fondation de l'OPS) a réitéré l'engagement de la Fondation à être la branche philanthropique de l'OPS. Dans le cadre de cet engagement, plusieurs prix d'excellence en santé publique interaméricaine étaient décernés chaque année.

Prix Abraham Horwitz d'excellence en matière de leadership en santé publique interaméricaine (2014)

209. Les prix annuels comprenaient le Prix Abraham Horwitz d'excellence en matière de leadership en santé publique interaméricaine, créé en l'honneur du Dr Abraham Horwitz, ancien Directeur du BSP et par la suite Président de la Fondation panaméricaine pour la santé et l'éducation (PAHEF). Ce prix récompensait le leadership qui avait changé des vies et avait amélioré la santé des populations des Amériques.

210. Le Dr Ward-Robinson, le Président du Conseil directeur et la Directrice ont remis le Prix Abraham Horwitz d'excellence en matière de leadership en santé publique interaméricaine (2014) au Dr Javier Torres-Goitía, de la Bolivie, en reconnaissance de son dévouement tout au long de sa vie pour la politique publique et les implications transfrontalières de son travail.

211. Le discours d'acceptation du Dr Torres-Goitía peut être consulté sur le site Internet du 53^e Conseil directeur.

Prix Sérgio Arouca d'excellence en soins de santé universels (2014)

212. Le Dr Ward-Robinson a rappelé que le Prix Sérgio Arouca d'excellence en soins de santé universels avait été créé en 2010 par le ministère de la santé du Brésil et PAHEF en coopération avec l'OPS. Ce prix récompensait les responsables qui avaient œuvré pour faire progresser, influencer et renforcer les programmes de soins de santé universels dans la Région, comme Sérgio Arouca, médecin brésilien, universitaire et infatigable défenseur des soins de santé universels, en l'honneur duquel ce prix avait été créé.

213. Elle a ajouté que, même si cela ne s'était jamais vu auparavant qu'une même personne soit nommée pour deux prix de la Fondation de l'OPS en même temps, le Dr Javier Torres-Goitía s'était également vu décerner le prix Sérgio Arouca. Avec le Président du Conseil Directeur et la Directrice du BSP, elle remettait le prix au Dr Torres-Goitía pour ses actions et ses politiques de santé publique qui avaient conduit à l'élimination du goitre endémique et à l'amélioration de la santé maternelle et infantile en Bolivie.

Prix Manuel Velasco Suárez d'excellence en bioéthique (2014)

214. Le Dr Ward-Robinson a rappelé que le Prix Manuel Velasco Suárez d'excellence en bioéthique a été instauré en 2002 pour rendre hommage à la pensée innovante dans le

domaine de la bioéthique, en l'honneur du Dr Manuel Velasco Suárez, médecin, chercheur et universitaire, qui avait consacré plus de 50 ans de sa vie à la santé publique et avait été l'un des fondateurs de l'Académie mexicaine de la bioéthique.

215. Le Dr Ward-Robinson, le Président du Conseil directeur et la Directrice du BSP ont remis le Prix Manuel Velasco Suárez d'excellence en bioéthique 2014 au Dr Ignacio Mastroleo, d'Argentine, pour son projet intitulé *Obligaciones de investigadores y patrocinadores: el modelo de reciprocidad democrática*, qui s'attachait à élaborer un modèle en bioéthique à travers toutes les sociétés d'Amérique latine pour les multiples acteurs travaillant dans la recherche concernant des sujets humains.

216. Le discours d'acceptation du Dr Mastroleo peut être consulté sur le site Internet du 53^e Conseil directeur.

Autres prix de la Fondation de l'OPS

217. Le Dr Ward-Robinson a également présenté les lauréats des trois autres prix de la Fondation de l'OPS, qui seraient remis lors d'une cérémonie en soirée. Le Prix Clarence H. Moore d'excellence en matière de service bénévole avait été décerné à l'organisation à but non lucratif *Water with Blessings*, qui promouvait l'accès à l'eau potable dans les Amériques grâce à la distribution de systèmes de filtration d'eau à faible coût et d'activités d'éducation communautaires connexes ; le Prix Pedro N. Acha d'excellence en matière de santé publique vétérinaire avait été décerné au Dr Virginia Micaela de la Puente León, du Pérou, pour sa thèse intitulée « Bactéries entériques à potentiel zoonotique chez les primates néotropicaux en captivité au Pérou » ; et le Prix Fred L. Soper d'excellence en matière de littérature en santé publique avait été décerné au Dr Mario Alberto Rodríguez Pérez, du Mexique, pour son article « Élaboration d'un nouveau type de piège pour la collecte de mouches noires du complexe *Simulium ochraceum* » qui proposait une utilisation innovante de technologies à faible coût pour le contrôle et l'élimination de l'onchocercose.

Questions soumises pour information

Mise à jour sur la réforme de l'OMS (document CD53/INF/1)

218. Le Dr Jarbas Barbosa da Silva (Représentant du Comité exécutif) a expliqué que le Comité exécutif, après avoir reçu une mise à jour sur les progrès de la réforme de l'OMS, avait affirmé l'importance des réformes relatives à la gouvernance, à l'allocation des ressources de l'OMS et à la participation d'acteurs non étatiques. Il avait souligné la nécessité d'accélérer la réforme de la gouvernance, en particulier en ce qui concernait la prise de décisions stratégiques par les Organes directeurs de l'OMS. Le Comité avait également souligné la nécessité d'élaborer une méthodologie juste, transparente et fondée sur des données probantes pour l'allocation des ressources de l'OMS aux régions. L'importance de la réforme à tous les niveaux de l'Organisation avait été mise en exergue.

219. Le Dr Hans Troedsson (Sous-Directeur général pour l'Administration générale de l'OMS) a fait le point sur les progrès de la réforme de l'OMS notant que, même si des progrès importants avaient été réalisés, deux évolutions récentes inattendues avaient ralenti le rythme des progrès : la mobilisation de l'Organisation pour répondre à la crise du virus Ebola, qui avait réduit le niveau des ressources humaines disponibles pour les activités de réforme, et des problèmes de flux de trésorerie qui devraient être surmontés dans les prochains mois.

220. Des progrès importants avaient été accomplis sur le plan de la réforme programmatique, comme l'avait montré la préparation du budget programme 2016-2017. La transparence et la prévisibilité du financement avaient augmenté grâce au dialogue sur le financement et au portail web du budget programme. C'était la première fois que si tôt dans l'exercice biennal, près de 90 % du budget programme actuel étaient déjà financés. C'était la réforme de la gouvernance qui avait enregistré les progrès les plus lents. Sur le plan de la réforme de la gestion, des améliorations marquées ont été obtenues en matière de responsabilisation et de transparence. Une initiative prometteuse a été le lancement d'une révision administrative et programmatique des bureaux dans les pays visant à identifier les meilleures pratiques et à rechercher d'autres améliorations éventuelles. Des projets de cadres de mobilité et de gestion des performances seraient présentés au Conseil exécutif en janvier 2015. Dans le domaine de la communication, le réseau de communication d'urgence avait apporté un appui important à la réponse en cours face au virus Ebola. Des progrès considérables avaient été accomplis sur le plan des initiatives visant à améliorer les contrôles internes. Plusieurs outils avaient été élaborés, y compris des plans d'atténuation des risques.

221. Un cadre d'évaluation était en cours d'élaboration en vue de donner à l'évaluation un rôle plus important dans les activités de l'OMS, et des indicateurs étaient à l'étude pour faciliter le suivi des activités de réforme. Une équipe chargée de la gestion des réformes mise en place dans le bureau du Directeur général était responsable de l'actualisation des plans de réforme, qui serviraient de base pour présenter régulièrement des rapports aux États Membres et aux autres parties prenantes.

222. Le Conseil directeur a accueilli avec satisfaction l'engagement du Secrétariat de l'OMS et du Directeur général à procéder à la réforme et a reconnu les progrès réalisés. Le processus de réforme était considéré comme une occasion précieuse de procéder à un examen approfondi des changements nécessaires dans le rôle de pilotage des priorités de la santé mondiale de l'Organisation et pour renforcer son caractère multilatéral et sa capacité d'interface avec d'autres organismes des Nations Unies et d'autres initiatives de la santé afin d'améliorer les approches multisectorielles. La participation d'acteurs non étatiques a été également considérée comme importante, et les délégués se sont félicités de l'élaboration d'un cadre à cet effet (voir les paragraphes 136 à 147 ci-dessus), soulignant la nécessité d'éviter tout conflit d'intérêts. L'attention accordée aux déterminants sociaux de la santé et à la réduction des iniquités en matière de santé a été considérée comme des priorités de la réforme. Il a été jugé que le but ultime de la réforme devrait être l'obtention

de meilleurs résultats en matière de santé. L'évaluation des impacts a donc été considérée comme cruciale.

223. Les efforts du Secrétariat de l'OMS en vue de fournir un plan clair pour l'initiative de réforme qui donnerait au Secrétariat et aux États Membres un outil pour mesurer les progrès réalisés dans sa mise en œuvre et en faire un suivi ont été salués. Le Secrétariat a été encouragé à faire en sorte que les États Membres aient connaissance de cet outil et à mener à bien les activités sur divers autres outils de suivi et d'évaluation dès que possible.⁶

224. Comme le Comité exécutif, le Conseil a attiré l'attention sur la nécessité de réaliser des progrès plus rapides sur la réforme de la gouvernance, en particulier en ce qui concernait la prise de décisions stratégique lors des sessions des Organes directeurs de l'OMS. Il a été suggéré qu'une plus grande synergie était nécessaire entre les organes directeurs régionaux et mondiaux afin de faciliter des discussions à l'échelle mondiale et de maximiser les avantages des débats régionaux sur les questions d'intérêt mondial. L'importance des approches participatives pour la prise de décisions collective a été soulignée. La nécessité de continuer à renforcer la communication entre le niveau mondial et régional a également été notée, ainsi que la nécessité d'assurer la réforme à tous les niveaux de l'Organisation. À cet égard, le Bureau a été invité à fournir une analyse plus détaillée de la mise en œuvre de la réforme dans une perspective régionale, en présentant également sa perspective sur la façon dont les éléments progressant moins vite, tels que la réforme de la gouvernance, pourraient être accélérés. Il a également été jugé nécessaire de renforcer les mesures visant à mettre en œuvre la réforme au niveau des pays. La nécessité de former du personnel à tous les niveaux concernant la réforme a été soulignée.

225. Les délégués ont souligné la nécessité de poursuivre les efforts en vue d'améliorer la transparence et la responsabilisation en ce qui concernait à la fois le processus global de réforme et les processus liés au budget et programme. S'agissant de ces derniers points, le portail Internet créé pour le dialogue sur le financement était considéré comme un excellent point de départ, mais il a été souligné qu'il ne contenait pas encore suffisamment de données, étape cruciale vers la transparence. Une bonne stratégie de mobilisation des ressources et de gestion à tous les niveaux de l'Organisation était également considérée comme essentielle.

226. Il a été indiqué que la crise du virus Ebola avait démontré la nécessité d'une plus grande cohérence face à des événements imprévisibles et d'une meilleure priorisation dans le domaine critique des flambées de maladies et de la mise en œuvre du RSI. Il a été estimé que cette crise avait montré que les systèmes de ressources humaines de l'OMS n'avaient pas la flexibilité ni l'efficacité nécessaires pour faire en sorte que l'Organisation soit à même d'agir comme il se devait et qu'elle continue à attirer les meilleurs talents et à les utiliser au mieux.

227. M. Troedsson a reconnu que l'effort de réforme jusqu'ici avait été principalement axé sur le siège de l'OMS mais il a noté que des initiatives de réforme étaient maintenant

⁶ Cet outil est disponible sur <http://spapps.who.int/WHOReform>.

reprises à l'échelle régionale et nationale. La réforme devait en effet intervenir aux trois niveaux de l'Organisation, mais elle était particulièrement importante à l'échelle nationale, puisque les efforts de réforme constituaient un élément crucial de la façon dont l'OMS améliorait ses performances à ce niveau et dont elle appuyait ses États Membres. Certes, la crise de l'Ebola constituait un défi énorme et sans précédent mais c'était aussi une occasion d'apprendre et de s'assurer que l'Organisation était mieux équipée et organisée pour répondre à ce type de défis de santé publique à l'avenir.

228. La Directrice a assuré les États Membres que l'OPS participait pleinement au processus de réforme de l'OMS, y compris au niveau des bureaux dans les pays. En effet, la Région des Amériques était probablement très en avance sur la plupart des autres régions pour ce qui était de répondre aux initiatives de réforme de l'OMS. En fait, les réformes au sein de l'OPS avaient précédé les réformes au sein de l'OMS. L'OPS, par exemple, s'efforçait depuis plusieurs années de renforcer la transparence et la reddition de comptes et continuerait de le faire. Le processus actuel d'établissement des priorités serait très important non seulement comme base d'informations utilisées pour l'allocation des ressources de l'OPS, mais aussi pour assurer une plus grande responsabilisation et une plus grande transparence. La Région avait aussi déjà adopté une démarche de planification du bas vers le haut, qui avait été appliquée dans l'élaboration du Plan stratégique 2014-2019, un processus qui avait fait l'objet de plus de 50 consultations nationales avec les parties prenantes. L'OPS continuait à employer des approches participatives dans la formulation des plans d'action régionaux.

229. Sur le plan de réforme de la gouvernance, les programmes de l'OPS et des Organes directeurs de l'OMS étaient maintenant mieux harmonisés. Dans la mesure du possible, l'OPS ne créait pas sa propre stratégie s'il en existait déjà une au niveau mondial ; à la place, elle élaborait un plan d'action régional en réponse à cette stratégie. L'OPS s'était attachée à promouvoir une participation pleine et entière des États Membres de la Région dans l'élaboration de ces stratégies mondiales, et continuerait de le faire.

230. L'OPS améliorerait ses processus de gestion des risques afin de les aligner sur ceux de l'OMS et de veiller à ce que la gestion des risques soit intégrée à la mise en œuvre et à l'évaluation des programmes. Elle partageait également son expérience du travail avec des acteurs non étatiques pour contribuer à guider les discussions au sein de l'OMS.

231. Le Dr Anarfi Asamoah-Baah (Directeur général adjoint de l'OMS), notant que l'une des caractéristiques principales de la réforme de l'OMS tenait au fait qu'elle était menée par les États Membres, a remercié les États Membres de l'OPS pour leur participation active et leur leadership dans ce processus. La raison sous-jacente de la réforme était d'en faire une organisation à la hauteur de son mandat. La flambée récente du virus Ebola avait révélé en effet des domaines où des améliorations étaient nécessaires à cet égard, en particulier en matière de réactivité, de transparence, de responsabilisation et de capacité à travailler avec d'autres organismes. Ces dernières semaines avaient démontré qu'une réforme de l'OMS était toujours nécessaire dans la mesure où les défis changeaient. Le leadership continu des États Membres de la Région contribuerait à faire en sorte que les questions de responsabilisation et de transparence ne se limitent pas aux discours et que les

réformes soient réellement appliquées. Il avait été impressionné par la façon dont l'OPS avait fait sienne la volonté de réforme de l'OMS. Ce n'était pas le cas dans toutes les régions, et il espérait que les États participants et observateurs des Amériques qui étaient membres d'autres régions de l'OMS feraient en sorte que la réforme ne soit pas simplement quelque chose dont on débat à Genève mais quelque chose qui est en marche dans tous les bureaux de l'OMS, dans le monde entier.

232. Le Conseil directeur a pris note du rapport.

Avant-projet du budget programme de l'OMS 2016-2017 (document CD53/INF/2)

233. Le Dr Hans Troedsson (Sous-Directeur général pour l'Administration générale de l'OMS) a présenté l'avant-projet de budget programme de l'OMS, expliquant qu'il s'agissait d'un avant-projet parce que l'OMS en était encore au processus de collecte des commentaires et opinions auprès des régions avant sa présentation au Conseil exécutif en janvier 2015. Il a souligné l'approche du bas vers le haut du budget, reposant sur l'identification des priorités au niveau des pays, comme demandé par la 67^e Assemblée mondiale de la Santé en mai 2014. Il a également noté l'accent mis dans le document sur des rôles et des responsabilités clairement définis afin d'éviter les doublons et les lacunes, ainsi que son approche réaliste en matière de coûts.

234. S'agissant des priorités budgétaires, l'accent a été mis sur la nécessité de veiller à ce que toutes les obligations découlant du Règlement sanitaire international (2005) étaient respectées par les États Membres, étant donné que la nécessité d'un meilleur niveau de préparation avait été mise en évidence par la flambée du virus Ebola. Renforcer la capacité réglementaire et les systèmes d'information et les données probantes sanitaires constituait une autre priorité, tout comme l'augmentation des investissements visant à mettre fin aux décès maternels, néonataux et infantiles évitables.

235. L'une des principales réductions dans l'allocation des ressources au titre du budget 2016-2017 interviendrait dans le domaine des maladies transmissibles, ce qui ne signifiait pas pour autant que ce domaine n'était plus prioritaire ; cette réduction reflétait en effet le fait que la capacité des États Membres et des partenaires s'était considérablement accrue dans des domaines tels que la prévention et la lutte contre le VIH/sida, la tuberculose et les maladies évitables par la vaccination. Le rôle de l'OMS se situait désormais beaucoup plus en amont, nécessitant moins de ressources. Dans le même temps, plus de ressources avaient été attribuées à des domaines tels que les maladies non transmissibles, la promotion de la santé tout au long de la vie et la préparation et la réponse face aux situations d'urgence.

236. Il y avait encore du travail à réaliser dans la phase de planification actuelle, notamment pour s'assurer du bon alignement entre les priorités définies du bas vers le haut et les engagements et cibles à l'échelle mondiale et régionale, et, à ce titre, les contributions des pays et des régions pour la définition des priorités seraient importantes. Des efforts restaient également nécessaires sur le plan de l'identification et de l'élaboration de moyens pour gérer les questions transversales telles que la résistance aux

antimicrobiens, la parité hommes-femmes et les droits humains. En outre, les estimations de coûts devaient être affinées sur la base de ressources nécessaires pour le personnel et les activités.

237. Dans la discussion qui a suivi, les États Membres se sont félicités de l'approche du bas vers le haut suivie pour la planification et l'établissement des priorités, de la meilleure définition des rôles et des responsabilités aux trois niveaux de l'Organisation et de la nouvelle approche en matière de budgétisation axée sur résultats immédiats et intermédiaires, plutôt que sur les intrants. Les mises à jour de la chaîne des résultats visant à mieux montrer les liens entre les activités mises en œuvre et les résultats immédiats obtenus, d'une part, et les résultats intermédiaires et les impacts obtenus, d'autre part, ont été accueillies avec satisfaction.

238. Les États Membres ont pris note des changements proposés dans l'allocation des ressources et ont demandé au Secrétariat de l'OMS de faire preuve de leadership pour atténuer l'impact des réductions dans des domaines tels que les maladies transmissibles, les maladies évitables par la vaccination, le sida et la tuberculose en maximisant les capacités existantes et les partenariats avec les États Membres. La diminution du budget de la Région pour l'éradication de la poliomyélite a été notée et des informations ont été demandées sur la façon dont ces fonds avaient été réaffectés. Les augmentations dans les catégories d'activités visant à améliorer la santé des femmes et des enfants, y compris la parité hommes-femmes, la nutrition et la vaccination, ont été accueillies avec satisfaction, et la nécessité d'une attention soutenue concernant la santé des femmes, des enfants et des autres groupes vulnérables a été soulignée. Des précisions ont été demandées sur la question de savoir si le Secrétariat envisageait d'autres révisions du budget afin de renforcer les capacités et les ressources qui avaient été utilisées au maximum dans le cadre des crises de santé publique récentes comme la flambée du virus Ebola. Des informations plus détaillées ont également été demandées sur les coûts des extrants.

239. Il a été jugé important d'élaborer des indicateurs pour le budget programme en temps opportun afin de donner aux États Membres la possibilité de faire part de leurs commentaires. Il a également été estimé que les indicateurs définis pour le Plan stratégique de l'OPS 2014-2019 seraient utiles pour le suivi et l'évaluation de la performance en ce qui concernait le budget programme de l'OMS. À cet égard, il a été souligné que le budget programme proposé ne semblait pas être entièrement aligné sur l'exercice de priorisation préliminaire entrepris pour l'élaboration du plan stratégique de l'OPS 2014-2019. Le Secrétariat de l'OMS et le Bureau ont été invités instamment à travailler ensemble pour assurer le financement intégral du budget programme de l'OMS et pour la mise en œuvre du Plan stratégique de l'OPS.

240. Le Dr Troedsson a expliqué que les délais pour préparer un projet de budget programme pour présentation aux comités régionaux étaient assez courts et que le Secrétariat de l'OMS travaillait encore aux trois niveaux de l'Organisation par le biais des réseaux de domaines programmatiques et des réseaux par catégories pour régler les questions d'établissement des priorités. Il a souligné que le budget programme pour 2016-2017 était un budget réaliste, pas un budget utopique. Cela étant, il fallait s'assurer

que le budget était entièrement financé. Cependant, une grande proportion du financement que l'OMS recevait continuait d'être réservé, ce qui avait pour résultat une abondance de moyens financiers dans certains domaines et une insuffisance de moyens financiers dans d'autres et qui rendait difficile l'alignement du financement avec les priorités.

241. Pour ce qui était des questions sur de nouvelles révisions budgétaires, il a expliqué que le budget intégrait une marge de flexibilité dans le domaine de la réponse à des flambées de maladies et des crises, ce qui était essentiellement fonction des événements. Ainsi, en cas de flambée d'une maladie ou d'une autre situation d'urgence, l'OMS aurait la capacité d'absorber des fonds supplémentaires pour pouvoir répondre, mais elle ne planifiait pas en fonction d'événements qui pourraient ne pas arriver. En ce qui concernait la question de savoir où les fonds résultant des coupes dans le budget de la polio avaient été réaffectés, il a rappelé que cette partie du budget s'appuyait sur le Plan stratégique pour l'éradication de la poliomyélite et la phase finale 2013-2018. La réduction du montant ne signifiait pas que le Secrétariat avait pris cet argent pour l'attribuer à un autre domaine spécifique. En fait, il y avait eu une réaffectation globale, avec des augmentations, par exemple, pour la santé maternelle et infantile, les maladies non transmissibles et certains autres domaines, et des diminutions dans d'autres.

242. Il a confirmé que le budget programme pour 2016-2017 n'était pas un budget de transition. Avec une bonne chaîne de résultats et de bonnes priorités, ainsi qu'avec une planification du bas vers le haut et des rôles et fonctions clairement définis pour les trois niveaux, l'Organisation avait dépassé la phase de transition. En ce qui concernait les indicateurs, le Secrétariat travaillait sur les améliorations nécessaires. Les résultats de ce travail devraient être visibles au moment du Conseil exécutif en janvier.

243. Le Directrice a ajouté que le Bureau communiquerait au Secrétariat de l'OMS le travail qui avait été réalisé sur les indicateurs pour le Plan stratégique amendé de l'OPS 2014-2015 (voir les paragraphes 35 à 45 ci-dessus), qui pourrait s'avérer utile pour affiner les indicateurs du budget programme de l'OMS.

244. Le Conseil directeur a pris note du rapport.

Allocation stratégique de l'espace budgétaire de l'OMS (document CD53/INF/3)

245. Le Dr Hans Troedsson (Sous-Directeur général pour l'Administration générale de l'OMS) a passé en revue le contexte ayant mené à la création d'un groupe de travail sur l'allocation stratégique des ressources, devenu par la suite le groupe de travail sur l'allocation stratégique d'espace budgétaire. Le groupe de travail était chargé de donner des conseils au Secrétariat de l'OMS sur l'élaboration d'une nouvelle méthode d'allocation stratégique de l'espace budgétaire. Il était composé de six membres, soit un de chaque région de l'OMS. Le Mexique représentait les Amériques.

246. Le travail sur la nouvelle méthodologie n'avait pas progressé aussi rapidement qu'on l'espérait, non pas par manque d'effort de la part du groupe de travail ou du Secrétariat, mais parce que la formulation d'une nouvelle méthode était une entreprise

complexe, en partie du fait que pour transférer des ressources d'une région à une autre, il est nécessaire de réduire les ressources dans une région et, jusqu'à présent, les six régions avaient demandé une augmentation mais aucune ne s'était portée volontaire pour réduire son allocation. En outre, il n'était pas facile de trouver une formule simple d'allocation des ressources que tout le monde pourrait comprendre et accepter.

247. Deux conclusions importantes avaient résulté des travaux du groupe à ce jour : la méthodologie d'allocation stratégique de l'espace budgétaire devrait s'appliquer à la fois aux contributions fixées et aux contributions volontaires, et elle devrait appuyer l'approche intégrée actuelle de l'Organisation pour la programmation et la budgétisation (un plan de travail et un budget). L'élaboration et la mise en œuvre de la méthodologie seraient guidées par six grands principes : elle se fonderait sur les besoins et les données probantes, la gestion fondée sur les résultats, la justice et l'équité, la responsabilisation et la transparence, des rôles et des fonctions clairement définis, et l'amélioration de la performance. Elle comprendrait quatre grands volets d'activités : la coopération technique au niveau national, la fourniture de biens publics à l'échelle mondiale et régionale, l'administration et la gestion, et la réponse aux situations d'urgence. Les critères possibles pour l'allocation des ressources au titre de chaque volet étaient décrits dans l'annexe au document CD53/INF/3.

248. Le Secrétariat était en train de développer des modèles pour appliquer les différents principes et critères. Les résultats de ce travail seraient présentés au groupe de travail en novembre 2014, après quoi une proposition de projet actualisée serait présentée aux États Membres à la mi-décembre en prévision de la session de janvier 2015 du Comité du programme, du budget et de l'administration.

249. Lors de la discussion qui a suivi, il a été rappelé que l'initiative d'allocation de l'espace budgétaire avait été mise en place à la demande des États Membres de la Région, qui avaient adopté la Déclaration des États Membres des Amériques relative aux allocations budgétaires de l'OMS à la Région des Amériques.⁷ Le leadership continu de la Région dans ce domaine a été noté et le Mexique a été remercié pour sa participation aux travaux du groupe de travail.

250. Les délégués ont reconnu qu'il était complexe d'élaborer une méthode équitable, transparente et objective d'allocation des ressources et ont souligné la nécessité d'élaborer une méthode basée sur des principes convenus par tous les États Membres. Il a été souligné que cette méthodologie devait être liée aux autres aspects de la réforme de l'OMS. À cet égard, il a été estimé qu'il fallait mettre davantage l'accent sur les trois piliers proposée par le Secrétariat de l'OMS et convenus par les États Membres pour l'allocation des ressources : planification du bas vers le haut, identification claire des rôles et des responsabilités entre les trois niveaux de l'Organisation et évaluation réaliste des coûts des extrants. Le délégué du Mexique a indiqué qu'afin de tenir compte des inégalités, question d'importance cruciale pour les Amériques, le Mexique avait demandé que les critères

⁷ Figurant dans la résolution CE152.SS.R1.

socio-économiques pour l'allocation des ressources incluent un indicateur semblable au coefficient de Gini.

251. La nécessité de disposer de flexibilité pour s'adapter à l'évolution des priorités et faire face à des événements imprévus a été soulignée, de même que la nécessité de disposer d'un mécanisme transitoire adaptable permettant de faire face aux changements structurels qui pourraient être apportés dans le cadre de la réforme de l'OMS. Il a été estimé que le critère d'allocation suprême pour les segments de la coopération technique et du soutien mondial et régional devrait être l'avantage comparatif de l'OMS. Il a été suggéré que le Secrétariat pourrait fournir des exemples de la façon dont les différentes approches proposées seraient appliquées au budget 2016-2017 afin que les États Membres puissent voir comment cela fonctionnerait dans la pratique. Il a également été suggéré que le Secrétariat entreprenne une analyse de la faisabilité, compte tenu du passage de la budgétisation fondée sur les estimations à la budgétisation basée sur un calcul des coûts réaliste, de l'application du mécanisme d'allocation des ressources approuvé en 2006.⁸

252. Le Dr Troedsson a déclaré que le Secrétariat préparerait un document d'information expliquant comment la planification du bas vers le haut et le calcul des coûts avaient été appliqués à l'élaboration du projet de budget programme 2016-2017. Il a reconnu la nécessité de disposer de souplesse dans l'allocation des ressources, car il était difficile de prévoir comment les priorités pouvaient évoluer au fil du temps. Une autre considération était la capacité de mise en œuvre des ressources : si un pays ou une région n'était pas en mesure d'exécuter son budget entièrement, il devrait y avoir un moyen de réaffecter les ressources non utilisées.

253. La Directrice a fait observer que le budget de l'OMS pour les Amériques en 2016-2017 continuerait d'être basé sur les tendances historiques et, en ce sens, il s'agirait essentiellement encore d'un budget de transition. Ce n'est que quand l'Organisation budgétiserait sur la base d'une véritable approche du bas vers le haut, plutôt que sur des tendances passées, que la Région des Amériques cesserait d'être défavorisée dans l'allocation des ressources.

254. Le Dr Anarfi Asamoah-Baah (Directeur général adjoint de l'OMS), reconnaissant la base historique du projet de budget programme 2016-2017, a affirmé que la question de l'allocation d'espace budgétaire était extrêmement complexe. Des facteurs multiples devaient être pris en compte, y compris le fait que, alors que l'Organisation s'orientait vers une approche de budget unique, ses ressources provenaient d'un certain nombre de sources différentes. Le Secrétariat contrôlait ou pouvait influencer la façon dont certaines de ces ressources étaient allouées, mais dans certains cas il n'avait aucune influence, et de ce fait il était difficile d'allouer une proportion fixe de ressources à une région particulière.

255. Il était également très difficile de déterminer ce qui constituait la juste part d'une région dans les ressources de l'OMS. Une formule simple, basée sur la charge de morbidité ou sur le produit intérieur brut pourrait se révéler inadéquate alors qu'un plus grand

⁸ Voir les documents de l'OMS EB118/7 et EBSS-EB118/2006/REC/1.

nombre de pays obtenaient le statut de pays à revenu intermédiaire. En outre, il fallait garder à l'esprit qu'il pouvait y avoir des pays pauvres dans les régions considérées comme riches et des pays riches dans des régions considérées comme pauvres. Une autre considération tenait à la façon dont les ressources seraient allouées entre le siège de l'OMS et les régions et, au sein des régions, comment elles seraient réparties entre les pays. Il s'est demandé si un groupe de travail composé de six États Membres seulement suffisait pour traiter de l'ensemble de ces considérations.

256. Le Conseil a pris note du rapport.

Rapport sur la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur les progrès accomplis dans la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles (document CD53/INF/4, Rév. 1)

257. Le Dr Anselm Hennis (Directeur du Département des maladies non transmissibles et de la Santé mentale du BSP) a présenté le document CD53/INF/4, 1 Rév., qui analysait le rapport sur la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur les progrès accomplis dans la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles (MNT). Il a signalé en particulier le paragraphe 30 du document final de la réunion de haut niveau⁹ priorisant un ensemble de 19 mesures dans quatre domaines principaux, avec pour certaines des dates cibles d'achèvement.

258. Des représentants de deux organisations non gouvernementales ont appelé les États Membres à mettre en œuvre pleinement tous les engagements pris dans le document final, notamment l'élaboration de cibles nationales pour les MNT et de plans multisectoriels nationaux chiffrés d'ici à 2015 et l'intégration des MNT dans les programmes de développement nationaux. Les États Membres ont été instamment priés de défendre activement l'inclusion des maladies non transmissibles dans le programme de développement pour l'après-2015. Ils ont également été instamment priés de faire de la démence une priorité nationale de la santé et d'élaborer des plans nationaux sur la démence, à la lumière des fortes augmentations prévues de la prévalence de démence à l'avenir.

259. Le Dr Hennis a déclaré que la communauté mondiale avait fait des progrès considérables dans la reconnaissance du lourd fardeau et de l'impact des maladies non transmissibles et concernant le fait important que ces maladies n'étaient pas uniquement un problème de santé mais aussi un problème de développement. Il y avait eu un certain nombre de réalisations bien précises : par exemple, environ 50 % des pays avaient une politique opérationnelle nationale pour les MNT, contre 32 % en 2010. Toutefois, il convenait de noter que ces progrès avaient été quelque peu inégaux, ce qui était dû non pas à un manque de volonté mais aux limites sur le plan de la capacité technique et des financements. De toute évidence, il restait encore beaucoup à faire, les tâches à accomplir étant vastes et les ressources limitées. Il a souligné que le Bureau était prêt à fournir son

⁹ Figurant dans la résolution A/RES/68/300 de l'Assemblée générale.

soutien et une coopération technique aux États Membres, par exemple pour mettre en place des mécanismes multisectoriels pour traiter de la question des maladies non transmissibles.

260. Le Conseil a pris note du rapport.

Systématisation des mandats de l'OPS (document CD53/INF/5)

261. Le Dr Jarbas Barbosa da Silva (Représentant du Comité exécutif) a expliqué que le Comité exécutif s'était félicité de l'initiative visant à systématiser les informations sur les résolutions des Organes directeurs et autres engagements de santé publique, considérant que cela faciliterait le suivi des mandats par le Bureau et par les États Membres, contribuerait à identifier les mesures ou corrections nécessaires, renforcerait la gouvernance et le leadership de l'Organisation et améliorerait l'efficacité du suivi des progrès dans le cadre du Plan stratégique 2014-2019 et des autres mandats des Organes directeurs.

262. Le Conseil directeur a également salué cette initiative, qui contribuerait à améliorer la transparence et la responsabilisation. Cette initiative a été considérée comme une pratique exemplaire qui devrait être partagée avec d'autres régions et avec le Secrétariat de l'OMS. Il a été jugé qu'elle fournirait des leçons précieuses sur la façon dont le Bureau et les États Membres abordaient l'examen des questions de santé et l'adoption de résolutions ; elle fournirait également des informations sur la possibilité de « rendre caduques » ou d'éliminer progressivement certains domaines qui étaient devenus peu prioritaires.

263. Les délégués ont avalisé les recommandations figurant dans le document CD53/INF/5, en particulier la nécessité de renforcer la focalisation des initiatives et des mandats de l'OPS sur la réalisation des objectifs du Plan stratégique et du Programme d'action sanitaire pour les Amériques et la nécessité que les résolutions futures soient plus explicites sur le plan des exigences de présentation de rapports, de mandats clairs, de la capacité d'exécution et des incidences financières. S'agissant de la recommandation figurant au paragraphe 25, il a été suggéré que le Bureau élabore une feuille de route comprenant un calendrier possible pour l'examen des résolutions et des mandats, qui mettrait l'accent sur un examen technique afin de confirmer que les mandats étaient remplis et d'évaluer les impacts programmatiques et budgétaires du maintien ou de l'élimination progressive des activités.

264. Mme Piedad Huerta (Conseillère principale du Bureau des Organes directeurs au BSP) a déclaré que le Bureau avait pris bonne note des commentaires des délégués et prendrait des mesures appropriées au cours des six prochains mois. Le projet avait représenté une occasion importante pour le Bureau de passer en revue les mandats des Organes directeurs des 15 années précédentes. Il avait été en mesure d'identifier les engagements menés à bien, ceux qui étaient toujours en cours, et d'autres qui mériteraient un examen plus détaillé pour déterminer l'opportunité de les maintenir ou de les éliminer. Dans le même temps, le Bureau avait été en mesure de renforcer le Recueil institutionnel pour le partage d'informations (IRIS) en ajoutant une composante (appelée

« communauté ») spécialement dédiée aux résolutions et documents des Organes directeurs. Le Bureau publierait aussi dans IRIS un recueil des résolutions, avec des liens hypertexte, qui pourraient être mis à jour régulièrement. Ce système pouvait désormais être consulté par les États Membres.¹⁰

265. La Directrice a déclaré que le travail qui avait été fait en termes de systématisation des mandats ne serait utile que si le fruit de ce travail était utilisé. Ce travail avait fourni des informations importantes mais le Bureau avait désormais besoin d'orientations de la part des États Membres en ce qui concernait le processus d'élimination progressive des éléments qui avaient été menés à bien ou qui n'étaient plus pertinents. Le Bureau s'efforcerait en 2015 de formuler des propositions claires au sujet de l'élimination progressive de ces éléments.

266. Le Bureau espérait en particulier que ce système serait utile aux États Membres pour l'identification des documents et résolutions préalables sur les questions qu'ils souhaitaient faire figurer à l'ordre du jour des Organes directeurs. La responsabilité de la compilation de l'ordre du jour des sessions des Organes directeurs incombait au Comité exécutif. Certes, la Directrice avait l'option de faire des suggestions mais bon nombre de demandes d'ajout de points supplémentaires venaient des États Membres. Il était évidemment très difficile pour le Bureau de suggérer au Comité exécutif de ne pas considérer ces demandes ; il pourrait, néanmoins, informer le Comité de l'existence de plans d'action ou de résolutions préalables portant sur les mêmes sujets. Il pourrait également présenter une analyse identifiant quels étaient les éléments qui constituaient des questions ou thèmes prioritaires dans le cadre du Plan stratégique 2014-2019.

267. Bien que des appels répétés aient été lancés pour raccourcir les ordres du jour dans le cadre de la réforme de l'OMS, les ordres du jour des Organes directeurs à la fois de l'OPS et de l'OMS étaient devenus encore plus longs. Il était à espérer qu'une certaine discipline pourrait être exercée au sein de l'OPS pour s'assurer que les ordres du jour étaient pertinents et contribuaient aux questions prioritaires dans la Région.

268. Le Conseil directeur a pris note du rapport.

Rapports d'avancement sur les questions techniques (document CD53/INF/6, A-G)

Présentation spéciale : le rapport du Groupe d'experts indépendants

269. Le Dr Carmen Barroso, Directrice régionale de la Fédération internationale pour la planification familiale (hémisphère occidental) et membre du groupe d'examen indépendant d'experts (iERG) mis en place pour rendre compte régulièrement au Secrétaire Général des Nations Unies sur les résultats liés à la stratégie mondiale pour la santé des femmes et des enfants, a présenté les conclusions du rapport iERG 2014, *Chaque femme, chaque enfant : une vision pour l'après-2015*. Elle a noté que le rapport montrait que, dans de nombreux domaines liés à la santé des femmes et des enfants, le monde restait

¹⁰ Disponible en anglais sur: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/2?locale-attribute=en>.

bien en deçà des objectifs du Millénaire pour le développement, et que le rapport présentait plusieurs recommandations visant à améliorer la situation au cours de la période post-2015.

270. Un résumé de la présentation du Dr Barroso et un lien vers le rapport complet de l'iERG figurent sur le site Internet de l'OPS.¹¹

271. La Directrice a remercié le Dr Barroso pour sa présentation, saluant également le travail du groupe d'experts indépendants, mis en place par la Commission d'information et de responsabilisation pour la santé de la femme et de l'enfant, qui avait pour rôle de veiller à ce que les États Membres et le Secrétariat des Nations Unies répondent aux attentes.

A. *Stratégie et Plan d'action sur le changement climatique*

272. Le Dr Jarbas Barbosa da Silva (Représentant du Comité exécutif) a indiqué que lors de l'examen de ce point par le Comité exécutif, les délégués étaient convenus que le changement climatique représentait une menace pour la santé humaine et pour les systèmes de santé qui ne pourrait être atténuée qu'en améliorant la coopération entre les secteurs publics et entre les institutions publiques et privées. Il avait été souligné que le secteur de la santé devrait assumer un rôle de leadership dans la création de ces partenariats et devrait veiller à ce que les considérations sanitaires liées au changement climatique soient identifiées et traitées.

273. Lors de la discussion par le Conseil du rapport d'avancement, il a été suggéré que des mesures supplémentaires devraient être prises en vue d'inclure la santé dans les négociations de la 20^e session de la Conférence des Parties à la Convention-cadre des Nations Unies sur les changements climatiques (COP 20), qui aurait lieu à Lima en décembre 2014. Les efforts de l'OMS pour faire figurer la question de la santé à l'ordre du jour des négociations et le soutien du BSP pour l'organisation d'un événement parallèle sur le changement climatique et la santé pendant la COP 20 ont été salués. L'attention a été attirée sur les graves conséquences des situations d'urgence liées au climat sur les petits États insulaires en développement, qui avaient conduit à la destruction d'infrastructures et d'écosystèmes et dans certains cas à la perte de vies humaines. Le lien entre le changement climatique et les taux croissants de maladies comme la dengue et le Chikungunya a également été noté. La responsabilité des pays développés pour ce qui était de limiter les émissions de gaz à effet de serre a été mise en évidence et la nécessité d'accorder une attention prioritaire au changement climatique dans le programme de développement pour l'après-2015 a été soulignée.

274. Le Dr Luiz Augusto Galvão (Chef du Programme spécial sur le développement durable et l'équité dans la santé du BSP) a reconnu l'effort que les États Membres avaient accompli pour établir des plans nationaux en tant qu'étape vers la réalisation des objectifs du plan régional. Le plan régional se poursuivrait jusqu'en 2016 et, à ce moment-là, le

¹¹ Disponible en anglais sur : http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10063:carmen-barroso-presents-findings-of-2014-ierg-report-at-53rd-directing-council&Itemid=39620&lang=en.

bilan final de la préparation des pays face aux changements climatiques serait dressé. Le Bureau reconnaissait en particulier la vulnérabilité de la sous-région des Caraïbes et les efforts particuliers qui devaient être réalisés pour assurer une réponse efficace et solide face au changement climatique dans cette sous-région.

B. Plan d'action pour maintenir l'élimination de la rougeole, de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale dans la Région des Amériques

275. Le Dr Jarbas Barbosa da Silva (Représentant du Comité exécutif) a expliqué que le Comité exécutif avait été informé en juin que le Comité d'experts international chargé d'examiner les données probantes concernant l'élimination de la rougeole, de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale dans les Amériques attendait un rapport final du Brésil avant de poursuivre le processus de certification. Le délégué du Brésil avait rendu compte des activités menées dans son pays afin d'interrompre la transmission de la rougeole et d'en vérifier et documenter l'élimination. Il avait affirmé qu'une récente flambée de rougeole au Brésil avait été contrôlée.

276. Lors des discussions par le Conseil du rapport d'avancement, les progrès de la Région sur le plan de la documentation et de la vérification de l'élimination de la rougeole, de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale ont été salués. Toutefois, il a été souligné que l'élimination de la rougeole endémique ne pourrait pas être considérée comme atteinte puisque le virus de la rougeole continuait à circuler. Les États Membres ont été instamment priés d'identifier et de combler les lacunes dans les systèmes de surveillance, qui étaient essentiels pour documenter et maintenir l'élimination. Il a aussi été souligné que le renforcement des systèmes de surveillance de la rougeole et de la rubéole renforcerait la surveillance d'autres maladies, développant ainsi une capacité de base critique pour le Règlement sanitaire international (2005). À la lumière de l'importation continue de cas venus d'autres régions dans les Amériques, il a été souligné qu'il était important que les États Membres soutiennent des partenariats mondiaux pour une élimination mondiale.

277. Le Dr Cuauhtémoc Ruiz Matus (Directeur par intérim du Département de la Famille, du genre et du parcours de vie du BSP) a reconnu les efforts importants que les États Membres ont réalisés pour maintenir l'élimination de la rougeole, de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale. Certes, le Brésil avait rapporté des cas de rougeole mais le Bureau travaillait intensivement avec les autorités, qui n'épargnaient aucun effort sur le plan technique et humain pour les contenir, et la confirmation de l'élimination de ces trois maladies dans la Région devrait intervenir prochainement.

C. Plan d'action pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et des cas graves de morbidité maternelle

278. Le Dr Jarbas Barbosa da Silva (Représentant du Comité exécutif) a indiqué que lors de l'examen par le Comité exécutif du rapport d'avancement sur la mortalité maternelle, l'attention avait été attirée sur l'importance d'étudier les cas de « quasi-décès », où des mères et des nouveau-nés souffrant de pathologies graves ou présentant des complications

à la naissance étaient presque décédés, afin de mieux comprendre les facteurs qui interviennent dans la morbidité et la survie. Le Comité avait été informé que le Bureau lançait une nouvelle initiative pour opérer un suivi et améliorer la surveillance des cas de complications graves pendant l'accouchement.

279. Dans le cadre des discussions du Conseil sur le rapport d'avancement, des délégués ont réaffirmé l'engagement de leur pays à continuer de s'efforcer de réduire la mortalité maternelle, y compris par le biais de l'élaboration d'indicateurs appropriés et de mécanismes pour permettre une mesure plus précise de la morbidité, et au moyen d'approches multisectorielles allant au-delà du ministère ou du secteur de la santé. L'attention a été attirée sur l'importance des systèmes de surveillance pour recueillir des informations sur toutes les mères et leurs nouveau-nés présentant des complications ou sur la mortalité associée à la grossesse, à l'accouchement ou à la période postnatale. Il a été recommandé que les futurs rapports contiennent des données et analyses sur les tendances qui permettraient de mieux évaluer si les pays atteignaient leurs objectifs et les cibles définies dans le plan d'action, en mettant l'accent en particulier sur l'amélioration de la santé maternelle pour les populations autochtones, les populations démunies et les autres populations défavorisées.

280. Le Dr Cuauhtémoc Ruiz Matus (Directeur par intérim du Département de la Famille, du genre et du parcours de vie du BSP) a reconnu l'engagement et les efforts des États Membres en vue de réduire la mortalité et la morbidité maternelles. Il a également salué le fait qu'ils aient reconnu que cette question constituait un défi social majeur qui allait au-delà du secteur de la santé, et qu'il était de ce fait nécessaire d'identifier et d'aborder les facteurs sociaux ayant un impact sur le phénomène de la mortalité maternelle. Il était également nécessaire d'assurer une prise en charge plus rapide et de meilleure qualité et d'améliorer la mesure de la morbidité maternelle.

D. Statut des objectifs du Millénaire pour le développement

281. Le Dr Jarbas Barbosa da Silva (Représentant du Comité exécutif) a expliqué que le Comité exécutif avait été informé que, en général, la Région des Amériques était sur la bonne voie pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement (ODM) liés à la santé. Cependant, des défis demeuraient, en particulier en ce qui concernait trois indicateurs importants liés à la santé : la mortalité infantile, la mortalité maternelle et l'assainissement de base. Le Comité avait accueilli avec satisfaction les progrès accomplis, mais avait reconnu que les résultats obtenus au niveau national étaient des moyennes qui masquaient des disparités et des iniquités au niveau infranational. Il avait été jugé indispensable dans la période post-2015 de préserver les acquis et de continuer à travailler pour atteindre les OMD pour tous les groupes de population. Il avait été jugé particulièrement important de continuer à se concentrer sur la santé maternelle et infantile, la santé génésique et la planification familiale, et l'eau et l'assainissement. La nécessité de poursuivre le renforcement des systèmes et des services de santé et des systèmes d'information de santé a également été soulignée. D'autres priorités de la santé devant être poursuivies au cours de la période post-2015 comprenaient la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles, y compris les troubles mentaux et les traumatismes causés

par la violence, une attention soutenue sur les maladies transmissibles, y compris le VIH/sida, le paludisme, la tuberculose et les maladies tropicales négligées, et la couverture sanitaire universelle.

282. Dans le cadre des discussions du Conseil sur le rapport d'avancement, les délégués ont exprimé l'engagement continu de leur pays pour la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement. Certains délégués ont demandé au BSP de continuer à aider les pays dans leurs efforts pour atteindre les objectifs liés à la santé. Une aide était nécessaire en particulier pour réduire les iniquités en matière de santé au sein de la Région.

283. Il a été souligné que la santé était intimement liée à d'autres aspects des objectifs du Millénaire pour le développement, notamment la réduction de la pauvreté et le développement durable. Par exemple, la réduction de la pauvreté au Brésil a conduit à une diminution des maladies transmissibles, y compris la tuberculose et la lèpre, ainsi qu'à une réduction significative de la malnutrition infantile. Il a été reconnu que, malgré les progrès réalisés sur le plan de ces objectifs, il restait encore beaucoup à faire, notamment dans le domaine de la mortalité maternelle. L'importance de la poursuite de la coopération entre les pays de la Région, tant avant qu'après l'échéance de 2015 des objectifs, a été mise en exergue.

284. Le Dr Luiz Augusto Galvão (Chef du Programme spécial sur le développement durable et l'équité dans la santé du BSP) a noté que les discussions de la table ronde sur le programme de développement durable pour l'après-2015 (voir les paragraphes 148 à 160 ci-dessus) avaient confirmé que bon nombre des défis des objectifs du Millénaire pour le développement perdureraient au cours de la période post-2015. L'établissement des indicateurs et des cibles à l'échelle régionale serait une tâche régionale et constituerait une bonne plate-forme pour soutenir les progrès des États Membres.

285. La Directrice a déclaré que, pour le BSP, les objectifs du Millénaire pour le développement représentaient un programme inachevé, en particulier en ce qui concernait les objectifs 4 et 5. Elle a souligné que c'étaient les iniquités dans la Région qui empêchaient les États Membres d'atteindre certains objectifs. Il serait nécessaire à l'avenir d'adopter une approche beaucoup plus ciblée, visant les pays qui étaient en retard mais aussi les populations laissées pour compte au sein des pays. Un travail plus intensif serait également nécessaire dans les domaines de l'accès à des soins de qualité et de la prise en compte des déterminants sociaux de la santé.

286. Un grand domaine d'activité porterait sur les statistiques sanitaires, étant donné que certaines des estimations publiées à l'échelle internationale ne reflétaient pas les statistiques nationales. Une réunion avec les États Membres aura lieu dans le courant de l'année pour définir un plan d'action visant à améliorer les statistiques, notamment dans le domaine de la mortalité maternelle. Ce serait une priorité qui serait maintenue jusqu'en 2015 et au-delà.

E. Élimination des maladies négligées et autres infections liées à la pauvreté

287. Le Dr Jarbas Barbosa da Silva (Représentant du Comité exécutif) a expliqué qu'au cours de l'examen de cette question, le Comité exécutif avait salué les progrès réalisés à ce jour concernant le plan de l'élimination des maladies infectieuses négligées et liées à la pauvreté. Les États Membres avaient été instamment priés de maintenir leur volonté politique et les activités en cours afin que, avec le soutien du Bureau, ces maladies puissent être définitivement éliminées. Les États Membres avaient aussi été encouragés à prendre des mesures immédiates pour prévenir la fièvre Chikungunya.

288. Dans le cadre des discussions du Conseil sur le rapport d'avancement, les États Membres ont souligné l'importance des plans intersectoriels ciblant diverses maladies. La nécessité d'une coopération entre les pays, en particulier dans les zones frontalières, a également été soulignée. À cet égard, il a été indiqué que le Brésil et la République bolivarienne du Venezuela avaient récemment signé un protocole d'accord pour une initiative de collaboration visant à éliminer l'onchocercose dans la région autochtone de Yanomami, le long de leur frontière commune. Le délégué de l'Équateur, soulignant l'importance de l'implication des communautés dans l'élimination de l'onchocercose dans son pays, a fait observer que, avec des efforts soutenus, ce succès pourrait être reproduit pour d'autres maladies telles que la maladie de Chagas, le paludisme et la dengue.

289. Le Dr Marcos Espinal (Directeur du Département des Maladies transmissibles et d'Analyse de la santé du BSP) a félicité l'Équateur et la Colombie d'avoir éliminé l'onchocercose. À l'heure actuelle, cette maladie survenait en un seul endroit, à la frontière entre le Brésil et le Venezuela, et une initiative finale couronnée de succès pour l'éliminer constituerait un triomphe pour les Amériques. Le Bureau ferait tout son possible pour soutenir les efforts de ces deux pays.

F. Plan d'action sur la sécurité des hôpitaux

290. Le Dr Jarbas Barbosa da Silva (Représentant du Comité exécutif) a indiqué que dans le cadre des discussions du Comité exécutif sur le rapport d'avancement sur cette question, il avait été souligné que les catastrophes survenues depuis l'adoption du Plan d'action sur la sécurité des hôpitaux en 2010 avaient mis en évidence les progrès accomplis sur le plan de la réduction des risques, mais avaient aussi révélé comme il était facile pour les hôpitaux, les centres de santé et les systèmes de santé publique de se trouver débordés face aux catastrophes et aux urgences de santé publique. Le Bureau avait été encouragé à faciliter les opportunités d'échange d'informations techniques et d'expertise et les activités de formation offertes aux États Membres pour la construction d'hôpitaux sûrs. Il a également été souligné que le travail accompli dans la Région avait montré qu'il était possible, avec des niveaux relativement faibles d'investissement, non seulement de sécuriser les hôpitaux, mais aussi de les rendre plus économes en énergie et mieux adaptés au changement climatique.

291. Le Dr Ciro Ugarte (Directeur du Département de la Préparation en cas d'urgence et des Secours aux sinistrés du BSP) a déclaré que le Plan d'action sur la sécurité des

hôpitaux était un effort entrepris à l'échelle régionale, et que beaucoup de travail restait à accomplir afin d'atteindre pleinement les objectifs du Plan. La troisième Conférence mondiale sur la réduction des risques de catastrophe se tiendrait en 2015 au Japon. À ce jour, le secteur de la santé n'avait pas participé de façon importante à ces conférences, mais l'initiative de l'OPS avait permis de faire figurer la question de la sécurité des hôpitaux au programme à l'échelle mondiale. Il convenait que les hôpitaux avaient un rôle à jouer dans le domaine du changement climatique : il ne suffisait pas qu'ils soient sûrs et qu'ils restent opérationnels ; ils devaient également réduire leur empreinte carbone. La sous-région des Caraïbes démontrait ainsi au monde qu'il était possible de créer des « hôpitaux intelligents » qui étaient à la fois sûrs et verts. En tant que démonstration pratique et concrète de ce qui pouvait être fait, l'initiative sur la sécurité des hôpitaux avait eu une influence positive sur d'autres secteurs comme l'éducation, puisqu'on se penchait désormais sur la façon de construire des écoles plus sûres.

G. Situation des centres panaméricains

292. Le Dr Jarbas Barbosa da Silva (Représentant du Comité exécutif) a indiqué que les membres du Comité exécutif avaient considéré que le travail des différents centres panaméricains était d'une grande importance pour la Région. En particulier, les contributions du centre panaméricain de la fièvre aphteuse (PANAFTOSA) à la sécurité alimentaire et à la prévention et la lutte contre les zoonoses avaient été saluées. Il a été suggéré qu'une nouvelle structure administrative semblable à celle du Centre d'information sur les sciences de la santé pour l'Amérique latine et les Caraïbes (BIREME) devrait être mise en place afin de permettre une plus grande participation des États Membres à la gouvernance de PANAFTOSA et de renforcer la coordination des activités d'élimination de la fièvre aphteuse. Le gouvernement paraguayen avait proposé d'organiser un événement international afin d'explorer cette idée plus avant et de formuler une proposition.

293. La Directrice avait déclaré que le Bureau serait heureux de travailler avec les États Membres sur l'élaboration d'un mécanisme de gouvernance participative. Elle avait également expliqué que, étant donné que le Bureau n'avait pas les ressources pour mener à bien toutes les activités nécessaires pour réaliser l'objectif d'éradication de la fièvre aphteuse, il se réjouirait de l'opportunité de travailler avec les ministères de l'agriculture et les associations de santé animale afin d'assurer un financement adéquat pour les activités de PANAFTOSA.

294. Résumant les rapports d'avancement, la Directrice a déclaré que les progrès qui avaient été notés dans les différents rapports reflétaient clairement l'engagement des États Membres. Des défis subsistaient, et le Bureau travaillerait avec les États Membres pour veiller à ce que les obstacles puissent être surmontés et que les objectifs des plans d'action puissent être atteints.

295. Le Conseil a pris note des rapports.

Résolutions et autres actions d'organisations intergouvernementales revêtant un intérêt pour l'OPS (document CD53/INF/7, A-C)

A. Soixante-septième Assemblée mondiale de la Santé

296. Le Dr Jarbas Barbosa da Silva (Représentant du Comité exécutif) a indiqué que le Comité exécutif avait entendu un rapport sur les résolutions et autres actions de la soixante-septième Assemblée mondiale de la Santé et de divers organismes infrarégionaux considérés comme revêtant un intérêt particulier pour les Organes directeurs de l'OPS. Une attention particulière avait été accordée aux résolutions de l'Assemblée mondiale de la Santé sur la stratégie mondiale et les cibles pour la prévention, la prise en charge et la lutte contre la tuberculose et sur le renforcement du rôle du système de santé dans la lutte contre la violence faite aux femmes et aux enfants, toutes deux étant étroitement liées aux activités en cours au niveau régional. L'attention avait également été attirée sur la résolution WHA67.25 sur la résistance antimicrobienne, et il avait été suggéré que les États Membres pourraient souhaiter examiner l'opportunité d'adopter une résolution régionale sur cette question dans un avenir proche.

B. Quarante-quatrième session ordinaire de l'Assemblée générale de l'Organisation des États Américains

297. L'ordre du jour, les documents de travail et les résolutions de la Session peuvent être consultés sur <http://www.oas.org/fr/44ag/>.

C. Organisations sous régionales

298. S'agissant des actions des organisations sous régionales présentant un intérêt pour l'OPS, le Dr Barbosa da Silva a déclaré que le Comité exécutif avait été informé que le Conseil sur le développement humain et social de la Communauté des Caraïbes avait discuté des questions liées au programme de santé de la CARICOM, à l'Agence de santé publique des Caraïbes, aux maladies transmissibles et non transmissibles, au VIH et au sida et au Règlement sanitaire international, entre autres.

299. Les questions examinées par la réunion du secteur de la santé de l'Amérique centrale et la République dominicaine avaient inclus les maladies infectieuses négligées, l'impact de la toxicomanie dans la sous-région et la réglementation des médicaments et des technologies. Le Conseil des ministres de la santé d'Amérique centrale avait approuvé des indicateurs pour le suivi de la mise en œuvre du Plan de santé pour l'Amérique centrale et la République dominicaine et avait demandé l'aide de l'OPS pour rédiger un projet de résolution sur une politique de santé pour le système d'intégration centraméricaine.

300. La Réunion des ministres de la Santé de la région andine avait discuté des indicateurs de base pour le suivi des systèmes de santé nationaux pour l'accès universel, la santé interculturelle, l'accès aux médicaments et l'élaboration d'une politique sur le handicap. Les ministres de la santé du MERCOSUR avaient examiné la situation épidémiologique de la dengue, de la rougeole, de la grippe, de la tuberculose et du

paludisme. Ils avaient discuté également des activités de santé binationales dans le cadre de la Coupe du monde au Brésil.

301. Le Conseil a pris note du rapport.

Autres questions

302. Aucune autre question n'a fait l'objet de discussion lors du Conseil directeur.

Clôture de la session

303. À la suite de l'échange habituel de politesses, le Président a déclaré le 53^e Conseil directeur clos.

Résolutions et décisions

304. Les résolutions et décisions suivantes ont été adoptées par le 53^e Conseil directeur.

Résolutions

CD53.R1 : Recouvrement des contributions fixées

LE 53^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant examiné le rapport de la Directrice portant sur le recouvrement des contributions fixées (documents CD53/17 et Add. I), de même que les préoccupations exprimées par la 154^e session du Comité exécutif quant à la situation du recouvrement des contributions fixées ;

Notant qu'aucun État Membre n'a un arriéré tel qu'il serait assujéti à l'application de l'article 6.B de la Constitution de l'OPS ;

DÉCIDE :

1. De prendre acte du rapport de la Directrice portant sur le recouvrement des contributions fixées (documents CD53/17 et Add. I).
2. D'exprimer sa reconnaissance aux États Membres qui ont déjà effectué des paiements en 2014, et de recommander vivement à tous les États Membres qui ont des arriérés de paiement de s'acquitter promptement de leurs obligations financières envers l'Organisation.
3. De féliciter les États Membres qui se sont pleinement acquittés, jusqu'à la fin de 2014, de leurs obligations fixées.

4. De complimenter les États Membres qui ont effectué des paiements importants en vue de réduire leurs arriérés de contributions fixées relatifs aux années antérieures.
5. De demander à la Directrice :
 - a) de continuer à chercher des mécanismes qui accroîtront le taux de recouvrement des contributions fixées ;
 - b) d'informer le Comité exécutif de la façon dont les États Membres respectent leurs engagements quant au paiement des contributions fixées ;
 - c) de faire un rapport au 54^e Conseil directeur sur la situation du recouvrement des contributions fixées pour 2015 et pour les années antérieures.

(Quatrième réunion, le 30 septembre 2014)

CD53.R2 : Plan d'action sur la santé dans toutes les politiques

LE 53^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant examiné le *Plan d'action sur la santé dans toutes les politiques* (document CD53/10, Rév. 1) ;

Considérant la Déclaration d'Helsinki sur la santé dans toutes les politiques comme une approche intersectorielle des politiques publiques qui tient systématiquement compte des incidences des décisions prises sur la santé, recherche des synergies et évite les effets nocifs sur la santé afin d'améliorer la santé de la population et l'équité en santé ; considérant aussi le cadre de l'OMS pour l'action dans les pays relatif à l'intégration de la santé dans toutes les politiques, lequel comprend six composantes clés qui doivent être abordées afin de mettre cette intégration en œuvre ;

Rappelant la Déclaration d'Alma-Ata, qui mettait l'accent sur une stratégie de soins de santé primaires, et la *Stratégie mondiale de la santé pour tous d'ici l'an 2000*, qui prévoyait une coordination, une coopération et une action intersectorielle pour la santé parmi les secteurs et les aspects pertinents du développement national et communautaire, ainsi que l'appel de la Charte d'Ottawa pour l'élaboration de politiques publiques saines et la création de milieux favorables ;

Reconnaissant la Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé, qui invite à élaborer et à mettre en œuvre des mesures du bien-être sociétal robustes, fiables et fondées sur des données probantes, reposant si possible sur des indicateurs, des normes et des programmes existants et couvrant l'ensemble de la société, mesures qui vont au-delà de la croissance économique ; reconnaissant aussi le rôle important que jouent les ministères de la Santé dans la défense de cette cause ;

Reconnaissant le document produit par l'Assemblée générale des Nations Unies intitulé *L'avenir que nous voulons*, en particulier sa perception selon laquelle la santé est une condition préalable, un résultat et un indicateur des trois dimensions du développement durable, et reconnaissant son appel en faveur de l'implication de tous les secteurs compétents dans une action multisectorielle coordonnée visant à répondre en urgence aux besoins sanitaires de la population mondiale ;

Reconnaissant que les progrès en matière de santé n'ont pas été répartis de manière égale entre les pays et au sein des pays de la Région, que l'inégalité demeure l'un des plus grands défis sur le plan de la santé et du développement durable en Amérique et que la croissance des migrations ainsi que le vieillissement de la population et l'augmentation des maladies non transmissibles qui y est liée constituent les tendances les plus importantes qui influent sur la santé dans les Amériques ;

Reconnaissant le Plan stratégique 2014-2019 de l'OPS et particulièrement sa catégorie 3 (déterminants de la santé et promotion de la santé tout au long de la vie),

DÉCIDE :

1. D'approuver le *Plan d'action sur la santé dans toutes les politiques* pour 2014-2019.
2. De prier instamment les États Membres, selon le cas et en tenant compte de leur contexte national et des priorités de leur pays :
 - a) de défendre la santé et la promotion de l'équité en santé en tant que priorité, et d'intervenir de manière efficace quant aux déterminants sociaux de la santé, à la couverture sanitaire universelle, au renforcement des systèmes sanitaires et à l'équité en santé ;
 - b) de prendre des mesures efficaces, lesquelles comprendront, au besoin, des lois, des structures, des processus et des ressources permettant l'établissement de politiques publiques qui tiennent compte de leurs effets sur la santé, sur l'équité en santé et sur les déterminants de la santé, et y font face ; et de mettre en place de mécanismes pour mesurer et faire le suivi des déterminants de la santé et les disparités en matière de santé ;
 - c) de renforcer et de maintenir, selon le cas, une capacité et des compétences institutionnelles adéquates et durables pour atteindre, par le moyen d'actions intersectorielles, des résultats améliorés du point de vue de la santé et de l'équité en santé ;
 - d) d'utiliser des outils pertinents pour définir, analyser, promouvoir et renforcer une participation et des interventions multisectorielles en santé, y compris, selon le cas, des comités interministériels, des budgets et une comptabilité intégrés, ainsi qu'une évaluation d'impact sur la santé ;

- e) de renforcer la diligence raisonnable et la reddition de comptes, et d'accroître la transparence de la prise de décisions et de l'implication ;
- f) d'associer, selon le cas, des collectivités locales et des acteurs de la société civile à l'élaboration, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation des politiques dans l'ensemble des secteurs, en incluant des mécanismes d'implication communautaire et de participation publique ;
- g) de contribuer à l'élaboration du Programme de développement pour l'après-2015 en insistant sur le fait que les politiques des secteurs autres que sanitaires ont un impact important sur les résultats en matière de santé, et en définissant des synergies entre les objectifs des politiques en santé et dans d'autres secteurs ;
- h) d'encourager la participation active des autres secteurs dans les questions de santé.

3. De demander à la Directrice :

- a) d'appuyer les efforts des pays visant à améliorer la santé et le bien-être et à assurer l'équité en santé, y compris des interventions dans l'ensemble des secteurs sur les déterminants de la santé et sur les facteurs de risque relatifs aux maladies, en consolidant les connaissances et les données probantes afin de promouvoir la santé dans toutes les politiques ;
- b) de fournir des conseils et une assistance technique, sur demande, aux États Membres dans leurs efforts visant à mettre en œuvre le concept de la santé dans toutes les politiques, y compris le renforcement des capacités, des structures, des mécanismes et des processus nécessaires pour mesurer et suivre les déterminants de la santé et les disparités en matière de santé ;
- c) de renforcer le rôle et les capacités de l'OPS de même que ses ressources sur le plan du savoir, pour que l'organisme puisse offrir des conseils et une assistance technique servant à appuyer la mise en œuvre des politiques dans l'ensemble des secteurs aux divers niveaux de gouvernance ; d'assurer une cohérence et une collaboration avec les propres initiatives de l'OPS qui exigent des actions intersectorielles, y compris dans la réponse régionale aux défis posés par les maladies non transmissibles ;
- d) de renforcer l'échange d'expériences entre les pays ainsi que le travail réalisé par les agences du système des Nations Unies et du système interaméricain.

(Quatrième réunion, le 30 septembre 2014)

CD53.R3 : Plan stratégique de l'OPS 2014-2019 amendé

LE 53^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant examiné les amendements proposés aux indicateurs du *Plan stratégique de l'OPS 2014-2019* (Document officiel 345) ;

Accueillant avec satisfaction les améliorations aux définitions et aux critères de mesure pour les indicateurs d'impact et de résultat intermédiaire du Plan stratégique de l'OPS ;

Reconnaissant l'apport précieux du groupe de travail des pays pour *a)* améliorer la définition et les critères de mesure concernant les indicateurs d'impact et de résultat intermédiaire, dont l'élaboration d'un recueil complet d'indicateurs, *b)* évaluer et émettre des recommandations pour affiner la méthodologie de stratification des priorités programmatiques et *c)* élaborer le nouveau système conjoint de suivi et d'évaluation pour le Plan stratégique de l'OPS 2014-2019 ;

Reconnaissant l'importance d'entreprendre des consultations avec les États Membres pour valider les références et les cibles des indicateurs de résultat intermédiaire du Plan stratégique,

DÉCIDE :

1. D'approuver le *Plan stratégique de l'OPS 2014-2019 amendé* (Document officiel 345), y compris ses indicateurs révisés.
2. De remercier le groupe de travail des pays pour leur engagement et apport précieux à l'amélioration des indicateurs du Plan stratégique, dont l'élaboration d'un recueil complet d'indicateurs, et ses conseils pour l'élaboration du système conjoint de suivi et d'évaluation du *Plan stratégique de l'OPS 2014-2019 amendé*.
3. De demander à la Directrice :
 - a) de continuer à entreprendre des consultations avec les États Membres concernant toute révision ultérieure des références et cibles d'indicateurs de résultat intermédiaire du Plan stratégique lors de la préparation des programmes et budgets et leur évaluations correspondantes ;
 - b) d'incorporer tout changement nécessaire au Programme et budget 2014-2015 en réponse à la version amendée du *Plan stratégique de l'OPS 2014-2019* ;
 - c) de mettre en œuvre le système conjoint de suivi et d'évaluation pour le Plan stratégique, en collaboration avec les États Membres ;
 - d) de continuer à entamer des consultations avec les États Membres afin de perfectionner le cadre pour la stratification des priorités programmatiques et de l'appliquer aux programmes et budgets futurs ;
 - e) de continuer à travailler en collaboration étroite avec les membres du groupe de travail des pays afin de connaître leur opinions et leurs idées lors de la mise en œuvre du processus conjoint de suivi et d'évaluation, et le perfectionnement du cadre pour la stratification des priorités programmatiques du Plan stratégique de l'OPS ;

- f) de présenter un rapport sur le statut de l'exécution du *Plan stratégique de l'OPS 2014-2019 amendé* à la fin de la période biennale 2014-2015.

(Cinquième réunion, le 1er octobre 2014)

CD53.R4 : Élection de trois États Membres au Comité exécutif au terme des mandats du Brésil, du Chili et d'El Salvador

LE 53^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant à l'esprit les dispositions des articles 4.D et 15.A de la Constitution de l'Organisation panaméricaine de la Santé ;

Considérant que les États-Unis d'Amérique, le Guatemala et la Trinité-et-Tobago ont été élus pour faire partie du Comité exécutif au terme des mandats du Brésil, Chili et El Salvador,

DÉCIDE :

1. De déclarer que les États-Unis d'Amérique, le Guatemala et la Trinité-et-Tobago ont été élus pour faire partie du Comité exécutif pour une période de trois ans.
2. De remercier le Brésil, Chili et El Salvador pour les services rendus à l'Organisation au cours des trois dernières années par leurs représentants au sein du Comité exécutif.

(Cinquième réunion, le 1er octobre 2014)

CD53.R5 : Élection de deux membres pour faire partie du Comité consultatif du Centre d'information sur les sciences de la santé pour l'Amérique latine et les Caraïbes (BIREME)

LE 53^e CONSEIL DIRECTEUR,

Prenant en compte l'article VI du Statut du BIREME, lequel établit que le Comité consultatif du BIREME est constitué d'un représentant nommé par la Directrice du Bureau sanitaire panaméricain et d'un représentant nommé par le Gouvernement du Brésil, tous deux membres permanents, et que les cinq membres non permanents sont sélectionnés et nommés par le Conseil directeur ou par la Conférence panaméricaine de la Santé de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) parmi les membres du BIREME (incluant à l'heure actuelle tous les États Membres, les États participants et les Membres associés de l'OPS), en tenant compte du principe de représentation géographique ;

Rappelant que l'article VI prescrit également que les cinq membres non permanents du Comité consultatif du BIREME doivent siéger par alternance durant trois ans et que le Conseil directeur ou la Conférence panaméricaine de la Santé de l'OPS peut stipuler une période d'alternance plus courte si nécessaire, afin de maintenir l'équilibre entre les membres du Comité consultatif ;

Considérant que Panama et Trinité-et-Tobago ont été élus membres du Comité consultatif du BIREME pour exercer un mandat commençant le 1^{er} janvier 2015 en raison de l'expiration du mandat de la Bolivie et du Suriname,

DÉCIDE:

1. De déclarer que Panama et Trinité-et-Tobago sont élus membres non permanents du Comité consultatif du BIREME pour une période de trois ans.
2. De remercier la Bolivie et le Suriname pour les services rendus par l'entremise de leurs délégués au Comité consultatif du BIREME durant les trois dernières années.

(Cinquième réunion, le 1er octobre 2014)

CD53.R6 : Plan d'action pour l'accès universel à la sécurité transfusionnelle

LE 53^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant examiné le *Plan d'action pour l'accès universel à la sécurité transfusionnelle* (document CD53/6) ;

Prenant en compte l'importance de l'intégration efficace et durable des programmes et services de transfusion sanguine au système national de santé pour parvenir à l'autosuffisance, la sécurité, l'efficacité, la disponibilité et l'accès universel au sang et aux dérivés plasmatiques de façon adéquate et en temps opportun pour aider à sauver des vies et à améliorer la santé de toutes les personnes dans le besoin, comme les enfants atteints d'anémie sévère, les patients souffrant de maladies chroniques, d'hémoglobinopathies, de traumatismes ou de cancer, les femmes enceintes et les cas de chirurgie majeure telles que les greffes, entre autres ;

Considérant la transfusion sanguine comme l'une des huit interventions clés dans les soins obstétricaux d'urgence ;

Conscient des efforts réalisés par le Bureau sanitaire panaméricain et les programmes nationaux de transfusion sanguine des États Membres pour renforcer les systèmes nationaux de transfusion sanguine de manière à améliorer l'accès, la disponibilité et la sécurité du sang ;

Prenant en compte l'évaluation conjointe de la mise en œuvre du plan 2006-2010, réalisée en 2011 et présentée lors du 51^e Conseil directeur de l'OPS dans le document CD51/INF/5, et des réalisations et des défis identifiés par l'évaluation et qui constituent aujourd'hui le point de départ pour l'élaboration du *Plan d'action pour l'accès universel à la sécurité transfusionnelle 2014-2019* ;

Reconnaissant que pour atteindre l'approvisionnement suffisant, la qualité adéquate du sang ainsi que la sécurité transfusionnelle, il est nécessaire de modifier les approches nationales actuelles ;

Préoccupé par la nécessité de parvenir dans la Région des Amériques à l'autosuffisance en sang et ses composants fondée sur l'augmentation du nombre de donateurs de sang bénévoles, et considérant que le sang collecté est systématiquement transformé en composants sanguins ;

Motivé par l'esprit du panaméricanisme, les objectifs de développement du Millénaire, les instruments universels et régionaux des droits de l'homme et le défi de l'accès universel au sang et à ses composants sûrs,

DÉCIDE :

1. D'approuver le *Plan d'action pour l'accès universel à la sécurité transfusionnelle* et sa mise en œuvre dans le contexte propre à chaque pays.
2. De prier instamment les États Membres, en tenant compte de leur contexte et priorités :
 - a) de renouveler leur engagement pour soutenir la mise en place de programmes et services de transfusion sanguine organisés, durables et coordonnés avec le système national et qui soient intégrés au système de santé dans un cadre juridique et réglementaire approprié et nécessaire pour avancer vers l'accès universel au sang et à ses composants de manière autosuffisante, sûre et qualitative, et pour une utilisation appropriée du sang et de ses dérivés ;
 - b) d'allouer les ressources nécessaires pour le fonctionnement et le développement appropriés du système, telles que :
 - i. les ressources financières qui permettent d'assurer la viabilité et la gestion transparente du système de manière à empêcher la commercialisation du sang, sauf quand la législation nationale le permet, et éviter le profit,
 - ii. les ressources humaines nécessaires et formées, en soutenant des activités de formation et en évitant des taux de rotation importants pour le personnel des services;
 - c) de promouvoir exclusivement le don de sang bénévole, non rémunéré et récurrent, et de décourager le don rémunéré et familial ou de remplacement, sauf quand il est protégé par le système réglementaire national;

- d) d'établir des systèmes de gestion de la qualité qui assurent le dépistage sanguin universel pour les marqueurs fixés par l'OPS/OMS dans la Région, la mise en œuvre de programmes nationaux d'évaluation externe sur l'utilisation appropriée du sang et les composants sanguins, de manière à promouvoir la sécurité des patients, ainsi que l'identification des nécessités en sang et ses composants pour assurer l'accès universel et la réduction du sang éliminé ;
- e) de promouvoir la participation intersectorielle (secteur public et privé, ministères, société civile entre autres) pour mobiliser les ressources et créer des synergies au profit du système national de transfusion sanguine ;
- f) d'établir un cadre réglementaire qui renforce le système de surveillance sanitaire de manière à assurer la réglementation et le contrôle de la chaîne transfusionnelle ;
- g) d'assurer les mécanismes de mise en œuvre d'un système d'hémovigilance non punitive dans lequel puissent être identifiées les réactions aux transfusions de manière à effectuer les interventions appropriées permettant d'assurer des mesures correctives et de réduire les risques ;
- h) d'allouer et d'utiliser de manière appropriée les ressources pour atteindre les objectifs du *Plan d'action pour l'accès universel à la sécurité transfusionnelle 2014-2019* ;
- i) d'établir des mécanismes de surveillance et d'évaluation de la mise en œuvre de ce Plan.

3. De demander à la Directrice :

- a) de coopérer avec les États Membres dans la mise en œuvre de ce plan 2014-2019, conformément à leurs besoins, avec une approche multidisciplinaire et en considérant en compte la promotion de la santé, les droits de l'homme, l'égalité des sexes et les déterminants sociaux de la santé ;
- b) de promouvoir la mise en œuvre du Plan d'action et assurer sa transversalité entre les différents domaines de l'Organisation, les différents contextes nationaux, régionaux et infrarégionaux, et la collaboration avec les pays et entre eux dans la conception de stratégies et le partage de compétences et de ressources ;
- c) de continuer à plaider pour la mobilisation active des ressources et la promotion de partenariats pour soutenir la mise en œuvre de la présente résolution ;
- d) de suivre et d'évaluer la mise en œuvre de ce plan d'action et de faire un rapport régulier aux Organes directeurs sur les progrès et les contraintes concernant la mise en œuvre du Plan, et les ajustements, si nécessaires, aux nouveaux contextes et besoins.

(Sixième réunion, le 1er octobre 2014)

CD53.R7 : Plan d'action sur la santé mentale

LE 53^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant examiné le *Plan d'action pour la santé mentale* (document CD53/8) ;

Reconnaissant que la prévalence des troubles mentaux et liés à la consommation de substances psychoactives est élevée dans le monde et que cela contribue dans une large mesure à la morbidité, l'incapacité et la mortalité prématurée et que, en outre, il existe des lacunes importantes en matière de traitement ;

Comprenant qu'il ne saurait y avoir de santé sans santé mentale, celle-ci ne s'entendant pas uniquement comme l'absence de maladie mais comme un « état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté » ;¹

Considérant que, en 2009, le Conseil directeur de l'OPS a approuvé la *Stratégie et Plan d'action pour la santé mentale* et que, en 2013, l'Assemblée mondiale de la Santé a approuvé le *Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020*, et qu'au cours de cette même année, l'OPS a approuvé son Plan stratégique 2014-2019, il est utile et nécessaire d'actualiser et d'aligner notre plan d'action régional pour la santé mentale sur le Plan stratégique de l'OPS et sur le Plan d'action global pour la santé mentale de l'OMS ;

Rappelant les instruments internationaux fondamentaux relatifs aux droits de l'homme, tels que le Pacte international relatif aux droits civils et politiques, le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels et la Convention relative aux droits des personnes handicapées ;

Observant que le *Plan d'Action pour la santé mentale* traite des lignes d'action fondamentales pour répondre aux divers besoins de santé mentale des pays,

DÉCIDE :

1. D'approuver le *Plan d'Action pour la santé mentale* et son application dans le contexte propre à chaque pays pour répondre aux besoins actuels et futurs dans le domaine de la santé mentale.
2. De prier instamment les États Membres, en tenant compte de leurs contextes nationaux :
 - a) d'inclure la santé mentale et la promotion de la santé mentale comme priorité dans les politiques nationales de la santé, afin d'assurer la mise en œuvre de plans de

¹ Organisation mondiale de la Santé. Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020, annexe, page 42, (2013).

- santé mentale qui prennent en compte le déficit et la répartition inégale des ressources existant dans certains pays ;
- b) de renforcer, d'élaborer, d'examiner et, si nécessaire, de réformer les cadres juridiques des pays et leur application pour protéger les droits de l'homme des personnes souffrant de troubles mentaux ;
 - c) d'appuyer la participation de la société civile, et en particulier des associations des usagers et de leur famille, à la planification et à la mise en œuvre des activités de promotion et de protection de la santé mentale de la population ;
 - d) de promouvoir l'accès universel et équitable à la prise en charge globale de la santé mentale pour l'ensemble de la population en suivant une approche ancrée dans les communautés, au moyen du renforcement de la capacité de réponse des systèmes et des services de santé mentale dans le cadre des réseaux intégrés de services, en mettant l'accent en particulier sur la réduction des lacunes existant en matière de traitement ;
 - e) de poursuivre les efforts visant à faire évoluer le modèle centré sur les hôpitaux psychiatriques vers un modèle communautaire où la composante de la santé mentale est intégrée dans les soins de santé primaires et les hôpitaux généraux, et où des services de santé mentale décentralisés et proches de la population sont mis en place ;
 - f) d'assurer une réponse adéquate des services de santé mentale tenant compte des spécificités des groupes en situation de vulnérabilité, ou ayant des besoins spécifiques ;
 - g) d'assurer la fourniture de services de santé mentale et de soutien psychosocial dans les situations d'urgence et de catastrophes ;
 - h) de considérer le renforcement des ressources humaines en matière de santé mentale comme une composante clé de l'amélioration de la capacité de réponse des services et, en particulier, des soins de santé primaire, ce pour quoi il est essentiel de mettre en œuvre régulièrement des programmes de formation ;
 - i) d'appuyer des initiatives intersectorielles pour promouvoir la santé mentale et la prévention des troubles mentaux, en accordant une attention particulière au cycle de vie, ainsi que pour traiter de la stigmatisation et de la discrimination que subissent les personnes souffrant de troubles mentaux ;
 - j) d'entreprendre des interventions spécifiques pour la prévention du suicide comprenant l'amélioration des systèmes d'information et de surveillance ;
 - k) de réduire les lacunes en matière d'information qui existe dans le domaine de la santé mentale en améliorant la production, l'analyse et l'utilisation des informations, ainsi qu'en développant la recherche ;
 - l) de renforcer les alliances gouvernementales multisectorielles, ainsi qu'avec des organisations non gouvernementales, des établissements universitaires et d'autres acteurs sociaux clés.

3. De demander à la Directrice :
- a) de soutenir les États Membres dans l'élaboration, l'examen, le renforcement et la mise en œuvre des plans nationaux pour la santé mentale et des cadres juridiques, qui auraient pour référence le présent plan d'action, en s'efforçant de corriger les inégalités et en accordant la priorité à la prise en charge des groupes en situation de vulnérabilité et ayant des besoins spécifiques ;
 - b) de collaborer aux évaluations de programmes et des services de santé mentale des pays pour que soient prises des mesures appropriées sur la base d'un diagnostic de la situation ;
 - c) de préparer et de diffuser parmi les États Membres un document technique complémentaire présentant des recommandations sur des options pratiques pour la mise en œuvre du présent plan dans les pays, ainsi que sur la façon de mesurer les indicateurs suggérés ;
 - d) de faciliter la diffusion d'informations et l'échange d'expériences, et de promouvoir la coopération technique entre les États Membres ;
 - e) de promouvoir des partenariats avec des organisations gouvernementales et non gouvernementales, ainsi qu'avec des organisations internationales et d'autres organismes régionaux et infrarégionaux à l'appui de la réponse globale qui est nécessaire dans le processus de mise en œuvre du présent plan d'action.

(Sixième réunion, le 1er octobre 2014)

CD53.R8 : Plan d'action pour la prévention de la cécité et des déficiences visuelles

LE 53^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant examiné le *Plan d'action pour la prévention de la cécité et des déficiences visuelles* (document CD53/11) ;

Notant que la déficience visuelle est un problème important dans la Région, qui est lié à la pauvreté et à la marginalisation sociale ;

Conscient que la majorité des causes de cécité sont évitables et que les traitements actuels comptent parmi les interventions de santé qui enregistrent le taux de réussite le plus élevé et qui sont les plus rentables ;

Appréciant les efforts déployés par les États Membres ces dernières années pour prévenir la cécité évitable, mais conscient de la nécessité de consolider les réalisations obtenues ;

Rappelant la résolution CD47.R1 (2006) du Conseil directeur, *Le handicap : prévention et réhabilitation dans le contexte du droit de la personne de jouir du niveau le plus élevé possible de santé physique et mentale et autres droits connexes*,

DÉCIDE :

1. D'approuver le *Plan d'action pour la prévention de la cécité et des déficiences visuelles* pour 2014-2019.
2. De prier instamment les États Membres, en tenant compte de leurs contextes et de leurs priorités à l'échelle nationale :
 - a) de renforcer les initiatives nationales visant à prévenir les déficiences visuelles évitables au moyen, entre autres, de l'amélioration de l'intégration de la santé oculaire dans les plans de santé nationaux et de la fourniture de services de santé, le cas échéant ;
 - b) de mettre en oeuvre les actions proposées dans le Plan d'action 2014-2019, conformément aux priorités nationales et à l'accès universel aux services ;
 - c) d'examiner les implications budgétaires connexes ;
 - d) de promouvoir des partenariats entre le secteur public, les organisations non gouvernementales, le secteur privé, la société civile et les communautés dans les programmes et activités de promotion de la prévention de la cécité ;
 - e) de promouvoir la coopération entre les pays dans les domaines de la prévention et de la prise en charge de la cécité et des déficiences visuelles ;
 - f) de protéger les droits fondamentaux des personnes handicapées et de mettre à jour leurs lois sur le handicap, le cas échéant, et de les adapter conformément aux normes et aux règlements internationaux applicables.
3. De demander à la Directrice :
 - a) de soutenir la mise en oeuvre du Plan d'action pour maintenir et renforcer la coopération entre le Bureau sanitaire panaméricain et les États Membres dans le domaine de la prévention de la cécité ;
 - b) de fournir un appui technique aux États Membres pour la mise en oeuvre des mesures proposées dans le présent Plan d'action, conformément aux priorités nationales et aux instruments universels et régionaux relatifs aux droits de l'Homme applicables à la santé et au handicap ;
 - c) d'appuyer la mise en oeuvre du présent Plan d'action, en particulier pour ce qui est de l'inclusion de l'accès universel et équitable aux services ;
 - d) de continuer d'accorder la priorité à la prévention de la cécité évitable, et d'étudier la possibilité d'allouer des ressources pour la mise en oeuvre du présent Plan d'action ;

- e) de promouvoir la coopération technique entre les pays et la création d'alliances stratégiques afin de mener à bien des activités visant à protéger la santé oculaire.

(Septième réunion, le 2 octobre 2014)

CD53.R9 : Plan d'action pour la coordination de l'assistance humanitaire

LE 53^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant examiné le *Plan d'action pour la coordination de l'assistance humanitaire* (document CD53/12) ;

Reconnaissant que les pays de la Région des Amériques ont augmenté leur capacité de réponse aux situations d'urgence et de catastrophe avec leurs propres ressources humaines et matérielles mais que, toutefois, lors d'événements de plus grande ampleur l'assistance internationale continue à être nécessaire pour accompagner les efforts du pays affecté ;

Comprenant que l'assistance humanitaire exige l'établissement de mécanismes appropriés de coordination nationale et internationale pour assurer que les interventions soient menées à bien en conformité aux normes humanitaires internationales convenues, y compris les soins médicaux et les interventions en santé publique, tout en respectant la culture et les coutumes des pays affectés ;

Reconnaissant que les catastrophes peuvent accentuer les inégalités et injustices existantes et que les actions qui tendent à renforcer les capacités de coordination de l'aide offrent la possibilité de comporter des aspects tels que la protection des groupes vulnérables, l'égalité entre les sexes et l'identification des besoins culturels ou des besoins culturels ou des besoins spécifiques des groupes ethniques ;

Considérant que la réforme humanitaire des Nations Unies et le Programme de transformation des Nations Unies, les résolutions CD45.R8 (2004) et CSP28.R19 (2012) de l'OPS/OMS et WHA65.20 (2012) de l'OMS invitent à améliorer la coordination entre les différents acteurs qui interviennent dans la réponse aux urgences dans le but d'optimiser la réponse et la responsabilisation de la coopération internationale ;

Reconnaissant la fonction unique et fondamentale du Bureau des Nations Unies pour la coordination des affaires humanitaires (OCHA) dans la coordination des activités humanitaires internationales et prenant dûment en considération la fonction des autorités nationales de gestion des catastrophes ;

Reconnaissant que le Plan stratégique de l'Organisation panaméricaine de la Santé 2014-2019 et le Programme et budget 2014-2015, approuvés par le 52^e Conseil directeur de l'OPS établissent que les pays disposent d'un mécanisme de coordination des urgences

en matière de santé qui remplit les conditions minimales pour obtenir des résultats satisfaisants ;

Reconnaissant la complexité et le rôle crucial du secteur de la santé au début de la réponse à une catastrophe ou une urgence, et que la coordination de l'aide internationale en santé pourrait être mieux tenue en compte dans les mécanismes multisectoriaux nationaux et internationaux ;

Considérant l'importance de disposer d'un plan d'action qui renforce le secteur de la santé dans les États Membres et qui accroît sa capacité d'améliorer, de façon efficace et efficiente, la coordination pour la réception et l'envoi de l'assistance humanitaire relative à la santé dans des situations d'urgence et de catastrophe, afin de sauver le plus grand nombre de vies possible et protéger la santé de la population affectée,

DÉCIDE :

1. D'approuver la *Plan d'action pour la coordination de l'assistance humanitaire* et d'appuyer sa prise en compte dans les politiques, les plans et les programmes de développement, ainsi que dans les propositions et la discussion des budgets nationaux.
2. De prier instamment les États Membres :
 - a) de participer à la formation d'un groupe de consultation régional de caractère temporaire ;
 - b) de participer au réseau de santé pour les situations d'urgence et de catastrophe dans les Amériques, et de promouvoir et faciliter l'incorporation à ce réseau des actions et des efforts bilatéraux et multilatéraux de coopération dans le secteur de la santé qui existent actuellement dans la Région ;
 - c) d'envisager la mise en œuvre, selon qu'il convient conformément aux règles des Nations Unies et en coordination avec les autorités nationales existantes de gestion du risque de catastrophes, d'un mécanisme flexible de registre des équipes médicales internationales et multidisciplinaires de santé dûment qualifiés et des procédures de réponse immédiate dans les Amériques ;
 - d) de faciliter et de coopérer à l'interconnexion des systèmes logistiques relatifs à la santé dans les Amériques dans un réseau destiné à accélérer l'aide humanitaire dans le secteur de la santé dans la Région ;
 - e) de soutenir et de promouvoir la mise en œuvre de mécanismes de coordination avec d'autres secteurs ;
 - f) d'encourager et de faciliter la formation de leurs ressources humaines en matière de situations d'urgence et de catastrophe.

3. De demander à la Directrice :
- a) d'appuyer la coordination et l'exécution du plan d'action pour coordonner l'assistance humanitaire dans le domaine international et d'assurer la coopération technique nécessaire aux pays ;
 - b) de faciliter et de promouvoir la création d'un mécanisme souple de registre des équipes médicales internationales et des équipes sanitaires dûment qualifiés selon une approche multidisciplinaire, ainsi que les procédures de réponse immédiate dans les Amériques, en coordination avec l'OMS et OCHA, et conformément aux principes de l'OMS ;
 - c) de faciliter la formation d'un groupe consultatif régional temporaire avec des experts des pays afin de réviser, harmoniser, actualiser et diffuser les procédures et les mécanismes d'assistance humanitaire dans le domaine de la santé dans la Région ;
 - d) d'assurer le secrétariat de ce groupe consultatif régional ;
 - e) de promouvoir la formation d'alliances entre pays, avec des instances d'intégration régionales, des organismes internationaux, des institutions scientifiques et techniques, des organisations non gouvernementales, la société civile organisée, le secteur privé et d'autres, pour étendre la capacité de réponse aux urgences en santé des États Membres.

(Septième réunion, le 2 octobre 2014)

CD53.R10 : État et niveau autorisé du fonds de roulement

LE 53^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant examiné le rapport de la Directrice intitulé *État et niveau autorisé du Fonds de roulement* (document CD53/18) ;

Ayant noté que la Directrice a réapprovisionné le Fonds de roulement à son niveau autorisé actuel de US\$ 20,0 millions ;¹

Ayant examiné la recommandation du Comité exécutif relative à une augmentation du niveau autorisé du Fonds de roulement, compte tenu des demandes accrues adressées au Fonds de roulement à mesure que s'élargissent les activités du budget ordinaire de l'Organisation, ainsi que de la nécessité de faire en sorte que le Programme soit mis à exécution de manière méthodique et efficace,

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

DÉCIDE :

1. D'approuver une augmentation du niveau autorisé du Fonds de roulement faisant passer celui-ci de \$20,0 millions à \$25,0 millions.

(Septième réunion, le 2 octobre 2014)

CD53.R11 : État d'avancement du projet pour la modernisation du système de gestion de l'information du Bureau sanitaire panaméricain

LE 53^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant examiné le rapport de la Directrice sur le *Etat d'avancement du projet pour la modernisation du système de gestion de l'information du Bureau Sanitaire Panaméricain* (document CD53/19) ;

Ayant considéré la recommandation du Comité exécutif relative aux besoins de financement du projet de modernisation du système de gestion de l'information du BSP (PMIS) en prévision des dépenses imprévues encourues pendant la mise en œuvre du projet visant à répondre aux exigences essentielles inhérentes à la conception du planification des ressources de l'entreprise,

DÉCIDE :

1. D'approuver une augmentation du budget autorisé pour la modernisation du PMIS de US\$ 20,3 millions¹ à \$22,5 millions.
2. D'autoriser la Directrice à financer le déficit prévu de \$2,2 millions dans le budget autorisé pour la modernisation du PMIS comme suit :
 - a) solde non dépensé pour des projets approuvés provenant du compte de réserve : \$100 000,
 - b) financement non alloué d'IPSAS : \$2 100 000.

(Septième réunion, le 2 octobre 2014)

¹ Sauf indication contraire, toutes les données monétaires figurant dans cette résolution sont exprimées en dollars des États-Unis.

CD53.R12 : Plan d'action sur les incapacités et la réadaptation

LE 53^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant examiné le *Plan d'action sur les incapacités et la réadaptation* (document CD53/7, Rév. 1) ;

Reconnaissant que la prévalence et l'incidence des incapacités sont en constante augmentation en raison, notamment, du vieillissement de la population, de l'augmentation des maladies chroniques et de leurs facteurs de risque, de l'abus de substances, des accidents du travail et de la circulation, ainsi que de la violence et des crises humanitaires ;

Reconnaissant que l'incapacité est une question de santé publique, une question de droits humains et une priorité pour le développement ;

Comprenant que les personnes handicapées présentent les pires résultats en santé si on les compare à la population non handicapée, et qu'elles font face à la stigmatisation et à des obstacles pour accéder aux services ;

Reconnaissant que la réadaptation de base communautaire et la disponibilité de ressources tant humaines que matérielles contribuent à fournir une attention intégrale et de qualité qui protège les droits humains des personnes handicapées ;

Comprenant qu'investir dans l'adaptation et la réadaptation, ainsi que dans de services sociaux et de santé et dans la mise à disposition de dispositifs technologiques d'aide qui soient rentables est essentiel pour que les personnes handicapées puissent mener une vie indépendante, se réinsérer dans leurs familles et leur communauté, et que, de plus, cela permet à réduire le besoin de services d'appui formels et d'alléger la charge physique et psychologique des personnes chargées des soins ;

Considérant que dans la résolution CD47.R1 (2006), *Le handicap : prévention et réhabilitation dans le contexte du droit de la personne de jouir du niveau le plus élevé possible de santé physique et mentale et autres droits connexes*, les États Membres sont instamment priés de formuler et d'adopter des politiques, plans et lois en matière de santé, d'adaptation et de réadaptation qui soient conformes aux instruments internationaux applicables en matière de droits de l'homme ;

Considérant qu'en mai 2014, la 67^e Assemblée mondiale de la Santé a approuvé le *Plan d'action mondial de l'OMS relatif au handicap 2014-2021 : un meilleur état de santé pour toutes les personnes handicapées* (résolution WHA67.7), l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) a élaboré, avec le consensus de ses États Membres, le présent plan d'action qui est aligné sur le plan d'action mondial et sur le Plan stratégique de l'OPS 2014-2019 ;

Observant que le présent plan d'action aborde les objectifs essentiels pour répondre aux besoins des pays, conformément au contexte national,

DÉCIDE :

1. D'approuver le *Plan d'action sur les incapacités et la réadaptation* et son application dans le contexte des conditions spéciales de chaque pays.
2. De prier instamment les États Membres, tout en tenant compte des responsabilités partagées dans les états fédérés :
 - a) d'inclure le handicap comme une priorité au sein des politiques nationales de santé pour assurer l'exécution des plans correspondants qui mènent à l'accès universel et équitable des personnes handicapées et de leurs familles aux services et programmes de santé, ce qui comprend l'adaptation et la réadaptation, la mise à disposition de dispositifs d'aide technologiques et d'autres formes d'appui tout au long du cycle de vie ;
 - b) de renforcer les cadres et règlements légaux dans les pays et leur application pour protéger les droits humains des personnes handicapées, conformément aux principes de la Convention relative aux droits des personnes handicapées, à la Convention interaméricaine pour l'élimination de toutes les formes de discrimination contre les personnes handicapées et aux normes internationales applicables ;
 - c) d'appuyer la participation de la société civile aux activités de promotion et de protection de la santé des personnes handicapées, afin d'assurer que ces dernières soient consultées par l'entremise d'organisations qui les représentent et peuvent participer activement à la formulation de politiques et de lois, ainsi qu'à l'établissement des services qui leur incombent ;
 - d) de renforcer la stratégie de réadaptation à base communautaire, dans le cadre des réseaux de services intégrés, en étendant les actions à la prévention des incapacités, la détection et l'intervention précoce, l'accès aux dispositifs technologiques et autres formes d'appui ;
 - e) de poursuivre les efforts pour faire évoluer le modèle hospitalier de soins aux personnes handicapées vers un modèle à base communautaire dans lequel est intégré le travail en soins de santé primaires et des services de réadaptation ambulatoires sont établis, décentralisés et proches de la population ;
 - f) d'assurer une réponse appropriée des services sociaux et de santé aux particularités des groupes dans des conditions de vulnérabilité et avec des besoins spéciaux en situation d'incapacité ;
 - g) de considérer le renforcement et la formation régulière des ressources humaines comme une composante clé de l'amélioration de la réponse des services ;

- h) améliorer les équipements et l'infrastructure des services d'attention aux personnes en situation d'incapacité ;
- i) d'améliorer la production, l'analyse et l'utilisation des données sur les incapacités, dans le cadre des systèmes nationaux d'information, et d'appliquer des outils valides et conformes à la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé ;
- j) d'appuyer la recherche, ainsi que l'évaluation des politiques publiques dans le domaine de l'incapacité ;
- k) d'appliquer une approche multisectorielle efficace avec des mécanismes de coordination entre les ministères et les organisations non gouvernementales, les institutions universitaires et d'autres services pour les personnes en situation d'incapacité ;
- l) de veiller à la santé des personnes qui s'occupent de personnes en situation d'incapacité, qu'ils soient de la famille ou des professionnels, lors de la réalisation de tâches vitales ;
- m) de promouvoir l'échange d'expériences et de bonnes pratiques entre les pays.

3. De demander à la Directrice :

- a) de renforcer la coopération de l'OPS avec les États Membres pour promouvoir et protéger la qualité de vie des personnes handicapées et leur jouissance du niveau le plus élevé possible de santé physique et mentale ;
- b) d'appuyer les États Membres dans l'élaboration, la révision et l'exécution de plans nationaux en matière d'incapacités et de réadaptation, ainsi que dans la mise à jour de leurs lois ;
- c) de collaborer aux évaluations des programmes et services d'adaptation et de réadaptation des pays, en particulier par le biais d'un suivi des indicateurs pour évaluer les avancées et l'impact des interventions ;
- d) d'appuyer les États Membres pour renforcer leurs systèmes d'information sur la santé, afin de produire, d'analyser et d'utiliser des données sur les incapacités, qui soient conformes aux critères de qualité, opportunité en fiabilité ;
- e) d'encourager les alliances avec les organisations internationales et autres instances régionales et infrarégionales en appui à la réponse multisectorielle nécessaire dans le processus d'exécution de ce plan d'action ;
- f) de faciliter la diffusion de l'information et l'échange d'expériences et de bonnes pratiques, en plus de promouvoir la coopération technique entre les États Membres ;
- g) de faciliter la collaboration des États Membres avec les entités d'enseignement, les organisations non gouvernementales, en particulier les organisations de personnes handicapées et celles qui promeuvent la protection et le respect des personnes handicapées.

(Huitième réunion, le 2 octobre 2014)

CD53.R13 : Plan d'action pour la prévention de l'obésité chez les enfants et les adolescents

LE 53^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant examiné le *Plan d'action pour la prévention de l'obésité chez les enfants et les adolescents* pour 2014-2019 (document CE53/9, Rév. 2) ;

Rappelant le droit des enfants à la possession du meilleur état de santé qu'ils soient capables d'atteindre, tel qu'énoncé dans la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, et la Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant ;

Conscient du fait que le surpoids et l'obésité ont atteint des proportions épidémiques chez les enfants et les adolescents dans les Amériques et que le problème nécessite différents efforts de lutte au niveau local et national par les États Membres ;

Reconnaissant l'étendue des connaissances scientifiques et en santé publique sur les mécanismes impliqués dans l'actuelle épidémie d'obésité et l'action publique nécessaire pour la combattre ;

Sachant que le présent Plan d'action est conforme aux mandats internationaux issus de l'Assemblée mondiale de la Santé, en particulier la *Stratégie mondiale de l'OMS pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé* (WHA57.17 [2004]) et le *Plan d'application exhaustif concernant la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant* (WHA65.6 [2012]), outre les mandats des organes directeurs de l'OPS, dont la *Stratégie et le plan d'action pour la santé intégrale chez l'enfant* (CSP28/10 [2012]), la *Stratégie régionale pour améliorer la santé des adolescents et des jeunes* (CD48.R5 [2008]), la *Stratégie régionale et Plan d'action portant sur la nutrition dans la santé et le développement, 2006-2015* (CD47/18 [2006]) et la *Stratégie et le plan d'action pour la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles* (documents CSP28/9, Rév. 1 [2012] et CD52/7, Rév. 1 [2013]), ainsi que la *Convention relative aux droits de l'enfant des Nations Unies* (1989),

DÉCIDE :

1. D'approuver le *Plan d'action pour la prévention de l'obésité chez les enfants et les adolescents* pour 2014-2019.

2. De prier instamment les États Membres :
 - a) d'accorder la priorité à ce Plan d'action et de recommander au plus haut niveau sa mise en œuvre ;
 - b) de promouvoir la coordination entre les ministères et les institutions publiques, principalement dans les secteurs de l'éducation, de l'agriculture, des finances, du commerce, des transports et de la planification urbaine, ainsi qu'avec les pouvoirs municipaux locaux, afin de parvenir à un consensus national et de conjuguer les actions pour arrêter la progression de l'épidémie d'obésité chez les enfants ;
 - c) de soutenir et d'encadrer les efforts conjoints entre les secteurs public et privé et les organisations de la société civile autour du Plan d'action ;
 - d) d'élaborer des plans et programmes de communication basés sur des données probantes à grande échelle pour diffuser le Plan d'action et éduquer le public sur les questions d'activité physique, d'alimentation et de nourriture saine et sur la valeur des traditions culinaires locales cadrant avec une alimentation saine ;
 - e) de mettre en place un système intégré de surveillance, évaluation et responsabilité pour les politiques, plans, programmes, lois et interventions permettant de déterminer l'impact de la mise en œuvre du Plan d'action ;
 - f) de veiller à ce que des processus soient établis avec la participation de divers secteurs et parties prenantes pour examiner et analyser la mise en œuvre du Plan basés sur les priorités, besoins et capacités nationaux.
3. De demander à la Directrice :
 - a) d'apporter un soutien aux États Membres en collaboration avec d'autres organismes et comités des Nations Unies comme l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture, le Fonds des Nations Unies pour l'enfance, le Programme alimentaire mondial et le Comité des droits de l'enfant des Nations Unies, d'autres parties prenantes et donateurs, ainsi que les secteurs nationaux, pour travailler collectivement sur le Plan d'action, en particulier sur ses activités aux niveaux national et infrarégional ;
 - b) de promouvoir la mise en œuvre et la coordination du Plan d'action pour faire en sorte que les activités se recoupent avec les différents domaines des programmes de l'Organisation et les différents contextes régionaux et infrarégionaux ;
 - c) de promouvoir et consolider la coopération avec les pays et entre eux, en échangeant les expériences et les enseignements tirés ;
 - d) de rendre compte régulièrement aux organes directeurs des progrès et obstacles dans l'exécution du Plan d'action, ainsi que de son adaptation aux nouveaux contextes et besoins.

(Huitième réunion, le 2 octobre 2014)

CD53.R14 : Stratégie pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle

LE 53^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant considéré la *Stratégie pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle* présentée par la Directrice (document CD53/5, Rév. 2) ;

Gardant à l'esprit que la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé établit comme l'un de ses principes de base que « la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre est l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale » ;

Conscient que l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle impliquent que toutes les personnes et les communautés aient accès sans discrimination d'aucune sorte, à des services de santé globaux, adéquats, opportuns, de qualité, déterminés au niveau national conformément aux besoins, ainsi qu'à des médicaments de qualité, sûrs, efficaces et abordables tout en assurant que l'utilisation de ces services n'expose pas les usagers à des difficultés financières, en particulier les groupes en situation de vulnérabilité ;

Reconnaissant que les politiques et les interventions qui traitent les déterminants sociaux de la santé et favorisent l'engagement de la société dans son ensemble pour promouvoir la santé et le bien-être, en mettant l'accent sur les groupes en situation de pauvreté et de vulnérabilité, sont une condition essentielle pour progresser vers l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle ;

Reconnaissant que l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle s'inscrivent dans les valeurs et les principes de soins de santé primaires dans l'esprit d'Alma-Ata ;

Observant que les pays de la Région ont réaffirmé leur engagement à la couverture sanitaire universelle à l'occasion du 52^e Conseil directeur de l'OPS (2013) en approuvant le Plan stratégique de l'OPS 2014-2019, et à travers leur participation active à d'autres forums internationaux tels que la Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé de 2011, la Conférence des Nations Unies sur le développement durable (Rio+20) de 2012, la résolution A/RES/67/81 de l'Assemblée générale des Nations Unies (2012), la Déclaration de Panama pour la réduction des iniquités en santé génésique, maternelle et infantile (2013) et la résolution de l'Assemblée mondiale de la Santé WHA67.14 (2014) sur *La santé dans le programme de développement pour l'après-2015* ; et notant que le débat s'oriente actuellement vers la garantie de vies plus saines et la promotion du bien-être comme des objectifs clé ;

Notant les récentes améliorations apportées dans la santé dans l'ensemble des Amériques en raison en partie du développement économique et social des pays, de la

consolidation des processus démocratiques, du renforcement des systèmes de santé, et de l'engagement politique des pays à aborder les besoins de santé de leurs populations ;

Reconnaissant que, malgré les progrès réalisés, de nombreux défis existent ; que la Région demeure une des plus inéquitables du monde, que le processus de réduction des iniquités en santé est rendu plus complexe par les nouveaux schémas épidémiologiques et démographiques qui exigent des réponses différentes et novatrices des systèmes et des services de santé ; et que les problèmes d'exclusion et du manque d'accès à des services de qualité persistent pour de larges secteurs de la population dans la Région, en particulier les groupes en situation de grande vulnérabilité ;

Observant que les efforts pour renforcer et transformer les systèmes de santé dans les pays de la Région ont apporté des connaissances et une expérience considérables qui faciliteront le progrès continu sur la voie de l'accès universel à la santé et de la couverture sanitaire universelle ;

Reconnaissant que les progrès sur la voie de l'accès universel à la santé et de la couverture sanitaire universelle exigent des efforts pour surmonter l'exclusion, l'iniquité et les obstacles à l'accès à des services de santé globaux et à leur usage opportun ;

Reconnaissant l'importance de privilégier le renforcement des systèmes de santé et l'adoption de politiques intégrées et globales pour aborder les déterminants sociaux et les iniquités en santé, en tenant comme objectifs fondamentaux l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle ;

Considérant que la majorité des pays ont une nécessité urgente de renforcer leurs systèmes sanitaires, y compris depuis la perspective du droit à la santé, dans ces pays où le droit à la santé est reconnu nationalement, et de promouvoir le droit à jouir du plus haut niveau de santé possible, ayant comme objectifs essentiels l'accès universel à la santé et la couverture universelle de santé ; considérant qu'il est nécessaire de prendre de mesures stratégiques et intégrales d'une manière progressive et soutenue ; et considérant également que, à mesure que les processus démocratiques se consolident dans la Région, l'accès universel à la santé et la couverture universelle deviennent une exigence sociale de plus en plus pressante et structurée. ;

Observant que dans la stratégie s'articulent les conditions qui permettront aux pays d'orienter et d'évaluer leurs politiques et de mesurer le progrès vers l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle ;

Reconnaissant que chaque pays détient la capacité de définir son plan d'action, en tenant compte de son contexte social, économique, politique, juridique, historique et culturel, ainsi que les défis actuels et futurs en matière de santé ;

Reconnaissant le processus participatif mis en œuvre pour le développement de la stratégie, y compris les consultations menées par les États Membres en coordination avec le Bureau sanitaire panaméricain, qui ont permis un débat de qualité comportant différentes

perspectives d'analyse, ainsi que les contributions apportées par le Groupe de travail des États Membres,¹

DÉCIDE :

1. D'approuver la *Stratégie pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle*.
2. De demander instamment aux États Membres, comme il convient dans leur contexte et leurs priorités nationales :
 - a) de formuler des mécanismes formels pour la participation et le dialogue afin de promouvoir le développement et la mise en œuvre de politiques inclusives et de garantir la responsabilité des actions sur la voie des objectifs de l'accès universel à la santé et de couverture sanitaire universelle ;
 - b) d'établir des buts et des objectifs nationaux et de définir leurs plans d'action pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle ; et d'établir les priorités nationales pour la période 2014-2019, en conformité avec les engagements établis dans le *Plan stratégique de l'OPS 2014-2019* et le douzième programme général de travail de l'OMS (2014-2019) ;
 - c) de définir et de mettre en œuvre une série d'actions destinées à renforcer la gouvernance et la capacité de gestion du secteur de la santé, de faire preuve de leadership pour influencer les politiques, les plans, la législation, les réglementations et les actions au-delà du secteur de la santé qui traitent les déterminants sociaux de la santé ;
 - d) de progresser afin de fournir l'accès universel à des services de santé globaux de qualité et dont l'élargissement sera progressif, qui soient cohérents avec les besoins en santé, les capacités du système et le contexte national ; d'identifier les besoins non satisfaits et différenciés de la population ainsi que les besoins spécifiques des groupes en situation de vulnérabilité ;
 - e) de définir et de mettre en œuvre des actions destinées à améliorer l'organisation et la gestion des services de santé à l'aide du développement de modèles de soins de santé axés sur les besoins des personnes et des communautés, en augmentant la capacité de réponse au premier niveau de soins, à travers des réseaux intégrés de services de santé ;
 - f) d'améliorer la capacité des ressources humaines au premier niveau de soins, en augmentant les opportunités d'emploi avec des conditions de travail et des incitations attrayantes, en particulier dans les zones mal desservies ; de consolider des équipes multidisciplinaires de santé de collaboration; de garantir que ces

¹ Le Groupe de travail des États Membres a été constitué suite à la décision du Comité exécutif lors de sa 154^e session, qui a eu lieu du 16 au 20 juin 2014 ; et ses participants étaient les représentants techniques des pays qui faisaient partie du Comité exécutif en 2014 et des pays qui y ont participé en tant qu'observateurs.

équipes aient accès à l'information en santé et aux services de télésanté (y compris la télémédecine) ; et d'introduire de nouveaux profils professionnels et techniques et de renforcer ceux existant, en fonction du modèle de services de soins qui sera mis en œuvre afin d'atteindre l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle ;

- g) d'accroître l'efficacité et le financement public en santé, selon le cas, en tenant compte que dans la majorité des cas, des dépenses publiques en santé de l'ordre de 6 % du PIB sont un point de repère utile et que ces ressources devraient être affectées, selon le cas, sur une base prioritaire au premier niveau de soins pour élargir la prestation de services de qualité et répondre de manière accélérée aux besoins de santé non satisfaits ;
- h) de faire des progrès vers l'élimination du paiement direct, entendu comme les coûts à la charge des individus par les services de soins de santé qu'ils reçoivent, qui se transforme en obstacle à l'accès au moment de la prestation de services pour éviter l'appauvrissement et l'exposition à des dépenses catastrophiques ; le remplacement du paiement direct en tant que mécanisme de financement doit être planifié et mis en œuvre graduellement en le remplaçant par des mécanismes solidaires de mise en commun de fonds, qui tiennent compte, selon le contexte national, des diverses sources de financement telles que des contributions à la sécurité sociale, les impôts et les recettes fiscales, afin d'augmenter la protection financière, l'équité et l'efficacité du système de santé ;
- i) d'identifier et de mettre en œuvre une série d'actions destinées à améliorer l'efficacité du financement et de l'organisation du système de santé ;
- j) de mettre en œuvre des plans, des programmes et des projets pour faciliter l'autonomisation des personnes et des communautés par la formation et la participation active et l'accès à l'information par les membres de la communauté, pour qu'ils connaissent mieux leurs droits et leurs responsabilités, pour qu'ils puissent jouer un rôle actif en matière de formulation de politiques, lors de la mise en œuvre d'actions pour identifier et aborder les iniquités en santé et les déterminants sociaux de la santé et pour la promotion et la protection de la santé.

3. De demander à la Directrice :

- a) d'utiliser la stratégie pour faciliter le leadership des autorités sanitaires afin de promouvoir la mobilisation des ressources nationales pour appuyer la transformation ou le renforcement des systèmes de santé sur la voie de l'accès universel à la santé et de la couverture sanitaire universelle ;
- b) d'hierarchiser la coopération technique qui soutient les pays dans le développement de processus participatifs pour définir les cibles et les buts nationaux, ainsi que des plans d'action pour progresser sur la voie de l'accès universel à la santé et de la couverture sanitaire universelle ;
- c) de mesurer les progrès sur la voie de l'accès universel à la santé et de la couverture sanitaire universelle en utilisant les indicateurs identifiés dans le Plan stratégique de

- l'Organisation panaméricaine de la Santé 2014-2019 et d'informer sur les progrès par le biais des rapports d'évaluation biennaux sur l'exécution du Plan stratégique ;
- d) de développer des actions et des outils pour appuyer la mise en œuvre de la stratégie ;
 - e) de favoriser l'innovation dans la coopération technique concernant la transformation ou le renforcement des systèmes de santé sur la voie de l'accès universel à la santé et de la couverture sanitaire universelle, en mettant à jour les mécanismes du Bureau pour soutenir la coopération entre les pays, en établissant des réseaux d'experts et de gestion du savoir, en facilitant la documentation et la communication des expériences des pays et en utilisant les plateformes technologiques, d'une manière compatible avec les besoins des pays et les capacités actuelles, ainsi que les leçons apprises ;
 - f) de renforcer la coordination inter-organismes et les mécanismes de collaboration afin de réaliser des synergies et de l'efficacité dans la coopération technique, y compris au sein du système des Nations Unies, du système interaméricain et avec d'autres parties prenantes travaillant pour la couverture sanitaire universelle, en particulier avec les mécanismes d'intégration infrarégionale et les institutions financières internationales concernées.

(Huitième réunion, le 2 octobre 2014)

Décisions

Décision CD53(D1) : Constitution de la Commission de vérification des pouvoirs

Conformément à l'Article 31 du Règlement intérieur du Conseil directeur, le Conseil a nommé l'Argentine, Sainte-Lucie et Sint Maarten en tant que membres de la Commission de vérification des pouvoirs.

(Première séance, 29 septembre 2014)

Décision CD53(D2) : Élection du Bureau

Conformément à l'Article 16 du Règlement intérieur du Conseil directeur, le Conseil a élu la République dominicaine comme Président, la Barbade et le Costa Rica en tant que Vice-présidents et l'Uruguay en tant que Rapporteur du 53^e Conseil directeur.

(Première séance, 29 septembre 2014)

Décision CD53(D3) : Constitution de la Commission générale

Conformément à l'Article 32 du Règlement intérieur du Conseil directeur, le Conseil a nommé Cuba, les États-Unis d'Amérique et le Panama comme membres de la Commission générale.

(Première séance, 29 septembre 2014)

Décision CD53(D4) : Adoption de l'ordre du jour

Conformément à l'Article 10 du Règlement intérieur du Conseil directeur, le Conseil a adopté l'ordre du jour soumis par la Directrice (document CD53/1, Rév. 2).

(Première séance, 29 septembre 2014)

Décision CD53(D5) : Sélection d'un État Membre de la Région des Amériques habilité à désigner une personne au Conseil conjoint de coordination du Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales (TDR) de l'UNICEF/PNUD/Banque mondiale/OMS au terme du mandat du Pérou

Le Conseil directeur a sélectionné le Suriname en tant qu'État Membre de la Région des Amériques habilité à désigner une personne au Conseil conjoint de coordination du Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales (TDR) de l'UNICEF/PNUD/Banque mondiale/OMS pour un mandat de quatre ans à commencer du 1^{er} janvier 2015.

(Cinquième séance, 1^{er} octobre 2014)

Décision CD53(D6) : Stratégie en matière de législation sur la santé

Le Conseil directeur, après avoir examiné la proposition de stratégie en matière de législation sur la santé (document CD53/13) a décidé de : a) reconnaître l'importance accordée à la stratégie proposée et le soutien exprimé par la majorité des États Membres, b) établir un groupe de travail ouvert à tous les États Membres, avec l'Uruguay comme Président et El Salvador comme Vice-président et c) définir un calendrier de réunions, y compris deux réunions virtuelles, qui se tiendraient en novembre et décembre 2014, ainsi qu'une réunion présentielle de deux jours, qui se tiendrait en mars 2015, avant la neuvième session du Sous-comité du programme, du budget et de l'administration. Une ligne de conduite serait décidée sur la base des résultats de la réunion de mars 2015, et le Président du groupe de travail soumettrait alors cette question à l'examen de la 156^e session du Comité exécutif et de la 54^e session du Conseil directeur.

(Huitième séance, 2 octobre 2014)

EN FOI DE QUOI, le premier vice-président du 53^e Conseil directeur, délégué de la Barbade, et le Secrétaire de droit, Directrice du Bureau sanitaire panaméricain, signent le présent rapport final en anglais.

FAIT à Washington, D.C., États-Unis d'Amérique, ce troisième jour d'octobre de l'année deux mille quatorze. Le Secrétaire déposera le texte original dans les archives du Bureau sanitaire panaméricain. Le rapport final sera publié sur la page web de l'Organisation panaméricaine de la Santé une fois qu'il sera approuvé par le premier vice-président.

John David Edward Boyce
Premier vice-président du
53^e Conseil directeur
Délégué de la Barbade

Carissa F. Etienne
Secrétaire de droit du 53^e Conseil directeur
Directrice du Bureau sanitaire
panaméricain

ORDRE DE JOUR

1. OUVERTURE DE LA SESSION

2. QUESTIONS RELATIVES AU RÈGLEMENT

- 2.1 Constitution de la Commission de vérification des pouvoirs
- 2.2 Élection du Bureau
- 2.3 Constitution d'un groupe de travail pour étudier l'application de l'Article 6.B de la Constitution de l'OPS
- 2.4 Constitution de la Commission générale
- 2.5 Adoption de l'ordre du jour

3. QUESTIONS RELATIVES AU COMITÉ

- 3.1 Rapport annuel du Président du Comité exécutif
- 3.2 Rapport annuel du Directeur du Bureau sanitaire panaméricain
- 3.3 Élection de trois États Membres au Comité exécutif au terme des mandats du Brésil, du Chili et d'El Salvador

4. QUESTIONS RELATIVES À LA POLITIQUE DES PROGRAMMES

- 4.1 Rapport final sur le Plan stratégique de l'OPS 2008-2013 et évaluation en fin de période biennale du programme et budget 2012-2013
 - 4.2 Plan stratégique de l'Organisation panaméricaine de la Santé 2014-2019 (Amendé)
 - 4.3 Stratégie pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle
 - 4.4 Plan d'action pour l'accès universel à la sécurité transfusionnelle
 - 4.5 Plan d'action sur les incapacités et la réadaptation
-

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

- 4.6 Plan d'action sur la santé mentale
- 4.7 Plan d'action pour la prévention de l'obésité chez les enfants et les adolescents
- 4.8 Plan d'action sur la santé dans toutes les politiques
- 4.9 Plan d'action pour la prévention de la cécité et des déficiences visuelles
- 4.10 Plan d'action pour la coordination de l'assistance humanitaire
- 4.11 Stratégie en matière de législation sur la santé
- 4.12 Progrès vers une position régionale concernant le RSI
- 4.13 Collaboration de l'OMS avec les acteurs non étatiques (consultation régionale)
- 4.14 Programme de développement durable pour l'après-2015 (table ronde)
- 4.15 Fonds renouvelable de l'OPS pour l'achat de vaccins : défis et opportunités

5. QUESTIONS ADMINISTRATIVES ET FINANCIÈRES

- 5.1 Rapport sur le recouvrement des contributions fixées
- 5.2 Rapport financier du Directeur et rapport du Commissaire aux comptes externe pour 2013
- 5.3 État et niveau autorisé du Fonds de roulement
- 5.4 État d'avancement du projet pour la modernisation du système de gestion de l'information du Bureau sanitaire panaméricain

6. SÉLECTION D'ÉTATS MEMBRES POUR FAIRE PARTIE DES CONSEILS OU COMITES

- 6.1 Sélection d'un État Membre de la Région des Amériques habilité à désigner une personne au Conseil conjoint de coordination du Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales (TDR) de l'UNICEF/PNUD/Banque mondiale/OMS
- 6.2 Sélection d'un État Membre de la Région des Amériques habilité à désigner une personne au Conseil conjoint de coordination du Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales (TDR) de l'UNICEF/PNUD/Banque mondiale/OMS

7. PRIX

- 7.1 Prix de l'OPS pour l'administration (2014)

8. QUESTIONS POUR INFORMATION

- 8.1 Mise à jour sur la Réforme de l'OMS
- 8.2 Avant-projet du budget programme de l'OMS 2016-2017
- 8.3 Allocation stratégique de l'espace budgétaire de l'OMS
- 8.4 Rapport sur la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur les progrès accomplis dans la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles
- 8.5 Systématisation des mandats de l'OPS
- 8.6 Rapports d'avancement sur les questions techniques
 - A. Stratégie et Plan d'action sur le changement climatique
 - B. Plan d'action pour maintenir l'élimination de la rougeole, de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale dans la Région des Amériques
 - C. Plan d'action pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et les cas graves de morbidité maternelle
 - D. Status des objectifs du Millénaire pour le développement

8. QUESTIONS POUR INFORMATION *suite*

8.6 Rapports d'avancement sur les questions techniques (*suite*)

- E. Élimination des maladies négligées et autres infections liées à la pauvreté
- F. Plan d'action sur la sécurité des hôpitaux
- G. Situation des Centres panaméricains

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

- A. Soixante- septième Assemblée mondiale de la Santé
- B. Quarante- quatrième session ordinaire de l'Assemblée générale de l'Organisation des États Américains
- C. Organisations sous-régionales

9. AUTRES AFFAIRES

10. CLÔTURE DE LA SESSION

LISTE DES DOCUMENTS

Document officiel

- Document officiel 345 et Add. I* Plan stratégique de l'Organisation panaméricaine de la Santé 2014-2019 (Amendé)
- Document officiel 347* Rapport financier du Directeur et rapport du Commissaire aux comptes externe pour 2013
- Document officiel 348* Rapport final sur le Plan stratégique de l'OPS 2008-2013 et évaluation en fin de période biennale du programme et budget 2012-2013

Documents de travail

- CD53/1, Rév. 2 Ordre du jour
- CD53/WP, Rév. 1 Programme des réunions
- CD53/2 Rapport annuel du Président du Comité exécutif
- CD53/3, Rév. 1 Rapport annuel du Directeur du Bureau sanitaire panaméricain
- CD53/4 Élection de trois États Membres au Comité exécutif au terme des mandats du Brésil, du Chili et d'El Salvador
- CD53/5, Rév. 2 Stratégie pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle
- CD53/6 Plan d'action pour l'accès universel à la sécurité transfusionnelle
- CD53/7, Rév. 1 Plan d'action pour la prévention de l'obésité chez les enfants et les adolescents
- CD53/8, Rév 1 Plan d'action sur la santé mentale
- CD53/9, Rév 2 Plan d'action pour la prévention de l'obésité chez les enfants et les adolescents
- CD53/10, Rév 1 Plan d'action sur la santé dans toutes les politiques
-

CD53/11	Plan d'action pour la prévention de la cécité et des déficiences visuelles
CD53/12	Plan d'action pour la coordination de l'assistance humanitaire
CD53/13	Stratégie en matière de législation sur la santé
CD53/14	Progrès vers une position régionale concernant le RSI
CD53/15	Progrès vers une position régionale concernant le RSI
CD53/16, et Add I et Add II	Programme de développement durable pour l'après-2015 (table ronde)
CD53/23	Fonds renouvelable de l'OPS pour l'achat de vaccins : défis et opportunités
CD53/17, et Add. I	Rapport sur le recouvrement des contributions fixées
CD53/18	État et niveau autorisé du Fonds de roulement
CD53/19	État d'avancement du projet pour la modernisation du système de gestion de l'information du Bureau sanitaire panaméricain
CD53/20	Sélection d'un État Membre de la Région des Amériques habilité à désigner une personne au Conseil conjoint de coordination du Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales (TDR) de l'UNICEF/PNUD/Banque mondiale/OMS
CD53/21	Élection de deux membres pour faire partie du Comité consultatif du centre d'information sur les sciences de la santé pour l'Amérique latine et les Caraïbes (BIREME)
CD53/22	Prix de l'OPS pour l'administration (2014)

Documents de information

CD53/INF/1	Mise à jour sur la Réforme de l'OMS
CD53/INF/2	Avant-projet du budget programme de l'OMS 2016-2017

CD53/INF/3	Allocation stratégique de l'espace budgétaire de l'OMS
CD53/INF/4, Rév 1	Rapport sur la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur les progrès accomplis dans la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles
CD53/INF/5	Systématisation des mandats de l'OPS
CD53/INF/6	Rapports d'avancement sur les questions techniques : <ul style="list-style-type: none">A. Stratégie et Plan d'action sur le changement climatiqueB. Plan d'action pour maintenir l'élimination de la rougeole, de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale dans la Région des AmériquesC. Plan d'action pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et les cas graves de morbidité maternelleD. Plan d'action pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et les cas graves de morbidité maternelleE. Élimination des maladies négligées et autres infections liées à la pauvretéF. Plan d'action sur la sécurité des hôpitauxG. Situation des Centres panaméricains
CD53/INF/5	Résolutions et autres actions d'organisations intergouvernementales revêtant un intérêt pour l'OPS : <ul style="list-style-type: none">A. Soixante-septième Assemblée mondiale de la SantéB. Quarante-quatrième session ordinaire de l'Assemblée générale de l'Organisation des États AméricainsC. Organisations sous-régionales

OFFICERS / MESA DIRECTIVA

President / Presidente:	Dr. Lorenzo Wilfredo Hidalgo (Dominican Republic)
Vice-President / Vicepresidente:	Hon. John David Edward Boyce (Barbados)
Vice-President / Vicepresidente:	Dra. María Elena López (Costa Rica)
Rapporteur / Relator:	Dra. Susana Muñiz (Uruguay)

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS

ANTIGUA AND BARBUDA/ANTIGUA Y BARBUDA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. Molwyn Morgorson Joseph
Minister of Health and the Environment
Ministry of Health and the Environment
St. John's

Delegate – Delegado

Dr. Rhonda Sealey-Thomas
Chief Medical Officer
Ministry of Health, Social Transformation
and Consumer Affairs
St. John's

ARGENTINA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

Dra. Andrea Carbone
Jefa de Gabinete del Secretario de
Determinantes de la Salud y Relaciones
Sanitarias
Ministerio de Salud
Buenos Aires

ARGENTINA (cont.)

Delegates – Delegados (cont.)

Dr. Pedro Kremer
Asesor del Ministerio de Salud de la Nación
Ministerio de Salud
Buenos Aires

Alternates – Alternos

Dr. Luis Ignacio Eizaguirre
Asesor del Ministerio de Salud de la Nación
Ministerio de Salud
Buenos Aires

Srta. Andrea Candelaria de la Puente
Asistente Privada
Ministerio de Salud
Buenos Aires

Lic. Mariel Rios Ancalle
Analista de la Dirección de
Relaciones Internacionales
Ministerio de Salud
Buenos Aires

Sr. Carlos López Sanabria
Segundo Secretario, Representante Alterno
de Argentina ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

BAHAMAS

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. Dr. Perry Gomez
Minister of Health
Ministry of Health and Social Development
Nassau

Delegates – Delegados

Dr. Glen Beneby
Medical Advisor
Ministry of Health and Social Development
Nassau

Dr. Marceline Dahl-Regis
Former Chief Medical Officer
Ministry of Health and Social Development
Nassau

BARBADOS

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. John David Edward Boyce
Minister of Health
Ministry of Health
St. Michael

Delegates – Delegados

H.E. John Beale
Ambassador, Permanent Representative
of Barbados to the Organization of
American States
Washington, D.C.

Mr. Tennyson Springer
Permanent Secretary [Ag.]
Ministry of Health
St. Michael

Alternates – Alternos

Dr. Kenneth S. George
Acting Chief Medical Officer
Ministry of Health
St. Michael

BARBADOS (cont.)

Alternates – Alternos (cont.)

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

Ms. Nicole Parris
First Secretary
Permanent Mission of Barbados to the
Organization of American States
Washington, D.C.

BELIZE/BELICE

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. Pablo Saul Marin
Minister of Health
Ministry of Health
Belmopan City

Delegates – Delegados

Dr. Peter Allen
Chief Executive Officer
Ministry of Health
Belmopan City

Ms. Ardelle Sabido
Minister-Counsellor
Permanent Mission of Belize to the
Organization of American States
Washington, D.C.

Alternates – Alternos

Ms. Kendall Belisle
First Secretary, Alternate Representative
of Belize to the Organization of
American States
Washington, D.C.

Ms. Lauren Quiros
Second Secretary, Alternate Representative
of Belize to the Organization of
American States
Washington, D.C.

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

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

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Excmo. Sr. Diego Pary
Embajador, Representante Permanente de
Bolivia ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

Delegate – Delegado

Sr. Jaime Mauricio Quiroga Carvajal
Primer Secretario, Representante
Alterno de Bolivia ante la Organización de
los Estados Americanos
Washington, D.C.

BRAZIL/BRASIL

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Júnior
Secretário de Vigilância em Saúde
Ministério da Saúde
Brasília

Delegates – Delegados

Mr. Breno Dias da Costa
Representante Interino
Missão Permanente do Brasil junto à
Organização dos Estados Americanos
Washington, D.C.

Sr. Alberto Kleimam
Assessor Especial do Ministro da Saúde
para Assuntos Internacionais
Ministério da Saúde
Brasília

Alternates – Alternos

Sra. Lumela Almeida Castro Furtado
Assessora Especial do Ministro da Saúde
Ministério da Saúde
Brasília

BRAZIL/BRASIL (cont.)

Alternates – Alternos (cont.)

Sra. Juliana Vieira Borges Vallini
Chefe, Adjunta de Assessoria de Assuntos
Internacionais de Saúde
Ministério da Saúde
Brasília

Sra. Maria do Socorro de Souza
Presidente do Conselho Nacional de Saúde
Ministério da Saúde
Brasília

Sr. Erwin Epiphanyo
Segundo Secretário
Missão Permanente do Brasil junto à
Organização dos Estados Americanos
Washington, D.C.

Sra. Indiara Meira Gonçalves
Chefe da Divisão de Análise Técnica
Assessoria de Assuntos Internacionais
de Saúde
Ministério da Saúde
Brasília

Sra. Luísa Paulo Mendes Dias
Analista Técnico de Políticas Sociais
Secretaria de Vigilância em Saúde
Ministério da Saúde
Brasília

Dr. Antonio Carlos Figueiredo Nardi
Presidente do Conselho Nacional de
Secretários Municipais de Saúde
Ministério da Saúde
Brasília

CANADA/CANADÁ

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

CANADA/CANADÁ (cont.)

Delegates – Delegados

Ms. Natalie St. Lawrence
Director
Multilateral Relations Division
Office of International Affairs for the
Health Portfolio
Health Canada, Ottawa

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

Alternates – Alternos

Ms. Kimberly Elmslie
Assistant Deputy Minister
Health Promotion and Chronic Disease
Prevention Branch
Public Health Agency of Canada
Ottawa

Mr. Rodney Ghali
Acting Director General
Chronic Disease Prevention
Public Health Agency of Canada
Ottawa

Dr. Rachel Rodin
Scientific Director and Senior
Medical Advisor
Public Health Agency of Canada
Ottawa

Mr. Chad Hartnell
Acting Senior Director
Partnerships and Strategic Division
Centre for Chronic Disease Prevention
Public Health Agency of Canada
Ottawa

CANADA/CANADÁ (cont.)

Alternates – Alternos (cont.)

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

Ms. Charlotte McDowell
Senior Development Officer
Permanent Mission of Canada to the
Organization of American States
Washington, D.C.

Dr. Andre Dontigny
Directeur, Direction du développement des
Individus et de l'environnement social à la
Direction générale de la santé publique
Ministère de la Santé et des Services
Sociaux du Québec
Quebec

CHILE

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dra. Jeannette Vega
Directora del Fondo Nacional de Salud
Ministerio de Salud
Santiago

Delegates – Delegados

Excmo. Sr. Juan Pablo Lira Bianchi
Embajador, Representante Permanente
de Chile ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

Dra. Angélica Verdugo
Subsecretaria de Redes Asistenciales
Ministerio de Salud
Santiago

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

CHILE (cont.)

Alternates – Alternos (cont.)

Dra. Matilde Maddaleno
Jefa, Oficina de Cooperación y Asuntos
Internacionales
Ministerio de Salud
Santiago

Dr. Aníbal Hurtado
Jefe de Gabinete
Ministerio de Salud
Santiago

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

COLOMBIA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Sra. Marta Lucía Ospina
Directora de Epidemiología y Demografía
Ministerio de Salud y Protección Social
Bogotá

Delegates – Delegados

Sr. Jaime Matute
Coordinador Grupo Cooperación y
Relaciones Internacionales
Ministerio de Salud y Protección Social
Bogotá

Sra. Adriana Maldonado Ruíz
Consejera, Representante Alterna de
Colombia ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

COSTA RICA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dra. María Elena López
Ministra de Salud
Ministerio de Salud
San José

Delegates – Delegados

Dr. Fernando Llorca Castro
Viceministro de Salud
Ministerio de Salud
San José

Dr. Norbel Roman Garita
Presidente de la Asociación Alzheimer y
Otras Demencias afines de Costa Rica
Ministerio de Salud
San José

Alternate – Alternos

Sr. Joshua Céspedes Víquez
Consejero, Representante Alterno de
Costa Rica ante la Organización de
los Estados Americanos
Washington, D.C.

CUBA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. José Ángel Portal Miranda
Vice Ministro Primero de Salud Pública
Ministerio de Salud Pública
La Habana

Delegates – Delegados

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

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

CUBA (cont.)

Delegates – Delegados (cont.)

Sr. Luis Javier Baro Baez
Primer Secretario
Misión Permanente de Cuba
ante las Naciones Unidas
Nueva York

Alternate – Alterno

Sr. Jesús Perz
Primer Secretario
Sección de Intereses de Cuba
Washington, D.C.

DOMINICA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. Julius C. Timothy
Minister of Health
Ministry of Health
Roseau

Delegate – Delegado

Dr. David Johnson
Acting Chief Medical Officer
Ministry of Health
Roseau

**DOMINICAN REPUBLIC/REPÚBLICA
DOMINICANA**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Lorenzo Wilfredo Hidalgo
Ministro de Salud Pública y Asistencia Social
Ministerio de Salud Pública
Santo Domingo

Delegates – Delegados

Excmo. Sr. Pedro Verges
Embajador, Representante Permanente
de la República Dominicana ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

**DOMINICAN REPUBLIC/REPÚBLICA
DOMINICANA** (cont.)

Delegates – Delegados (cont.)

Dr. Rafael Montero
Director de Desarrollo Estratégico e
Institucional
Ministerio de Salud Pública
Santo Domingo

Alternates – Alternos

Sr. Valentín Del Orbe
Ministro Consejero, Representante Alterno
de la República Dominicana ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Sra. Erika Alvarez Rodríguez
Consejera, Representante Alternas
de la República Dominicana ante la
Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

Sra. Clara Santana
Primera Secretaria, Representante Alternas
de la República Dominicana ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

ECUADOR

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Magister Carina Vance Mafla
Ministra de Salud Pública
Ministerio de Salud Pública
Quito

Delegates – Delegados

Excmo. Marco Vinicio Albuja Martinez
Embajador, Representante Alterno del
Ecuador ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

ECUADOR (cont.)

Delegates – Delegados (cont.)

Dr. Francisco Vallejo Flores
Subsecretario Nacional de Vigilancia de la
Salud Pública
Ministerio de Salud Pública
Quito

Alternates – Alternos

Magister Carlos André Emanuele
Director Nacional de Cooperación y
Relaciones Internacionales
Ministerio de Salud Pública
Quito

Lic. Cristina Luna
Coordinadora de Cooperación Multilateral
Dirección de Cooperación y Relaciones
Internacionales
Ministerio de Salud Pública
Quito

Sr. Miguel Loayza
Segundo Secretario, Representante Alterno
del Ecuador ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

EL SALVADOR

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Eduardo Espinoza
Viceministro de Políticas Sectoriales
de Salud
Ministerio de Salud
San Salvador

Delegate – Delegado

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

GRENADA/GRANADA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. Dr. Clarice Modeste-Curwen
Minister of Health and Social Security
Ministry of Health and Social Security
St. George's

GUATEMALA

Excmo. Sr. Jose María Argueta
Embajador, Representante Permanente
de Guatemala ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

Delegate – Delegado

Sr. Luis Fernando Carranza Cifuentes
Ministro Consejero, Representante Alterno
de Guatemala ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

GUYANA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. Dr. Bheri Ramsaran
Minister of Health
Ministry of Health
Georgetown

HAITI/HAÏTÍ

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr Georges Dubuche
Directeur général
Ministère de la Santé publique
et de la Population
Port-au-Prince, Haïti

Delegates – Delegados

H.E. Bocchit Edmond
Ambassador, Permanent Representative of
Haiti to the Organization of American
States
Washington, D.C.

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

HAITI/HAITÍ (cont.)

Delegates – Delegados (cont.)

Mr. Leon Charles
Minister Counselor, Alternate
Representative of Haiti to the Organization
of American States
Washington, D.C.

Alternate – Alterno

Mr. Pierre Michel Bonnet
Counselor, Alternate Representative of Haiti
to the Organization of American States
Washington, D.C.

HONDURAS

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dra. Edna Yolani Batres
Secretaria de Estado en el Despacho
de Salud
Secretaría de Salud
Tegucigalpa

Delegates – Delegados

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

Dra. Gladys Hermelinda Paz Díaz
Directora General de Vigilancia del
Marco Normativo
Secretaría de Salud
Tegucigalpa

Alternate – Alterno

Sr. Luis Cordero
Ministro Consejero, Representante Alterno
de Honduras ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

JAMAICA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Kevin Harvey
Acting Permanent Secretary
Ministry of Health
Kingston

Delegates – Delegados

H.E. Stephen Vasciannie
Ambassador, Permanent Representative of
Jamaica to the Organization of
American States
Washington, D.C.

Dr. Marion Bullock DuCasse
Acting Chief Medical Officer
Ministry of Health
Kingston

Alternates – Alternos

Ms. Ava-Gay Timberlake
Director, International Cooperation in Health
Ministry of Health
Kingston

Dr. Everton W. Anderson
Chief Executive Officer
Ministry of Health
Kingston

Mr. Kirk Bolton
President
Jamaica Association of Professionals in
Nutrition and Dietetics
Kingston

Mrs. Julia Elizabeth Hyatt
Minister, Permanent Representative of
Jamaica to the Organization of American
States
Washington, D.C.

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

MEXICO/MÉXICO

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dra. Mercedes Juan López
Secretaria de Salud
Secretaría de Salud
México, D.F.

Delegates – Delegados

Dr. Pablo Kuri Morales
Subsecretario de Prevención y Promoción
de la Salud
Secretaría de Salud
México, D.F.

Excmo. Sr. Emilio Rabasa G.
Embajador, Representante Permanente
de México ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

Alternates – Alternos

Dr. Miguel Ángel Lutzow Steiner
Coordinador de Asesores
Subsecretaría de Prevención y Promoción
de la Salud
Secretaría de Salud
México, D.F.

Dr. Eduardo Jaramillo Navarrete
Director General de Promoción de la Salud
Secretaría de Salud
México, D.F.

Dr. Carlos Sandoval
Director General de Comunicación Social
Secretaría de Salud
México, D.F.

Mtro. Juan Carlos Valle Pereña
Director Ejecutivo de la Agencia Mexicana
de Cooperación Internacional para el
Desarrollo
Secretaría de Relaciones Exteriores
México, D.F.

MEXICO/MÉXICO (cont.)

Alternates – Alternos (cont.)

Lic. Hilda Dávila Chávez
Directora General de Relaciones
Internacionales y Encargada de la Unidad
de Vinculación y Participación Social
Secretaría de Salud
México, D.F.

Lic. Huitzilihuitl Heberto Herrada Pineda
Director General Adjunto de Desarrollo
Social-Humano y Sustentable
Secretaría de Salud
México, D.F.

Lic. Helena Arrington Aviña
Directora General Adjunta de Discurso y
Asuntos Internacionales
Secretaría de Salud
México, D.F.

Mtra. Cristina Margarita Narváez Medécigo
Asesora de la Subsecretaría de Prevención y
Promoción de la Salud
Secretaría de Salud
México, D.F.

Dr. Miguel Ángel Lezana
Director General de Difusión e Investigación
Secretaría de Salud
México, D.F.

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

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

Lic. Anakaren Lombera Rico
Subdirectora de Proyectos Especiales
Secretaría de Salud
México, D.F.

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

MEXICO/MÉXICO (cont.)

Alternates – Alternos (cont.)

Sra. Alejandra Sales Frettlöhr
Jefa de Departamento de Desarrollo Social
Secretaría de Relaciones Exteriores
México, D.F.

Dr. Luis Carlos Herrera-Moro
Oficina de la Secretaría de Salud
México, D.F.

My. Eric Omar Salinas Flores
Oficina de la Secretaría de Salud
Secretaría de Salud
México, D.F.

Lic. Efrén Herrera Salas
Secretario Auxiliar
Dirección General de Comunicación Social
México, D.F.

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

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

Lic. Héctor Arturo Barrio González
Ministro, Representante Alternativo de
México ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

Sra. Paola Riveros Moreno de Tagle
Segunda Secretaria, Representante Alternativa
de México ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

MEXICO/MÉXICO (cont.)

Alternates – Alternos (cont.)

Lic. Daniel Cámara Ávalos
Tercer Secretario, Representante Alternativo
de México ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

NICARAGUA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Enrique Beteta Acevedo
Secretario General
Ministerio de Salud
Managua, Nicaragua

Delegate – Delegado

Lic. Julieta Blandón
Primera Secretaria, Representante Alternativa
de Nicaragua ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

PANAMA/PANAMÁ

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Luis Vega
Secretario General de Salud
Ministerio de Salud
Ciudad de Panamá

Delegate – Delegado

Lic. Natasha Dormoi
Directora de Asuntos Internacionales y
Cooperación Técnica
Ministerio de Salud
Ciudad de Panamá

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

PARAGUAY

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Antonio C. Barrios Fernández
Ministro de Salud Pública y
Bienestar Social
Ministerio de Salud Pública y
Bienestar Social
Asunción

Delegates – Delegados

Lic. Rocío Soledad Florentín Gómez
Ministra-Secretaria Ejecutiva de la Secretaría
Nacional por los Derechos Humanos de las
Personas con Discapacidad
Ministerio de Salud Pública y
Bienestar Social
Asunción

Excma. Sra. Elisa Ruíz Díaz Bareiro
Embajadora, Representante Permanente de
Paraguay ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

Alternates – Alternos

Dr. Wesley Eugene Schmidt
Director General de Atención Primaria de
la Salud
Ministerio de Salud Pública y
Bienestar Social
Asunción

Sra. Bioq. Patricia Giménez León
Directora general de Planificación y
Evaluación
Ministerio de Salud Pública y
Bienestar Social
Asunción

Ministra Inés Martínez Valinotti
Representante Alterna del Paraguay ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

PARAGUAY (cont.)

Alternates – Alternos (cont.)

Sr. Oscar Augusto Luiz Divaldo Baez
Primer Secretario
Misión Permanente del Paraguay ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Sr. Luís Carlos Garcia Escobar
Segundo Secretario
Misión Permanente del Paraguay ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

PERU/PERÚ

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Aníbal Velásquez Valdivia
Viceministro de Salud Pública
Ministerio de Salud
Lima

Delegates – Delegados

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

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

SAINT LUCIA/SANTA LUCÍA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. Alvina Reynolds
Minister of Health, Wellness, Human
Services, and Gender Relations
Ministry of Health, Wellness, Human
Services, and Gender Relations
Waterfront, Castries

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

SAINT LUCIA/SANTA LUCÍA (cont.)

Delegate – Delegado

Dr. Merlene Fredericks
Chief Medical Officer
Ministry of Health, Wellness, Human
Services, and Gender Relations
Waterfront, Castries

**SAINT KITTS AND NEVIS/SAINT KITTS
Y NEVIS**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Patrick Martin
Chief Medical Officer
Health and Social Services
Basseterre

**SAINT VINCENT AND THE GRENADINES/
SAN VICENTE Y LAS GRANADINAS**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. Clifton Clayton Burgin
Minister of Health
Ministry of Health and the Environment
Kingstown

SURINAME

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Mrs. Sachi Antrieka Soekhoe-Ramlal
First Secretary, Alternate Representative
of Suriname to the Organization of
American States
Washington, D.C.

**TRINIDAD AND TOBAGO/TRINIDAD Y
TABAGO**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Fuad Khan
Minister of Health
Ministry of Health
Port-of-Spain

**TRINIDAD AND TOBAGO/TRINIDAD Y
TABAGO (cont.)**

Delegates – Delegados

Dr. Colin B. Furlonge
Ag. Chief Medical Officer
Ministry of Health
Port-of-Spain

Ms. Lydia Jacobs
Deputy Permanent Secretary
Ministry of Health
Port-of-Spain

Alternates – Alternos

Mr. Hamid O'Brien
Advisor to the Minister of Health
Ministry of Health
Port-of-Spain

Mr. Lawrence Jaisingh
Director
Health Policy, Research and Planning
Ministry of Health
Port-of-Spain

Mr. David Constant
Director, International Cooperation Desk
Ministry of Health
Port-of-Spain

Mr. Oscar Ocho
Chief Nursing Officer
Ministry of Health
Port-of-Spain

Dr. Clive Tilluckdharry
Principal Medical Officer
Ministry of Health
Port-of-Spain

Dr. Sandra Reid
Ministry of Health
Port-of-Spain

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

UNITED STATES OF AMERICA/ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

The Honorable Sylvia Mathews Burwell
Secretary of Health and Human Services
Department of Health and Human
Services
Washington, D.C.

Delegates – Delegados

Ms. Ann Blackwood
Senior Health Advisor
Office of Economic and Development Affairs
Bureau of International Organization Affairs
Department of State
Washington, D.C.

Dr. Nerissa Cook
Deputy Assistant Secretary of State
Bureau of International Organization Affairs
Department of State
Washington, D.C.

Alternates – Alternos

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

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

Mr. Colin McIlff
Health Attaché
Office of Global Affairs
Department of Health and Human Services
United States Mission
Geneva

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

Alternates – Alternos (cont.)

Ms. Cristina Rabadan-Diehl
Director
Office of the Americas
Office of Global Affairs
Department of Health and Human Services
Washington, D.C.

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

Mr. Mitch Wolfe
Deputy Assistant Secretary
Office of Global Affairs
Department of Health and Human Services
Washington, D.C.

Ms. Julianna Bentes
Attorney-Advisor
Office of the Legal Advisor
Department of State
Washington, D.C.

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

Mr. Charles Darr, Lieutenant
United States Public Health Service
International Health Analyst
Office of Global Affairs
Department of Health and Human Services
Washington, D.C.

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS *(cont.)*

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

Alternates – Alternos *(cont.)*

Mr. José Fernández
Deputy Director
Division of International Health Security
Office of the Assistant Secretary for
Preparedness and Response
Department of Health and Human
Services
Washington, D.C.

Ms. Estefania Konarek
Junior Management Analyst
Office of Global Affairs
Department of Health and Human Services
Washington, D.C.

Ms. Gabrielle Lamourelle
Senior International Health Analyst, Policy
Office of Global Health Affairs
Department of Health and Human
Services
Washington, D.C.

Ms. Maya Levine
International Health Analyst
Office of the Americas
Office of Global Affairs
Department of Health and Human Services
Washington, D.C.

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

Mr. Jay McAuliffe
Senior Medical Officer
Center for Global Health
Centers for Disease Control and Prevention
Department of Health and Human Services
Atlanta, Georgia

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

Alternates – Alternos *(cont.)*

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

Mr. Stephen O'Dowd
Office Director
Office of Economic and Development Affairs
Bureau of International Organization Affairs
Department of State
Washington, D.C.

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

Ms. Andrea Strano
International Relations Officer
Office of Human Security
Bureau of International Organization Affairs
Department of State
Washington, D.C.

Mr. Cody Thornton
International Health Regulations
Program Manager
Office of the Assistant Secretary for
Preparedness & Response
Department of Health and Human Services
Washington, D.C.

Ms. Amanda Wall
Attorney-Advisor
Office of the Legal Advisor
Department of State
Washington, D.C.

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

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

Alternates – Alternos (cont.)

Mr. Cody Thornton
International Health Regulations
Program Manager
Office of the Assistant Secretary for
Preparedness and Response
Department of Health and Human Services
Washington, D.C.

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

VENEZUELA (BOLIVARIAN REPUBLIC OF/ REPÚBLICA BOLIVARIANA DE)

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Excma. Sra. Carmen Velásquez de Visbal
Embajadora, Representante Alterna de la
República Bolivariana de Venezuela ante
la Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

Delegates – Delegados

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

Sr. Cristian Romo
Personal de apoyo
Misión Permanente de la República
Bolivariana de Venezuela ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

URUGUAY

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Sra. Dra. Susana Muñiz
Ministra de Salud Pública
Ministerio de Salud Pública
Montevideo

Delegates – Delegados

Excmo. Sr. Hugo Cayrús
Embajador Designado, Representante
Permanente del Uruguay ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Sr. Néstor Alejandro Rosa Navarro
Representante Alterno del Uruguay ante la
Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

Alternates – Alternos

Sr. Andrés Coitiño
Director de Asesoría de Relaciones
Internacionales y Cooperación
Ministerio de Salud Pública
Montevideo

Sr. José Luis Varela
Director de Comunicaciones
Ministerio de Salud Pública
Montevideo

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

PARTICIPATING STATES/ESTADOS PARTICIPANTES

FRANCE/FRANCIA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

M. Jean-Claude Nolla
Ambassadeur, Observateur permanent
de la France près l'Organisation des
États Américains
Washington, D.C.

Delegate – Delegado

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

NETHERLANDS/PAÍSES BAJOS

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Regine Aalders
Counselor for Health, Welfare and Sports
Ministry of Health, Welfare and Sport
The Hague

UNITED KINGDOM/REINO UNIDO

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Mr. Nick Tomlinson
Head of International Branch
Public Health Directorate
Department of Health
London

UNITED KINGDOM/REINO UNIDO

Delegates – Delegados

Hon. Porsha Stubbs-Smith
Minister of Health and Human Services
Ministry of Health and Human Services
Grand Turk, Turks and Caicos Islands

Mrs. Desiree Lewis
Permanent Secretary
Ministry of Health and Human Services
Grand Turk, Turks and Caicos Islands

Alternates – Alternos

Ms. Jackurlyn Sutton
Chief Medical Officer
Ministry of Health and Human Services
Grand Turk, Turks and Caicos Islands

Ms. Marcia Hall
Administrative Officer
Ministry of Health and Human Services
Grand Turk, Turks and Caicos Islands

ASSOCIATE MEMBERS/MIEMBROS ASOCIADOS

ARUBA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Carlos Alex Schwengle
Minister of Public Health
Ministry of Public Health
Oranjestad, Aruba

ARUBA (cont.)

Delegates – Delegados

Mr. Anko Rudolf Orlo Ringeling
National Health Insurance Aruba
Ministry of Health and Sport
Oranjestad, Aruba

ASSOCIATE MEMBERS/MIEMBROS ASOCIADOS (cont.)

ARUBA (cont.)

Delegates – Delegados (cont.)

Mr. Rendolf Lee
Minister Plenipotentiary for Aruba
Embassy of the Kingdom of the Netherlands
Washington, D.C.

CURAÇAO

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. Bernard Whiteman
Minister of Health, Environment and Nature
Ministry of Health, Environment and Nature
Punda

Delegates – Delegados

Mr. Stanley R. Martina
Ministry of Health, Environment and Nature
Punda

Ms. Beulah Mercera
MSc in Health Science
Ministry of Health, Environment and Nature
Punda

Alternates – Alternos

Mrs. Vanessa Eliza
Latin Legum Magister
Ministry of Health, Environment and Nature
Punda

Mr. Xavier Prens
Minister Plenipotentiary for Curaçao
Embassy of the Kingdom of the Netherlands
Washington, DC

PUERTO RICO

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

SINT MAARTEN/SAN MARTÍN

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

Mr. Eunicio Shurman
Legal Advisor to the Minister
Ministry of Social Development, Health
and Labour
Philipsburg

Mrs. Virginia Sheila Asin Oostburg
Head of the Collective Prevention Services
Ministry of Social Development, Health
and Labour
Philipsburg

OBSERVER STATES/ESTADOS OBSERVADORES

SPAIN/ESPAÑA

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

SPAIN/ESPAÑA (cont.)

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

OBSERVER STATES/ESTADOS OBSERVADORES (cont.)

SPAIN/ESPAÑA (cont.)

Sr. D. David Ndogmo Merino
Becario
Misión Observadora Permanente de España
ante la Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

**REPRESENTATIVES OF THE EXECUTIVE COMMITTEE/
REPRESENTANTES DEL COMITÉ EJECUTIVO**

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Júnior
Secretário de Vigilância em Saúde
Ministério da Saúde
Brasília

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

**AWARD WINNERS/
GANADORES DE LOS PREMIOS**

**PAHO Award for Administration 2014/
Premio OPS en Administración 2014**

Dr. Miguel Ángel Lezana Fernández
México

**Abraham Horwitz Award for Leadership
in Inter-American Health, 2014/Premio
Abraham Horwitz al Liderazgo en la Salud
Interamericana, 2014**

Dr. Javier Torres-Goitia
Bolivia

**Manuel Velasco Suárez Award for
Excellence in Bioethics/
Premio Manuel Velasco Suárez a la
excelencia en la bioética**

Dr. Ignacio Mastroleo
Argentina

**Pedro N. Acha Award for Excellence
in Veterinary Public Health/Premio
Pedro N. Acha a la excelencia en la salud
pública veterinaria**

Dr. Virginia Micaela de la Puente León
Perú

**Clarence H. Moore Award Excellence for
Voluntary Service/
Premio Clarence H. Moore a la excelencia
en el servicio voluntario**

Sister Lorraine Lauter "Water with Blessings"
United States of America

**Sérgio Arouca Award for Excellence
in Universal Health Care/Premio
Sérgio Arouca a la excelencia en la atención
sanitaria Universal**

Dr. Javier Torres-Goitia
Bolivia

**AWARD WINNERS/
GANADORES DE LOS PREMIOS (cont.)**

**Fred L. Soper Award for Excellence
in Public Health Literature/Premio
Fred L. Soper a la excelencia en la
bibliografía de salud pública**

Dr. Manuel Rodríguez Pérez
México

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

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

Sra. Inés Bustillo
Sr. Rex García

**International Atomic Energy Agency/
Organismo Internacional de Energía
Atómica**

Mr. Luis Longoria Gandara

**UNAIDS, Joint United Nations Programme
on HIV/AIDS/ONUSIDA, Programa Conjunto
de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida**

Dr. Edward Greene

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

Ms. Virginia Camacho

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

**Caribbean Community/
Comunidad del Caribe**

Amb. Irwin LaRocque
Dr. Douglas Slater
Ms. Glenda Itiaba
Dr. Rudolph Cummings
Mr. Dereck Springer

GAVI Alliance/Alianza GAVI

Sr. Homero Hernández

**Hipólito Unanue Agreement/
Convenio Hipólito Unanue**

Dra. Caroline Chang Campos
Dr. Ricardo Cañizares

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

Sr. Ferdinando Regalia

**Independent Expert Review Group (iERG)
on Information and Accountability for
Women's and Children's Health/Grupo de
Examen de Expertos independientes en
rendición de cuentas sobre la salud de la
mujer y el niño**

Dr. Carmen Barroso

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

Sr. Alfredo Valerio

**REPRESENTATIVES OF INTERGOVERNMENTAL ORGANIZATIONS/
REPRESENTANTES DE ORGANIZACIONES INTERGUBERNAMENTALES (cont.)**

**Organization of American States/
Organización de los Estados Americanos**

Mr. José Miguel Insulza
Ambassador Paul Simons
Mrs. Angela Crowdy

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

**American College of Healthcare Executives/
Colegio Americano de Ejecutivos del
Cuidado de la Salud**

Ms. Cynthia Hahn

**American Speech-Language-Hearing
Association/Asociación Americana del
Habla, Lenguaje y Audición**

Dr. Lemmietta McNelly
Mrs. Lily Schuermann
Dr. Neil DiSarno
Dr. Arlene Pietranton

**American Public Health Association/
Asociación Americana de Salud Pública**

Mrs. Vina HuLamm
Dr. Regina Davis Moss

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

Ing. Luiz Augusto de Lima Pontes

**Inter-American Heart Foundation/
Fundación Interamericana del Corazón**

Dr. Beatriz Champagne

**Interamerican Society of Cardiology/
Sociedad Interamericana de Cardiología**

Dr. Diego Delgado

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

Dr. Rodney López
Dr. Alberto Bravo Borda
Dr. Rubén Abete

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

Dr. Norberto Larroca
Dr. Oscar Armando Miguel

**Latin American Federation of the
Pharmaceutical Industry/
Federación Latinoamericana de la Industria
Farmacéutica**

Dr. Alberto Paganelli
Dr. Luis Villalba

**Pan American Federation of Nursing
Professionals/Federación Panamericana de
Profesionales de Enfermería**

Sra. Amada Izquierdo Hernández

**Sabin Vaccine Institute /Instituto de
Vacunas Sabin**

Ms. Ana Carvalho

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

**Alzheimer's Disease International/
Enfermedad de Alzheimer internacional**

Mr. Michael Splaine
Mr. Marc Wortmann
Ms. Kate Gordon
Mr. Johan Vos
Dr. Mariella Guerra

**Framework Convention Alliance for
Tobacco Control/Alianza para el Convenio
Marco para el Control del Tabaco**

Mr. Laurent Huber

**International Alliance of Patients'
Organizations/Alianza internacional
de organizaciones de pacientes**

Ms. Piga Fernández Kaempffer
Ms. Eva María Ruiz de Castilla Yabar

**International Life Sciences Institute/Instituto
Internacional de Ciencias de la Vida**

Dr. Ted Prusik
Dr. Suzanne Harris
Mr. Shawn Sullivan
Ms. Shivani Jha

**International Federation of Medical
Students' Associations/Federación
Internacional de Asociaciones de
Estudiantes de Medicina**

Ms. Maria José Cisneros
Mr. Pedro Correia de Miranda
Mr. Sergio Alejandro Menchaca Dávila
Dr. Arturo García

**International Federation of Pharmaceutical
Manufacturers Associations/Federación
Internacional de la Industria del
Medicamento**

Ms. Shira Kilcoyne
Ms. Maria del Pilar Rubio-Mejia

**International Society of Radiographers and
Radiological Technologists/Sociedad
Internacional de Radiógrafos y Tecnólogos
Radiológicos**

Mr. Terry Ell
Mr. Jonathan Robert Mazal

**Medicus Mundi International/
Medicus Mundi Internacional**

Ms. Meike Schleiff
Ms. Abigail Speller
Mr. George Pauk
Dr. Hani Serag
Ms. Susana Barria
Ms. Mariana Martins
Dr. Alberto Martínez Polis

**Médecins Sans Frontières/
Médicos sin fronteras**

Ms. Judit Rius

Union for International Cancer Control

Ms. Ariella Rojhani

**International Diabetes Federation/
Federación Internacional de Diabetes**

Dr. Edwin Jiménez
Mr. Bob Chapman

**The International Society of Radiographers
and Radiological Technologists/
Sociedad Internacional de Radiógrafos y
Tecnólogos Radiológicos**

Mrs. Rita Eyer

**SPECIAL GUESTS/
INVITADOS ESPECIALES**

Mrs. Wilma Pastrana
First Lady of Puerto Rico

General Rear Admiral Boris D. Lushniak
Acting US Surgeon

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

Dr. Asamoah-Baah
Deputy Director-General

Ms. Taina Tea Irmeli Nakari
External Relations Officer
Policy and Strategic Directions

Dr. Hans Troedsson
Assistant Director-General

Dr. Gaudenz Ulrich Silberschmidt
Senior Adviser
Policy and Strategic Directions

Mrs. Bersabel Ephrem
Senior Advisor
Office of the Assistant Director-General

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

**Director and Secretary ex officio of the
Council/Directora y Secretaria ex officio del
Consejo**

Dr. Carissa F. Etienne

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

Dr. Jon Kim Andrus
Deputy Director
Director Adjunto

Dr. Francisco C. Becerra Posada
Assistant Director
Subdirector

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

Mr. Gerald Anderson
Director of Administration
Director de Administración

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

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

- - -