



Organisation
panaméricaine
de la Santé



Organisation
mondiale de la Santé
BUREAU RÉGIONAL DES Amériques

156^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF

Washington, D.C., EUA, du 22 au 26 juin 2015

CE156/FR
26 juin 2015
Original : anglais

RAPPORT FINAL

TABLE DES MATIÈRES

	<i>Page</i>
Ouverture de la session	6
 Questions relatives au Règlement	
Élection du Bureau.....	7
Adoption de l'ordre du jour et du programme de réunions.....	7
Représentation du Comité exécutif au 54 ^e Conseil directeur de l'OPS, 67 ^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques.....	8
Ordre du jour provisoire du 54 ^e Conseil directeur de l'OPS, 67 ^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques.....	8
 Questions relatives au Comité	
Rapport de la neuvième session du Sous-comité du programme, du budget et de l'administration.....	9
Prix de l'OPS pour l'Administration (2015).....	9
Organisations gouvernementales en relations officielles avec l'OPS.....	10
Rapport annuel du Bureau d'éthique (2014).....	12
Rapport du Comité d'audit de l'OPS.....	13
Nomination d'un membre au Comité d'audit de l'OPS.....	15
 Questions relatives à la politique des programmes	
Projet du programme et budget de l'OPS 2016-2017.....	16
Réforme de l'OMS.....	21
Plan d'action en matière de vaccination.....	24
Stratégie et plan d'action relatifs à la démence et aux handicaps chez les personnes âgées.....	26
Stratégie et plan d'action visant au renforcement du système de santé pour combattre la violence à l'égard des femmes.....	29
Plan d'action sur la santé des travailleurs.....	30
Plan d'action pour la prévention et le contrôle de la tuberculose.....	33
Plan d'action sur la résistance aux antimicrobiens.....	35
Plan d'action pour la prévention et le contrôle des hépatites virales.....	38
Stratégie en matière de législation sur la santé.....	41
 Questions administratives et financières	
Rapport sur le recouvrement des contributions ées.....	40
Rapport financier du Directeur et rapport du Commissaire aux comptes externe pour 2014.....	41
Proposition concernant l'utilisation du solde des excédents relatifs aux normes IPSAS et au budget.....	48
Programmation de l'excédent de revenus.....	49
Assurance maladie après cessation de service.....	49

TABLE DES MATIÈRES (suite)

	<i>Page</i>
Questions administratives et financières (suite)	
Rapport sur le Fonds directeur d'investissement et réévaluation des projets immobiliers figurant au Plan directeur d'investissement.....	50
Statut des projets financés par le Compte de réserve de l'OPS.....	52
Rapport sur la stratégie du BSP en matière de technologie de l'information	50
Rapport du Bureau de contrôle interne et services d'évaluation	51
Mise à jour sur la nomination du Commissaire aux comptes de l'OPS pour 2016-2017.....	52
Amendements au Règlement financier et aux Règles de gestion financière de l'OPS.....	52
Questions relatives au personnel	
Amendements au Règlement et au Statut du personnel du BSP.....	53
Rapport sur l'élaboration de la stratégie du BSP en matière de ressources humaines : une stratégie pour le personnel	56
Statistiques des effectifs du BSP.....	58
Déclaration du représentant de l'Association du personnel de l'OPS/OMS.....	59
Questions pour information	
Projet du budget programme 2016-2017 de l'OMS	60
Cibles régionales en matière de ressources humaines en santé 2007-2015 : rapport final	61
Évaluation du plan d'action pour la mise en œuvre de la politique sur l'égalité des sexes et domaines stratégiques proposés	60
État d'avancement de la modernisation du Système d'information pour la gestion du BSP (PMIS)	61
Rapport sur la transmission du virus du chikungunya et ses conséquences sur les Amériques	62
Règlement sanitaire international et la maladie à virus Ebola.....	67
Rapports d'avancement sur les questions techniques.....	69
A. Mise en œuvre de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac	69
B. Projet de plan décennal régional pour la santé bucco-dentaire dans les Amériques	69
C. Plan d'action sur la sécurité routière	69
D. Prévention et contrôle de la dengue dans les Amériques.....	69
E. L'insuffisance rénale chronique dans les communautés agricoles en Amérique centrale	70
F. Évaluation et incorporation des technologies de la santé dans les systèmes de santé.....	70
G. Situation des Centres panaméricains	71

TABLE DES MATIÈRES *(suite)*

	<i>Page</i>
Questions pour information <i>(suite)</i>	
Résolutions et autres actions d'organisations intergouvernementales revêtant un intérêt pour l'OPS	71
A. Soixante-huitième Assemblée mondiale de la Santé	68
B. Organisations sous-régionales	72
Clôture de la session.....	70
Résolutions et décisions	70
<i>Résolutions</i>	
CE156.R1 Recouvrement des contributions fixées	73
CE156.R2 Plan d'action pour la prévention et le contrôle de la tuberculose	74
CE156.R3 Plan d'action sur la santé des travailleurs.....	76
CE156.R4 Plan d'action sur la résistance aux antimicrobiens	80
CE156.R5 Désignation d'un membre auprès du Comité d'audit de l'OPS	83
CE156.R6 Stratégie et plan d'action visant au renforcement du système de santé pour combattre la violence à l'égard des femmes.....	83
CE156.R7 Transfert de fonds du Compte de réserve au Fonds directeur d'investissement.....	86
CE156.R8 Utilisation du solde des excédents relatifs aux normes IPSAS et au budget.....	87
CE156.R9 Amendements au Règlement financier	88
CE156.R10 Plan d'action pour la prévention et le contrôle des hépatites virales.....	89
CE156.R11 Stratégie en matière de législation sur la santé	92
CE156.R12 Prix de l'OPS pour l'Administration (2015).....	94
CE156.R13 Amendements au Statut et au Règlement du personnel du BSP...	95
CE156.R14 Plan d'action en matière de vaccination	96
CE156.R15 Organisations non gouvernementales en relations officielles avec l'Organisation panaméricaine de la Santé	98
CE156.R16 Ordre du jour provisoire du 54 ^e Conseil directeur, 67 ^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques	99
CE156.R17 Projet de programme et budget de l'OPS 2016-2017.....	100
<i>Décisions</i>	
CE156(D1) Adoption de l'ordre du jour	104
CE156(D2) Représentation du Comité exécutif au 54 ^e Conseil directeur de l'OPS, 67 ^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques	104
CE156(D3) Programmation de l'excédent de revenus.....	104

Annexes

Annexe A. Ordre du jour

Annexe B. Liste des documents

Annexe C. Liste des participants

RAPPORT FINAL

Ouverture de la session

1. La 156^e session du Comité exécutif de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) s'est tenue au siège de l'Organisation à Washington, D.C., du 22 au 26 juin 2015. Ont assisté à la session des délégués des neuf membres suivants du Comité exécutif élus par le Conseil directeur : Bahamas, Canada, Costa Rica, Équateur, États-Unis d'Amérique, Guatemala, Jamaïque, Paraguay et Trinité-et-Tobago. Des délégués des autres États Membres, États participants et États observateurs ont assisté à la session en tant qu'observateurs : Barbade, Brésil, Chili, Colombie, Cuba, El Salvador, Espagne, France, Mexique, Pérou, Sainte-Lucie, Uruguay et Venezuela (République bolivarienne du). En outre, une organisation intergouvernementale et huit organisations non gouvernementales étaient représentées.
2. Le Dr Antonio Barrios (Paraguay, Président du Comité exécutif) a ouvert la session et a souhaité la bienvenue aux participants.
3. Le Dr Carissa Etienne (Directrice du Bureau sanitaire panaméricain [BSP]), a souhaité à son tour la bienvenue aux participants. Elle a souligné plusieurs réussites réalisées depuis le 53^e Conseil directeur en octobre 2014, dont la déclaration formelle selon laquelle la Région est exempte de rubéole et de syndrome de rubéole congénitale. La Région avait également réussi à organiser la réponse à la menace d'une flambée de maladie à virus Ebola dans les Amériques. Le Bureau a assumé un rôle proactif de leadership en développant et mettant à exécution un cadre pour le renforcement de la préparation nationale et, en collaboration avec divers partenaires, a mobilisé 25 missions d'experts pour aider les pays d'Amérique latine et des Caraïbes à se préparer à l'introduction éventuelle du virus qui heureusement ne s'est pas produite. Il a également établi un stock de réserve régional d'équipement de protection individuelle et a organisé des ateliers sur la communication du risque et d'autres thèmes. Il restait néanmoins du travail à accomplir pour être certain que la Région était pleinement préparée à traiter les éventuelles urgences sanitaires et pour combler les lacunes dans la capacité des pays à s'acquitter des fonctions essentielles de santé publique et à répondre aux exigences du Règlement sanitaire international (2005). Les efforts visant à réaliser l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle doivent également se poursuivre.
4. Elle a noté que le Comité discuterait les stratégies et plans d'action sur un nombre de sujets techniques importants. Il considérerait également le programme et budget pour 2016-2017 et examinerait les questions clés concernant les finances, l'administration et le personnel. Les délibérations du Comité étaient essentielles pour la bonne gouvernance de l'Organisation et jetteraient les bases d'un Conseil directeur productif et réussi en septembre. Elle a exprimé sa gratitude anticipée aux membres du Comité pour leur engagement et leur dur travail au cours de la session.

Questions relatives au Règlement

Élection du Bureau

5. Les membres suivants élus à la 155^e session du Comité continueront à servir dans leurs capacités respectives pendant la 156^e session :

<i>Président :</i>	Paraguay	(Dr Antonio Barrios)
<i>Vice-président :</i>	Costa Rica	(Dr María Esther Anchía)
<i>Rapporteur :</i>	Trinité-et-Tobago	(Mme Lydia Jacobs)

6. La Directrice a rempli le rôle de Secrétaire de droit et le Dr Isabella Danel (Directeur adjoint du BSP), celui de Secrétaire technique.

Adoption de l'ordre du jour et du programme des réunions (documents CE156/1, Rév. 3 et CE156/WP/1)

7. En introduisant l'ordre du jour provisoire contenu dans le document CE156/1, Rév. 1, la Directrice a rappelé que le Sous-comité du programme, du budget et de l'administration avait demandé qu'elle révise l'ordre du jour proposé pour la 156^e session du Comité dans le but de réduire le nombre de points et par conséquent d'assurer un temps suffisant pour les discussions. Elle avait ainsi envoyé une lettre aux membres du Comité exécutif le 25 mars 2015 proposant que l'examen des points sur la résistance aux médicaments antimicrobiens, sur l'usage rationnel des médicaments essentiels et d'autres technologies de la santé, sur le renforcement des politiques de santé publique au-delà des frontières, sur l'examen des résolutions de l'OPS adoptées de 1999 à 2013 et sur la réponse du secteur de la santé aux objectifs de développement durable pour l'après-2015 soient reportés jusqu'à 2016.

8. Elle avait également proposé que les points sur la maladie à virus Ebola et le Règlement sanitaire international (2005) soient combinés en un seul point. Les membres du Comité exécutif avaient accepté cette proposition et avaient convenu du report de tous les points mentionnés ci-dessus, à l'exception du projet de plan d'action sur la résistance aux antimicrobiens, une question jugée de la plus haute importance dans la Région. Ce point avait par conséquent été maintenu. Du fait que le document de l'OMS « Stratégie mondiale sur les ressources humaines pour la santé à l'horizon 2030 » (point 7.2 de l'ordre du jour provisoire) n'étant pas encore disponible, elle a recommandé qu'il soit retiré de l'ordre du jour du Comité et que la discussion sur la stratégie mondiale soit reportée jusqu'au 54^e Conseil directeur en septembre 2015.

9. Le Comité a adopté l'ordre du jour provisoire, tel que révisé dans le document CE156/1, Rév. 3 (décision CE156[D1]) ; le Comité a également adopté un programme des réunions (CE156/WP/1).

Représentation du Comité exécutif au 54^e Conseil directeur de l'OPS, 67^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques (document CE156/2)

10. Conformément à l'article 54 de son Règlement intérieur, le Comité exécutif a nommé le Paraguay et le Costa Rica Président et Vice-président, respectivement, pour représenter le Comité au 54^e Conseil directeur, 67^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques. L'Équateur et la Jamaïque ont été élus représentants suppléants (décision CE156[D2]).

Ordre du jour provisoire du 54^e Conseil directeur de l'OPS, 67^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques (document CE156/3, Rév. 1)

11. Mme Piedad Huerta (Conseillère principale du Bureau des Organes directeurs du BSP) a présenté l'ordre du jour provisoire du 54^e Conseil directeur, 67^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques (document CE156/3, Rév. 1), en rappelant que le Sous-comité du programme, du budget et de l'administration, avait demandé au Bureau lors de sa neuvième session de s'efforcer de préparer un ordre du jour d'une longueur raisonnable pour le 54^e Conseil directeur. Par conséquent, le Bureau avait suggéré que certains des points examinés par le Comité exécutif ne soient pas transmis au Conseil directeur pour considération et que des rapports sur ces points soient inclus dans le rapport que le Président du Comité exécutif présenterait au Conseil. Ces points étaient : Programmation de l'excédent des revenus, Assurance maladie après cessation de service, Rapport sur le Fonds directeur d'investissement et réévaluation des projets immobiliers figurant au Plan directeur d'investissement, Statut des projets financés par le compte de réserve de l'OPS, Rapport sur la stratégie du BSP en matière de technologie de l'information, État d'avancement du système d'information pour la gestion du BSP, le Budget programme de l'OMS 2016-2017 et toutes les questions concernant le personnel.

12. De plus, Mme Huerta a expliqué que le point sur le Prix de l'OPS pour l'administration 2015 serait retiré de l'ordre du jour car le groupe de sélection du Prix avait recommandé que le prix ne soit pas conféré en 2015 (voir paragraphes 16 à 18 ci-dessous). Un point serait ajouté, traitant de la révision des contributions des États Membres de l'OPS sur la base du barème 2015 des contributions adopté par l'Organisation des États Américains (voir paragraphe 68 ci-dessous) et le titre du point 4.4, sur la démence chez les personnes âgées, serait changé pour tenir compte de la décision du Comité à cet égard (voir paragraphes 93 à 102 ci-dessous).

13. Le Comité a accepté les changements proposés et a adopté l'ordre du jour provisoire, tel qu'amendé (résolution CE156.R16).

Questions relatives au Comité

Rapport sur la neuvième session du Sous-comité du programme, du budget et de l'administration (document CE156/4)

14. Mme Natalie St. Lawrence (Canada, Présidente du Sous-comité du programme, du budget et de l'administration) a indiqué que le Sous-comité du programme, du budget et de l'administration (SPBA) avait tenu sa neuvième session du 19 au 21 mars 2015. Le Sous-comité avait discuté un certain nombre de questions financières, administratives et programmatiques importantes, dont l'avant-projet de programme et budget de l'OPS pour 2016-2017, les projets immobiliers prévus dans le Plan directeur d'investissement, le projet pour la modernisation du système d'information pour la gestion du BSP et les projets de stratégies de l'Organisation sur la technologie de l'information et les ressources humaines. Le Sous-comité avait également discuté de la réforme de l'OMS et recommandé un candidat pour remplacer un membre sortant du Comité d'audit. Elle a noté que du fait que toutes les questions discutées par le Sous-comité étaient également à l'ordre du jour du Comité exécutif, elle en ferait rapport au fur et à mesure qu'elles seraient considérées par le Comité.

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

Prix de l'OPS pour l'Administration (2015) (documents CE156/5 et Add. I)

16. M. Carlos Andrés Emanuele Ortíz (Équateur) a informé que le groupe de sélection du Prix de l'OPS pour l'administration 2015, composé des délégués du Canada, de l'Équateur et du Paraguay, s'était réuni pour discuter du Prix le 23 juin et avait examiné les qualifications du seul candidat proposé par les États Membres, à savoir le Dr Merlin Fernández Rápalo, du Honduras. Conformément à l'article 10 des procédures pour conférer le Prix, le groupe de sélection du Prix avait proposé de laisser la candidature du Dr Rápalo en suspens afin de la réexaminer avec celles d'autres candidats en 2016. Le groupe de sélection du Prix avait également proposé que les directives et critères généraux pour le Prix soient examinés, afin de renforcer son importance et d'encourager les États Membres à présenter des candidats.

17. En réponse à une question, il a confirmé que la candidature du Dr Rápalo satisfaisait les conditions du prix, ajoutant que le groupe de sélection avait considéré préférable qu'il y ait plus d'un candidat. En réponse à une autre question sur ce qui se passerait s'il n'y avait qu'un seul candidat à l'avenir, il a souligné que l'intention de la proposition du Jury d'examiner les critères pour le prix était précisément d'éviter que cette situation ne se représente en encourageant les États Membres à nommer des candidats.

18. Le Comité exécutif a adopté la résolution CE156.R12, acceptant de ne pas conférer le Prix de l'OPS pour l'administration en 2015 et de considérer la candidature du Dr Rápalo avec celle des autres candidats reçues en 2016.

Organisations non gouvernementales en relations officielles avec l'OPS (document CE156/6)

19. Mme Natalie St. Lawrence (Représentante du Sous-comité du programme, du budget et de l'administration) a informé qu'en conformité à la procédure décrite dans les *principes régissant les relations entre l'Organisation panaméricaine de la Santé et les organisations non gouvernementales*, le Sous-comité avait tenu une réunion privée au cours de sa neuvième session pour examiner le statut de deux ONG en relations officielles avec l'OPS et considérer la demande de deux autres cherchant à entrer en relations officielles avec l'Organisation. Le Sous-comité a décidé de recommander que le Comité exécutif poursuive les relations officielles entre l'OPS et l'*InterAmerican Heart Foundation* et le *Sabin Vaccine Institute* pour une période de quatre ans et qu'il admette la *Framework Convention Alliance* en relations officielles avec l'OPS, également pour une période de quatre ans.

20. En ce qui concerne la demande d'entrée en relations officielles avec l'OPS de la Société latino-américaine de néphrologie et d'hypertension, le Sous-comité a demandé des informations financières supplémentaires sur l'organisation et a chargé le Bureau de vérifier si l'emploi par la Société d'une secrétaire fournie par une compagnie privée peut donner lieu à un conflit d'intérêt. Le Sous-comité a également recommandé que plusieurs activités conjointes soient entreprises avec les quatre organisations et a demandé aux unités techniques pertinentes d'incorporer ces activités dans les plans de travail en collaboration sur quatre ans respectifs.

21. M. Alberto Kleiman (Directeur du Département des Relations extérieures, Mobilisation des ressources et Partenariats du BSP) a indiqué que les quatre ONG avaient été dûment informées des recommandations du Sous-comité concernant les activités conjointes. Le Département des Relations extérieures du BSP, en collaboration avec le bureau technique pertinent, a demandé que la Société latino-américaine de néphrologie et d'hypertension (connue sous son acronyme espagnol, SLANH) soumette un plan de travail ajusté, des états financiers, ainsi qu'une explication de sa relation avec la compagnie privée chargée de son administration. SLANH a fourni toutes les informations demandées, qui ont été transmises aux membres du Comité exécutif. Le Bureau a examiné tout les documents fournis par SLANH, y compris son contrat avec Congrex, un organisateur d'événements et prestataire en gestion d'associations. SLANH a engagé Congrex pour organiser ses réunions principales et pour gérer la majorité de son administration et de sa logistique. Elle a choisi ce moyen plutôt que d'avoir des salariés. Après examen de la documentation et des explications fournies par SLANH, le Bureau a recommandé qu'elle soit acceptée en relations officielles avec l'OPS.

22. Dans la discussion qui a suivi, les délégués ont affirmé que l'information supplémentaire présentée contribuerait beaucoup à dissiper les doutes exprimés lors de la session du Sous-comité. Plusieurs considérations ont été soulevées sur la coopération entre l'OPS, les ONG et l'industrie, la conclusion étant que cette coopération serait admissible à condition qu'il soit clairement spécifié qu'elle se rapporte exclusivement à

certaines activités spécifiques. L'importance d'assurer la transparence dans ces relations a été soulignée.

23. Un représentant du *Sabin Vaccine Institute* a mis l'accent sur l'importance du leadership continu de l'OPS et de l'appui du Plan d'action mondial pour les vaccins, qui représentait l'une des approches les plus prometteuses pour combler les écarts de vaccination. Alors que le risque d'importation de maladies menace les réussites contre la rougeole et la rubéole, il a exhorté les États Membres à s'efforcer d'atteindre 90% de couverture vaccinale dans tous les districts. En remerciant l'OPS pour son soutien à la lutte contre les maladies tropicales négligées et leur élimination, il a suggéré que les États Membres préconisent un indicateur sur ces maladies à inclure dans les objectifs de développement durable proposés pour l'après-2015.

24. Un représentant de l'Association interaméricaine du génie sanitaire et de l'environnement (AIDIS, d'après son sigle en anglais) a indiqué que les déterminants de la santé tels que l'eau et l'assainissement constituaient des aspects importants de la couverture sanitaire universelle. Néanmoins, dans les Amériques, des millions de personnes n'avaient pas accès aux services d'eau salubre et d'assainissement et, en particulier dans les zones urbaines, étaient exposés à des niveaux élevés de pollution atmosphérique. AIDIS était prête à appuyer l'OPS de toutes les façons possibles pour lutter contre ces risques sanitaires potentiels.

25. Un représentant de l'Association latino-américaine des industries pharmaceutiques (ALIFAR, d'après son sigle en espagnol) a décrit le travail de son association, mené à bien dans de nombreux forums internationaux, et s'est réjoui de la coopération continue avec l'OPS.

26. M. Kleiman a assuré le Comité que le Bureau s'efforçait constamment d'améliorer la transparence dans les relations de l'OPS avec les ONG et les autres acteurs non étatiques. La coopération des États Membres était très importante dans ces efforts.

27. Le Dr Pedro Ordúñez (Conseiller sur les maladies non transmissibles au BSP) a fait remarquer que les congrès médicaux étaient souvent organisés avec la participation de l'industrie. La participation de l'OPS à ces événements était financée exclusivement par ses propres ressources et se limitait à un plaidoyer sur les thèmes relevant de son mandat, tels que la prévention des maladies rénales chroniques.

28. La Directrice a remercié les ONG en relations officielles avec l'OPS, notant que des plans de travail conjoint très significatifs avaient été développés avec un grand nombre d'entre elles. Elle a indiqué que les discussions au sein de l'OMS sur la coopération avec les acteurs non étatiques pourraient revêtir un intérêt pour l'OPS et son interaction avec les ONG avec lesquelles elle entretenait des relations officielles.

29. Le Comité exécutif a adopté la résolution CE156.R15, renouvelant les relations officielles entre l'OPS et l'*InterAmerican Heart Foundation* et entre l'OPS et le *Sabin Vaccine Institute* pour une période de quatre ans et admettant en relations officielles la

Framework Convention Alliance et la Société latino-américaine de néphrologie et d'hypertension, également pour une période de quatre ans.

Rapport annuel du Bureau d'éthique (2014) (document CE156/7)

30. M. Philip MacMillan (Gérant du Bureau d'éthique du BSP) a présenté une vue d'ensemble des activités du Bureau d'éthique au cours de 2014 dans quatre domaines clés : les conseils et recommandations donnés au personnel de l'OPS sur les questions d'éthique, les rapports reçus à propos d'éventuelles préoccupations éthiques, les cas de fraude et de vol ou de perte de biens et de ressources appartenant à l'OPS et les nouvelles initiatives mises en œuvre pour réduire le risque de conflits d'intérêt. Le Bureau d'éthique a répondu à 65 consultations de membres du personnel, ayant traité des questions générales liées au milieu de travail, à l'emploi extérieur, à la participation à des conseils et des comités, à la réception de cadeaux et à l'emploi de membres de la famille. Des détails sur les cas individuels figurent au document CE156/7.

31. Le Bureau a reçu 54 rapports de comportements qui soulevaient d'éventuelles préoccupations éthiques. La majorité d'entre eux se rapportait à des questions générales liées au lieu de travail ; un seul cas de fraude ou de corruption avait été signalé. Suite à l'investigation par le Bureau d'éthique, deux membres du personnel ont été licenciés de l'Organisation en raison de faute grave. Le Bureau a reçu plusieurs plaintes formelles de harcèlement, ainsi qu'un certain nombre de rapports sur des conflits interpersonnels sur le lieu de travail. Au vu du nombre de préoccupations liées au lieu de travail signalées, une campagne pour un « lieu de travail respectueux » a été élaborée, dans le but de fournir une formation et une prise de conscience concernant la communication respectueuse et la courtoisie.

32. En 2014, le Bureau d'éthique avait reçu 24 rapports concernant la fraude, le vol ou la perte de ressources de l'OPS ou l'utilisation frauduleuse de cartes de crédit de l'OPS. La perte totale sous cette rubrique s'était élevée à US\$ 10,800,¹ ce qui était le montant le plus faible depuis que le Bureau d'éthique avait commencé à tenir des dossiers en 2008 et était conforme avec ce type de pertes dans d'autres organisations du système des Nations Unies. De concert avec d'autres bureaux du BSP, le Bureau d'éthique envisagerait d'autres stratégies et mécanismes à mettre en place pour assurer que l'Organisation avait un programme efficace de gestion du risque.

33. Concernant de nouvelles initiatives et des plans futurs, le Bureau d'éthique avait publié une série de brochures d'information sur les conflits d'intérêt, l'emploi et les activités extérieurs et les cadeaux et l'hospitalité, afin de sensibiliser le personnel à ces sujets. Il avait également élaboré un nouveau programme de divulgation des conflits d'intérêt, qui avait été appliqué tout d'abord auprès des cadres et serait étendu aux autres catégories de personnel en 2015. Au vu de l'obligation du personnel de signaler des actes répréhensibles présumés et de coopérer aux investigations et audits et de l'importance de

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

protéger les dénonciateurs, le Bureau d'éthique mettrait en œuvre un programme de formation spécifiquement conçu pour les responsables, visant à assurer qu'ils reconnaissent que les employés doivent être en mesure d'exprimer leurs préoccupations et doléances sans peur de représailles.

34. Dans la discussion qui a suivi, une déléguée a loué le travail précieux du Bureau d'éthique visant à créer une culture déontologique élevée au sein de l'OPS. Sa délégation a apprécié que le Bureau continue de poursuivre de nouvelles initiatives comme décrit dans le document et a suggéré qu'une coopération étroite avec le nouveau Bureau d'éthique de l'OMS assurerait l'alignement dans le domaine important de l'éthique. L'OPS avait un excellent bilan qui devait être reconnu et utilisé à l'OMS.

35. Mr MacMillan a exprimé son appréciation pour ces commentaires, tout en reconnaissant qu'il restait encore beaucoup de travail à faire.

36. La Directrice a indiqué que la direction avait reconnu que des difficultés existaient concernant la résolution des différends au sein de l'Organisation. La proportion élevée de rapports anonymes au Bureau d'éthique indiquait que le personnel ne se sentait pas en mesure de parler directement avec les superviseurs. Le programme de formation mentionné par M. MacMillan était destiné à aider les responsables à comprendre comment traiter les différends sur les lieux de travail et comment éviter de générer eux-mêmes des conflits. Elle a ajouté que le BSP partageait son expérience avec l'OMS, tout en continuant à chercher des améliorations dans son propre programme d'éthique. L'empressement de l'OMS d'apprendre de son Bureau régional était très encourageant.

37. Le Comité exécutif a pris note du rapport.

Rapport du Comité d'audit de l'OPS (document CE156/8)

38. Mme Amalia Lo Faso (Membre du Comité d'audit) a présenté le rapport du Comité d'audit, soulignant qu'il couvrait 12 thèmes principaux et rapportait l'opinion du Comité d'audit sur l'audit externe, l'audit interne, l'évaluation, les contrôles internes et la gestion du risque, les états financiers et le rapport financier 2014, le projet *Mais Médicos*, le système d'information pour la gestion du BSP (PMIS), l'éthique et la fraude et la sécurité des bâtiments. Il décrivait également les domaines sur lesquels le Comité d'audit entendait porter son attention en 2015 et décrivait le résultat de la troisième autoévaluation de ses activités par le Comité.

39. Dans tous les domaines évalués, le Comité d'audit considérait que les activités étaient correctement effectuées, ou allaient en s'améliorant. Ses opinions plus détaillées figurent dans le rapport, document CE156/8. Le Comité a présenté 10 recommandations pour amélioration, qui sont également citées dans le rapport.

40. Le Comité exécutif a apprécié le rapport. Un délégué a demandé quels mécanismes avaient été ou seraient mis en place pour assurer le suivi des recommandations, en particulier les recommandations 6, 7 et 8 concernant *Mais Médicos*.

Une autre déléguée a demandé des détails sur la façon dont la priorité avait été donnée aux recommandations. Elle a demandé que les États Membres soient tenus informés des progrès de la recommandation 1, concernant le développement d'un cadre et d'une politique de contrôle interne. Une troisième déléguée a partagé les préoccupations exprimées par le Comité d'audit concernant les coûts estimés élevés pour combler les failles sur le plan de la sécurité. Sa délégation estimait qu'il était important que le BSP établisse une source durable de financement des besoins en capitaux majeurs. En faisant référence à la recommandation 3, elle a demandé des informations sur l'identité du nouveau responsable de l'évaluation et, en référence à la recommandation 10, elle souhaitait savoir comment prélèvement en rapport avec l'occupation des postes fonctionnerait dans la pratique.

41. La déléguée du Brésil a indiqué qu'un grand nombre des recommandations faites concernant le projet *Mais Médicos* était déjà mis en œuvre. Par exemple, le gouvernement du Brésil avait déjà pris des mesures pour garantir un nombre suffisant de médecins brésiliens pour maintenir les progrès déjà réalisés par le projet après le retour des docteurs cubains dans leur pays. De fait, il n'y avait actuellement aucun médecin cubain travaillant pour *Mais Médicos*, seulement des brésiliens. En ce qui concernait le suivi des médecins, un système avait déjà été mis en place et les résultats seraient partagés avec l'OPS. Sa délégation serait heureuse de fournir au Comité exécutif davantage de détails sur le projet, qui n'était pas simplement un projet de coopération technique et dont les retombées avaient des conséquences très vastes.

42. Mme Lo Faso a indiqué que la mise en œuvre des recommandations était discutée à chaque réunion du Comité d'audit et a affirmé que l'Organisation prenait les recommandations très au sérieux. En ce qui concernait les commentaires de la déléguée du Brésil, elle a précisé que les recommandations du Comité d'audit se rapportaient uniquement à la portion du projet dont le BSP avait la responsabilité. Le Comité n'avait pas pour intention de commenter sur les responsabilités du gouvernement brésilien.

43. M. Gerald Anderson (Directeur de l'Administration du BSP) a dit que le Bureau avait des mécanismes similaires en place pour le suivi des trois recommandations des organes de supervision. En outre, des examens semestriels étaient effectués, impliquant la gestion exécutive et les hauts responsables des domaines administratifs, qui examinaient une liste de toutes les recommandations d'audit en suspens de la part des trois organes de supervision et le statut actuel de la mise en œuvre. La gestion exécutive examinait les rapports de l'organe de supervision en consultation avec l'organe concerné et faisait des suggestions quant à la conclusion des recommandations quand il était estimé que toutes les actions appropriées avaient été accomplies. La gestion exécutive considérait les recommandations du Comité d'audit comme une priorité élevée et donnait toujours au Comité les informations sur les actions prises sur chacune de ces recommandations en préparation de sa visite à l'Organisation.

44. Le BSP disposait depuis de nombreuses années d'une série de listes de contrôle et de mécanismes de suivi et l'information sur le contrôle interne était également incluse dans le Rapport financier du Directeur. Toutefois, le Bureau menait désormais un

exercice pour unifier tous ses mécanismes actuels en un document unique, en s'alignant sur le modèle que l'OMS avait adopté, afin d'être en mesure de présenter l'information sur le contrôle interne aux États Membres d'une manière plus concise.

45. En ce qui concernait le projet *Mais Médicos*, alors que la durabilité à long terme était la responsabilité des autorités brésiliennes, le BSP examinait l'information reçue du bureau de pays au Brésil concernant les médecins brésiliens se joignant au programme, comme élément du plan du Brésil pour continuer à fournir des services de soins de santé primaires après le départ des médecins cubains.

46. En ce qui concernait le financement pour combler les failles sur le plan de la sécurité dans les bâtiments appartenant à l'OPS, il a noté que le Comité considérerait une recommandation pour l'usage d'une portion de l'excédent de revenus pour reconstituer le Plan directeur d'investissement (voir paragraphes 191 à 198 ci-dessous). En outre, dans les préparatifs pour l'exercice biennal 2016-2017, le Bureau prévoyait de mettre en œuvre une des recommandations du Comité d'audit sur l'utilisation d'un prélèvement en rapport avec l'occupation des postes comme source spécifique pour reconstituer le Plan afin d'assurer que les failles les plus urgentes sur le plan de la sécurité soient comblées.

47. La Directrice a dit qu'il était clair que l'Organisation devait développer davantage sa culture de l'évaluation et construire les compétences nécessaires pour mener les évaluations, tirer les conclusions et les insérer dans la planification et la réalisation du programme. Avec la mise en place du PMIS, le Bureau devait également être capable d'effectuer un changement de culture et de comportement. Il avait engagé un spécialiste de la gestion du changement, mais changer une culture organisationnelle prenait du temps. Même au-delà de la mise en place du PMIS, il faudrait continuer et renforcer la gestion du changement et permettre au personnel du Bureau de voir que le projet PMIS n'était pas seulement l'automatisation de ce qui avait jusque là été fait manuellement, mais plutôt un changement fondamental des processus.

48. Le Comité exécutif a pris note du rapport.

Nomination d'un membre au Comité d'audit de l'OPS (document CE156/9)

49. Mme Natalie St. Lawrence (Représentante du Sous-comité du programme, du budget et de l'administration) a indiqué que le Sous-comité avait été informé que le mandat d'un membre du Comité d'audit viendrait à expiration en juin 2015 et avait par conséquent établi un groupe de travail composé de l'Argentine, des États-Unis et de Sainte-Lucie pour examiner la liste des candidats proposée par la Directrice. Le groupe de travail avait évalué les trois candidats en fonction des critères d'admission stipulés dans les termes de référence du Comité d'audit et avait décidé de recommander que le titulaire, M. John Fox, soit reconduit. Approuvant la recommandation du groupe de travail, le Sous-comité a recommandé que le Comité exécutif nomme M. Fox comme membre du Comité d'audit de l'OPS pour une période de trois ans.

50. Mme Heidi Jiménez (Conseillère juridique du BSP) a ajouté qu'une description confidentielle des qualifications des candidats sous considération avait été circulée aux membres du Comité exécutif. En réponse à la question d'une déléguée concernant la fréquence de la mise à jour de la liste des candidats, elle a rappelé que le Comité exécutif avait recommandé précédemment que la liste soit mise à jour régulièrement. La dernière mise à jour avait été faite en 2014, la liste ayant été étendue à environ 100 noms, en prévision de la 154^e session du Comité exécutif. Les candidats proposés pour nomination en 2014 avaient été tirés de cette liste. Du fait qu'il y avait eu une vacance inattendue en 2013, le mandat de M. Fox avait été plus court que la normale, nécessitant une autre nomination un an plus tard et la même liste de candidats avait été utilisée. Toutefois, le Bureau actualiserait la liste à nouveau après le prochain Conseil directeur et annuellement après cela.

51. La Directrice a fait part de son appréciation aux membres du Comité d'audit pour leur travail à titre bénévole.

52. Le Comité exécutif a adopté la résolution CE156.R5, nommant M. John Fox au Comité d'audit pour une période de trois ans, de juin 2015 à juin 2018.

Questions relatives à la politique des programmes

Projet du programme et budget de l'OPS 2016-2017 (documents CE156/10, Rév. 1 et Add. I et Add. II)

53. Mme Natalie St. Lawrence (Représentante du Sous-comité du programme, du budget et de l'administration) a indiqué que le Sous-comité avait examiné un schéma du projet de programme et budget pour 2016-2017 et avait exprimé son soutien à l'approche intégrée proposée de la budgétisation et applaudi les efforts du Bureau pour aligner l'approche de budgétisation de l'OPS plus étroitement sur celle de l'OMS. Toutefois, des préoccupations avaient été soulevées concernant la prévisibilité et disponibilité ponctuelle de certaines sources de financement. Certains délégués estimaient qu'il serait préférable d'approuver des montants spécifiques devant être financés par les contributions fixées pour chaque catégorie de travail, plutôt que d'approuver un montant forfaitaire. Ils avaient suggéré que la proposition à soumettre au Comité exécutif devrait inclure des informations sur les sources de financement pour chaque catégorie de travail. Un soutien à un budget prévoyant une croissance nominale zéro avait été exprimé, sans augmentation des contributions, et des assurances avaient été demandées qu'il ne soit pas demandé aux États Membres de combler le déficit à travers des contributions volontaires.

54. M. Daniel Walter (Directeur du Département de la Planification et du budget du BSP) a introduit le programme et budget proposé, en soulignant qu'il était le résultat d'un processus de consultation ascendant. La proposition avait été formulée sur la base de l'établissement des coûts des résultats à livrer pendant l'exercice biennal 2016-2017, alors que les propositions passées avaient été basées sur les ressources et étaient fondées sur des niveaux historiques de financement. La proposition indiquait le total des besoins de ressources sans prescrire la façon dont les fonds seraient affectés ou sans spécifier

leurs sources. Les États Membres seraient priés d'approuver le programme et budget dans son entièreté, ce qui leur confierait l'appropriation du budget tout entier plutôt que de sa portion financée par les contributions fixées comme par le passé. L'affectation des ressources de différentes sources prendrait place après l'approbation du budget, en tenant compte du travail essentiel de l'Organisation qui devait être financé à partir de la portion du budget connue antérieurement comme budget ordinaire et des besoins spécifiques associés aux contributions volontaires.

55. Le budget proposé total pour les programmes de base était de \$612,8 millions, ce qui représentait une augmentation de \$49,7 millions, soit 8,8%. L'augmentation était programmatiquement nécessaire et financièrement réalisable et rétablirait le financement perdu pendant les exercices biennaux 2014-2015 et 2012-2013, tout en permettant au Bureau de reconstruire sa capacité de fournir la coopération technique. L'augmentation n'était pas proposée pour compenser l'effet de l'inflation, mais plutôt pour investir dans de nouvelles initiatives, de nouveaux programmes et de nouvelles priorités. La totalité de l'augmentation serait affectée aux cinq catégories programmatiques du Plan stratégique de l'OPS 2014-2015. L'affectation à la catégorie 6 (Services institutionnels/Fonctions essentielles) serait légèrement réduite et le Bureau continuerait à absorber les augmentations de coûts en recherchant de plus grandes efficacités.

56. L'augmentation proposée serait financée par des hausses attendues de l'affectation à la Région provenant de l'OMS et des revenu divers et contributions volontaires de l'OPS et par une augmentation proposée de 3,8% des contributions fixées des États Membres, ce qui produirait une augmentation de \$5,8 millions des contributions fixées. Le Bureau était conscient que des considérations politiques pourraient poser des difficultés pour que les États Membres approuvent une augmentation des contributions fixées. Toutefois, sans l'augmentation, il y aurait des retards dans l'exécution d'activités cruciales, telles que la réponse aux urgences. De plus, les contributions fixées étaient la source la plus flexible et la plus prévisible de l'Organisation et l'augmentation empêcherait une dépendance trop importante de sources moins prévisibles.

57. Le Bureau avait préparé trois scénarios de budget possibles. Dans le premier, les \$612,8 millions du budget seraient financés comme décrit dans la proposition contenue dans le document CE156/10, Rév. 1. Dans le deuxième, il n'y aurait pas d'augmentation des contributions fixées et l'écart de financement de \$5,8 millions serait financé par d'autres sources, pour l'instant non identifiées. Dans le troisième scénario, le budget total serait réduit de \$5,8 millions, avec pour résultat un budget total de \$607 millions. D'autres scénarios pourraient également être envisagés.

58. Le Comité exécutif a accueilli favorablement l'approche ascendante utilisés pour élaborer la proposition de programme et budget et a remercié le Bureau pour ses efforts pour aligner l'affectation des ressources sur les priorités identifiées par les États Membres. Les délégués ont particulièrement bien accueilli l'accent mis dans la proposition sur des questions telles que la mortalité maternelle et infantile, la résistance aux antimicrobiens et la capacité de préparation, de réponse et de surveillance dans le cadre du Règlement sanitaire international. Une attention accrue aux systèmes

d'information en santé et l'assistance aux États Membres dans le choix de la technologie appropriée pour renforcer la surveillance, la gestion des dossiers médicaux et la gestion globale des connaissances ont également été considérés importants. Ils ont noté que la proposition préconisait des réductions budgétaires dans un nombre de domaines et ont demandé des clarifications sur le raisonnement sous-tendant ces réductions et sur la façon d'assurer que ces réductions ne conduiraient pas à des lacunes de couverture ni n'affecteraient les progrès et les efforts régionaux. Ils ont également voulu savoir si la méthode de priorisation proposée par le groupe consultatif du Plan stratégique avait été appliquée dans l'élaboration de la proposition du budget.

59. Les efforts du Bureau pour réduire les coûts en augmentant l'efficacité ont été loués et il a été encouragé à continuer à chercher des moyens pour renforcer l'efficacité, y compris en identifiant des programmes de plus faible priorité qui pourraient être mis en attente ou supprimés. L'approche budgétaire intégrée a également été accueillie favorablement, bien que certaines questions aient été soulevées sur la façon dont les diverses catégories de fonds – en particulier les contributions fixées et les contributions volontaires nationales – seraient gérées dans un budget de ce type. Ils ont souligné que le financement volontaire ne devrait ni déplacer ni remplacer les contributions fixées dans des domaines prioritaires. Ils étaient préoccupés par le fait que certaines des cibles de financement prévues étaient ambitieuses plus que réalistes et ont souligné l'importance d'adopter un budget réaliste. Ils ont également souligné le besoin d'élargir le vivier de donateurs et ont encouragé le Bureau à étudier des options pour mobiliser des contributions volontaires d'acteurs non étatiques. Parallèlement, ils ont reconnu que la disponibilité de ce financement pourrait être affectée par les discussions en cours sur le cadre de collaboration de l'OMS avec les acteurs non étatiques.

60. Alors qu'il était reconnu que le Bureau nécessitait des ressources suffisantes pour mener à bien ses activités de coopération technique et qu'il faisait face à une augmentation des coûts, aucun des délégués ayant pris la parole n'a exprimé son soutien à l'augmentation proposée des contributions fixées. Plusieurs d'entre eux ont réaffirmé la politique de longue durée de leurs gouvernements concernant la croissance nominale zéro des budgets des organisations internationales et des contributions fixées des États Membres. Des délégués ont également souligné les contraintes budgétaires et les priorités divergentes auxquelles leurs gouvernements se heurtent. Certains délégués ont exprimé la volonté de considérer le scénario 2, mais ont demandé d'autres informations sur la façon dont l'augmentation de \$5,8 millions serait financée sans une augmentation des contributions fixées. D'autres délégués ont préféré le scénario 3. Ils ont noté que le montant total envisagé dans ce scénario, même inférieur à celui des scénarios 1 et 2, donnerait néanmoins lieu à une augmentation importante du budget global.

61. Afin de permettre aux États Membres de prendre une décision plus éclairée sur la proposition de programme et budget, le Bureau a été invité à fournir plus de détails sur l'impact programmatique des divers scénarios, sur les activités que l'augmentation proposée aiderait à faire progresser et sur ce que l'OPS ne serait pas en mesure d'accomplir et les résultats escomptés qui ne seraient pas réalisés sans l'augmentation. Le

Bureau a été également prié d'amender le projet de résolution contenu dans le document CE156/10, Add. I, pour tenir compte des commentaires faits au cours de la discussion ; en particulier, il a été demandé au Bureau de retirer la référence à une augmentation de 3% des contributions fixées des États Membres. De plus, le Bureau a été prié d'ajuster les contributions proposées des États Membres contenues dans le document CE156/10, Add. II, pour tenir compte du nouveau barème des contributions adopté par l'Assemblée générale de l'Organisation des États Américains (OEA) lors de sa quarante-cinquième session ordinaire en juin 2015.

62. M. Walter a confirmé que les contributions fixées des États Membres seraient ajustées pour tenir compte du nouveau barème de l'OEA et que le Bureau s'engageait à fournir les informations supplémentaires demandées avant le Conseil directeur. Toutefois, afin de déterminer les activités qui seraient éliminées ou revues à la baisse si l'augmentation proposée n'était pas approuvée, d'autres consultations avec les États Membres seraient nécessaires pour identifier « les opportunités de moins faire ». Dans certains domaines programmatiques, il pourrait s'avérer nécessaire de réduire les objectifs proposés et le Bureau se tournerait vers les États Membres pour indiquer où ces réductions seraient faites.

63. Répondant à plusieurs commentaires et questions spécifiques, il a noté que le réaménagement des ressources pour combler les écarts n'était pas nécessairement une option dans des domaines prioritaires plus nouveaux tels que l'accès universel à santé/la couverture sanitaire universelle et les maladies non transmissibles, où des nouvelles ressources et de nouveaux profils du personnel étaient requis. Concernant les contributions volontaires nationales, elles ne seraient pas incluses dans le programme et budget intégré, au même titre que les fonds pour les achats, bien qu'elles soient traitées de manière égale en termes d'utilisation des fonds et de rapports. Le Bureau voyait la tendance à la hausse des contributions nationales volontaires comme une opportunité de renforcer le développement de la santé dans les pays et encourageait aussi les États Membres à fournir des contributions pour la coopération transfrontalière et sud-sud. Ces sources de financement pourraient ainsi intervenir dans le programme et budget. Quant aux réductions dans certains domaines programmatiques, les montants proposés dans le programme et budget étaient basés sur l'ordre de priorité établi par les États Membres et sur un établissement des coûts réaliste, qui avait indiqué que certains domaines avaient été surbudgétisés dans l'exercice biennal en cours et qu'il était improbable que des ressources additionnelles soient mobilisées ou utilisées pour ces domaines.

64. La Directrice a remercié les États Membres pour leur reconnaissance du travail de l'Organisation pour faire progresser le développement de leur santé nationale et les a encouragés à approuver l'augmentation de 8,8% dans le programme et budget afin de permettre que la Région maintienne ses réussites et réalise les objectifs facilement accessibles, y compris l'élimination de la rougeole et de maladies négligées telles que la schistosomiase. Le programme et budget n'était pas le résultat d'une approche ambitieuse ; il avait émergé d'un processus ascendant dans lequel les États Membres avaient identifié les priorités programmatiques. Le Bureau continuerait à travailler avec

les États Membres pour identifier les activités qui pourraient être revues à la baisse ou supprimées et il continuerait à rechercher des économies et des efficacités, bien qu'il y ait une limite à sa capacité de réduction du personnel sans compromettre sa capacité de réponse aux attentes des États Membres.

65. Elle a souligné que le Bureau ne demandait pas une augmentation pour couvrir les coûts de fonctionnement à la hausse ou l'inflation, mais plutôt pour financer l'exécution des programmes prioritaires. Si le Bureau devait fournir la coopération technique que les États Membres demandent, le budget devrait à tout le moins être ramené au niveau du budget 2012-2013 ; l'augmentation proposée le ramènerait à ce niveau.

66. Le Bureau était engagé à renforcer ses efforts de mobilisation des ressources et à explorer de nouveaux partenariats. Toutefois, le fait que la Région était considérée comme bien développée rendrait toujours difficile la mobilisation de financement volontaire. De plus, la plupart des contributions volontaires continueraient à être réservées. Les contributions fixées étaient la source de financement la plus flexible et donnaient au Bureau une plus grande latitude pour pouvoir répondre aux besoins des États Membres sans retard. Et dans des domaines où il avait historiquement été difficile de mobiliser des contributions volontaires, tels que la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles, la plupart du financement pour la coopération technique du Bureau devrait venir des contributions fixées.

67. Un grand nombre d'États Membres faisait des investissements importants en matière de sécurité sanitaire nationale. Une OPS renforcée pourrait aider à accélérer ce processus. Elle demandait par conséquent aux États Membres d'envisager l'affectation de certaines de ces ressources à l'Organisation. En travaillant ensemble, le Bureau et les États Membres pourraient réaliser le développement de la santé nationale et maintenir la Région à l'avant-garde de la santé publique mondiale.

68. Le Comité exécutif a par la suite examiné une version amendée de la résolution proposée, contenue dans le document CE156/10, Add. 1, qui reflétait les opinions exprimées au cours de la discussion. Il a été convenu que les chiffres dans la résolution sur lesquels il n'y avait pas encore eu d'accord resteraient entre crochets et que les chiffres pour le scénario 3 resteraient vierges, en attendant d'autres consultations entre le Bureau et les États Membres dans la période précédant le Conseil directeur. Il a également été convenu que la résolution proposée concernant les contributions fixées des États Membres serait révisée pour tenir compte du nouveau barème des contributions de l'OEA. À la suggestion de la Directrice, le Comité a également convenu d'ajouter un point sur le nouveau barème à l'ordre du jour provisoire pour le 54^e Conseil directeur (voir paragraphes 11 à 13 ci-dessus).

69. Le Comité a adopté la résolution CE156.R17, recommandant que le Conseil directeur approuve le programme et budget et encourageant les États Membres à s'acquitter ponctuellement de leurs contributions fixées et également de faire des contributions volontaires flexibles.

Réforme de l'OMS (document CE156/11)

70. Mme Natalie St. Lawrence (Représentante du Sous-comité du programme, du budget et de l'administration) a indiqué que le Sous-comité avait examiné un rapport sur le statut de la réforme de l'OMS et avait loué les efforts du Bureau pour assurer que les politiques et les pratiques de l'OPS étaient alignées sur celles de l'OMS. Il avait été noté toutefois que le rapport préparé pour le Sous-comité fournissait des informations sur seulement deux aspects de la réforme de l'OMS : l'engagement de l'OMS avec les acteurs non étatiques et l'affectation des ressources de l'OMS aux régions. Le Bureau avait été prié de préparer un rapport plus complet pour la considération du Comité exécutif. Le Sous-comité avait noté que, durant la discussion sur la réforme à la session de janvier 2015 du Conseil exécutif de l'OMS, l'OPS avait été critiquée pour son manque d'intégration et d'alignement sur l'OMS. Il avait suggéré que le Bureau prépare un rapport décrivant l'intégration de l'OPS à l'OMS en conformité avec l'article 54 de la Constitution de l'OMS.

71. M. Daniel Walter (Directeur du Département de la Planification et du budget du BSP) a présenté le rapport sur la réforme de l'OMS contenu dans le document CE156/11, qui résumait le rapport présenté à la soixante-huitième Assemblée mondiale de la Santé en mai 2015 et comportait une annexe montrant l'alignement étroit entre les réformes programmatiques, administratives et de gouvernance entreprises par l'OMS et l'OPS et leurs progrès dans la mise en œuvre de ces réformes. Il notait que la réforme à l'OPS avait commencé en 2003 avec l'initiative de l'OPS au 21^e siècle, qui avait eu pour résultat un grand nombre des produits clés qui avaient émergé de la réforme de l'OMS, y compris le Bureau d'éthique, une fonction d'évaluation indépendante, le Comité d'audit de l'OPS, une politique de dénonciation des abus, une méthodologie d'affectation budgétaire basée sur les besoins, un cadre de gestion fondée sur les résultats et des directives pour la collaboration avec les entreprises privées.

72. Les réformes prévues ou en cours à l'OPS et l'OMS dans le domaine de la gouvernance incluaient un examen du statut actuel et de la pertinence des résolutions et des mandats des 10 à 15 dernières années, un soutien renforcé pour préparer les États Membres à fournir un apport stratégique aux réunions des Organes directeurs mondiaux et régionaux et le travail continu sur le cadre pour l'engagement avec les acteurs non étatiques. L'Argentine continuerait à coordonner les consultations entre les États Membres afin d'atteindre un consensus sur ce cadre. Les réformes programmatiques incluaient une planification consultative ascendante, l'activation de réseaux de catégorie et domaines programmatiques pour assurer une cohérence programmatique aux niveaux régionaux et mondiaux, une approche intégrée de la budgétisation et un portail web pour suivre l'exécution du programme et budget. Dans le domaine de la réforme administrative, l'OPS et l'OMS exécutaient toutes les deux un cadre de gestion du risque et avaient introduit des stratégies des ressources humaines d'une grande portée qui partageaient de nombreux éléments communs. Toutes les deux travaillaient également à l'introduction d'une culture organisationnelle de l'évaluation.

73. Il a exprimé sa gratitude au Mexique et au Paraguay pour leurs efforts en tant que représentants de la Région au groupe de travail sur l'affectation stratégique de l'espace budgétaire, qui développait une formule objective basée sur les besoins afin de déterminer les affectations budgétaires aux régions pour la coopération technique dans les pays. La formule proposée, qui aiderait à aborder le sous-financement des Amériques, devrait prendre effet lors de l'exercice biennal 2018-2019.

74. Le Comité exécutif a accueilli favorablement les progrès accomplis sur la réforme et a félicité le leadership de l'Argentine, du Mexique et du Paraguay pour le travail sur le cadre de l'engagement avec les acteurs non étatiques et l'affectation stratégique de l'espace budgétaire. Les délégués ont souligné le besoin de la participation des États Membres au renforcement de l'Organisation et sa coopération technique et ont mis en relief l'importance de la planification ascendante afin d'identifier les besoins et les priorités au niveau des pays et renforcer la transparence et la responsabilisation. Ils ont noté à cet égard que beaucoup restait à faire en ce qui concernait la stratification des priorités. Les délégués ont applaudi les efforts pour promouvoir une culture d'évaluation, qui aiderait à poursuivre le renforcement de la transparence et la responsabilisation.

75. L'importance de l'alignement continu entre l'OPS et l'OMS dans les efforts de réforme et en conformité à l'article 54 de la Constitution de l'OMS a été soulignée et les délégués ont fait part de leur soutien à la recommandation du Sous-comité du programme, du budget et de l'administration selon laquelle un rapport décrivant l'intégration de l'OPS avec l'OMS devrait être préparé. Ils ont également suggéré que le Bureau développe des points à faire valoir et des messages clés qui expliqueraient comment l'alignement et l'intégration de l'OPS avec l'OMS prenait place. Ces messages aideraient les États Membres des Amériques à dissiper les préoccupations exprimées par les États Membres d'autres régions et à rectifier les malentendus sur l'OPS et sa relation avec l'OMS.

76. Le besoin de redoubler les efforts pour compléter toutes les réformes en cours a été mis en relief. Les délégués ont noté les progrès accomplis durant la soixante-huitième Assemblée mondiale de la Santé en ce qui concernait le cadre pour l'engagement avec les acteurs non étatiques et étaient convaincus que les questions restantes pouvaient être résolues rapidement et que le cadre serait adopté par l'Assemblée mondiale de la Santé en 2016. Le besoin d'éviter les conflits d'intérêt et d'assurer que toute collaboration avec les acteurs non étatiques contribuait à la réalisation des objectifs de santé publique a également été souligné. Ils ont demandé des informations sur la façon dont le cadre serait appliqué au niveau régional. Ils ont souligné que, même si des ajustements mineurs pouvaient être apportés pour tenir compte des caractéristiques organisationnelles spécifiques de l'OPS, il n'y aurait pas de changement substantiel au cadre après son approbation par l'Assemblée mondiale de la Santé.

77. Les efforts de l'OPS pour aligner sa stratégie des ressources humaines sur celle de l'OMS ont été loués, mais des informations supplémentaires ont été demandées sur la façon dont elle participerait à la politique de mobilité du personnel de l'OMS. Le plan de l'OPS de développer une stratégie de mobilisation des ressources dans la ligne de la

stratégie de l'OMS a également été bien accueilli, ainsi que la création d'un portail web similaire au portail du budget programme de l'OMS. Le Bureau a été prié d'indiquer la date à laquelle le portail serait accessible aux États Membres. D'autres informations ont également été demandées sur le système de suivi du Plan stratégique de l'OPS et quand il serait disponible pour les États Membres.

78. M. Walter a répondu que le système de suivi serait mis à la disposition des États Membres à travers les représentants de l'OPS/OMS à temps pour qu'ils puissent présenter les résultats de l'exécution du Plan stratégique en 2014 et 2015. Le portail web de performance et financement du programme serait probablement construit au cours du second semestre de 2016, après que le système d'information pour la gestion du BSP devienne pleinement opérationnel. La nouvelle stratégie de mobilisation des ressources serait également prête en 2016. Pour ce qui était de la mobilité du personnel, le Bureau avait déclaré son intention dans la stratégie des ressources humaines du BSP (voir paragraphes 221 à 228 ci-dessous) de participer à la politique de mobilité de l'OMS, mais les modalités de la politique n'avaient pas encore été définies et on ignorait par conséquent la forme que prendrait cette participation. Quant à la stratification des priorités, il était prévu que la méthodologie améliorée de stratification soit prête pour examen par le Conseil directeur en septembre.

79. La Directrice espérait que l'information contenue dans l'annexe du rapport avait rassuré les États Membres sur le fait que l'OPS était très en avance sur le siège de l'OMS et les autres bureaux régionaux en ce qui concernait la réforme. Le processus ascendant de planification était également mieux développé dans les Amériques que dans le reste de l'OMS. Elle a noté que l'article 54 de la Constitution de l'OMS préconisait que l'OPS soit intégrée avec, non dans, l'OMS. Contrairement aux autres bureaux régionaux, l'OPS était une organisation séparée avec sa propre Constitution et alors que le Bureau continuerait à faire tout son possible pour assurer un alignement étroit entre les deux organisations, il ne pouvait prendre aucune mesure pour intégrer l'OPS dans l'OMS sans une décision formelle par les États Membres. Le Bureau fournirait aux États Membres l'information dont ils avaient besoin pour corriger les malentendus sur l'intégration de l'OPS avec l'OMS et inclurait dans le document à préparer pour le Conseil directeur une explication sur la façon dont les deux organisations différaient. Il éduquait également le personnel du BSP pour assurer qu'il comprenait clairement l'histoire et la structure de l'OPS et sa relation avec l'OMS.

80. En ce qui concernait le cadre pour l'engagement avec les acteurs non étatiques, une fois que cette politique était approuvée au niveau global, certains ajustements devraient être apportés pour l'adapter à l'OPS. Par exemple, le langage devrait être changé pour faire référence au personnel de l'OPS et non le personnel de l'OMS, du fait que le Directeur régional était le seul membre du personnel de l'OMS à l'OPS. Toutefois, le Bureau ne pouvait pas dicter les changements qui devraient être apportés ou non au cadre au niveau régional car c'était la prérogative des États Membres.

81. Le Comité a pris note du rapport.

Plan d'action en matière de vaccination (document CE156/12, Rév. 2)

82. Le Dr Cuauhtémoc Ruiz Matus (Directeur a.i. du Département de la Famille, du genre et du cycle de vie du BSP) a présenté le plan d'action proposé en matière de vaccination, notant que la vaccination était l'une des interventions de santé publique les plus acceptées socialement et les plus efficaces par rapport au coût. Le renforcement des programmes de vaccination avait eu pour résultat que la Région était exempte de polio et les Amériques avaient récemment été déclarées exemptes de rubéole et du syndrome de rubéole congénitale. C'était la première région à atteindre cette étape importante et elle était sur le point d'être également la première région à être déclarée exempte du virus endémique de la rougeole.

83. Nombre des réalisations en matière de prévention et de lutte contre les maladies évitables par la vaccination avaient été accomplies par le biais du Fonds renouvelable pour l'achat de vaccins, qui était un exemple pour d'autres régions. Le maintien de ces accomplissements et les progrès continus en ce qui concernait d'autres maladies évitables par la vaccination telles que l'infection par le virus du papillome humain (VPH) et la maladie à rotavirus nécessiteraient une disponibilité ponctuelle de vaccins de qualité en quantité suffisante. En 2013 toutefois, 55% des municipalités de la Région avaient rapporté une couverture de moins de 95% avec trois doses du vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTC), rendant leurs populations hautement vulnérables à l'importation de maladies déjà éliminées ou sous contrôle et constituant un risque pour les progrès accomplis à ce jour.

84. La vision du plan d'action proposé était que la population des Amériques serait protégée contre les maladies évitables par la vaccination et que, au titre du droit à la santé, les États Membres favoriseraient un accès équitable et universel aux services de vaccination et à des vaccins sûrs et abordables tout au long du cycle de vie. Le plan d'action aiderait à renforcer la culture de la prévention, à réduire les inégalités à l'aide d'une attention prioritaire portée aux groupes plus défavorisés, à renforcer l'infrastructure en santé publique, à soutenir l'engagement politique et à promouvoir une plus grande intégration de l'accès universel aux services de santé. Il proposait une feuille de route que les États Membres pourraient suivre durant la période 2016-2020 pour l'élaboration et l'exécution de politiques vaccinales. Le plan comportait quatre axes stratégiques d'intervention, avec des objectifs et des indicateurs généraux et stratégiques pour le suivi qui étaient décrits dans le document CE156/12. Les progrès dans le cadre du plan seraient également évalués par l'Assemblée mondiale de la Santé au titre des objectifs et buts du Plan d'action mondial de vaccination.

85. Le Comité exécutif a accueilli favorablement le plan d'action proposé, soulignant que la vaccination était l'une des stratégies les plus rentables et reconnaissant que des défis demeuraient, alors que la Région avait fait de grands progrès dans l'amélioration de la couverture. Le consensus était qu'une priorité élevée devait continuer à être accordée à la vaccination car la couverture devait être maintenue à un niveau supérieur à 95% pour protéger les populations contre l'importation de maladies. On a noté que la couverture des vaccins traditionnels contre les maladies telles que la rougeole et la polio avait besoin

d'être renforcée. On a attiré l'attention sur les obstacles entravant l'obtention d'une couverture vaccinale élevée, y compris le manque d'acceptation publique de la vaccination et un mouvement anti-vaccination croissant. Les délégués ont souligné le besoin de campagnes de sensibilisation du public afin d'assurer que les communautés comprenaient l'importance de la vaccination. Plusieurs délégués ont souligné les grandes inégalités dans l'accès à la vaccination, affirmant que la vaccination était un droit et que le coût élevé des vaccins était un obstacle à la réalisation de la couverture sanitaire universelle.

86. On a exprimé un soutien à l'introduction de nouveaux vaccins, tels que ceux contre le rotavirus, le pneumocoque et le VPH, et en faveur de l'expansion mondiale de l'usage du vaccin contre la grippe. Les délégués ont fait part de leur soutien au Fonds renouvelable de l'OPS dans la négociation de coûts moins élevés pour les vaccins. L'importance du suivi mondial des coûts des vaccins et des fournitures pour assurer l'équité dans l'accès a été soulignée et les délégués ont exprimé leur appréciation concernant l'attention renforcée dans le rapport à l'établissement des coûts, la livraison effective et l'abordabilité du paquet entier de vaccination.

87. Il y a eu une discussion animée sur l'usage de l'expression « droit à la santé » dans le document, certains délégués la soutenant avec force et d'autres suggérant son remplacement par la phrase « le droit à la possession du meilleur état de santé », la formulation étant celle du préambule de la Constitution de l'OMS. D'autres problèmes de langage ont surgi, les délégués demandant des clarifications sur certaines phrases du plan d'action et un délégué demandant des ajustements pour tenir compte du système fédéral de gouvernement dans certains pays. L'inclusion d'un langage qui tiendrait compte des contextes et des réalités nationaux a également été demandée.

88. Des questions ont été soulevées sur les différents indicateurs et leur mesure et sur la façon dont serait abordé le déficit prévu de financement pour l'exécution du plan. Le Dr Ruiz Matus a indiqué que des ressources seraient mobilisées auprès de partenaires extérieurs pour combler l'écart de financement. En ce qui concernait les indicateurs, il a noté que pour chacun le Bureau avait établi des spécifications techniques expliquant ce que signifiait l'indicateur et la façon dont il serait interprété, ce qui serait inclus dans le numérateur et dans le dénominateur, les sources d'information qui seraient utilisées, la fréquence de sa mesure et d'autres détails. La même approche était suivie dans la formulation des indicateurs inclus dans tout autre plan d'action adopté par les Organes directeurs.

89. La Directrice a remercié les États Membres de leur profond engagement envers la vaccination, notant que le Programme élargi de vaccination, programme fleuron de l'Organisation, continuait à travailler pour assurer que toutes les personnes disposaient d'un accès égal aux vaccins et pour maintenir une couverture élevée. Il était troublant que 55% des municipalités dans les Amériques soient tombées sous le niveau de couverture acceptable, particulièrement en raison du fait que si des virus continuaient à circuler dans d'autres régions, les Amériques continueraient d'être à risque – en particulier ses populations pauvres, vulnérables et rurales. Elle a convenu que l'Organisation devait

faire des efforts pour soutenir le Fonds renouvelable, renforcer les autorités nationales de réglementation et travailler avec les partenaires dans les domaines de la recherche et de l'information.

90. Concernant les déficits de financement, elle a indiqué que de nombreux programmes de l'Organisation subissaient des déficits importants, mais que le Bureau était confiant que ses efforts de mobilisation des ressources combleraient ces écarts. L'expertise disponible dans les États Membres et la coopération sud-sud seraient également mobilisées. Pour ce qui était des commentaires de plusieurs délégués sur l'expression « le droit à la santé », elle a assuré au Comité que le document serait amendé pour tenir compte des changements discutés et mettre un accent renforcé sur la nécessité d'assurer l'accès universel aux vaccins, sur lequel il y avait consensus.

91. Le Comité a examiné les versions révisées du document et le projet de résolution qui incorporait les amendements proposés durant la discussion et les commentaires écrits soumis par plusieurs délégations. Dans le document révisé (document CE156/12, Rév. 2), le « droit à la santé » a été remplacé par la phrase « droit à la possession du meilleur état de santé, y compris dans la perspective du droit à la santé là où il est reconnu au niveau national, » langage qui avait été utilisé dans d'autres documents approuvés par les Organes directeurs durant les dernières années. Plusieurs autres changements éditoriaux ont été faits et un nouvel indicateur a été introduit, se rapportant à l'identification et la correction d'obstacles à la vaccination. Il a été noté qu'il serait probablement irréaliste de s'efforcer de dépasser les résultats escomptés envisagés dans le programme de développement pour l'après-2015 concernant la réduction de la mortalité infantile et maternelle, étant donné que ces résultats étaient déjà ambitieux, et il était convenu que « dépasser » devrait être remplacé par « réaliser » dans l'objectif général 4.1 du document et dans le paragraphe 1(f) de la résolution.

92. Le Comité a adopté la résolution CE156.R14, recommandant que le Conseil directeur approuve le plan d'action.

Stratégie et plan d'action relatifs à la démence et aux handicaps chez les personnes âgées (document CE156/13)

93. Le Dr Cuauhtémoc Ruiz Matus (Directeur a.i. du Département de la Famille, du genre et du cycle de vie du BSP) a présenté la stratégie et le plan d'action proposés. Il a observé que le nombre croissant de personnes âgées posait un des plus grands défis actuels au système de santé et aux autres systèmes de protection sociale. Les maladies chroniques souvent observées chez les personnes âgées, la démence en particulier, plaçaient un lourd fardeau sur les familles et la société. Les systèmes de santé n'étaient pas équipés pour répondre à la détérioration fonctionnelle et la dépendance associées au vieillissement ; les familles et les femmes en particulier étaient par conséquent mises à contribution pour s'occuper des personnes âgées, une situation qui était insoutenable. La stratégie et le plan d'action étaient conçus pour promouvoir l'accès aux services de santé et à la couverture universelle des personnes âgées. Ceci serait fait au moyen d'interventions au niveau primaire et secondaire, en particulier les services de nature

préventive. La prévention tertiaire pour recouvrer ou maintenir la capacité fonctionnelle des personnes souffrant de maladies serait également encouragée pour éviter la dépendance et le besoin de soins à long terme – action qui en dernier ressort améliorerait la qualité de la vie et la santé des personnes âgées et de leurs familles et réduirait la demande et le fardeau financier sur le système de santé.

94. Le plan, qui comportait cinq axes stratégiques d'intervention, était aligné sur les autres mandats régionaux, y compris la convention interaméricaine sur la protection des droits humains des personnes âgées récemment adoptée. Toutefois, son accent portait sur la réponse à la dépendance et sa prévention et la prestation de soins à long terme associés aux démences et autres handicaps chez les personnes âgées.

95. Le Comité exécutif a bien accueilli la stratégie et le plan d'action proposés, notant le fardeau que les démences et la dépendance imposaient non seulement aux personnes âgées et leurs personnes soignantes mais aussi au système de santé en général, en raison de la transition démographique et épidémiologique et du coût élevé des soins dans la Région. Alors que les délégués exprimaient généralement leur soutien au plan, plusieurs considéraient que la portée était trop vaste et suggéraient de la limiter aux démences, car le langage « démence et autres handicaps » dans le titre du plan d'action impliquait un éventail bien plus large de problèmes, qui aurait besoin d'être défini. Un délégué a suggéré de substituer la phrase par « démences et troubles cognitifs. » Il a également demandé s'il existait une définition reconnue internationalement du terme « dépendance », une notion complexe qui n'était pas confinée à la perte de fonction mais qui englobait également des facteurs économiques, sociaux et psychologiques. Des définitions ont été demandées pour les termes « démence », « handicap » et « compétences de base », et une déléguée a suggéré de remplacer le terme « ressources humaines » par quelque chose comme « personnes intervenant dans le secteur ou le système de santé » ou « personnes travaillant dans le secteur de la santé ou le système de protection sociale » pour mettre le concept en termes plus sociaux. La déléguée a noté que dans certains pays, plusieurs domaines de travail du plan ne relevaient pas de la juridiction fédérale et que, dans son pays, le rôle fédéral concernant l'approche de la démence comprenait la réduction du risque et la prévention, la surveillance, l'amélioration de la qualité de la vie, les soins de fin de vie et la recherche.

96. La prévention était un thème commun aux déclarations de nombreux délégués. Alors qu'ils observaient que la promotion de la santé et la prévention des maladies étaient essentielles, un délégué a indiqué que la recherche n'avait pas encore montré une connexion définitive entre les interventions en santé et la réduction du risque de démence plus tard dans la vie. Il a par conséquent souligné l'importance d'adopter des interventions fondée sur des données probantes pour la promotion de la santé, la prévention des maladies et la réduction du risque alors qu'elles émergeaient dans la littérature scientifique. Un autre délégué était préoccupé par le fait que axes stratégiques n'incluaient pas la prévention et la réduction du risque. Le lien entre la démence et les facteurs modifiables de risque tels les maladies chroniques, la nutrition et la santé bucco-dentaire était noté comme un aspect qui devrait être étudié plus en profondeur car des

mesures simples et peu coûteuses, telles que la cessation du tabagisme et une meilleure nutrition, pouvaient avoir un réel impact.

97. Plusieurs délégués ont décrit les progrès que leurs pays avaient faits dans l'approche des démences chez les personnes âgées, citant leurs programmes, législation et politiques nationales pour la maladie d'Alzheimer et la collaboration avec les associations d'Alzheimer. Ils ont mentionné l'importance de normes pour mesurer le renforcement de la capacité des systèmes de santé de fournir des soins de qualité aux personnes âgées et des activités de promotion et de prévention, y compris celles visant la détérioration cognitive. Ils ont également souligné le besoin d'encourager les administrations locales à adopter des stratégies pour les personnes âgées et renforcer celles existantes pour promouvoir systématiquement la santé et prévenir les maladies dans leur juridiction, en responsabilisant les communautés par une sensibilisation accrue.

98. Les délégués ont convenu que le but de la stratégie et du plan était d'améliorer la vie des patients et des personnes soignants, pour permettre aux patients de vivre plus longtemps avec la meilleure qualité de vie possible. Plusieurs ont noté le besoin d'une approche interdisciplinaire multidimensionnelle et mentionné, entre autres, une amélioration de la capacité de recherche et de surveillance, la formation des agents de santé et des personnes soignantes informels, le lien entre la santé mentale et les systèmes primaires et l'implication du gouvernement, de la société civile et de la communauté. Le besoin d'un accès équitable et universel aux programmes de soins à long terme et de fin de vie a été noté. Plusieurs délégués ont mentionné l'importance de référencer la convention interaméricaine sur la protection des droits humains des personnes âgées dans le document.

99. Le Dr. Ruiz Matus a remercié les délégués de leurs observations et commentaires, qui seraient incorporés dans le document et la résolution. En réponse aux questions de terminologie, il a noté que le document contenait les définitions de handicap et de dépendance. Quant à la portée du plan d'action, alors que les démences étaient une cause importante de dépendance, d'autres pathologies telles que les maladies des articulations, la cécité et la surdité l'étaient également et l'objectif du plan d'action était de fournir une approche transversale plutôt que de se concentrer exclusivement sur les troubles mentaux.

100. La Directrice a observé qu'il apparaissait clairement que d'autres discussions sur le cadre de référence et la portée de la stratégie et du plan d'action étaient nécessaires et elle a suggéré que les États Membres tiennent des consultations pendant la session du Comité exécutif dans le but d'atteindre un consensus sur le document à présenter au Conseil directeur.

101. Un groupe de travail composé des délégués du Brésil, du Canada, du Costa Rica, de l'Équateur, des États-Unis d'Amérique, du Mexique et du Venezuela a rencontré par la suite le personnel technique du BSP pour discuter du document et de la résolution. Après un long débat, un consensus a été atteint voulant que l'attention du document se limite au thème des démences chez les personnes âgées comme un problème important de santé publique dans la Région, omettant les « autres handicaps » ; le Bureau préparerait

un calendrier des tâches pour la révision du document et de la résolution, qui seraient circulés parmi les membres du Comité exécutif et les autres États Membres. Une consultation virtuelle intersessionnelle serait tenue pour finaliser le document et la résolution pour le Conseil directeur, le travail devant être complété avant le 17 août 2015. Le groupe de travail recommandait par conséquent de reporter la décision sur la résolution jusqu'au Conseil directeur.

102. Le Comité exécutif a accepté de reporter l'action sur la stratégie et le plan d'action jusqu'au 54^e Conseil directeur et a demandé au Bureau de réviser le document et le projet de résolution pour tenir compte des changements suggérés par les États Membres. Le Comité a également accepté qu'une nouvelle version du document et de la résolution soit préparée et traduite pour le 10 juillet. Le document et la résolution seraient circulés aux membres du Comité exécutif entre le 20 et le 31 juillet et des consultations techniques prendraient place entre le Bureau et les États Membres individuels sur toutes les préoccupations concernant le document. Une réunion virtuelle avec tous les membres du Comité exécutif et d'autres États Membres intéressés se tiendrait le 4 août. Et l'examen interne final et la production du document seraient terminés le 10 août et sa traduction le 17 août.

Stratégie et plan d'action visant au renforcement du système de santé pour combattre la violence à l'égard des femmes (document CE156/14)

103. Le Dr Cuauhtémoc Ruiz Matus (Directeur a.i. du Département de la Famille, du genre et du cycle de vie du BSP) a présenté la stratégie et le plan d'action proposés, notant qu'une femme sur trois dans les Amériques était la victime de violence physique ou sexuelle. Le plan d'action proposé offrait une feuille de route pour prévenir et répondre au phénomène qui souvent n'était pas notifié ou sous-notifié dans les statistiques et par conséquent invisible. En outre, comme la violence à l'égard des femmes était souvent justifiée par des normes culturelles et considérée comme une affaire privée, la stigmatisation et la honte éprouvées par les survivantes les empêchait souvent de rechercher les services requis. La violence à l'égard des femmes était associée à des décès et à de nombreux problèmes de santé, tels que la dépression, l'alcoolisme, le VIH et d'autres infections sexuellement transmissibles, et était liée aux naissances prématurées, aux bébés de faible poids et à des taux plus élevés de mortalité parmi les enfants de moins de cinq ans. Elle entraînait également des coûts directs et indirects élevés pour les gouvernements, la société, les communautés et les familles.

104. Les systèmes de santé avaient montré leur faible capacité d'identifier et d'assister les survivantes, même si des directives fondées sur les données probantes portant sur la façon de traiter la violence à l'égard des femmes étaient disponibles. La réponse à la violence à l'égard des femmes nécessiterait une approche multisectorielle impliquant les secteurs de la santé, de l'éducation, de la justice et des services sociaux, avec des stratégies coordonnées pour renforcer la législation et son application et changer les normes sociales et de genre à la racine du problème. Le plan d'action reconnaissait les multiples rôles du système de santé et proposait quatre axes stratégiques d'intervention. La stratégie et le plan d'action ont tous deux été préparés suite à de vastes consultations

avec de nombreuses parties prenantes. Leur approbation aiderait non seulement à aborder le problème dans la Région mais aussi à servir d'exemple pour les autres régions du monde.

105. Le Comité exécutif a bien accueilli la stratégie et le plan d'action proposés. Il était convenu que la violence à l'égard des femmes constituait un problème grave de santé publique mondiale et de droits humains avec des conséquences importantes et de longue durée pour les femmes, les familles et les sociétés et que la réponse à ce problème nécessiterait une approche multisectorielle complète qui incluait le renforcement institutionnel, la législation et son application, la collecte des données, la formation et l'éducation, la communication et les soins aux victimes. Les délégués ont souligné l'importance de la coordination avec les secteurs de l'éducation, de la sécurité sociale, du travail, des organismes d'application de la loi, de la communication et autres pour prévenir la violence. Reconnaissant que le problème affectait tous les pays de la Région, les délégués ont également noté qu'il était impératif de changer les normes sociales et culturelles qui rendaient la violence à l'égard des femmes acceptable.

106. Plusieurs délégués ont décrit la législation de leurs pays liée à la violence contre les femmes, qui couvrait une vaste série de domaines, y compris la violence domestique, la discrimination et la violence contre les personnes lesbiennes, bisexuelles et trans (LBT), la violence sexuelle contre les femmes et les filles et le trafic humain de femmes aux fins de prostitution. Un délégué a indiqué que son pays avait un programme basé sur des données probantes pour prévenir et aborder la violence domestique, sexuelle et de genre qui incluait la détection et les soins précoces et ponctuels, y compris les soins psychologiques et la réduction du préjudice causé par ces incidents. Il a fait part de la volonté de son gouvernement de partager ses expériences dans la lutte contre la violence à l'égard des femmes et de la violence conjugale.

107. Un nombre de délégués a souligné le besoin d'aborder la violence à l'égard des femmes en termes plus larges, en incorporant les femmes LBT dans les indicateurs de la stratégie et du plan d'action et en offrant une ventilation par variables telles que l'âge, l'orientation sexuelle et l'identité de genre. Ils considéraient qu'il était important de disposer d'informations sur les différents contextes dans lesquels se produisait la violence à l'égard des femmes et de développer des stratégies pour y répondre. Un délégué a recommandé une surveillance renforcée et des signalements obligatoires de la violence à l'égard des femmes aux ministères de la Santé et une ventilation de cette violence par race. Les délégués ont mis en avant le besoin de prévention, d'éducation et de communication pour amener un changement dans les normes culturelles qui perpétuent la violence.

108. Il y avait un accord général sur la rareté des données actuelles et sur le besoin d'un plus grand nombre d'études qui contribueraient à la conception et la validation des interventions pour la prévention de différents types de violence – physique, psychologique, sexuelle, économique, etc. – dans différents domaines de la société. Reconnaissant que l'ensemble des travaux pour lutter contre la violence à l'égard des femmes dans une perspective de santé était relativement récent et que les données pour

mesurer la prévalence de la réponse des systèmes de santé étaient complexes et limitées, un délégué a recommandé l'inclusion d'indicateurs qui soient ambitieux et gradués.

109. Il y avait consensus sur le fait que l'information sur la violence physique, sexuelle et émotionnelle à l'égard des femmes par un partenaire conjugal était largement invisible dans les statistiques internationales et que le secteur de la santé, qui devrait jouer un rôle clé dans la prévention et le traitement, avait une capacité limitée en matière d'identification des victimes. Par conséquent, il fallait accroître la sensibilisation parmi les agents de santé. Un délégué avait souligné le besoin de former les agents de santé pour interagir avec les victimes de la violence contre les femmes de façon à empêcher la revictimisation des survivantes. Plusieurs délégués ont mis en avant l'importance de signaler la violence et d'assurer la protection de ceux qui la rapportent ainsi que de fournir un accès à la justice aux femmes qui ont subi des actes de violence. Ils ont également mentionné le besoin de mettre la contraception d'urgence à la disposition des victimes de violence sexuelle, même si cette question faisait l'objet d'un débat légal dans certains pays.

110. Plusieurs délégués ont posé des questions quant à savoir si le budget prévu serait suffisant pour exécuter la stratégie et le plan d'action et atteindre les indicateurs qui y sont contenus.

111. Le Dr Ruiz Matus a répondu que le budget était considéré approprié pour commencer et aller de l'avant avec les activités proposées. Il a convenu du besoin d'une vaste approche qui considérerait les aspects tels que la diversité sexuelle, la violence contre les groupes vulnérables tels que les handicapés et les différences entre les groupes ethniques. Le Bureau avait noté les changements suggérés à certains des indicateurs et travaillerait avec les États Membres pour réviser la proposition. Concernant la clarté de certains indicateurs, il a expliqué que les spécifications techniques avaient été élaborées pour chaque indicateur et contenaient la définition de l'indicateur et identifiaient les sources d'information ainsi que où, comment et avec quelle fréquence cette information serait obtenue.

112. La Directrice a dit qu'il était clair que ce point avait une grande importance pour les États Membres. Alors que le principal objectif de la stratégie et du plan d'action était le rôle du secteur de la santé dans la prévention de la violence à l'égard des femmes, le rôle d'autres secteurs était tout aussi important. Elle a encouragé les États Membres à aborder la question dans leurs parlements, congrès et groupes communautaires.

113. La résolution proposée a été amendée pour tenir compte des suggestions faites au cours des discussions et adoptée en tant que résolution CE156.R6.

Plan d'action sur la santé des travailleurs (document CE156/15, Rév. 1)

114. Le Dr Luiz Augusto Galvão (Chef, Développement durable et de l'équité en santé du BSP) a présenté le plan d'action proposé, expliquant qu'il actualisait le plan d'action

régional sur la santé des travailleurs adopté en 1999.² Le nouveau plan prévoyait une réponse aux nouvelles réalités de l'emploi et au besoin de mettre les bénéfices des initiatives réussies sur la santé des travailleurs mises en œuvre durant les 15 dernières années à la disposition des travailleurs dans tous les États Membres. De nouveaux défis nécessitaient de nouvelles approches pour aborder la santé des adultes âgés de 18 à 65 ans à travers une approche globale axée sur la protection et la promotion de la santé des travailleurs.

115. Les travailleurs de la Région étaient actuellement aux prises avec les conséquences et les inégalités résultant de conditions de travail inégales et hasardeuses qui exposaient les travailleurs à une multitude de situations dangereuses capables de nuire à leur santé et de causer des risques pour leur sécurité physique et leurs vies. La Région était en proie à une épidémie invisible de maladies professionnelles, d'accidents du travail, de handicap, de maladies non transmissibles exacerbées par le travail et de décès au travail. Le coût des soins en résultant était énorme, en particulier dans des secteurs tels que la santé, l'activité minière, la construction, le transport, l'agriculture et, par-dessus tout, le secteur informel où plus de 50% des travailleurs ne disposaient pas de protection sociale, y compris de services de santé. En conséquence, les systèmes de santé publique assumaient le fardeau des soins et des coûts élevés, ce qui exerçait une pression accrue sur leurs budgets. Le plan d'action actualisé sur la santé des travailleurs proposait de relever ces défis au moyen de cinq axes stratégiques d'intervention, qui étaient décrits dans le document CE156/15.

116. Le Comité exécutif a accueilli favorablement le nouveau plan d'action comme un moyen de répondre à la situation actuelle résultant des défis et des changements dans le monde du travail. Les délégués ont reconnu son importance pour répondre aux problèmes de l'inégalité et améliorer l'emploi et les conditions de travail dans toute la Région. Ils ont exprimé leur satisfaction sur les actions pratiques et les indicateurs du plan pour mesurer les progrès dans l'amélioration de la santé des travailleurs et sur l'objectif mis sur le renforcement des capacités et la prévention des risques professionnels. Ils ont noté que ces risques posaient un défi qui exigerait que les pays, conformément à leur contexte national et à leurs législations sur le travail, appliquent des concepts, outils et méthodologies de différentes disciplines à l'élaboration de mesures cohérentes pour la prévention, le contrôle et l'évaluation des risques professionnels et les accidents et pathologies apparentés. Ceci nécessiterait l'engagement des gouvernements, des employeurs, des travailleurs, de la communauté et du secteur de la santé. Un délégué a observé qu'il serait nécessaire d'améliorer la formation des agents de santé dans le domaine de la santé professionnelle et des disciplines apparentées et d'établir les fonctions du personnel de santé professionnel, de renforcer les organes administratifs et techniques des institutions gouvernementales, de renforcer les réglementations concernant la promotion de la santé des travailleurs et la surveillance et la prévention des maladies et accidents professionnels et de promouvoir la recherche pour produire de nouvelles connaissances scientifiques dans le domaine de la santé professionnelle.

² Voir document CD41/15 et résolution CD41.R13 (1999).

Plusieurs délégués ont également mentionné le besoin de porter une attention dans le plan aux travailleurs qui nécessitaient des considérations spéciales, tels que les personnes âgées, les enfants, les travailleurs migrants et, en particulier, les agents de santé.

117. Les délégués ont identifié un nombre de domaines dans le plan qui devaient être renforcés. Ils ont mentionné le besoin de cohérence dans l'analyse de la situation, les axes stratégiques d'intervention et les indicateurs dans certains domaines et la pertinence d'établir des objectifs à moyen terme. Un délégué a recommandé de mettre l'accent sur le droit des travailleurs à se syndiquer et un autre a suggéré d'ajouter la notion de couverture des régimes d'indemnisation des travailleurs car ils formaient une composante intégrale de la santé des travailleurs.

118. Il y a eu beaucoup de discussions sur le langage du document, plusieurs délégués demandant que l'expression « le droit à la santé » soit remplacée par la formulation de la Constitution de l'OMS « le droit à la possession du meilleur état de santé ». Ils ont suggéré que des définitions claires soient fournies pour plusieurs termes, dont « travail sain », « emplois sains et respectueux », « qualité de la vie sur le lieu de travail » et « le secteur informel ». Ils ont noté que si l'on n'arrivait pas à définir ce dernier terme cela poserait des difficultés aux États Membres pour évaluer les indicateurs qui se rapportaient au secteur informel. Le terme « maladie professionnelle » était également considéré problématique et il a été suggéré que l'OPS devrait probablement spécifier clairement que la liste des maladies professionnelles de l'Organisation internationale du travail sera utilisée pour la Région.

119. Le Dr Galvão a clarifié que les termes en question avaient été définis par l'OMS ou l'OIT et a convenu qu'il serait plus avantageux d'utiliser la liste des maladies professionnelles de l'OIT.

120. Un groupe de travail a été formé pour réviser le document afin de tenir compte des changements proposés au cours de la discussion. Le Comité exécutif a par la suite approuvé le document révisé (CE156/15, Rév.1) et adopté la résolution CE156.R3, recommandant que le Conseil directeur approuve le plan d'action.

Plan d'action pour la prévention et le contrôle de la tuberculose (document CE156/16)

121. Le Dr Marcos Espinal (Directeur du Département des Maladies transmissibles et de l'analyse en santé du BSP) a présenté le projet de plan d'action, notant que la tuberculose constituait toujours un problème majeur de santé publique dans la Région des Amériques, malgré les progrès accomplis dans la lutte contre la maladie. Elle avait par conséquent été incluse parmi les épidémies majeures à aborder dans les objectifs proposés de développement durable pour l'après-2015. Les facteurs contribuant à la persistance de la maladie dans la Région comprenaient l'épidémie de VIH, la multirésistance aux médicaments et la pharmacorésistance, la transition épidémiologique et les changements démographiques qui avaient conduit à une augmentation rapide de la population urbaine.

122. Le but du plan d'action était d'accélérer la réduction de l'incidence et la mortalité de la tuberculose et d'atteindre l'objectif de réduction contenu dans le Plan stratégique de l'OPS 2014-2019. Le plan d'action était également conçu pour aider la Région à atteindre les objectifs établis dans le Plan mondial Halte à la tuberculose 2006-2015 et les nouvelles cibles pour la prévention, les soins et la lutte après 2015 approuvées par la soixante-septième Assemblée mondiale de la Santé.³ Le plan était le produit d'une vaste consultation avec les directeurs nationaux du programme de la tuberculose et les partenaires techniques régionaux et mondiaux et apporterait une continuité aux efforts de l'OPS dans le cadre de la *Stratégie régionale de contrôle de la tuberculose pour 2006-2015*,⁴ qui était actuellement en voie d'achèvement. Il faciliterait également l'exécution du nouveau plan mondial de l'OMS, car il renforcerait les soins de la tuberculose en considérant l'environnement et la situation socioéconomique des populations vulnérables et en encourageant l'intervention d'autres secteurs dans la lutte contre la tuberculose. L'approche des déterminants sociaux de la santé était l'une des forces du plan, qui proposait des activités horizontales pour créer des synergies dans les systèmes de santé nationaux. Ses axes stratégiques d'intervention incluaient des composantes qui tenaient compte du genre, de l'ethnicité, des droits humains et de l'éthique dans la prévention, le traitement et la lutte contre la tuberculose. Le plan servirait de catalyseur pour la réduction continue de l'incidence de la tuberculose dans la Région.

123. Le Comité exécutif a accueilli favorablement le plan d'action et a applaudi son alignement sur le Plan mondial de l'OMS. Les délégués ont exprimé leur appui aux buts du plan, ses cibles et stratégies ambitieuses et l'accent mis sur les mesures pour atteindre les populations vulnérables et impliquant d'autres secteurs pour lutter contre la tuberculose. Ils ont noté la relation entre la tuberculose, les maladies non transmissibles et les déterminants de la santé. De nombreux délégués ont noté le besoin d'un diagnostic et d'un traitement précoces, de l'accès universel au traitement, de l'engagement politique, de l'action intersectorielle et multidisciplinaire et de la formation du personnel de santé. Ils ont également observé que la promotion de la santé et l'éducation étaient requises pour combattre les malentendus sur le risque de contracter la tuberculose.

124. Plusieurs délégués ont décrit les programmes de tuberculose de leurs pays et les progrès dans la réduction de la morbidité et mortalité de cette maladie. L'importance des stratégies DOTS et Halte à la tuberculose dans la guérison de nouveaux cas et la réduction de la prévalence a été mise en relief. Ils ont suggéré que des comorbidités telles que la relation entre la tuberculose et le diabète et entre la tuberculose et l'infection par le VIH devraient être étudiées, ainsi que l'impact social de la tuberculose, en particulier sur les familles. Ils ont également noté le besoin d'investir dans la recherche et le développement visant à produire de nouvelles thérapies alternatives et à assurer l'accès universel aux médicaments de première ligne.

125. Il a été suggéré que des changements devraient être apportés au plan pour donner une flexibilité aux États fédérés et l'adapter à leur contexte et réalité. Des clarifications

³ Voir document de l'OMS A67/11 et résolution WHA67.1 (2014).

⁴ Voir document CD46/18, Rév. 1 et résolution CD46.R12 (2015).

ont été demandées concernant la différence entre la cible d'impact de l'OMS d'une réduction de 36% de la mortalité et la cible de l'OPS d'une réduction de 24% : une harmonisation a été suggérée. Des informations ont aussi été demandées sur la façon dont les chiffres seraient atteints – par pays, proportionnellement ou d'une autre façon. Il a été recommandé que les progrès au titre du plan soient mesurés à l'aide d'indicateurs déjà identifiés dans le Plan stratégique de l'OPS 2015-2019 et que les avancées soient rapportées par le biais des rapports biennaux d'évaluation sur l'exécution du Plan stratégique. Le Bureau a été invité à fournir des informations supplémentaires sur le document de travail qu'il entendait préparer pour l'exécution du plan d'action dans les pays (mentionné au paragraphe 25 du document CE156/16), en particulier en ce qui concernait les objectifs, les cibles et les indicateurs à inclure dans ce document.

126. Le Dr Espinal a expliqué que le BSP travaillait sur un document plus détaillé, devant être circulé aux directeurs du programme de la tuberculose dans la Région, dans le but de faciliter et de renforcer le suivi de l'exécution du plan. Il proposerait des indicateurs supplémentaires de la tuberculose qui n'avaient pas été inclus dans le plan d'action macro, tels que le nombre d'échantillons de crachats testés et le nombre d'enfants dépistés. Concernant le lien entre la tuberculose et le diabète, il a noté que l'OPS avait encouragé trois études sur le sujet. Il a convenu qu'il était important d'étudier la relation entre la tuberculose et les maladies non transmissibles et de mettre l'accent sur une approche multisectorielle. La raison de la différence entre les cibles de réduction de la mortalité de l'OMS et de l'OPS était que la Région des Amériques avait déjà fait des progrès considérables en matière de réduction de la mortalité : la cible régionale plus faible tenait compte de ce fait. L'important était de maintenir l'engagement politique et le soutien aux programmes de contrôle de la tuberculose. Il a noté que les programmes de contrôle étaient de plus en plus mis en œuvre au premier niveau de soins et que certains pays de la Région se trouvaient déjà au stade de la pré-élimination, ce qui était encourageant.

127. La Directrice a observé que la tuberculose était une maladie complexe étroitement associée à la pauvreté et aux autres déterminants sociaux de la santé et qu'il était essentiel de concentrer l'action sur les groupes les plus vulnérables et les plus pauvres de la population. Elle a également noté que l'innovation était requise à la fois en matière de médicaments et de diagnostics.

128. Le Comité a adopté la résolution CE156.R2 amendée, recommandant que le Conseil directeur approuve le plan d'action, étant entendu que le Bureau réviserait le plan pour refléter les changements suggérés au cours de la discussion du Comité.

Plan d'action sur la résistance aux antimicrobiens (document CE156/17)

129. Le Dr Marcos Espinal (Directeur du Département des Maladies transmissibles et d'analyse en santé du BSP) a présenté le projet de plan d'action qui avait été préparé à la demande des États Membres et des partenaires à la suite du débat en 2011 lors de la table ronde de la Journée mondiale de la Santé concernant la résistance aux antimicrobiens et la réunion en 2013 du groupe consultatif technique sur la résistance aux antimicrobiens.

Le plan avait pour but de servir d'orientation pour l'élaboration de politiques et de plans nationaux.

130. L'OPS avait mis en œuvre des stratégies et des interventions pour endiguer la résistance aux antimicrobiens pendant plus de deux décennies et le réseau latino-américain pour la surveillance de la résistance aux antimicrobiens avait fourni son assistance pour améliorer la surveillance dans la Région. En résultat, 25 pays disposaient maintenant d'un laboratoire national de référence pour tester la susceptibilité aux antibiotiques. Néanmoins, de grandes lacunes persistaient dans la réponse à la résistance aux antimicrobiens dans les Amériques. Un petit nombre de pays disposaient de plans nationaux pour répondre à ce problème à l'aide d'une approche multisectorielle inclusive et un nombre tout aussi réduit avaient mené des campagnes d'information publiques pour accroître la sensibilisation à la résistance aux antimicrobiens. La résistance aux antimicrobiens constituait également un problème majeur en santé animale. Étant donnée la vaste disponibilité de médicaments antimicrobiens en vente libre dans les États Membres, des directives sur la prescription réglementée et le traitement standard étaient requises. Des autorités réglementaires nationales fortes et des normes de qualité assureraient la production et la distribution nationale de médicaments de qualité reconnue.

131. Le plan d'action quinquennal était aligné sur le plan d'action mondial de l'OMS sur la résistance aux antimicrobiens adopté par la soixante-huitième Assemblée mondiale de la Santé⁵ et était lié aux plans d'action existants sur les maladies infectieuses et adapté aux réalisations et aux défis de la Région. L'objectif du plan était de fournir des directives pour l'endiguement et la réduction de l'impact de la résistance aux antimicrobiens et d'assurer le traitement et la prévention continus des maladies infectieuses avec des médicaments de qualité sûrs et efficaces qui étaient utilisés d'une manière responsable et qui étaient accessibles à tous ceux qui en avaient besoin. Le plan fournissait également des cibles et des indicateurs pour l'endiguement de la résistance aux antimicrobiens dans les Amériques, fondé sur cinq axes stratégiques d'intervention. Pour atteindre les cibles, l'engagement des États Membres, des centres collaborateurs de l'OPS/OMS et des partenaires était essentiel.

132. Le Comité exécutif a accueilli favorablement le projet de plan d'action, qui était considéré comme une feuille de route pour une action concrète et mesurable pour lutter contre la résistance aux antimicrobiens. Il a été souligné que la résistance aux antimicrobiens était une menace mondiale croissante, avec des implications qui dépassaient la santé et touchaient les sphères sociales et économiques et que les efforts multisectoriels étaient par conséquent requis pour affronter le problème. Les délégués ont loué les efforts de l'OPS pour améliorer l'éducation sur l'usage approprié des antibiotiques, sa mise en œuvre de programmes de gestion des antibiotiques et l'accent mis sur la prévention de la résistance aux antimicrobiens à travers l'amélioration de la prévention de l'infection et les mesures de contrôle dans les établissements de soins de

⁵ Voir documents OMS A68/20 et A68/20 Corr.1 et résolution WHA68.7 (2015).

santé. L'importance de l'usage des antibiotiques dans la santé humaine et animale à travers une approche d' « une seule santé » a été soulignée.

133. Les délégués ont affirmé que la résistance aux antimicrobiens constituait un problème de santé publique nécessitant une approche globale, notant que parmi les conséquences directes des infections résistantes aux antimicrobiens il fallait compter des maladies plus longues, une mortalité plus élevée, des séjours hospitaliers plus longs, une perte de protection pour les patients chirurgicaux et autres et des coûts plus élevés. Plusieurs délégués ont mentionné le besoin de surveillance, dont la surveillance épidémiologique et la surveillance environnementale, ainsi que de laboratoires de référence, d'investissements dans le développement de nouveaux médicaments, de politiques pharmaceutiques pour contrôler la vente et la distribution des antibiotiques, d'un contrôle de l'infection communautaire et nosocomiale et d'un engagement du secteur privé, tout en soulignant l'importance de travailler ensemble pour combattre la menace posée par la résistance aux antimicrobiens.

134. Exprimant son soutien au plan, une déléguée a observé que dans son pays, la lutte contre la résistance aux antimicrobiens était une responsabilité partagée dans laquelle de multiples parties prenantes et juridictions, y compris les gouvernements fédéraux, provinciaux, territoriaux et municipaux avaient un rôle à jouer. Elle a suggéré que des références explicites aux programmes, priorités ou approches au niveau « national » soient retirées afin de donner aux États fédérés la flexibilité d'adapter le plan à leur contexte. Une autre déléguée considérait que le calendrier envisagé au titre du Plan d'action mondial était trop court pour le développement et la mise en œuvre d'un plan d'action national et a suggéré que le Bureau fournisse un appui technique pour permettre aux pays d'adapter le plan à leur situation particulière. Un appui pour identifier les programmes modèles pour répondre à la résistance aux antimicrobiens a également été demandé. Des améliorations à plusieurs des indicateurs du plan ont été proposées.

135. Le Dr. Espinal a indiqué que le plan d'action donnerait les moyens au Bureau d'aider les pays à préparer leurs plans nationaux et les mettre en conformité avec le Plan stratégique. Il a convenu de l'importance du suivi et de la réglementation de la prescription et de la vente d'antibiotiques pour sauvegarder l'efficacité des médicaments existants.

136. La Directrice a souligné que la résistance aux antimicrobiens était un problème grave de préoccupation internationale avec des implications pour la sécurité de la santé et qu'elle devait être prise sérieusement. Le projet de plan d'action régional avait bénéficié des discussions à l'OMS, au cours desquelles les États Membres de la Région avaient fait montre d'un niveau élevé d'engagement dans le débat sur la résistance aux antimicrobiens. Elle a noté que pendant les délibérations du Comité, plusieurs délégués avaient mis en relief l'importance de l'approche « une seule santé », de l'interface entre santé humaine et santé animale et de travailler avec le secteur vétérinaire de santé publique. Ce serait un thème important de discussion lors de la réunion interaméricaine à niveau ministériel sur la santé et l'agriculture (RIMSA) en 2016 et des préparatifs intenses aboutissant à la réunion. Le Bureau ferait tous ses efforts pour renforcer sa

capacité à appuyer les États Membres et à fournir la coopération technique dans ce domaine. Elle a encouragé les États Membres à mettre en place des réglementations interdisant la vente de médicaments antimicrobiens sans ordonnance médicale.

137. Le Comité a adopté la résolution CE156.R4, recommandant que le Conseil directeur approuve le plan d'action, étant entendu que le Bureau réviserait le plan pour tenir compte des changements suggérés pendant la discussion du Comité.

Plan d'action pour la prévention et le contrôle des hépatites virales (document CE156/18)

138. En introduisant le plan d'action proposé, le Dr Marcos Espinal (Directeur du Département des Maladies transmissibles et d'analyse en santé du BSP) a noté que l'hépatite virale était un grave problème de santé publique qui nécessitait une réponse urgente et vigoureuse. Enrayer l'épidémie des hépatites virales serait une priorité des objectifs de développement durable pour l'après-2015. Dans ce cadre, l'objectif général du plan pour la Région des Amériques consistait à développer et à renforcer les réponses nationales et régionales de la santé publique pour réduire la morbidité, le handicap et les décès dus aux hépatites virales. La préparation du plan avait impliqué un examen exhaustif de l'information disponible et des consultations régionales avec les représentants des États Membres, des experts et les partenaires concernés pour partager les expériences et les concepts et obtenir des recommandations pour renforcer le plan et assurer son plein alignement sur le Plan stratégique de l'OPS 2014-2019. Une récente consultation au Brésil s'était avérée particulièrement importante, au cours de laquelle l'OMS avait présenté les principes et les éléments de base de la stratégie mondiale en cours d'élaboration.

139. La nature chronique de deux formes de la maladie, l'hépatite B et l'hépatite C, avait souvent un impact négatif important sur les personnes, les familles et les communautés et sur les systèmes de santé et les ressources publiques. Les actions pour la prévention de nouvelles infections étaient des lignes clés dans la lutte contre l'hépatite. La Région avait accompli des progrès considérables en matière de vaccination contre l'hépatite B, en particulier chez les nouveau-nés et les nourrissons et le plan se proposait de renforcer, maintenir et étendre cette action réussie. Il proposait également l'introduction progressive et soutenue de mesures thérapeutiques destinées à améliorer la condition générale des personnes souffrant d'hépatite B chronique et de guérir l'hépatite C. Les données probantes ont indiqué que les antiviraux à action directe étaient hautement efficaces, avec des taux de guérison supérieurs à 95%. Ces médicaments étaient actuellement très coûteux, mais leurs formes génériques et les accords de prix bilatéraux entre les pays et les compagnies pharmaceutiques baissaient les coûts. Comme pour l'épidémie de VIH et les antirétroviraux, la Région pourrait bénéficier de forums régionaux de négociation pour renforcer l'accès aux médicaments. Le Bureau était prêt à diriger cette initiative.

140. Le Plan, qui comportait cinq axes stratégiques d'intervention, pourrait ouvrir la voie à une réduction drastique des hépatites virales dans la Région. Le but consistait à

inverser la tendance actuelle d'ici 2020 et à éliminer la maladie comme problème de santé publique d'ici 2030.

141. Le Comité exécutif a accueilli favorablement le plan d'action et a reconnu que l'hépatite virale constituait un défi mondial de santé publique considérable nécessitant une approche globale. L'alignement du plan sur la résolution de l'Assemblée mondiale de la Santé 2014 sur les hépatites virales⁶ était également bienvenu. Les délégués ont noté l'importance de faire face aux déterminants de la santé et aux besoins spécifiques des populations vulnérables, de diminuer la stigmatisation et la discrimination et de fournir un accès égal aux services essentiels. Des questions ont été soulevées toutefois sur la façon dont la mise en œuvre du plan serait financée.

142. Les délégués ont mis en avant l'importance de la surveillance épidémiologique, de la vaccination, du dépistage, de l'accès à des médicaments sûrs et efficaces et des stratégies pour empêcher la transmission de l'hépatite B et de l'hépatite C dans les établissements de soins de santé et en dehors, de la prévention de la transmission par le sang, de la promotion de la recherche et de protocoles pour gérer l'hépatite B et l'hépatite C et la réduction du risque parmi les groupes vulnérables et à risque grâce à des activités de proximité, de réduction des risques et du traitement ponctuel de l'abus de substances. Un délégué a noté l'importance de l'intensification de la recherche et du développement afin de pouvoir disposer de méthodes de diagnostic et de traitement plus abordables, en particulier pour l'hépatite B et l'hépatite C. Il a également souligné l'importance d'une action pour limiter le risque d'hépatite virale dans les populations affectées par des catastrophes – action qui comprendrait la prévention du risque, les soins psychologiques, la vaccination et la promotion de la santé.

143. Le besoin de mieux comprendre l'épidémiologie de l'hépatite C a été mis en relief. Il a été noté qu'alors que des traitements nouveaux devenaient disponibles, la prévention devrait être l'approche primaire pour interrompre la transmission du virus de l'hépatite C. Il a également été noté que de nombreux pays ne comprenaient pas vraiment le moteur de la transmission de la maladie dans leurs contextes nationaux. Les délégués ont préconisé l'analyse de l'accès aux médicaments et des moyens d'améliorer cet accès, en particulier pour le traitement de l'hépatite C, pour laquelle il n'existait pas de vaccin. Plusieurs délégués ont fait part de la volonté de leurs pays de coopérer aux efforts pour obtenir des prix plus faibles pour les médicaments contre l'hépatite. Il a été suggéré que la transplantation en tant que traitement des conditions chroniques dues aux hépatites devrait être considérée au titre de l'accès équitable aux soins cliniques. L'importance du dépistage des hépatites dans les organes et les tissus des donneurs a été soulignée.

144. Il a été suggéré que les programmes nationaux de prévention devraient être renforcés au moyen de l'introduction de tests de diagnostic rapide pour dépister l'hépatite B, particulièrement chez les femmes enceintes et autres populations clés, du renforcement de la capacité de détermination de la charge virale de sérum pour l'hépatite B et de la charge virale de sérum et du génotype pour l'hépatite C et du traitement renforcé pour

⁶ Résolution WHA67.6 (2014).

l'hépatite B dans les populations clés ainsi que du développement de protocoles de traitement pour l'hépatite B et l'hépatite C. Le besoin de sensibilisation de la communauté pour promouvoir l'adhérence au traitement et la réceptivité à la vaccination dans les groupes à risque a été mis en relief. Il a également été suggéré que des études étaient nécessaires pour évaluer le fardeau social et économique généré par la morbidité et la mortalité des hépatites virales.

145. Les délégués ont fait des suggestions d'amendements au document et au projet de résolution, qui ont été appréciées par le Dr Espinal, qui a affirmé que le plan serait révisé pour qu'un accent plus marqué soit placé sur la recherche et que le BSP travaillerait la main dans la main avec les États Membres pour fournir l'assistance technique et apprendre des bonnes pratiques. Il a remercié le Brésil et les autres pays qui avaient offert leur soutien dans l'obtention de prix plus faibles des médicaments contre l'hépatite pour les États Membres.

146. Le Dr Massimo Ghidinelli (Chef de l'Unité du VIH, de l'hépatite, de la tuberculose et des infections sexuellement transmissibles du BSP), en répondant à la question sur le financement, a rappelé que deux ans auparavant le Bureau avait subi un changement structurel : auparavant les différents volets du programme concernant l'hépatite dépendaient de plusieurs départements mais ils étaient désormais tous réunis sous la direction de l'Unité du VIH, de la tuberculose et des infections sexuellement transmissibles. Le but était de créer des synergies interprogrammatiques et une opportunité de tirer parti de la plateforme et de l'infrastructure partagées par des programmes plus matures. Certaines des ressources considérées nécessaires pour l'exécution du plan d'action seraient générées à travers ce partage. Des ressources supplémentaires pourraient venir de l'OMS. Il a remercié le Brésil pour le détachement de son personnel et sa contribution de ressources extrabudgétaires, qui avaient permis au Bureau de procéder à la préparation du plan, notant que les autres pays étaient extrêmement intéressés par le contrôle de l'hépatite virale et fournissaient également leur appui.

147. Le Dr James Fitzgerald (Directeur du Département des Systèmes et services de soins de santé du BSP) a informé qu'un nombre d'antiviraux importants avait récemment été ajouté à la liste des médicaments essentiels de l'OMS, incluant cinq nouveaux produits contenant le sofosbuvir et le daclatasvir et que de nouveaux produits étaient prévus. Trois ou quatre antiviraux de plus étaient maintenant sur la liste. L'expérience avec les antiviraux contre le VIH/sida avait montré que l'inclusion de produits dans la liste de médicaments essentiels avait un impact important sur la dynamique du marché, tant mondialement que régionalement. Elle stimulait également la production de produits génériques sur une période de temps généralement courte, facilitant leur entrée sur le marché, là où les barrières de propriété intellectuelle n'existaient pas. Plus important, elle encourageait la production d'équivalents thérapeutiques et la compétition entre les régimes de traitement, ce qui ferait probablement baisser les prix. Il faudra mettre l'accent sur la transparence des prix lors de l'établissement de directives de traitement pour l'achat de ces médicaments. Il faudra également développer une stratégie spécifique

dans ce domaine à travers le dialogue avec les États Membres sur l'accès à des médicaments à coût élevé de fournisseur exclusif, en profitant des opportunités pour promouvoir l'accès à ces produits par le biais du Fonds stratégique.

148. Il était d'accord avec les États Membres concernant leurs commentaires relatifs au besoin d'innovation, notant qu'un programme intégral de travail existait actuellement qui incluait le développement d'un vaccin contre l'hépatite C et des traitements à action prolongée par injection unique en plus des antiviraux oraux, des diagnostics simplifiés au point de traitement pour faciliter la prévision de la demande et l'estimation des besoins et la simplification des régimes de traitement.

149. La Directrice, observant que l'hépatite virale était une urgence longtemps non reconnue comme telle, a affirmé que la Région disposait des connaissances, des outils et des mécanismes requis pour la prévention et le traitement. Il fallait accroître les programmes de sensibilisation communautaire et renforcer la prévention, l'accès universel aux soins et au traitement et l'innovation en santé publique, ce qui nécessiterait un degré élevé d'engagement de la part de tous. La mortalité et la morbidité dues aux hépatites virales pouvaient être considérablement réduites si la Région mettait en œuvre ce qu'elle savait déjà et tirait parti des outils à sa disposition. Elle espérait que les efforts conjoints du Bureau et des États Membres débarrasseraient la Région des hépatites virales.

150. Le Comité a adopté la résolution CE156.R10, recommandant que le Conseil directeur approuve le plan d'action, étant entendu que le Bureau réviserait le plan pour tenir compte des changements suggérés au cours de la discussion du Comité.

Stratégie en matière de législation sur la santé (document CE156/19, Rév. 2)

151. M. Néstor Alejandro Rosa Navarro (Uruguay), a présenté ce point en notant que l'Uruguay et El Salvador avaient conjointement mené les consultations et négociations sur le projet de stratégie en matière de législation sur la santé,⁷ qui avaient été très participatives. Plusieurs consultations virtuelles et des rencontres en personne avaient été tenues, auxquelles tous les membres du Comité exécutif et la majorité d'autres États Membres de l'OPS avaient participé. La stratégie telle qu'elle figurait dans le document CE156/19 reflétait le consensus atteint. Son but était de faciliter le renforcement de la législation sur la santé et le partage de l'expérience à cet égard afin de continuer à progresser sur la voie de l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle, et d'autres domaines clés sur lesquels les Organes directeurs avaient adopté des résolutions. C'était une proposition solide pour action par le Bureau et les États Membres

⁷ La stratégie avait été initialement présentée au Comité exécutif en 2014 lors de sa 154^e session. Une version révisée avait ensuite été présentée au 53^e Conseil directeur mais n'avait pas été approuvée. Le Conseil avait décidé d'établir un groupe de travail, l'Uruguay en étant le Président et El Salvador son Vice-président, pour continuer à affiner la stratégie afin de la soumettre à nouveau à la 156^e session du Comité exécutif (2015). Voir document CD53/FR (2014).

qui aiderait à renforcer les cadres juridiques et de réglementation et favoriserait le droit à la santé, et il a encouragé le Comité à la soutenir.

152. Dans la discussion qui a suivi, les délégués ont fait bon accueil à la version révisée de la stratégie et remercié l'Uruguay et El Salvador d'avoir dirigé le groupe de travail. L'avis était que même s'il avait été difficile à négocier, le texte révisé était plus solide, prenait en considération les contextes et les besoins nationaux différents et offrait plus de flexibilité et permettrait au Bureau de mieux assister les pays, à leur demande, pour améliorer leurs cadres juridiques et réglementaires. L'importance de renforcer les cadres juridiques pour promouvoir et protéger la santé était reconnue, tout comme le rôle de l'OPS en facilitant l'échange de bonnes pratiques à cet égard. Il a été noté toutefois que, même si de nombreux États Membres poursuivaient des approches fondées sur les droits dans leurs efforts pour atteindre la couverture sanitaire universelle, la reconnaissance des droits liés à la santé et leur mise en œuvre variaient selon les contextes nationaux ; certains ajustements de langage de la stratégie étaient proposés afin de tenir compte de ce fait et de l'aligner sur la langue convenu antérieurement dans la stratégie sur l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle⁸ et d'autres stratégies de l'OPS. Plusieurs autres changements mineurs ont été suggérés afin d'atteindre un consensus final sur la stratégie.

153. La Directrice a exprimé sa gratitude aux États Membres pour leur participation au long processus de consultation sur la stratégie et a remercié l'Uruguay et El Salvador d'avoir dirigé le processus. Le document étant le produit d'intenses négociations entre les États Membres, elle était confiante que le consensus serait atteint.

154. Après avoir examiné deux versions révisées de la stratégie et du projet de résolution, qui incorporait les changements supplémentaires proposés durant la discussion, le Comité exécutif a adopté la résolution CE156.R11, recommandant que le Conseil directeur adopte la stratégie.

Questions administratives et financières

Rapport sur le recouvrement des contributions fixées (documents CE156/20 et Add. I)

155. Mme Linda Kintzios (Trésorière et Conseillère principale des Services et systèmes financiers, Gestion des ressources financières du BSP) a présenté le rapport, qui détaillait le statut du recouvrement des contributions fixées au 31 décembre 2014 et 30 avril 2015 et, à l'addendum I, au 15 juin 2015. Elle a noté que depuis cette date, des versements supplémentaires de \$1 281 946 de l'Argentine et de \$151 996 du Panama avaient été reçus.

156. Un total de 85% des arriérés avait été versé, laissant un solde non recouvré de \$4,3 millions à l'ouverture de la 156^e session du Comité exécutif. Aucun État Membre n'était sujet à l'heure actuelle à l'Article 6.B de la Constitution. Toutefois, elle a noté que

⁸ Voir document CD53/5, Rév. 2, et résolution CD53.R14 (2014).

le solde des arriérés était en augmentation par rapport à la session de 2014 du Comité exécutif, quand les arriérés étaient à peine de \$1,6 million.

157. À compter du 15 juin 2015, l'Organisation avait reçu \$22,4 millions en versements sur les contributions fixées de 2015, ici aussi un chiffre légèrement inférieur à celui de juin 2014 et ne représentant que 21% du total des contributions fixées de l'année actuelle. Le solde des contributions fixées de 2015 dues se montait à un total de \$83,2 millions. Dix-sept États Membres s'étaient acquittés de l'intégralité de leurs contributions, ce qui était bienvenu, mais en raison du faible niveau global des versements des contributions, l'Organisation était encore obligée d'utiliser le fonds de roulement pour financer l'exécution du budget ordinaire. Les décaissements du budget ordinaire pour la première moitié de 2015 s'étaient élevés à \$34,1 millions. Au 31 décembre 2014 le solde du fonds de roulement s'élevait à \$19,2 millions, mais il avait maintenant diminué à \$6,0 millions. À moins que d'autres contributions fixées ne soient reçues, le montant serait utilisé dans son intégralité d'ici au 30 juin, ce qui forcerait l'Organisation à utiliser d'autres ressources financières internes pour financer l'exécution du budget ordinaire.

158. La Directrice a affirmé que la situation actuelle était évidemment préoccupante car il était difficile pour le Bureau de continuer son travail sans les ressources financières nécessaires. Elle a remercié les États Membres qui s'étaient acquittés de leurs versements jusqu'à présent en 2015, priant instamment les autres d'en faire de même.

159. Le Comité exécutif a adopté la résolution CE156.R1, remerciant les États Membres qui s'étaient acquittés de leurs versements pour 2015 et les années antérieures et priant instamment les autres États Membres de s'acquitter de leurs arriérés dès que possible.

Rapport financier du Directeur et rapport du Commissaire aux comptes externe pour 2014 (document officiel 349)

160. Mme Natalie St. Lawrence (Représentante du Sous-comité du programme, du budget et de l'administration) a fait rapport sur l'examen par le Sous-comité d'une version préliminaire non audité du Rapport financier, notant que le Sous-comité avait demandé des clarifications sur les raisons de l'augmentation des recettes consolidées et de la baisse importante des contributions volontaires de l'OPS. L'augmentation importante des contributions volontaires nationales avait également été notée, et des assurances avaient été demandées que le montant demandé pour le soutien des programmes était suffisant pour couvrir les coûts de l'Organisation et éviter des pressions indues sur son budget.

161. M. Gerald Anderson (Directeur de l'administration du BSP) a présenté une vue d'ensemble du Rapport financier du Directeur, incluant des informations comparatives sur les sources de recettes pour le programme et budget de l'OPS et la distribution de ce revenu sur les cinq années antérieures. Les contributions fixées de l'OPS étaient restées stables entre 2012 à 2014 et le revenu divers avait augmenté de 2013 à 2014, largement

en résultat du revenu de l'intérêt sur les investissements au Brésil. La part de l'OMS du budget ordinaire reçu en 2014 avait été de \$30,6 millions, par rapport à \$37,8 millions dans la première année de l'exercice biennal antérieur. Les contributions volontaires de l'OMS étaient demeurées relativement stables, mais les contributions volontaires de l'OPS avaient baissé de plus de 50% de 2012 à 2014, chutant de \$93,7 millions à \$40,9 millions. Une certaine inversion de cette tendance à la baisse avait été observée au cours du premier semestre de 2015.

162. Le recouvrement des contributions fixées des années antérieures s'était considérablement amélioré de 2010 à 2014. Toutefois, le recouvrement des contributions fixées de l'année en cours avait chuté. D'autres détails figuraient dans le rapport sur le recouvrement des contributions fixées (voir paragraphes 155 à 159 ci-dessus). Bien que les arriérés aient baissé légèrement de 2013 à 2014, le niveau global des arriérés avait augmenté sensiblement depuis 2010.

163. Les contributions volontaires nationales avaient fait un bond important de 2013 à 2014, principalement en résultat du projet *Mais Médicos* au Brésil, mais ces contributions provenant d'autres pays avaient également augmenté, pour un accroissement d'environ \$8 millions de 2013 à 2014. Les recettes des trois fonds d'acquisition de l'Organisation avaient également montré une tendance globale à la hausse depuis 2012, bien que le montant pour les achats remboursables ait chuté.

164. Le Commissaire aux comptes externe avait émis une « opinion d'audit sans réserve » sur les états financiers de l'Organisation pour 2014. Lors des années précédentes, le Commissaire aux comptes avait émis une « opinion non qualifiée » mais les deux termes signifiaient essentiellement la même chose : l'auditeur avait conclu que les états financiers avaient été préparés, à tous les égards, en conformité au cadre financier applicable.

Rapport du Commissaire aux comptes externe pour 2014

165. En introduisant le rapport du Commissaire aux comptes externe, M. José Luis Cea Claver (Cour des comptes d'Espagne), a indiqué que, dans son travail en cours en tant que Commissaire aux comptes externe de l'Organisation, la Cour des comptes d'Espagne avait continué à apprendre sur l'OPS et s'était efforcée d'adapter ses recommandations de façon à aider l'Organisation à réaliser ses objectifs en matière de transparence et de gestion financière saine. Une équipe composée de 12 auditeurs avait effectué deux visites au siège de l'OPS et s'était également rendue dans les bureaux de pays de l'OPS/OMS au Brésil, en Colombie et à Cuba. Les membres de l'équipe avaient aussi participé aux neuvième et dixième sessions du Comité d'audit de l'OPS. En résultat de ce travail, le Commissaire aux comptes externe avait préparé le document comprenant le rapport du Commissaire aux comptes externe contenu dans le *document officiel 349*. Les conclusions les plus importantes du travail du Commissaire aux comptes se trouvaient dans l'opinion du Commissaire aux comptes et le rapport sous forme longue concernant l'audit des états financiers pour 2014.

166. M. Miguel Ángel Sánchez del Águila (Cour des comptes d'Espagne), faisant ressortir les chiffres de l'examen financier contenu dans la forme longue du rapport, a noté que l'Organisation avait affiché un excédent net de \$23,7 millions en 2014, alors qu'en 2013 elle avait subi une perte nette de \$2,66 millions. Les recettes totales s'étaient élevées à \$1727,1 million, une augmentation de 51,5% par rapport à 2013. Dans le même temps, les dépenses avaient augmenté de 49,1%, à \$1703,4 million. Ces deux augmentations étaient dues principalement aux augmentations des contributions et des dépenses associées au projet *Mais Médicos*. Les actifs et passifs avaient augmenté de 4,1%, bien que les coûts du personnel et autres coûts liés au personnel avaient baissé de 9%, passant de \$186 millions en 2013 à \$169 millions en 2014. En termes généraux, l'OPS disposait de ressources suffisantes pour faire face à ses obligations financières actuelles et au passif des avantages du personnel sur le court terme. Toutefois, sur le moyen et long terme, le financement de ce passif continuerait à être un défi et le Commissaire aux comptes encourageait l'Organisation à continuer d'appliquer des mesures pour satisfaire ces obligations.

167. Il a ensuite résumé les recommandations figurant dans le rapport, qui comprenaient diverses mesures destinées à renforcer les contrôles internes et à minimiser les risques associés au projet *Mais Médicos*, à assurer que le projet du système d'information pour la gestion du BSP était achevé en temps voulu et à améliorer la gestion de la relève et le transfert de savoir du personnel partant à la retraite. La majorité des recommandations passées avait été mise en œuvre, ce qui démontrait l'engagement du Bureau à améliorer ses systèmes et procédures.

168. Le Comité exécutif a accueilli favorablement l'opinion d'audit sans réserve. Des clarifications ont été demandées concernant l'augmentation des coûts des voyages de 2012 à 2014 et le Bureau était encouragé à trouver des moyens de réduire ces coûts en utilisant des outils technologiques. Une déléguée a voulu savoir pourquoi le passif des avantages du personnel avait augmenté, étant donné que les autres coûts de personnel avaient diminué. Elle a également demandé des clarifications sur les différences entre le Fonds renouvelable pour l'achat de vaccins et le Fonds d'achat remboursable. Une autre déléguée a demandé un supplément d'information sur les produits achetés à travers les fonds d'achats de l'OPS et a demandé quelle était la raison du nombre élevé de contrats de service à fournisseur unique. Elle reconnaissait qu'il pouvait y avoir un nombre limité de vendeurs dans certains cas, mais soulignait le besoin de transparence pour assurer que l'OPS obtenait la meilleure valeur et le meilleur prix. Elle a également noté que le rapport indiquait un manque de transparence en ce qui concernait les lettres d'accord au bureau de pays du Brésil et a exhorté le Bureau à prendre action pour corriger ce manquement. Elle a demandé des assurances que les ressources volontaires pour les programmes nationaux couvraient intégralement les coûts de soutien des programmes. Les efforts du Bureau pour exécuter les recommandations précédentes du Commissaire aux comptes externe étaient loués et le Bureau était encouragé à agir sur toutes les recommandations actuelles. Il était particulièrement important d'exécuter les recommandations concernant la gestion du risque.

169. La déléguée du Brésil a exprimé son appréciation à l'OPS pour son appui à l'exécution du projet *Mais Médicos*, dont bénéficiait plus de 63 millions de Brésiliens et qui contribuait à la réalisation de la couverture sanitaire universelle. Elle a proposé de fournir des informations supplémentaires aux autres délégations sur le projet et ses avantages.

170. M. Sánchez del Águila a clarifié que l'audit externe n'avait pas révélé de problèmes majeurs en ce qui concernait la transparence ou un manquement au respect du règlement financier et les règles de gestion financière de l'Organisation regardant l'attribution de contrats.

171. M. Anderson a expliqué que l'augmentation des coûts des voyages était principalement attribuable à l'exécution du projet *Mais Médicos*, qui avait été lancé en 2013. Ces coûts incluaient les voyages pour les médecins cubains au Brésil et les voyages à l'intérieur du Brésil. Pour ce projet et tous les projets financés par les contributions nationales volontaires, tous les coûts directement attribuables aux activités du projet étaient chargés directement au projet. Le Bureau prélevait un coût de soutien du programme pour couvrir d'autres coûts liés au projet, assurant ainsi que tous les coûts du projet étaient couverts sans subvention croisée du budget ordinaire de l'Organisation.

172. Le Bureau faisait tous les efforts possibles pour utiliser des outils technologiques modernes. Le nouveau système d'information pour la gestion du BSP par exemple, comprendrait une composante voyages qui renforcerait l'analyse gestionnaire des frais de voyage et le maintien des contrôles internes. La stratégie de technologie de l'information du BSP (voir paragraphes 203 à 206 ci-dessous) renforcerait également la capacité du Bureau d'utiliser des outils technologiques pour appuyer la coopération technique. Les coûts à la hausse des soins de santé étaient responsables de la majeure partie de l'augmentation du passif correspondant au personnel, qui incluait tous les avantages prévus de l'assurance maladie après cessation de service pour le personnel à la retraite. Le Bureau travaillait avec le Secrétariat de l'OMS pour gérer ce passif (voir le rapport sur l'assurance maladie après cessation de service ci-dessous, paragraphes 187 à 190).

173. L'OPS avait trois fonds d'acquisition : le Fonds renouvelable pour l'achat de vaccins, le Fonds renouvelable régional pour les fournitures stratégiques de santé publique (connu sous le nom de Fonds stratégique) et le Fonds d'achats remboursables. À travers ce dernier, le Bureau recevait des fonds des États Membres et achetait les fournitures de santé publique en leur nom, leur permettant ainsi d'acheter des biens à des meilleurs prix que s'ils les obtenaient eux-mêmes. Les fonds renouvelables fonctionnaient de la même manière, mais ils disposaient de fonds de capital qui permettaient aux États Membres de recevoir des avances pour leurs achats, qu'ils remboursaient ensuite au fonds. Les fonds de capital étaient financés par le biais d'une charge sur les activités d'achats. Le Fonds renouvelable pour l'achat des vaccins offrait une série spécifiée de vaccins certifiés par l'OMS. Les médicaments et fournitures de santé publique non approuvés pour la vente à travers le Fonds renouvelable pouvaient

être achetés par le biais du Fonds stratégique. La liste des produits disponibles à travers les deux fonds figurait sur le site web de l'OPS.⁹

174. Certains des vaccins offerts à travers le Fonds renouvelable étaient disponibles auprès d'un fournisseur unique. Le choix des vendeurs de l'OPS était également parfois limité par des contraintes de temps, comme lorsque les États Membres demandaient au Bureau d'acheter des vaccins spécifiques à utiliser durant une période spécifique (par exemple, la Semaine de la vaccination dans les Amériques). Toutes les demandes d'achat étaient examinées par le Comité d'examen des contrats du Bureau ainsi que par le Département de la gestion des achats et des fournitures, le Département de gestion des ressources financières, le Directeur de l'administration et des experts techniques. Les contrats de source unique étaient soigneusement étudiés pour assurer qu'ils étaient justifiés.

175. Le Bureau disposait d'un conseiller à temps plein sur la gestion du risque qui établissait un réseau d'expertise au sein de l'Organisation. Des ateliers sur le système d'enregistrement du risque institutionnel avaient été organisés récemment, avec la participation du personnel de divers départements et niveaux, y compris des bureaux de pays.

176. La Directrice a indiqué que le Rapport financier fournissait un moyen par lequel le Bureau pouvait assurer aux États Membres qu'il gérait les ressources financières de l'Organisation dans un cadre de transparence, de responsabilisation et de contrôle interne étroit. Le Bureau prenait sérieusement toutes les recommandations du Commissaire aux comptes externe, de l'auditeur interne et du Comité d'audit et menait des examens semestriels pour assurer la pleine conformité à ces trois entités. Quant au PMIS, le projet était suivi sur une base mensuelle pour garantir l'adhérence au calendrier convenu et examiner l'utilisation des ressources du projet.

177. Comme il ressortait du Rapport financier, à part les contributions volontaires nationales, les contributions volontaires de l'OPS avaient chuté considérablement. Ceci était dû en partie au fait que la Région était perçue comme une région avec des revenus, composée essentiellement de pays à revenu intermédiaire. Le Bureau travaillait au renforcement de la capacité du personnel à tous les niveaux pour mobiliser les ressources. Il travaillait également avec la Fondation de l'OPS et cherchait à élargir sa base de donateurs. En outre, il renforçait la capacité de gestion des projets afin d'améliorer les rapports aux donateurs et assurer que toutes les ressources reçues pouvaient être exécutées efficacement, étant donné que sa capacité d'attirer les ressources dans le passé avait parfois été affectée par des taux d'exécution lents et un manque de rapports efficaces.

⁹ Voir http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=1864&Itemid=40713&lang=en et http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=1159&Itemid=986

178. Le Comité exécutif a pris note du rapport.

Proposition concernant l'utilisation du solde des excédents relatifs aux normes IPSAS et au budget (document CE156/21)

179. Mme Natalie St. Lawrence (Représentante du Sous-comité du programme, du budget et de l'administration) a informé que le Sous-comité avait considéré une proposition du Bureau pour l'utilisation du solde non affecté de l'excédent restant après l'exécution des normes comptables internationales pour le secteur public (IPSAS) en 2010 et un excédent du budget ordinaire restant à la fin de 2014. Le Bureau entendait utiliser les fonds excédentaires pour des initiatives d'investissement à long terme dans les domaines des ressources humaines et de la technologie de l'information. Le Sous-comité avait appuyé ces usages proposés, mais avait demandé des informations plus détaillées, dont une explication des critères appliqués pour sélectionner et hiérarchiser les diverses propositions et les divers projets, ainsi qu'une ventilation de la façon dont les fonds seraient affectés dans les domaines d'investissement proposés. Cette information avait été incluse dans le document CE156/21.

180. En introduisant le document CE156/21, M. Gerald Anderson (Directeur de l'administration du BSP) a expliqué qu'il était proposé d'investir le solde des excédents des normes IPSAS et du budget, qui se montaient à un peu plus de \$3 millions, dans deux domaines : 1) appui à l'exécution de la stratégie de technologie de l'information du BSP (voir paragraphes 203 à 206 ci-dessous), qui permettrait au Bureau de renforcer ses capacités de technologie de l'information afin de mieux soutenir le projet du système d'information pour la gestion du BSP (voir paragraphes 256 à 262 ci-dessous) et améliorer la connectivité internet dans les bureaux de pays et 2) un soutien à l'exécution de la stratégie des ressources humaines du BSP (voir paragraphes 221 à 228 ci-dessous), y compris la modernisation de logiciels de recrutement et l'appui à des systèmes qui permettrait au Bureau d'offrir plus de formation et de renforcement de la capacité au personnel.

181. Dans la discussion du Comité exécutif sur ce point, un soutien a été exprimé en faveur de l'usage proposé des fonds, en particulier les projets de technologie de l'information. Ils ont noté toutefois qu'un grand nombre de ces projets restait sans financement et ont demandé des informations sur les plans du Bureau pour le financement à long terme de la technologie de l'information. En ce qui concernait la stratégie des ressources humaines, un délégué a demandé si la stratégie elle-même devait être approuvée avant que le financement de son exécution ne soit autorisé.

182. M. Anderson a clarifié que la proposition contenue dans le document CE156/21 fournirait un financement pour certains aspects seulement de la stratégie des ressources humaines, dont la portée était vaste et qui prévoyait une approche globale pour répondre aux besoins des ressources humaines du Bureau sur le moyen et le long terme. La stratégie de technologie de l'information offrait des suggestions concernant le niveau de financement que le Bureau devrait consacrer aux besoins de technologie de l'information et sur la façon de distribuer ces fonds entre les projets pour que les systèmes existants

continuent à fonctionner et que le Bureau puisse développer de nouveaux systèmes et élargir ses capacités de technologie de l'information. Le financement de ces projets serait affecté au titre du processus de budgétisation normal pour chaque exercice biennal à partir de 2016-2017.

183. Le Comité a adopté la résolution CE156.R8, recommandant que le Conseil directeur approuve l'affectation du solde des excédents des normes IPSAS et du budget comme proposé dans le document CE156/21.

Programmation de l'excédent de revenus (document CE156/22)

184. Mme Natalie St. Lawrence (Représentante du Sous-comité du programme, du budget et de l'administration) a indiqué que le Sous-comité avait examiné une proposition faite par le Bureau d'utiliser un excédent de revenus résultant du remboursement d'un prêt de \$10 millions fait au Fonds renouvelable pour l'achat de vaccins. Les fonds seraient utilisés pour des investissements stratégiques à long terme dans la maintenance et l'amélioration des bâtiments, le remplacement de véhicules, la réponse d'urgence à des maladies infectieuses et une augmentation de la capitalisation du Fonds stratégique pour les fournitures sanitaires stratégiques. Le Sous-comité avait demandé des informations plus détaillées sur les usages proposés des fonds et la justification de leur sélection. Cette information avait été incluse dans le document CE156/22.

185. M. Gerald Anderson (Directeur de l'administration du BSP) a noté qu'une partie des fonds excédentaires serait utilisée pour financer certaines réparations et des améliorations de sûreté et sécurité envisagées dans le Plan directeur d'investissement (voir paragraphes 191 à 198 ci-dessous).

186. Le Comité exécutif a approuvé la proposition pour la programmation de l'excédent de revenus telle que décrite dans le document CE156/22 (décision CE156[D3]).

Assurance maladie après cessation de service (document CE156/23)

187. Mme Natalie St. Lawrence (Représentante du Sous-comité du programme, du budget et de l'administration) a informé que le Sous-comité avait entendu un rapport sur les mesures prises pour garantir un financement suffisant pour l'assurance maladie après cessation de service (ASHI) pour les retraités de l'OPS et les options sous considération pour le financement de cette obligation sur le long terme. Les membres du Sous-comité avaient salué les efforts du Bureau pour assurer un financement suffisant pour satisfaire les obligations de l'ASHI et avaient accueilli favorablement la fusion des fonds de l'OPS et de l'OMS qui devait se traduire par des efficacités de coûts, menant à un retour sur investissement plus élevé.

188. Dans la discussion de ce point par le Comité, il a été considéré que la consolidation des avoirs de l'OPS et de l'OMS offrait des opportunités de promouvoir les

efficacités concernant la manière de gérer les fonds, mais ils avaient noté que cette modalité nécessiterait un suivi soigneux du BSP de sorte que les États Membres soient tenus pleinement informés du statut du financement de cette obligation.

189. M. Gerald Anderson (Directeur de l'administration du BSP) a noté que depuis la préparation du document CE156/23, d'autres discussions avaient été tenues sur l'exécution du plan pour la fusion des avoirs. Le responsable de l'OMS ayant la responsabilité globale de l'assurance maladie du personnel se rendrait au BSP sous peu pour discuter diverses questions, y compris la méthodologie pour examiner la part de l'actif et du passif de l'OPS. L'OMS et l'OPS utiliseraient la même firme actuarielle pour mener des évaluations régulières de l'obligation au titre des prestations définies pour l'avenir, sur la base d'un recensement de tous les membres du personnel, actifs et retraités, qui étaient membres du fonds d'assurance maladie du personnel. Le Bureau préparerait des mises à jour pour les sessions futures du Comité exécutif. En outre, l'information sur l'état de l'obligation au titre des prestations définies était toujours comprise dans le Rapport financier annuel du Directeur et, après la mise en commun des fonds, cette information serait également disponible dans le rapport annuel du Fonds d'assurance maladie du personnel.

190. Le Comité exécutif a pris note du rapport.

Rapport sur le Fonds directeur d'investissement et réévaluation des projets immobiliers figurant au Plan directeur d'investissement (document CE156/24, Rév.1)

191. Mme Natalie St. Lawrence (Représentante du Sous-comité du programme, du budget et de l'administration) a indiqué que le Sous-comité avait été informé qu'en fonction des résultats d'une évaluation menée en 2014, le coût des réparations des bâtiments appartenant à l'OPS était estimé à \$66,9 millions, dont \$55 million pour le bâtiment du siège. Il avait également été informé que le Bureau entreprendrait une nouvelle analyse des résultats de l'évaluation et préparerait un rapport examinant la faisabilité et la priorisation de toutes les différentes options. Le Sous-comité avait demandé des précisions sur la façon dont le Bureau était arrivé aux estimations de coûts et avait demandé d'autres explications sur les réparations spécifiques requises au bâtiment du siège et sur la différence considérable dans les montants budgétisés pour le siège et pour les bureaux de terrain. Il avait encouragé le Bureau à étudier la possibilité de déménager dans des locaux loués plutôt que de payer pour les réparations de bâtiments vieillissants appartenant à l'Organisation.

192. M. Bruce Leech (Directeur du Département des opérations des services généraux du BSP) a souligné qu'alors que le Bureau reconnaissait l'importance d'un espace de bureaux sûr, sécurisé et efficace, les ressources financières disponibles pour atteindre ce but étaient de plus en plus rares. Le Bureau était également conscient du fait que la possession de bâtiments et d'installations vieillissants était associée à des obligations croissantes du fait que les installations se détérioraient avec le temps. Les résultats de l'évaluation des conditions avaient été analysés par un consultant immobilier indépendant, qui avait tenu compte des risques et des opportunités auxquels

l'Organisation faisait face en entreprenant les réparations et rénovations requises, du capital associé et des coûts opérationnels continus, des diverses options disponibles pour considération et de leurs coûts et risques respectifs, des problèmes de logistique et des pertes d'exploitation associés et de la faisabilité de l'exécution des recommandations du Département de la sûreté et de la sécurité des Nations Unies.

193. Les conclusions de cette analyse étaient que l'OPS devrait exécuter les réparations et rénovations identifiées pour les bureaux de pays appartenant à l'OPS, que le déménagement du bâtiment principal du siège de l'OPS était considéré comme une option à plus faible coût et à plus faible risque et que l'Organisation devrait entreprendre une étude de faisabilité détaillée des options de déménagement disponibles. Dans l'attente des résultats de cette étude, l'OPS devrait entreprendre les réparations urgentes minimales pour assurer la sûreté et l'intégrité du bâtiment du siège de l'OPS.

194. En accueillant favorablement le rapport détaillé, une déléguée a affirmé le besoin que le personnel de l'OPS travaille dans des conditions sûres, ce qui impliquait que sur le court terme, les réparations urgentes au siège et aux bureaux de pays constituaient une priorité. Notant que le Bureau prévoyait de tirer les fonds pour les projets de rénovation identifiés du compte de réserve ou de l'excédent des revenus, elle a conclu qu'il y aurait néanmoins un déficit important restant et elle a demandé comment le BSP prévoyait de le combler. Pour ce qui était des options de rénovation/déménagement pour le bâtiment du siège, elle a fait part de sa surprise concernant l'augmentation proposée de l'allocation de l'espace par personne et suggéré que des options alternatives soient envisagées. Étant donnée la conception architecturale du bâtiment du siège, elle se demandait si les autorités de Washington, D.C., pouvaient être intéressées par une forme de « désignation de patrimoine » qui fournirait le financement pour les rénovations.

195. M. Leech a souligné que les options dans le document CE156/24, Rév. 1, étaient à titre d'illustration. La prochaine étape serait une étude de faisabilité détaillée incluant une analyse des besoins d'espace précis de l'Organisation, de la façon dont elle pourrait tirer parti des modalités de travail collaboratif modernes et de la façon dont les bonnes pratiques actuelles dans la construction pouvaient être mises à profit. Un problème clé serait la disponibilité d'espaces de réunions suffisants, ce que de nombreux bâtiments n'avaient pas. Si un bâtiment de ce type était trouvé, sa superficie brute augmenterait le montant d'espace de travail fourni pour chaque membre du personnel.

196. La question de la façon dont le déficit de financement serait réglée serait examinée après la réalisation de l'étude de faisabilité détaillée. La possibilité d'une assistance de la part des autorités de Washington pour la rénovation du bâtiment du siège de l'OPS ferait l'objet d'une autre analyse dans l'étude de faisabilité. Toutefois, il y avait des contraintes considérables quant à la rénovation d'un bâtiment considéré architecturalement important, dont la possession tendait à constituer un handicap plutôt qu'un atout.

197. La Directrice a noté que le sujet était évidemment important tant pour les États Membres que pour le Bureau du fait que des sommes d'argent importantes étaient mises

en jeu, en particulier en ce qui concernait le bâtiment du siège. Clairement, une analyse plus poussée était requise avant de considérer comment un tel projet serait financé. Dans le même temps, la sécurité du personnel devait être assurée, tant en termes d'intégrité de l'infrastructure physique que d'améliorations devant être faites à des fins de sécurité. Le Bureau fournirait au Conseil directeur un chiffre approximatif pour le coût des réparations urgentes requises au siège et pour les rénovations nécessaires pour assurer la sécurité du personnel.

198. Le Comité exécutif a pris note du rapport.

Statut des projets financés par le Compte de réserve de l'OPS (document CE156/25)

199. Mme. Natalie Saint Lawrence (Représentante du Sous-comité du programme, du budget et de l'administration) a indiqué que le Sous-comité avait été informé que 10 des 14 projets originaux approuvés par le 48^e Conseil directeur pour financement par le compte de réserve avaient été achevés et que le compte de réserve serait probablement clôturé à la fin de 2015, une fois le solde restant de \$3,3 millions décaissé. Entre-temps, le projet pour la modernisation du système d'information pour la gestion du BSP était toujours en cours et trois projets relatifs à des améliorations des installations avaient été suspendus, dans l'attente de l'évaluation des conditions de tous les bâtiments appartenant à l'OPS. Le Sous-comité avait encouragé le Bureau à modifier les projets suspendus et à rediriger les fonds correspondants selon les besoins, à la lumière des conclusions de l'évaluation des conditions des bâtiments.

200. M. Daniel Walter (Directeur du Département de la Planification et du budget du BSP) a informé que depuis la préparation du document CE156/25, un autre des 14 projets financés par le compte de réserve avait été complètement achevé. Le solde restant sur le compte de réserve s'élevait à \$3,17 millions, que le Bureau proposait de transférer au Plan directeur d'investissement pour répondre à certains besoins urgents identifiés dans l'évaluation des conditions des bâtiments à l'échelle de la Région (voir paragraphes 191 à 198 ci-dessus).

201. La Directrice a encouragé les États Membres à appuyer cette proposition.

202. Le Comité exécutif a adopté la résolution CE156.R7, approuvant le transfert de \$3,17 millions du compte de réserve au Plan directeur d'investissement.

Rapport sur la stratégie du BSP en matière de technologie de l'information (document CE156/26)

203. Mme Natalie Saint Lawrence (Représentante du Sous-comité du programme, du budget et de l'administration) a indiqué que le Sous-comité avait examiné un avant-projet de la stratégie de technologie de l'information du BSP et avait été informé que la stratégie avait été élaborée sur la base d'une évaluation des capacités de technologie de l'information du Bureau, menée en 2014. Le Sous-comité avait également été informé que la stratégie fournirait des mécanismes et des outils pour assurer que les

investissements de TI étaient liés aux priorités stratégiques de l'Organisation et qu'elle permettrait d'améliorer la communication, de renforcer la qualité et de réduire le coût de la coopération technique, ainsi que d'assurer que l'infrastructure de technologie de l'information appuierait effectivement le nouveau système d'information pour la gestion du BSP.

204. Le Sous-comité avait applaudi les efforts du Bureau pour développer une stratégie de technologie de l'information qui assurerait un soutien optimal aux fonctions de coopération technique de l'Organisation. Les membres avaient accueilli favorablement l'orientation de la stratégie sur la durabilité et sur l'assurance que les systèmes seraient maintenus à jour, tout en soulignant que tous les besoins en technologie de l'information seraient correctement identifiés, y compris ceux pour l'exécution de la stratégie des ressources humaines et du PMIS. Le Sous-comité avait demandé au Bureau de fournir un budget détaillé pour l'exécution intégrale de la stratégie et de mettre l'évaluation de 2014 à la disposition des États Membres.

205. La Directrice a expliqué que l'évaluation menée en 2014 avait révélé des faiblesses majeures dans l'infrastructure de technologie de l'information du Bureau et proposai certaines recommandations importantes en matière d'amélioration. La stratégie répondait à ces conclusions et devrait être mise en œuvre sans retard afin d'appuyer les fonctions du Bureau et de lui permettre de répondre plus efficacement aux besoins croissants de la coopération technique.

206. Le Comité exécutif a pris note du rapport.

Rapport du Bureau de contrôle interne et services d'évaluation (document CE156/27, Rév. 1)

207. M. David O'Regan (Auditeur général, Bureau de contrôle interne et des services d'évaluation du BSP), en soulignant les points principaux du rapport, a attiré l'attention de la coordination et de la collaboration du Bureau avec d'autres sources d'information, notamment le Commissaire aux comptes et le Bureau des services de contrôle interne de l'OMS, notant que le partage de l'information était important afin de maximiser la couverture de l'audit tout en évitant le double emploi. Il a également noté qu'un audit interne de la fonction de gestion du risque avait révélé que des améliorations nécessaires devaient être apportées, mais que de nombreuses recommandations du Bureau de contrôle interne à cet égard avaient depuis été prises en compte. Le niveau d'exécution de la plupart des recommandations avait été très fructueux, comme indiqué dans les données présentées dans le rapport. Selon l'opinion globale du Bureau de contrôle interne sur l'environnement de contrôle interne de l'Organisation, on pouvait constater une amélioration constante.

208. Dans la discussion qui a suivi, les recommandations du rapport ont été avalisées et le besoin pour le Bureau de renforcer sa capacité de gestion de projets a été souligné, à la fois pour lui permettre de gérer des grands projets et pour attirer des contributions plus importantes des donateurs. Il a été suggéré que d'autres informations sur le projet *Mais*

Médicos devraient être disponibles pour les États Membres de sorte qu'ils puissent mieux comprendre comment le Bureau identifiait et atténuait les risques qui y étaient associés.

209. M. O'Regan a répondu que les questions relatives à la gestion des projets faisaient partie des premières priorités pour son Bureau et étaient sous discussion avec la haute direction. En ce qui concernait le projet *Mais Médicos*, il notait que son Bureau avait recruté un membre du personnel supplémentaire dédié uniquement au suivi des risques relatifs au projet.

210. La Directrice a félicité M. O'Regan de la transparence dans la discussion des recommandations de son Bureau avec la haute direction, qui prenait les recommandations très sérieusement. Elle convenait que le Bureau devait améliorer sa capacité de gestion de projets pour les grands projets. Dans le cas de *Mais Médicos*, il avait fait des investissements considérables en assurant le contrôle interne, y compris un étude détaillée de gestion du risque, qui était continuellement mise à jour. Il y avait également un responsable de la conformité travaillant au Brésil. Le statut du projet était examiné au moins tous les deux mois par la direction pour assurer une évaluation continue des contrôles internes ainsi que de l'efficacité et la rentabilité de son exécution. Bien que que *Mais Médicos* nécessitait une attention étroite de la direction, le projet représentait également une expérience d'apprentissage pour l'Organisation et elle était confiante qu'il atteindrait ses objectifs.

211. En ce qui concernait la gestion du risque, la haute direction avait mis en place un mécanisme servant à identifier les 10 risques les plus importants pour l'Organisation et avait établi un programme pour le suivi de ces risques sur une base régulière. D'autres mesures pour renforcer la gestion du risque étaient en discussion. Bien que tous les divers audits et évaluations semblaient indiquer que le BSP renforçait son environnement de contrôle interne et par conséquent assurait une plus grande transparence et responsabilisation, il restait du travail à faire et la direction continuait à s'efforcer pour que l'OPS soit une organisation dont les États Membres étaient fiers.

212. Le Comité exécutif a pris note du rapport.

Mise à jour sur la nomination du Commissaire aux comptes de l'OPS pour 2016-2017 (document CE156/28)

213. Mme. Natalie Saint Lawrence (Représentante du Sous-comité du programme, du budget et de l'administration) a indiqué que le Sous-comité avait été informé que le mandat du Commissaire aux comptes actuel de l'OPS, la Cour d'audit d'Espagne, allait expirer à la fin de l'exercice biennal actuel. Afin de maintenir la continuité alors que le système d'information pour la gestion du BSP était en voie d'achèvement, le Bureau avait suggéré que le Commissaire aux comptes actuel soit maintenu pour un exercice biennal supplémentaire, notant que la Cour d'audit d'Espagne avait indiqué qu'elle y était disposée. Le Sous-comité avait avalisé la suggestion du Bureau. Il avait été suggéré que pour la cohérence avec d'autres organisations internationales, l'OPS pourrait envisager

de nommer son Commissaire aux comptes externe pour une seule période non renouvelable de six ans.

214. Le Comité exécutif a pris note du rapport.

Amendements au Règlement financier et aux Règles de gestion financière de l'OPS (document CE156/29)

215. Mme Natalie Saint Lawrence (Représentante du Sous-comité du programme, du budget et de l'administration) a indiqué que le Sous-comité avait examiné les amendements proposés au Règlement financier de l'OPS et avait été informé qu'ils étaient tous relatifs au passage à un programme et budget intégrés. Le Sous-comité avait demandé des clarifications de plusieurs points, dont le degré de flexibilité dans l'usage des diverses composantes du programme et budget et si la nouvelle formulation proposée du paragraphe 4.1 devait être modifiée pour préciser que le programme et budget serait approuvé avec un plafond spécifique. Plusieurs questions avaient été posées en relation à la nouvelle terminologie du Règlement et des informations avaient été demandées sur la façon dont l'emprunt interne et l'usage du Fonds de roulement fonctionneraient avec les amendements au Règlement. Il a été suggéré que l'ensemble du Règlement financier soit inclus dans le document pour permettre aux États Membres de voir les changements proposés en contexte.

216. M. Gerald Anderson (Directeur de l'administration du BSP) a noté que le document CE156/29 satisfaisait la demande du Sous-comité d'information supplémentaire et qu'il comprenait aussi tout le Règlement financier, y compris tous les changements. En ce qui concernait la question de savoir comment le Fonds de roulement fonctionnerait, il a attiré l'attention sur le paragraphe 8.3 (anciennement 7.3), qui stipulait que le Fonds devait être utilisé uniquement dans l'attente du recouvrement des contributions fixées ou de recettes budgétaires diverses et non dans l'attente de la réception de contributions volontaires ou d'autre revenus.

217. Le Comité exécutif a adopté la résolution CE156.R9, recommandant que le Conseil directeur approuve les amendements au Règlement financier.

Questions relatives au personnel

Amendements au Règlement et au Statut du personnel du BSP (document CE156/30)

218. Mme Natalie Saint Lawrence (Représentante du Sous-comité du programme, du budget et de l'administration) a informé que le Sous-comité avait considéré plusieurs amendements proposés au Règlement et au Statut du personnel durant sa neuvième session. Il avait été informé qu'ils tombaient tous dans trois catégories générales : tout d'abord les amendements faits conformément aux décisions prises par l'Assemblée générale des Nations Unies lors de sa soixante-neuvième session, ensuite les amendements faits pour réaliser la cohérence avec le Règlement du personnel de

l'OMS et enfin les amendements faits à la lumière de l'expérience et dans l'intérêt d'une bonne gestion des ressources humaines.

219. La première catégorie comprenait des ajustements à la rémunération du personnel dans les catégories professionnelles et supérieures, ayant pour résultat que la rémunération du personnel dans des postes non classés et celle du Directeur devraient également être ajustées. Les amendements proposés pour la cohérence avec le Règlement du personnel de l'OMS se rapportaient au certificat médical et à l'inoculation, aux pensions, à l'assurance, au congé de maladie, à la retraite et à plusieurs autres questions. Les trois amendements proposés à la lumière de l'expérience et dans l'intérêt d'une bonne gestion des ressources humaines étaient relatifs à l'abolition des postes, le congé administratif et les allocations pour frais d'études. Le Sous-comité avait avalisé les amendements proposés au Règlement et au Statut du personnel.

220. Le Comité exécutif a adopté la résolution CE156.R13, approuvant les changements proposés au Règlement et au Statut du personnel.

Rapport sur l'élaboration de la stratégie du BSP en matière de ressources humaines : une stratégie axée sur les personnes (document CE156/31)

221. Mme Natalie Saint Lawrence (Représentante du Sous-comité du programme, du budget et de l'administration) a indiqué que le Sous-comité avait examiné une version antérieure du rapport sur l'élaboration de la stratégie du BSP en matière de ressources humaines et avait bien accueilli la philosophie la sous-tendant et reconnaissait le besoin pour le Bureau d'avoir un personnel de premier plan pour lui permettre de remplir sa mission, en particulier en ce qui concernait l'exécution du Plan stratégique de l'OPS 2014-2019. Toutefois, plusieurs délégués avaient demandé si certains des axes stratégiques d'intervention étaient suffisamment distincts. Des informations avaient été demandées sur la façon dont la stratégie s'alignerait sur la stratégie des ressources humaines de l'OMS, en particulier en ce qui concernait la mobilité du personnel, et des détails avaient été demandés sur l'impact financier de la stratégie et sur les risques associés à sa non exécution. Alors que certains délégués avaient appuyé la proposition de financement de la stratégie, d'autres avaient estimé que le rapport ne contenait pas suffisamment d'information pour justifier l'utilisation proposée des excédents IPSAS et du budget à cette fin (voir paragraphes 179 à 183 ci-dessus).

222. Ms. Kate Rojkov (Directrice du Département de la Gestion des ressources humaines du BSP) avait informé qu'après la présentation de la stratégie au Sous-comité, il y avait eu une discussion au niveau de toute l'Organisation, ouverte à tout le personnel du siège et des bureaux de pays, sur diverses questions liées aux ressources humaines. Trois groupes de travail avaient été mis sur pied pour examiner les questions de l'architecture des effectifs, de renouvellement des compétences et d'organisation des bureaux de pays, y compris la composition des effectifs. Les groupes de travail devaient terminer leur tâche pour le 15 juillet. Elle a également noté que l'OPS avait été la première des Régions de l'OMS à introduire la rotation des spécialistes techniques tous

les cinq ans et avait partagé les leçons apprises de cette expérience avec l’OMS, qui avait par la suite décidé de classer tous les postes comme soumis à rotation ou non.

223. Dans la discussion qui avait suivi, il a été noté que s’il était certainement souhaitable d’améliorer les compétences du personnel, un des effets potentiels de la stratégie serait de modifier les profils des postes et la question est de savoir comment on pouvait maintenir l’équilibre pour garantir la stabilité de tous les programmes de l’Organisation. On a demandé au Bureau d’inclure des représentants des ministères nationaux de la Santé dans le groupe de travail formé pour offrir des recommandations sur la dotation en personnel des bureaux de pays afin de garantir que les objectifs et les priorités nationaux étaient tenus en compte. On considérait qu’il était important d’avoir un juste équilibre entre les coûts et les avantages de la politique de mobilité et le Bureau avait été prié d’expliquer les mécanismes qu’il prévoyait d’utiliser pour la sélection des candidats sujets à la mobilité, ainsi que ceux par lesquels les compétences des membres du personnel seraient évaluées. L’importance de la transparence et de critères objectifs dans les processus de sélection avait été soulignée.

224. En ce qui concernait la stratégie de relève, on attachait une importance à la recommandation du Commissaire aux comptes externe (voir paragraphes 165 à 167 ci-dessus) concernant la création d’une procédure standard pour le transfert des connaissances des membres du personnel partant à la retraite, y compris un modèle pour préparer leur rapport final. Il a été noté qu’outre le renforcement de la mémoire institutionnelle de l’Organisation, ces mesures favoriseraient une plus grande transparence.

225. Mme Rojkov a assuré le Comité que les questions soulevées dans la discussion seraient prises en considération. Par exemple, tout mouvement de personnel vers une autre région, en provenance d’une autre région ou au sein de la Région aurait pour but de renforcer les compétences et les capacités techniques à tous les niveaux. Son département travaillait en étroite collaboration avec le bureau responsable de la gestion du savoir pour assurer que des mécanismes étaient élaborés pour garder trace des connaissances institutionnelles des membres du personnel après leur départ à la retraite. Une planification globale des ressources humaines avait été initiée pour l’exercice biennal en cours et serait poursuivie pendant le prochain exercice pour toutes les ressources humaines.

226. La Directrice a noté que les ressources humaines étaient l’atout le plus vital pour une organisation fournissant la coopération technique. Comme il apparaissait à la lecture du rapport sur les statistiques du personnel (voir paragraphes 229 à 232 ci-dessous), le Bureau avait répondu à la baisse du budget en réduisant le nombre de membres du personnel. Le BSP avait des effectifs vieillissants, environ 25% devant partir à la retraite dans trois ou quatre ans, et afin de remplir les besoins du Plan stratégique 2014-2015, il avait commencé à mettre en place de nouvelles modalités pour fournir sa coopération technique. Un récent séminaire du personnel avait fourni une opportunité d’examiner spécifiquement quels étaient les objectifs et les résultats escomptés dans chacun des domaines du programme, ainsi que d’analyser les compétences qui seraient requises pour

permettre au Bureau d'atteindre les résultats attendus en 2016-2017. Par exemple, dans le domaine de la mortalité maternelle, les compétences d'un anthropologue social étaient requises pour aider à comprendre pourquoi les femmes autochtones et afro-descendantes montraient une réticence à rechercher des services de santé. Il était par conséquent important que le Bureau tire parti des départs à la retraite à venir pour combler certaines des lacunes en matière de compétences. Dans le même temps, le personnel existant avait besoin d'une formation dans de nouvelles compétences et de nouveaux moyens de fournir la coopération technique.

227. Un phénomène caractéristique de l'Organisation était que la mobilité de carrière aux niveaux professionnels plus élevés était limitée et qu'il y était donc nécessaire de collaborer avec le personnel pour lui offrir des opportunités d'améliorer ses compétences en matière de gestion et lui permettre de se qualifier pour concourir aux postes de gestion, ce qui était dans le meilleur intérêt de l'Organisation. La direction avait travaillé étroitement avec le personnel dans le but de mettre en place une stratégie qui optimiserait la capacité du Bureau de fournir la coopération technique au niveau national et qui positionnerait l'Organisation comme le chef de file des institutions de santé publique dans la Région.

228. Le Comité exécutif a pris note du rapport.

Statistiques des effectifs du BSP (document CE156/32)

229. Mme Natalie Saint Lawrence (Représentante du Sous-comité du programme, du budget et de l'administration) a indiqué que le Sous-comité avait examiné un rapport soulignant divers aspects du profil des effectifs actuels du Bureau, comprenant les nombres et âges du personnel à durée déterminée ou temporaire, les années de service et la mobilité du personnel. Il avait été informé que le Bureau avait réussi à maintenir la parité dans les catégories professionnelles et supérieures au siège de l'OPS. Toutefois, la majorité des représentants de l'OPS/OMS était des hommes et le Bureau était en discussion avec le Secrétariat de l'OMS dans le but d'améliorer l'équilibre hommes-femmes à ces postes. Le Sous-comité avait apprécié les efforts faits pour collecter l'information sur diverses catégories de personnel ventilées par âge et sexe et par modalités contractuelles, tous ces éléments contribuant à la transparence. Les délégués avaient attaché une importance particulière à la politique de l'Organisation sur l'égalité hommes-femmes, adoptée en 2005. Des informations supplémentaires avaient été demandées sur les modalités contractuelles qui différaient de celles établies sous les règles des Nations Unies et s'il existait des politiques visant à assurer le transfert de savoir et de compétences quand le personnel partait à la retraite.

230. Dans la discussion du Comité sur ce point, l'engagement du Bureau à assurer la parité à tous les niveaux a été loué et le Bureau a été encouragé à poursuivre ces efforts. Il a été reconnu que les retraités pouvaient fournir un service précieux en ce qui concernait le transfert de connaissances et la continuité des programmes et que la prolongation des contrats au-delà de l'âge de la retraite était par conséquent justifiée dans certains cas. On a toutefois demandé des précisions sur les conditions dans lesquelles le

contrat d'un membre du personnel pouvait être prolongé au-delà de l'âge de la retraite et s'il y avait une limite à la longueur de la prolongation ou au nombre de fois qu'une prolongation pouvait être accordée.

231. Mme Kate Rojkov (Directrice du Département de la Gestion des ressources humaines du BSP) a dit que, comme stipulé dans le Règlement et le Statut du personnel, la prolongation au-delà de l'âge de la retraite était une prérogative du Directeur et ne pouvait avoir lieu que lorsqu'elle était dans le meilleur intérêt de l'Organisation. Les contrats étaient prolongés pour une année seulement à la fois et jusqu'à l'âge de 65 ans uniquement pour le personnel dont l'âge obligatoire de la retraite était de 62 ans et jusqu'à l'âge de 68 ans pour le personnel dont l'âge obligatoire de la retraite était de 65 ans. Les politiques du Bureau à cet égard étaient pleinement cohérentes avec celles de l'OMS et d'autres organisations dans le système des Nations Unies.

232. Le Comité exécutif a pris note du rapport.

Déclaration du représentant de l'Association du personnel de l'OPS/OMS (document CE156/33)

233. Mme Carolina Báscones (Secrétaire Générale de l'Association du personnel de l'OPS/OMS), en soulignant l'engagement du personnel du BSP à la coopération internationale en santé et à la réalisation du mandat de l'Organisation, a mis en relief les questions que l'Association du personnel souhaitait porter à l'attention du Comité exécutif. La relation de travail entre l'Association du personnel et la gestion exécutive pouvait être considérée comme étant une relation cordiale, de respect mutuel et de coopération. Alors que la transparence démontrée par l'administration en place avait aidé à enrichir le dialogue et la prise de décisions, afin que ce dialogue soit véritablement productif, les contributions faites par les représentants du personnel aux efforts institutionnels de l'Organisation devraient être reconnus et une mention spécifique devrait être faite de la valeur ajoutée par le personnel dans le contexte de groupes de travail conjoints personnel/administration, y compris les comités de sélection, le Comité des pensions du personnel et le Conseil mondial personnel/gestion de l'OMS, entre autres.

234. En ce qui concernait la stratégie des ressources humaines du Bureau, l'Association était heureuse de noter que le processus de consultation avait été restructuré et que trois groupes de travail avaient été établis (voir paragraphe 222 ci-dessus). L'Association avait des représentants dans chaque groupe de travail. Pour l'Association, le facteur le plus essentiel dans la stratégie des ressources humaines du Bureau était qu'elle devrait assurer non seulement la restructuration du personnel mais aussi l'amélioration des capacités institutionnelles pour la prestation de coopération technique de qualité et ponctuelle aux États Membres.

235. En principe, l'Association du personnel ne s'opposait pas à la rotation et la mobilité du personnel, qui faisaient partie du système de la fonction publique internationale. Toutefois, le fonctionnement en pratique de la politique de mobilité de

l'OMS n'était pas encore clair. Il fallait comprendre que les postes de l'OPS n'étaient pas des postes de l'OMS et vice versa. Le personnel de l'OMS qui voulait une position à l'OPS devrait devoir suivre la même procédure que le personnel de l'OPS qui aspirait à postuler à l'OMS, avec un processus de sélection compétitif. Tous les candidats devaient satisfaire au moins les exigences minimales stipulées. Également, quand des membres de l'OMS se joignaient l'OPS, ils devraient accomplir leur période d'essai comme tout autre nouveau membre du personnel, de la même façon que le faisait le personnel de l'OPS quand il se joignait l'OMS.

236. En ce qui concernait l'administration de la justice dans le Bureau, l'Association souhaitait féliciter la Chambre des recours pour la résolution des cas en suspens. La confiance dans la résolution des conflits était renforcée quand le personnel avait accès à l'information, quand il y avait une procédure équitable et régulière et quand les décisions étaient atteintes dans un temps raisonnable.

237. La Directrice a remercié l'Association du personnel, notant qu'une relation respectueuse, ouverte et transparente avait été construite, même s'il était clairement compris que dans certains cas le personnel et la direction ne partageaient pas la même opinion. Elle se réunissait régulièrement avec l'Association et elle avait personnellement grandement bénéficié du savoir institutionnel de l'Association. Elle souhaitait rassurer tout le personnel que l'Association, dans sa relation avec elle, représentait le meilleur intérêt du personnel tout en restant attentive aux objectifs globaux de l'Organisation.

Questions pour information

Projet du budget programme 2016-2017 de l'OMS (document CE156/INF/1)

238. Ms. Natalie St. Lawrence (Représentante du Sous-comité du programme, du budget et de l'administration) a informé sur la discussion du Sous-comité d'un projet de budget programme 2016-2017 de l'OMS, notant que le Sous-comité avait encouragé le Secrétariat de l'OMS à identifier des indicateurs appropriés pour les domaines pour lesquels les cibles et les indicateurs n'avaient pas encore été définis et avait suggéré qu'il pourrait être avantageux pour l'OMS d'utiliser les indicateurs élaborés au niveau régional, en particulier ceux formulés dans les Amériques au titre du Plan stratégique 2014-2019 de l'OPS.

239. Mr. Daniel Walter (Directeur du Département de la Planification et du budget du BSP) a noté que le document CE156/INF/1 avait été préparé avant la soixante-huitième Assemblée mondiale de la Santé, tenue en mai 2015. L'Assemblée de la Santé avait approuvé le budget programme avec une augmentation de 8% pour les programmes de base, à financer entièrement des contributions volontaires. L'allocation de l'OMS aux Amériques avait également augmenté de 8%. Le calcul de l'espace du budget stratégique avalisé par le Conseil exécutif de l'OMS offrait d'autres avantages à la Région en fournissant des ressources supplémentaires pour la coopération technique avec les pays, mais il ne rentrait en vigueur qu'à l'exercice biennal 2018-2019.

240. Dans la discussion qui a suivi, il a été souligné qu'une évaluation de l'exécution du budget programme 2014-2015 devrait être menée dans le but d'assurer l'usage efficace des ressources allouées au titre du budget programme 2016-2017. Le besoin d'une politique renforcée et d'un cadre de contrôle financier afin d'améliorer la planification, le suivi et les rapports a également été souligné. Il a été reconnu que l'OMS devait avoir les ressources suffisantes pour continuer à mener à bien ses fonctions statutaires efficacement, mais une politique de modération dans le budget de l'Organisation était recommandée. Un soutien a été exprimé pour une croissance nominale zéro dans les contributions fixées et le Secrétariat de l'OMS a été instamment prié d'éviter de prendre des engagements à moyen ou long terme qui pourraient avoir des répercussions automatiques sur les contributions fixées dans les exercices biennaux futurs. La Directrice a été priée d'indiquer son degré de confiance que la Région recevrait son allocation intégrale de l'OMS dans l'exercice biennal 2016-2017.

241. M. Walter a observé que les Amériques recevaient une plus petite proportion du budget de l'OMS que toute autre région et que, même avec l'augmentation de 8% dans le budget programme de l'OMS pour 2016-2017, elles continueraient à recevoir la plus petite part (5,4%). De plus, le budget de l'OMS pour la Région n'avait pas été entièrement financé dans le passé récent ni dans l'exercice biennal en cours : il y avait présentement un écart de financement de \$26 millions dans l'allocation de la Région de \$164,9 millions de l'OMS. Toutefois, le Bureau avait reçu des assurances du Secrétariat de l'OMS qu'il pourrait financer intégralement le budget de l'OMS pour 2016-2017 et financerait entièrement les allocations à chaque région. La proposition pour le programme et budget de l'OPS 2016-2017 avait été formulée sur la base de cette attente.

242. La Directrice a ajouté que le Secrétariat de l'OMS avait indiqué que le budget de l'OMS était déjà financé à 70% et qu'il devrait mobiliser les 30% restants à travers le dialogue de financement. Le Bureau espérait donc que la part de la Région serait également entièrement financée. Elle a expliqué que les fonds de l'OMS venaient normalement en tranches et la réception de chaque tranche dépendait de la rapidité avec laquelle la tranche précédente pouvait être exécutée. Elle a assuré le Comité que le Bureau ferait tout son possible pour exécuter promptement tous les fonds reçus de l'OMS et de toute autre source.

243. Le Comité a pris note du rapport.

Cibles régionales en matière de ressources humaines en santé 2007-2015 : rapport final (document CE156/INF/3)

244. Le Dr James Fitzgerald (Directeur du Département des Systèmes et services de santé du BSP) a rappelé que les cibles régionales en matière de ressources en santé avaient été adoptées en réponse à l'appel à l'action de Toronto et avaient été conçues pour répondre aux cinq défis critiques cités dans le document CE156/INF/3. Le document résumait les principales conclusions concernant les progrès réalisés sur la voie des 20 cibles régionales et constituait le rapport final sur l'exécution de la résolution CSP27.R7, par laquelle la Conférence sanitaire panaméricaine avait adopté les cibles en 2007.

Comme 15 pays seulement avaient participé aux deux mesures des progrès, les résultats indiqués ne reflétaient pas la situation complète pour la Région tout entière. Toutefois, le rapport identifiait les leçons les plus importantes apprises du processus et serait une importante contribution au développement de la stratégie globale sur les ressources humaines pour la santé de l'OMS et à l'identification de priorités régionales pour le renforcement des politiques sur les ressources humaines pour la santé à l'appui de l'accès universel à la santé et à la couverture sanitaire universelle.

245. Dans la discussion qui a suivi, les États Membres ont affirmé leur engagement au renforcement des ressources humaines pour la santé et souligné le besoin d'un effort constant pour développer ces ressources comme une condition pour la réalisation de la couverture sanitaire universelle. Ils ont noté que le paragraphe 11 du rapport indiquait que la méthodologie pour mesurer les progrès sur la voie des cibles régionales n'avait pas été conçue pour tirer des comparaisons, mais les données présentées dans l'annexe du document semblaient faire justement cela et que les indicateurs semblaient avoir été choisis dans le but d'assurer la comparabilité. Ils ont demandé des clarifications de cette apparente contradiction. Le délégué du Mexique a dit qu'il soumettrait une information mise à jour sur les efforts de son pays en matière de ressources humaines en santé.

246. Le Dr Fitzgerald a expliqué que la méthodologie de mesure avait évalué les progrès relatifs des pays par rapport à des références établies, non par rapport aux autres pays. Il était difficile de tirer des comparaisons entre les pays parce qu'il y avait des différences marquées dans leurs systèmes et politiques de santé. L'évaluation avait montré des progrès considérables, mais des efforts continus étaient requis afin d'aligner les politiques sur les ressources humaines en santé sur la stratégie pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle. L'évaluation avait mis en relief plusieurs défis qui fourniraient une base solide pour le travail futur en relation à la distribution des ressources humaines pour la santé, la proportion de médecins en pourcentage de la main-d'œuvre médicale totale, la présence d'équipes de soins de santé primaires et la gouvernance des ressources humaines pour la santé.

247. La Directrice a convenu que les ressources humaines pour la santé étaient une condition sine qua non pour réaliser l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle. Comme le Bureau continuait à recevoir des demandes de coopération technique relatives aux ressources humaines pour la santé, il serait souhaitable de formuler un nouveau plan, en tirant les leçons apprises des efforts pour atteindre les cibles régionales et corriger les déficiences révélées par l'évaluation.

248. Le Comité exécutif a pris note du rapport.

Évaluation du plan d'action pour la mise en œuvre de la politique sur l'égalité des sexes et domaines stratégiques proposés (document CE156/INF/4)

249. Le Dr Cuauhtémoc Ruiz Matus (Directeur a.i. du Département de la Famille, du genre et du cycle de vie du BSP) a indiqué que le rapport contenu dans le document CE156/INF/4 résumait les progrès accomplis dans la Région dans les 10 années suivant

l'adoption de la politique d'égalité des sexes de l'OPS. L'information pour le rapport avait été tirée de rapports nationaux soumis en réponse à des questionnaires auto-administrés et des consultations avec diverses parties prenantes et divers secteurs, dont la société civile et des organisations des Nations Unies. Le rapport décrivait les réussites et les défis en ce qui concernait la réduction de l'inégalité des sexes dans le domaine de la santé à travers l'intégration du genre dans le secteur de la santé. Il présentait également les réalisations principales au titre des quatre domaines stratégiques du plan d'action pour la mise en œuvre de la politique sur l'égalité des sexes.

250. Mettant en exergue certaines conclusions de l'évaluation du plan d'action, il a noté que 59% des pays et territoires avaient rapporté avoir des politiques ou des plans de genre et santé, qui avaient eu un impact important sur la conception de programmes spécifiques avec une perspective de genre ; 88% des États Membres et 72% des domaines techniques au sein du Bureau désagrégeaient les données sur la base du genre, ce qui avait fait ressortir les inégalités et facilité la mesure de l'impact des interventions visant à les réduire. De plus, les États Membres avaient rapporté une intervention croissante de la société civile et d'autres partenaires dans la formulation de plans et de programmes destinés à répondre aux besoins en santé différents liés au genre et à renforcer la responsabilisation.

251. Bien que des progrès considérables avaient été accomplis, des défis demeuraient, en particulier en ce qui concernait le financement et la durabilité des efforts d'intégration du genre et le suivi de l'engagement du secteur de la santé à l'égard de l'intégration du genre. Le rapport mettait en avant trois axes stratégiques d'intervention pour 2015-2019, visant à relever ces défis et à répondre aux besoins actuels identifiés par les États Membres.

252. Le Comité exécutif accueillait favorablement les progrès accomplis dans la mise en œuvre de la politique d'égalité hommes-femmes et reconnaissait le besoin de travail constant afin d'attendre les cibles de la politique. Les délégués ont réaffirmé l'engagement de leurs gouvernements à l'égalité hommes-femmes et ont décrit leurs efforts à cet égard. Ils ont fait part de leur soutien aux axes stratégiques d'intervention proposées pour 2015-2019, mais ont demandé des clarifications concernant leurs implications pour les États Membres, s'ils étaient présentés par la suite comme objectifs généraux avec des indicateurs supplémentaires et à combien s'élèverait le financement pour mener à bien les activités envisagées par les axes stratégiques.

253. Le Dr Ruiz Matus a expliqué que les axes stratégiques d'intervention ne constituaient pas un nouveau mandat ou plan d'action et qu'aucun nouvel objectif ou indicateur ne serait proposé. Le but des axes stratégiques d'intervention était de renforcer et de poursuivre le travail accompli par les États Membres et le Bureau au titre du plan d'action et de réaffirmer et renforcer l'engagement de l'Organisation à la réalisation de l'égalité hommes-femmes en santé.

254. La Directrice a affirmé que la politique restait en vigueur et continuerait à être appliquée dans toutes les politiques et tous les programmes de l'OPS, qui seraient tous

examinés par un sous-comité au sein de l'Unité de genre et diversité culturelle du Bureau pour assurer qu'ils incorporaient une perspective de genre. Alors que des progrès vers l'égalité hommes-femmes en santé avaient été faits dans la Région, il restait un besoin de plaider et de vigilance dans le suivi. À son avis, une évaluation devrait être menée, avec la participation de partenaires extérieurs ainsi que des États Membres, afin d'obtenir une évaluation indépendante de la situation en ce qui concernait l'égalité des sexes 10 ans après l'adoption de la politique et pour identifier les leçons qui avaient été apprises, ce qui avait changé et ce qu'il restait à faire. Un aspect de cette question qui nécessitait une attention particulière était la situation des jeunes garçons qui semblaient être un groupe de plus en plus vulnérable dans de nombreuses sociétés. Elle suggérait par conséquent que le Bureau examine le coût et la faisabilité d'entreprendre cette évaluation et de travailler avec les partenaires et les parties prenantes pour la mener à bien.

255. Le Comité a pris note du rapport.

État d'avancement de la modernisation du système d'information pour la gestion du BSP (PMIS) (document CE156/INF/5)

256. Mme Natalie Saint Lawrence (Représentante du Sous-comité du programme, du budget et de l'administration) a indiqué que le Sous-comité avait été informé que le Bureau avait commencé à mettre en œuvre son nouveau système d'information pour la gestion en 2014. Des mesures avaient été prises incluant la sélection de personnel du Bureau pour former l'équipe essentielle pour le projet et le recrutement d'un responsable de projet extérieur. Le Sous-comité avait également été informé que deux membres de l'OMS arriveraient à Washington en avril 2015 pour faciliter l'intégration du PMIS dans le système mondial de gestion de l'OMS (GSM). Ils aideraient également avec les essais en juin et juillet, avec pour objectif que les données soient partagées en douceur entre les deux systèmes.

257. M. Esteban Alzamora (Responsable interne du projet du PMIS du BSP) a examiné les antécédents du projet de modernisation du PMIS, dès 2004 quand le Bureau avait commencé à étudier des options pour la modernisation de ses systèmes d'information pour la gestion. En 2005-2006, une étude de coût avait été entreprise sur la mise en œuvre du système mondial de gestion de l'OMS au BSP ; tout au long de 2007 et de 2008, le BSP avait étudié la pertinence d'un progiciel commercial d'utilisation des ressources (ERP) à ses fins ; et en 2009 et 2010 il avait élaboré les principes directeurs pour ce système, analysant les différentes options y compris leurs coûts. En 2010, le 50^e Conseil directeur avait adopté la résolution CD50.R10, avalisant la modernisation, approuvant les principes directeurs, approuvant les modifications et adaptations minimales pour un progiciel ERP et approuvant un budget de \$20,3 millions, avec \$10 millions de financement initial provenant du compte de réserve. Chacun de ces stades était décrit en détail dans le document CE156/INF/5.

258. Au début de 2015, la phase 1 du projet, couvrant les composantes de gestion des ressources humaines et des états de paie était entrée en opération. La formation était largement complétée sur la composante d'appels d'offres du système, qui démarrerait en

septembre 2015. La configuration de la phase 2, comprenant les finances, le budget et les achats, était en cours et les essais commenceraient au début juillet 2015. Cette phase entrerait en opération en janvier 2016. Les fonds décaissés ou prévus pour décaissement étaient toujours dans les limites du budget total prévu de \$22,5 millions et le projet progressait, conformément au calendrier très serré établi.

259. Dans la discussion qui a suivi, un délégué a noté que de nombreux pays de la Région étaient très en retard en matière de technologie de l'information. Il se demandait si un mécanisme pouvait être créé, par lequel les États Membres pouvaient apprendre de l'expérience du Bureau dans la mise en œuvre du projet PMIS afin de renforcer leurs systèmes d'information en santé.

260. La Directrice, notant que la haute direction continuait à suivre étroitement le projet, a rappelé que lorsque le BSP avait commencé la phase de mise en œuvre en 2013, il avait travaillé avec l'idée que les systèmes ERP étaient extrêmement difficiles à mettre en œuvre et que de nombreuses tentatives avaient échoué. Son attitude était alors d'un optimisme prudent et cela n'avait pas changé. Elle était reconnaissante que les États Membres avaient reconnu que les circonstances pouvaient changer au cours d'un projet complexe et avait accepté d'accorder une augmentation dans le budget. Elle souhaitait également remercier pour leur dévouement les membres du personnel qui étaient impliqués et qui avaient travaillé de longues heures sous une pression intense.

261. Le projet signifiait plus que la technologie de l'information ; il signifiait un changement dans les processus opérationnels de l'Organisation visant à les rendre plus efficaces et plus rentables. Le Bureau n'avait probablement pas suffisamment documenté les leçons apprises, étant donné que le processus de mise en œuvre lui-même avait pris beaucoup de temps. Mais c'était une mesure nécessaire qui devait être prise et qui pourrait aider les États Membres en les informant des bonnes pratiques concernant la mise en œuvre du système et en soulignant les risques et les difficultés potentiels. Le PMIS n'était pas un système d'information en santé, mais il y avait encore de nombreuses leçons à apprendre de sa mise en œuvre, des leçons qui pourraient informer une approche intégrée des systèmes d'information en santé dans la Région des Amériques.

262. Le Comité exécutif a pris note du rapport.

Rapport sur la transmission du virus du chikungunya et ses conséquences sur les Amériques (document CE156/INF/6)

263. Le Dr Marcos Espinal (Directeur du Département des Maladies transmissibles et d'analyse de la santé du BSP) a présenté le rapport sur ce point, dont le but était de fournir aux États Membres une information mise à jour sur les efforts de l'OPS pour suivre et atténuer la flambée de chikungunya et d'offrir des orientations pour leur permettre de se préparer et de répondre aux flambées de chikungunya et autres maladies émergentes ou réémergentes. Le rapport offrait des statistiques sur les cas et les décès depuis l'introduction du virus en 2013 et mettait en relief le défi que la maladie posait

pour les systèmes de surveillance épidémiologique. Même s'il existait une définition de cas à des fins de surveillance, les pays avaient dû adapter leurs systèmes de rapports et d'information concernant la maladie afin de suivre le chikungunya. Malgré l'engagement des pays à la mise en œuvre d'une gestion intégrée des vecteurs, la vaste distribution des vecteurs demeurait le plus grand défi pour contrôler le chikungunya ainsi que la dengue. En outre, l'abondance d'espèces de primates dans de nombreux pays qui n'avaient jamais été exposés au virus créait un risque pour l'établissement de cycles de transmission selvatique. La flambée avait souligné le besoin d'examiner et d'actualiser la prévention des maladies à arbovirus et des stratégies de contrôle.

264. Dans la discussion qui a suivi, les délégués ont souligné le besoin de communication du risque et d'éducation du public sur la maladie et sur la façon dont le virus était transmis. Le besoin d'un suivi constant et du rapport des cas et flambées a également été souligné. Ils ont noté la menace de l'introduction de la maladie à virus Zika et d'autres maladies transmises par les mêmes vecteurs et le besoin d'intensifier les mesures de contrôle des vecteurs. Une gestion améliorée des déchets solides était considérée cruciale pour éliminer les zones de reproduction des moustiques et réduire l'émission des gaz à effet de serre, qui aggravaient le changement climatique. Un délégué a noté que son pays testait actuellement des méthodes nouvelles de contrôle des vecteurs, y compris les agents et pièges biologiques et une autre déléguée a préconisé le partage d'expériences réussies dans le contrôle des vecteurs.

265. Le Dr. Espinal a observé que les commentaires des délégués avaient illustré le besoin d'une collaboration multisectorielle pour contrôler le chikungunya et les autres maladies vectorielles. Affirmant que le Bureau travaillerait avec les États Membres pour disséminer les bonnes pratiques pour la lutte contre les vecteurs et les maladies vectorielles, il a noté qu'un rapport récent du groupe consultatif de l'OMS sur le contrôle des vecteurs avait indiqué qu'il n'était pas encore en position de recommander un outil novateur particulier parce que d'autres tests et données probantes étaient requis pour démontrer l'efficacité entomologique et l'effectivité épidémiologique. Le Bureau était en accord avec cette position.

266. La Directrice a affirmé qu'il était clair que la Région avait un problème constant avec le contrôle de l'*Aedes aegypti* et de l'*Aedes albopictus*, comme le montraient les flambées régulières de dengue, les récentes flambées de chikungunya et la menace émergente de la maladie à virus Zika. De nombreux pays signalaient la résistance aux insecticides, donc de nouveaux outils étaient requis. L'OPS continuerait à collaborer avec l'OMS sur les études entomologiques. Dans certains pays, la population avait refusé de croire que le chikungunya était propagé par les moustiques. Alors que la coopération publique était essentielle pour le contrôle des vecteurs, cette lacune de sensibilisation devait être comblée. Il y avait également un besoin évident d'amélioration des rapports et de la communication du risque. Le Bureau travaillerait avec les États Membres pour renforcer la capacité de communication non seulement dans le secteur de la santé mais aussi parmi les décideurs dans d'autres secteurs intervenant dans la réponse aux flambées de maladies transmises par les vecteurs.

267. Le Comité a pris note du rapport.

Règlement sanitaire international et la maladie à virus Ebola (document CE156/INF/7)

268. Le Dr Marcos Espinal (Directeur du Département des Maladies transmissibles et d'analyse de la santé du BSP) a présenté le rapport sur ce point, qui offrait une mise à jour sur l'état d'avancement du Règlement sanitaire international (RSI) dans la Région et attirait l'attention sur la pertinence du Règlement en permettant aux pays de se préparer et de répondre à la maladie à virus Ebola et d'autres maladies qui étaient définies comme des urgences publiques de préoccupation internationale. Le rapport offrait également des détails sur les efforts de préparation à la maladie à virus Ebola dans les Amériques et soulignait les questions nécessitant une action concertée par les États Parties en relation au Règlement, en particulier en ce qui concernait le mécanisme de suivi du RSI pour l'après-2016 et les recommandations du comité d'examen sur les deuxièmes extensions pour établir les capacités nationales de santé publique et sur l'exécution du RSI, qui avaient été approuvées par l'Assemblée mondiale de la Santé par le biais de la résolution WHA68.5. Il était prévu qu'au cours de leurs sessions de 2015, tous les comités régionaux de l'OMS, dont le Conseil directeur de l'OPS, seraient invités à exprimer leur position en ce qui concernait le mécanisme de suivi pour l'après-2016.

269. Le Dr Ciro Ugarte (Directeur du Département de la Préparation aux situations d'urgence et des secours en cas de catastrophe du BSP) a noté que l'OMS avait lancé une série de réformes concernant la réponses aux situations d'urgences dans la foulée de la flambée d'Ebola. L'OPS avait pris des mesures pour renforcer sa capacité de réponse aux situations d'urgence bien avant. Un fonds d'urgence avait été établi en 1947 par le premier Conseil directeur et les premières procédures spécifiques de réponse aux situations d'urgence avaient été établies et un fonds renouvelable spécifique avait été créé en 1976. Des procédures additionnelles avaient été établies en 1990. Depuis lors, ces procédures avaient été continuellement mises à jour en fonction d'analyses internes et externes et des leçons apprises. En 2012, suite à une évaluation en profondeur de la réponse de l'OPS à la pandémie A(H1N1) en 2009 et d'autres urgences, une politique et des procédures pour la réponse institutionnelle aux situations d'urgence et aux catastrophes avait été adoptée.¹⁰ L'OPS participait également au Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie (GOARN) et à d'autres mécanismes mondiaux de réponse aux situations d'urgence et appuyait le processus de réforme de la réponse aux situations d'urgence à l'OMS.

270. Dans la discussion qui a suivi, les délégués ont affirmé que les flambées d'Ebola et autres menaces à la sécurité sanitaire mondiale, telles que l'émergence du syndrome respiratoire du Moyen-Orient causé par un coronavirus (MERS-CoV), avaient démontré l'importance de l'exécution intégrale du Règlement sanitaire international et de la solidarité à la réponse aux urgences sanitaires. Ils ont noté que même si des progrès avaient été faits dans le renforcement des capacités essentielles du RSI, il fallait encore

¹⁰ Voir http://www.paho.org/disasters/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=2150&Itemid=&lang=es

renforcer l'infrastructure de sécurité de la santé dans de nombreux pays et combler les lacunes persistantes en matière de préparatifs et de réponse par les services de santé publique mondiale à tous les niveaux. Ils ont exprimé leur soutien à un examen de pairs ou une autre forme équivalente de validation extérieure de l'évaluation du statut des capacités nationales essentielles. L'importance de procédures normalisées pour la détection rapide d'éventuels nouveaux cas importés a été mise en relief.

271. Des préoccupations ont été exprimées à propos des restrictions commerciales et de voyage imposées par certains pays pendant la flambée d'Ebola, qui dépassaient les mesures envisagées par le RSI et à propos d'obstacles légaux et autres qui avaient empêché la capacité de déployer du personnel dans les pays affectés afin d'assister les efforts de riposte. Ils espéraient que le Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie et les efforts de l'OMS pour constituer une main-d'œuvre d'urgence mondiale faciliteraient la mobilisation des ressources au-delà des frontières.

272. Le Dr Espinal a reconnu que certains pays avaient imposé des restrictions qui reflétaient une « excès de prudence ». Évidemment, chaque pays avait un droit souverain d'imposer ces mesures de façon à protéger sa population mais il fallait également que les pays travaillent ensemble en réponse aux menaces sanitaires mondiales. Il était également essentiel pour les pays de continuer à s'efforcer, avec l'appui du Bureau, de combler les lacunes révélées par l'épidémie d'Ebola de sorte qu'ils seraient prêts à lutter contre les futures flambées et situations d'urgence.

273. Le Bureau était très réceptif à l'idée de l'examen de pairs et la validation extérieure des capacités essentielles du RSI. La Région s'était exprimée haut et fort sur la question au niveau mondial et avait souligné que l'auto-évaluation ne serait pas suffisante. Le Bureau continuerait non seulement à assister les pays à réaliser les capacités essentielles, mais aussi à les maintenir et les renforcer sur le long terme.

274. Notant que le Bureau avait identifié des déficiences même dans les pays où les conditions de capacité essentielle auraient été remplies, la Directrice a noté que la flambée d'Ebola avait donné lieu à un niveau élevé d'anxiété parmi les présidents et les autorités de haut niveau. Si ce niveau d'intérêt pouvait être maintenu entre les dirigeants politiques, il était plus probable que l'investissement requis pour atteindre et maintenir les capacités essentielles pourrait être mobilisé. Dans certains pays, les capacités essentielles de base étaient toujours manquantes et il était important que leurs dirigeants comprennent qu'ils ne pourraient pas nécessairement miser sur l'assistance extérieure pour faire face à une grave flambée de maladie infectieuse. Le Bureau appliquait les leçons apprises de la flambée d'Ebola pour renforcer la réponse conjointe aux menaces sanitaires et situation d'urgence et aux flambées de maladies. Il travaillait également au renforcement de la capacité de pointe, tant au sein de l'Organisation qu'en dehors. Au titre de ce processus, il entreprendrait une cartographie des compétences et de l'expertise du personnel du BSP et mènerait une formation sur diverses facettes de la réponse aux situations d'urgence. Il aiderait les États Membres à renforcer la capacité de réponse au niveau sous-régional.

275. Le Comité a pris note du rapport.

Rapports d'avancement sur les questions techniques (document CE156/INF/8, A-G)

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

276. Le délégué de l'Équateur a annoncé que son pays déposerait sous peu son instrument de ratification du Protocole pour l'élimination du commerce illicite des produits du tabac.

277. Le Dr Anselm Hennis (Directeur du Département des Maladies non transmissibles et de la santé mentale du BSP) s'est réjoui de l'annonce faite par l'Équateur et a exprimé l'espoir qu'elle inspirerait d'autres États Membres à ratifier le protocole.

278. Le Comité a pris note du rapport.

B. Projet de plan décennal régional sur la santé bucco-dentaire pour les Amériques

279. Le Comité a pris note du rapport.

C. Plan d'action sur la sécurité routière

280. La déléguée du Brésil a annoncé que son pays, en partenariat avec l'OPS/OMS, accueillerait la deuxième Conférence mondiale de haut niveau sur la sécurité routière, qui se tiendrait le 18 et 19 novembre 2015 à Brasilia. Elle a invité tous les États Membres à participer à la rédaction de la déclaration devant être adoptée par la conférence.

281. Le Dr Hennis a remercié le Brésil pour ses efforts dans l'organisation de la conférence et a également encouragé les États Membres à y participer.

282. La Directrice a souligné l'importance de la question de la sécurité routière pour la Région. Il était reconnu que les accidents de la circulation représentaient une proportion considérable de morbidité et de mortalité dans les Amériques mais des déficiences continuaient à persister dans la collecte et la classification des données, ce qui posait des difficultés pour déterminer la portée entière du problème. Elle encourageait également les États Membres à participer à la conférence mondiale.

283. Le Comité a pris note du rapport.

D. Prévention et contrôle de la dengue dans les Amériques

284. L'importance de renforcer la surveillance de la dengue afin d'évaluer l'efficacité des nouveaux outils et stratégies de prévention a été mise en relief. Il était également important de renforcer le test de diagnostic pour assurer que la dengue était effectivement détectée et différenciée d'autres maladies fébriles aiguës qui pourraient être présentes dans les endroits où la maladie est endémique.

285. Le Dr Marcos Espinal (Directeur du Département des Maladies transmissibles et d'analyse de la santé du BSP) a affirmé que la dengue constituait toujours un grave problème dans les Amériques. Il nécessitait une réponse multisectorielle, en particulier pour éliminer les lieux de reproduction et contrôler le vecteur. Alors que la mortalité de la maladie avait chuté fortement, les taux de morbidité restaient encore élevés dans de nombreux pays. Divers vaccins étaient à l'étude et une fois que les résultats seraient connus, les experts techniques de l'Organisation feraient des recommandations sur leur usage.

286. La Directrice, convenant que la dengue était un sérieux problème, a noté que les taux élevés d'infection d'*Aedes aegypti* et *Aedes albopictus* étaient également associés à la flambée de chikungunya et à la menace émergente de la maladie à virus Zika. Le problème était également associé aux déterminants sociaux de la santé, tels que le manque d'accès à l'eau salubre et la gestion incorrecte des déchets solides. Par conséquent, une réponse multisectorielle était essentielle. Il était également nécessaire de créer la sensibilisation parmi les membres de la communauté et d'enrôler leur participation aux efforts de prévention. Elle a encouragé les ministres de la Santé à faire pression sur les législateurs et les autorités gouvernementales au plus haut niveau concernant le besoin d'une action multisectorielle.

287. Le Comité a pris note du rapport.

E. L'insuffisance rénale chronique dans les communautés agricoles en Amérique centrale

288. La Directrice a noté que peu de progrès concrets avaient été faits pour régler le problème de l'insuffisance rénale parmi les jeunes gens en âge de travailler. Le problème était particulièrement aigu en Amérique centrale mais il affectait également d'autres régions. Malgré le travail entrepris, les progrès étaient limités en ce qui concernait la santé professionnelle et environnementale. Le manque de progrès était une source de frustration pour le Bureau, qui continuerait à travailler avec les partenaires pour trouver un moyen de s'attaquer au problème.

289. Le Comité a pris note du rapport.

F. Évaluation et incorporation des technologies de la santé dans les systèmes de santé

290. Les progrès accomplis dans l'exécution de la résolution CSP28.R9 et dans le renforcement de la capacité et de l'infrastructure pour l'évaluation de la technologie de la santé ont été applaudis. Il a été noté toutefois que le rapport d'avancement ne couvrait pas un aspect de la résolution : l'établissement des priorités à l'échelle locale et le renforcement du système pour la collecte de données de qualité. L'importance de mettre l'accent sur les besoins locaux et régionaux et sur les considérations éthiques et liées à l'équité liées à la technologie de la santé a été soulignée. On a remercié l'OPS pour son appui au Réseau de technologie de la santé des Amériques, qui jouait un rôle clé dans

l'élaboration, l'exécution et le renforcement des technologies de la santé. Le délégué du Mexique a noté qu'en novembre 2014 son pays, en collaboration avec l'OPS, avait parrainé un atelier sur l'évaluation de la technologie de la santé et suggérait qu'il devrait être mentionné dans le rapport d'avancement.

291. Le Dr James Fitzgerald (Directeur du Département des Systèmes et services de soins de santé du BSP) a observé que le travail sur l'évaluation de la technologie de la santé était intrinsèquement lié aux efforts régionaux pour réaliser l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle. Il était clair que l'évaluation de la technologie de la santé aidait les pays à identifier les technologies qui devraient progressivement être incorporées dans leurs services de santé. Il convenait que l'équité et les considérations éthiques étaient importantes dans les prises de décisions sur les technologies de la santé. Notant que la Banque mondiale et la Banque interaméricaine de développement investissaient dans l'évaluation de la technologie de la santé comme moyen d'accroître l'accès aux services de santé et de renforcer l'efficacité des systèmes de santé, il a encouragé les États Membres à tirer parti de ce soutien comme un complément de la coopération technique fournie par le Bureau.

292. Le Comité a pris note du rapport.

G. Situation des Centres panaméricains

293. Le Comité a pris note du rapport.

Résolutions et autres actions d'organisations intergouvernementales revêtant un intérêt pour l'OPS (document CE156/INF/9, A-B)

A. Soixante-huitième Assemblée mondiale de la Santé

294. Mme Piedad Huerta (Conseillère principale du Bureau des Organes directeurs du BSP) a informé sur les résolutions et autres actions de la soixante-huitième Assemblée mondiale de la Santé revêtant un intérêt pour les Organes directeurs de l'OPS. L'Assemblée a adopté 20 résolutions et sept décisions. Étant donné la brièveté de la période entre l'Assemblée et la session présente du Comité exécutif, le Bureau n'a fait qu'une évaluation préliminaire des implications des résolutions. Une analyse plus détaillée serait présentée au 54^e Conseil directeur.

295. Elle a attiré l'attention sur les implications clés pour la Région de certaines des 20 résolutions citées dans le document CE156/INF/9. Ces résolutions se rapportaient au budget programme de l'OMS 2016-2017, au paludisme, à l'exécution du RSI, au plan d'action mondial de vaccination et au plan d'action mondial sur la résistance aux antimicrobiens. Notant que le budget programme de l'OMS incluait une augmentation de 8% pour les programmes de base, elle a cité les domaines où le BSP appliquerait les ressources augmentées qui en résultaient. Dans le cas du paludisme, elle a mis l'accent sur les grands progrès qui avaient été faits dans la Région, avec 13 des 21 pays où le paludisme est endémique ayant atteint l'objectif d'une réduction de 75% du fardeau du

paludisme en 2013 et trois autres pays devant faire de même en 2015. Dans le domaine de l'exécution du RSI, elle a attiré l'attention sur la conclusion du Comité d'examen du RSI que le renforcement et le maintien des capacités essentielles devraient être considérés comme un processus continu pour tous les pays. Elle a également noté que les thèmes de la vaccination et de la résistance aux antimicrobiens étaient également au programme du Comité exécutif.

B. Organisations sous-régionales

296. Mme Lorraine Thompson (Chef par intérim de la Coordination des pays et sous-régionale au BSP) a expliqué que la partie B du même document décrivait les résolutions et accords sur la santé qui avaient été adoptés par des entités d'intégration sous-régionales dans les Caraïbes, en Amérique centrale et en Amérique latine et qui étaient liés au travail de l'OPS. Le Conseil pour le développement humain et social de la Communauté des Caraïbes (CARICOM) a discuté la promotion d'une plus grande coopération entre l'OPS et l'Agence de santé publique des Caraïbes (CARPHA) à l'appui des États Membres. Il avait également discuté le besoin d'une politique sur l'usage de l'alcool, la prévention des blessures liées à la violence et la mise à jour des directives sur le traitement du VIH. Les chefs de gouvernement de la CARICOM se sont également réunis pour discuter de la question de la maladie à virus Ebola et avaient publié un plan d'action en 10 points pour stopper toute flambée potentielle.

297. La 30^e réunion du secteur de la santé d'Amérique centrale et de la République dominicaine (RESSCAD) a adopté un accord sur le développement de feuilles de route nationales en vue de l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle, ainsi que d'une feuille de route sur le renforcement des systèmes réglementaires nationaux et le développement de réglementations techniques pour la surveillance, le stockage et les pratiques de distribution des médicaments et d'une autre sur l'étude d'un accord entre l'OPS, le Conseil des Ministres de la Santé d'Amérique centrale et les autorités réglementaires nationales. La réunion avait également discuté le chikungunya et Ebola dans le contexte du Règlement sanitaire international (2005). Le Conseil des Ministres de la Santé d'Amérique centrale (COMISCA) du Système d'intégration centraméricain (SICA) avait approuvé des résolutions sur le renforcement de la capacité du personnel technique pour aborder le chikungunya, la transplantation et le don d'organes et la mise en œuvre du RSI.

298. La réunion des ministres de la Santé de la Zone andine (REMSAA) a adopté une résolution sur la question des médicaments qui étaient difficiles à acquérir et leur achat à travers le Fonds stratégique de l'OPS et une résolution sur l'appui au développement, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation de la politique de santé interculturelle andine. Les ministres de la Santé du Marché commun du Sud (MERCOSUR) avaient adopté un accord sur la création d'un réseau pour la coopération et la formation sur les dons d'organes et les transplantations et la création d'un registre de dons et de transplantation.

299. L'Union des Nations sud-américaines (UNASUR) a adopté un accord sur un cadre d'action cohérent avec le Plan stratégique de l'OPS pour renforcer les capacités

pour affronter la maladie à virus Ebola et d'autres événements similaires d'importance pour la santé publique. L'Alliance bolivarienne pour les peuples de notre Amérique (ALBA) avait tenu un sommet spécial pour discuter la menace Ebola et avait convenu d'un plan d'action et de son exécution avec l'OPS dans le contexte du RSI. D'autres réunions et décisions étaient citées dans le document CE156/INF/9.

300. L'OPS était en train de réorganiser sa structure de coopération technique sous-régionale afin d'être mieux en mesure de travailler avec les organes infrarégionaux, d'identifier les priorités communes parmi les divers processus d'intégration dans lesquels l'OPS pouvait fournir la coopération technique et d'éviter le chevauchement des efforts et optimiser l'usage des ressources techniques et financières.

301. Le Comité exécutif a pris note du rapport.

Clôture de la session

302. Suivant l'échange habituel de politesses, le Vice-président en l'absence du Président, a déclaré la clôture de la 156^e session du Comité exécutif.

Résolutions et décisions

303. Les résolutions et décisions suivantes ont été adoptées par le Comité exécutif lors de sa 156^e session :

Résolutions

CE156.R1 : Recouvrement des contributions fixées

LA 156^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné le Rapport de la Directrice sur le recouvrement des contributions fixées (documents CE156/20 et Add. I) ;

Notant qu'aucun État Membre n'est en arriéré de paiement de ses contributions fixées dans la mesure où il peut être assujéti à l'application de l'article 6.B de la Constitution de l'Organisation panaméricaine de la Santé ; et

Notant que 17 États Membres ne se sont acquittés d'aucun paiement correspondant à leurs contributions fixées pour 2015,

DÉCIDE :

1. De prendre note du Rapport de la Directrice sur le recouvrement des contributions fixées (documents CE156/20 et Add. I).

2. De remercier les États Membres pour leur engagement à s'acquitter de leurs obligations financières envers l'Organisation en faisant des efforts pour régler leurs contributions impayées.
3. De féliciter les États Membres qui se sont déjà acquittés de leurs paiements pour 2015 et d'exhorter les autres États Membres à s'acquitter de toutes leurs contributions impayées dès que possible.
4. De prier la Directrice de continuer à informer les États Membres de tout montant dû et de présenter un rapport au Conseil directeur sur la situation du recouvrement des contributions fixées.

(Première réunion, 22 juin 2015)

CE156.R2 : Plan d'action pour la prévention et le contrôle de la tuberculose

LA 156^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné la proposition de *Plan d'action pour la prévention et le contrôle de la tuberculose* (document CE156/16),

DÉCIDE :

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

**PLAN D'ACTION POUR
LA PRÉVENTION ET LE CONTRÔLE DE LA TUBERCULOSE**

LE 54^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant examiné le *Plan d'action pour la prévention et le contrôle de la tuberculose* pour 2016-2019 (document CD54/_), lequel propose d'accélérer les efforts de contrôle dans le but de progresser vers la fin de l'épidémie de tuberculose et d'atteindre les cibles proposées pour 2019 dans le Plan stratégique de l'OPS 2014-2019 ;

Reconnaissant les importantes réalisations au titre du contrôle de la tuberculose dans la Région des Amériques, lesquelles ont été démontrées par l'atteinte anticipée des cibles des objectifs du Millénaire pour le développement au titre de la tuberculose et ce, grâce aux efforts déployés par les États Membres dans l'application des stratégies de traitement de brève durée sous surveillance directe et du partenariat Halte à la tuberculose ;

Conscient du fait que, malgré les avancées réalisées, la tuberculose demeure un grave problème de santé publique dans la Région des Amériques, qui recense selon les

estimations plus de 280 000 nouveaux cas par an, dont plus de 65 000 cas ne sont ni diagnostiqués ni notifiés ;

Reconnaissant que le contrôle de la tuberculose dans la Région fait face actuellement à de nouveaux défis liés à la transition épidémiologique que vit la population, comme l'augmentation des maladies non transmissibles qui favorisent l'infection et la maladie tuberculeuse (comme le diabète sucré, les troubles mentaux et les addictions nocives), la persistance de la transmission du virus de l'immunodéficience humaine (VIH/sida) et les formes de tuberculose multirésistante et ultrarésistante, l'urbanisation accélérée assortie d'une augmentation des inégalités sociales et de santé pour les populations pauvres des quartiers marginaux, ainsi que le manque de ressources économiques nécessaires pour que les activités de contrôle soient centrées sur les populations les plus défavorisées ;

Prenant en considération la résolution WHA67.1 de l'Assemblée mondiale de la Santé portant adoption de la *Stratégie mondiale et les cibles proposées pour la prévention de la tuberculose, les soins et la lutte après 2015*, dans laquelle sont établies des cibles ambitieuses pour mettre fin à l'épidémie de tuberculose et sont introduites des interventions pour le secteur de la santé selon une approche multisectorielle, marquée par l'innovation technique et le financement adéquat ;

Reconnaissant que le présent plan d'action représente une plateforme pour l'exécution de la stratégie mondiale,

DÉCIDE :

1. D'approuver le *Plan d'action pour la prévention et le contrôle de la tuberculose* (document CD54/_).
2. De prier instamment les États Membres, en tenant compte de leur conjoncture, de leurs besoins et de leurs priorités :
 - a) de ratifier le contrôle de la tuberculose comme étant une priorité dans les programmes de santé ;
 - b) de rénover l'engagement politique en faveur de l'affectation conséquente de crédits adéquats ainsi que des ressources humaines nécessaires pour l'atteinte des cibles arrêtées dans les plans nationaux ;
 - c) d'envisager le présent plan d'action pour l'actualisation des plans stratégiques nationaux qui orienteront la mise en œuvre de la stratégie mondiale en tenant compte des conjonctures nationales ;
 - d) de renforcer les mesures spécifiques relatives au contrôle de la tuberculose dans le secteur de la santé conformément aux normes internationales de prise en charge de la tuberculose qui s'inscrivent dans la *Stratégie pour l'accès universel à la*

- santé et la couverture sanitaire universelle* ainsi que dans la stratégie de soins primaires de santé ;
- e) d'inclure une approche interprogrammatique et multisectorielle dans le contrôle de la tuberculose comme il est proposé dans la stratégie mondiale ;
 - f) de mettre en place des interventions spécifiques de contrôle de la tuberculose au sein des populations vulnérables des villes conformément au cadre de travail de l'OPS/OMS sur le contrôle de la tuberculose dans les grandes villes ;
 - g) de faciliter l'adoption de mesures de protection pour éviter la pauvreté résultant de la maladie chez les personnes touchées par la tuberculose et leurs familles en les inscrivant aux programmes de protection sociale en place dans les pays ;
 - h) de faire participer les communautés, les personnes touchées par la maladie, les organisations de la société civile ainsi que les associés techniques et financiers nationaux et internationaux dans les activités de prévention et de contrôle de la maladie.
3. De demander à la Directrice :
- a) de fournir une aide technique aux États Membres au titre de l'élaboration de plans stratégiques nationaux qui tiennent compte de la stratégie mondiale en apportant les modifications nécessaires en fonction des conjonctures nationales ;
 - b) de fournir des conseils au sujet de la mise en œuvre des plans stratégiques nationaux ;
 - c) d'évaluer l'atteinte des cibles proposées dans ce plan pour 2019 ;
 - d) de promouvoir l'inclusion de nouvelles technologies et de nouveaux médicaments pour le diagnostic, la prévention et le traitement de la tuberculose ;
 - e) de faire rapport aux Organes directeurs au sujet des avancées réalisées dans l'exécution du plan d'action et dans l'atteinte de ses cibles.

(Deuxième réunion, le 22 juin 2015)

CE156.R3 : Plan d'action sur la santé des travailleurs

LA 156^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné le *Plan d'action sur la santé des travailleurs* (document CE156/15, Rév.1) ;

DÉCIDE :

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

PLAN D'ACTION SUR LA SANTÉ DES TRAVAILLEURS

LE 54^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant examiné le *Plan d'action sur la santé des travailleurs* (document CD54/_);

Rappelant les mandats spécifiques des Organes directeurs de l'OPS sur la santé des travailleurs et, en particulier, la résolution CSP23.R14 de la 23^e Conférence sanitaire panaméricaine (1990), qui prie instamment les États Membres d'accélérer l'expansion de différentes entités institutionnelles chargés de dispenser des soins de santé aux travailleurs afin de promouvoir la réalisation de la couverture universelle, et la résolution CD41.R13 du 41^e Conseil directeur (1999), qui invite les États Membres à inclure dans leurs plans nationaux de santé, le cas échéant, le Plan régional sur la santé des travailleurs consigné dans le document CD41/15, qui propose des lignes programmatiques spécifiques pour l'action des États Membres et la coopération internationale ;

Considérant la résolution WHA49.12 de l'Assemblée mondiale de la Santé, qui a approuvé la Stratégie mondiale pour la santé au travail pour tous, et la résolution WHA60.26 (2007), qui adopte le Plan d'action mondial sur la santé des travailleurs 2008-2017, avec ses principaux objectifs, cibles et indicateurs, et prie la Directrice générale de l'OMS d'intensifier la collaboration avec l'Organisation internationale du Travail (OIT) et d'autres organisations internationales compétentes pour la mise en œuvre du plan mondial aux niveaux national et international ;

Prenant en compte le document *L'avenir que nous voulons* de l'Assemblée générale des Nations Unies, et plus particulièrement la reconnaissance que la santé est une condition préalable aux trois dimensions du développement durable et qu'elle est à la fois un résultat et un indicateur de ces dimensions, ainsi que l'appel contenu dans ce document à la participation de tous les secteurs concernés dans l'action multisectorielle coordonnée pour répondre de manière urgente aux besoins de santé de la population mondiale ;

Reconnaissant que le travail et l'emploi sont des droits de l'homme liés à la santé et des déterminants sociaux de la santé, et que la *Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé* appelle à l'élaboration et à la mise en œuvre de mesures fortes, qui sont fondées sur des données probantes et fiables concernant le bien-être de la société, si possible sur la base d'indicateurs, de normes et de programmes existants dans la société toute entière, et qui ne visent pas simplement la croissance économique ; et reconnaissant l'importance de la promotion de la santé dans toutes les politiques menées par les ministères de la Santé ;

Reconnaissant que l'augmentation des migrations, du vieillissement de la population et des maladies professionnelles et non transmissibles est une tendance cruciale qui façonne le profil de la santé dans les Amériques et que les avantages en

matière de santé n'ont pas été partagés équitablement entre les pays de la Région et en leur sein, avec pour conséquence que l'inégalité reste l'un des plus grands défis de la santé des travailleurs et du développement durable dans la Région des Amériques ;

Conscient que les systèmes de santé assument le fardeau et les coûts de la prestation de soins de santé aux travailleurs formels et informels dus aux maladies professionnelles, et que ces travailleurs restent invisibles en raison de l'absence de diagnostic et d'enregistrement approprié, et conscient des faibles investissements réalisés dans les programmes de prévention des atteintes à la santé des travailleurs, ce qui, d'un point de vue de santé publique, permettrait de contenir ces coûts ;

Conscient des grandes inégalités et injustices sociales et économiques liées à la santé qui affectent la santé des travailleurs, en particulier dans le secteur informel, et reconnaissant que la santé des travailleurs et les environnements de travail sains sont essentiels pour parvenir à la santé et au bien-être individuel et communautaire, qui sont essentiels pour le développement durable des États Membres ;

Considérant le Plan stratégique de l'Organisation panaméricaine de la Santé 2014-2019 et, en particulier, les principes de la catégorie 3 sur les déterminants de la santé et la promotion de la santé tout au long de la vie.

DÉCIDE :

1. D'approuver le *Plan d'action sur la santé des travailleurs* pour la période 2015-2025.
2. De prier instamment les États Membres, le cas échéant, et en tenant compte leur contexte et priorités nationales :
 - a) de plaider pour que l'égalité et la promotion de la santé des travailleurs soit une priorité et adopter des mesures efficaces visant au contrôle des conditions de travail et d'emploi en tant que déterminants sociaux de la santé, à l'accroissement de la couverture sanitaire universelle et au renforcement des systèmes de santé et de l'équité en matière de santé ;
 - b) d'adopter des mesures efficaces, y compris, le cas échéant, des mesures impliquant la législation actuelle, les structures, les ressources et les processus en vue d'établir des politiques publiques qui prennent en compte les effets de la santé des travailleurs sur la santé et l'équité et de mettre en place des mécanismes qui permettent de mesurer et surveiller les conditions de travail et d'emploi qui ont un impact sur la santé de travailleurs ;
 - c) de développer et de maintenir, le cas échéant, des capacités et des compétences adéquates et durables pour atteindre, à travers l'action dans tous les secteurs institutionnels, de meilleurs résultats du point de vue de la santé et de l'équité en matière de santé des travailleurs ;

- d) d'utiliser les outils pertinents pour identifier, évaluer, mobiliser et renforcer la participation et les activités multisectorielles pour promouvoir la santé des travailleurs, y compris, le cas échéant, le travail des comités interministériels et l'analyse des impacts sur la santé ;
- e) de renforcer la vérification diligente et la responsabilisation et d'accroître la transparence dans la prise de décisions et l'engagement à l'action ;
- f) d'impliquer, le cas échéant, les travailleurs et les syndicats, les employeurs et les organisations sectorielles, les communautés locales et d'autres acteurs de la société civile dans la formulation, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des politiques dans tous les secteurs économiques, et plus particulièrement dans ceux identifiés comme prioritaires, y compris les mécanismes de participation communautaire et du public ;
- g) de contribuer à la préparation du programme de développement durable pour l'après-2015 en mettant l'accent sur le fait que les politiques dans d'autres secteurs que le secteur de la santé ont des répercussions importantes sur les résultats en matière de santé et en identifiant les synergies entre les objectifs des politiques dans le secteur de la santé, du travail et autres ;
- h) de promouvoir la participation active des autorités de santé dans d'autres secteurs, mettant ainsi en œuvre la stratégie de la santé dans toutes les politiques.

3. De demander à la Directrice :

- a) de promouvoir et de soutenir la diffusion et la mise en œuvre de l'approche intégrée d'action proposée dans le *Plan d'action sur la santé des travailleurs* ;
- b) d'accorder une attention particulière au développement de partenariats institutionnels, tant dans les contextes nationaux qu'internationaux, y compris la mobilisation de ressources extrabudgétaires, pour mettre en œuvre des activités intersectorielles qui facilitent l'élaboration et la consolidation des activités de prévention dans le cadre de l'approche intégrée de prévention ;
- c) de continuer à soutenir les ministres de la Santé dans leurs efforts pour promouvoir et améliorer la santé et le bien-être des travailleurs ;
- d) de continuer à promouvoir et soutenir le développement du réseau des Centres collaborateurs de l'OPS/OMS et d'institutions scientifiques qui contribuent au renforcement de la capacité technique, scientifique et administrative des institutions et des programmes dans le domaine de la santé des travailleurs ;
- e) de promouvoir et de soutenir la coopération entre les pays dans le domaine de la santé des travailleurs et, en particulier, dans la recherche opérationnelle pour le développement de ressources humaines.

(Deuxième réunion, le 22 juin 2015)

CE156.R4 : Plan d'action sur la résistance aux antimicrobiens

LA 156^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné le *Plan d'action sur la résistance aux antimicrobiens* (document CE156/17),

DÉCIDE :

De recommander que le 54^e Conseil directeur adopte une résolution rédigée selon les termes suivants:

PLAN D'ACTION SUR LA RÉSISTANCE AUX ANTIMICROBIENS

LE 54^e CONSEIL DIRECTEUR,

Gardant présent à l'esprit la résolution CD41.R14 (1999) portant sur les maladies infectieuses émergentes et réémergentes et la résistance aux antimicrobiens, et le document CD51/15, Rév. 1, Add. 1 (2011) sur le confinement de la résistance aux antimicrobiens ;

Conscient de l'importance de préserver les antibiotiques comme médicaments essentiels qui contribuent de manière significative à diminuer le taux de morbidité et de mortalité dû aux maladies infectieuses, en particulier chez les personnes en situation de vulnérabilité, comme les patients immunodéprimés, les patients atteints de cancer, les transplantés, les patients internés dans des unités de soins intensifs et en général toute personne affectée par une maladie infectieuse ;

Prenant en compte les réalisations et les enjeux dans la Région en ce qui concerne la surveillance et l'endiguement de la résistance aux antimicrobiens qui servent de point de départ à la formulation du *Plan d'action sur la résistance aux antimicrobiens* pour la période 2015-2020 ;

Reconnaissant que la résistance aux antimicrobiens pose une menace pour la santé qui requiert une réponse multisectorielle, et que la fonction directrice du gouvernement revêt par conséquent une importance fondamentale pour que les efforts aboutissent;

Reconnaissant que pour obtenir un accès opportun aux antimicrobiens de qualité adéquate et efficace, et un usage approprié pour la santé humaine, il est indispensable de procéder à une révision des approches nationales en vigueur ;

S'inspirant de l'esprit de panaméricanisme, les objectifs du Millénaire pour le développement, les instruments contraignants universels et régionaux en matière de droits de l'homme, et la perspective d'une réduction de l'impact des maladies infectieuses et de la capacité de préservation de l'efficacité des antimicrobiens, notamment les antiviraux, les antifongiques, les antibactériens et les antiparasites,

DÉCIDE :

1. D'approuver le *Plan sur la résistance aux antimicrobiens* et sa mise en œuvre en fonction des conditions propres à chaque pays.
2. De prier instamment les États Membres, en tenant compte de leur environnement et de leurs priorités nationales :
 - a) de renouveler leur engagement à appuyer l'élaboration de plans d'action nationaux qui consolident les réalisations nationales et permettent de définir et de mettre en œuvre des interventions concrètes pour endiguer la résistance aux antimicrobiens;
 - b) d'allouer les ressources indispensables au fonctionnement et au développement adéquats en vue de la mise en œuvre des plans d'action nationaux, à savoir :
 - i. la disponibilité de ressources humaines dotées de la formation requise pour prêter un appui aux activités de surveillance et de suivi de l'usage approprié des antimicrobiens, pour stimuler le dialogue intersectoriel et pour promouvoir la participation citoyenne et communautaire, ainsi que la collaboration à l'intérieur et en dehors du secteur de la santé ;
 - ii. les ressources financières propres à assurer la durabilité du plan d'action et à permettre le renforcement de la capacité des laboratoires nationaux de santé publique, l'accès et l'usage approprié des antimicrobiens et la collaboration entre les différents secteurs ;
 - c) de créer des plates-formes de dialogue et d'intervention multisectorielle qui servent à aborder la surveillance intégrée des résistances, la réglementation de l'usage des antimicrobiens, la promotion de la recherche et du développement, ainsi qu'à promouvoir la participation intersectorielle (secteurs public, privé, autres ministères – en particulier celui de l'agriculture – et société civile entre autres), en vue de rehausser le potentiel des ressources et obtenir des synergies en vue du confinement des résistances ;
 - d) d'adopter des mesures d'urgence en vue de promouvoir l'usage approprié des antimicrobiens, en envisageant une approche intégrale du processus en vertu de laquelle sera encouragé l'usage responsable des antimicrobiens par les personnes ou consommateurs, grâce à l'éducation et la communication ;
 - e) de mettre en place des systèmes de détection et de suivi de la résistance aux antimicrobiens, assortis d'une gestion de la qualité qui assure l'opportunité des données de laboratoires et l'intégration de l'information provenant d'autres secteurs ainsi que des informations sur la consommation d'antimicrobiens ;
 - f) de stimuler et d'appuyer la recherche et le développement pour lutter contre la résistance aux antimicrobiens, en incluant le secteur universitaire et le secteur privé, dans la perspective du développement de nouvelles idées pratiques qui prolongent la vie utile des antimicrobiens et encouragent le développement de nouvelles techniques de diagnostic et de médicaments antimicrobiens ;

- g) d'allouer et d'utiliser de manière appropriée les ressources requises pour atteindre les objectifs énoncés dans le *Plan d'action sur la résistance aux antimicrobiens* pour la période 2015-2020 ;
 - h) de mettre en place les mécanismes qui permettent d'assurer le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre de ce plan.
3. De demander à la directrice:
- a) de veiller à ce que toutes les entités relevant du Bureau et des bureaux de pays soient engagées et agissent en coordination en ce qui a trait à l'appui à fournir aux pays pour le confinement de la résistance aux antimicrobiens ;
 - b) de collaborer avec les États Membres à la mise en œuvre du présent plan pour la période 2015-2020, en fonction de leurs besoins, en recourant à une approche multidisciplinaire et intersectorielle et en prenant en considération la promotion de la santé, les droits de l'homme, l'égalité entre hommes et femmes et la couverture sanitaire universelle ;
 - c) de promouvoir la mise en œuvre de ce plan d'action et de garantir son caractère transversal à travers les départements de l'Organisation, les différents contextes et priorité sous-régionales et nationales, ainsi que la collaboration avec les pays et entre eux, en ce qui concerne la conception de stratégies et l'échange de capacités et de ressources ;
 - d) d'allouer des ressources appropriées pour la réalisation des travaux du Bureau sanitaire panaméricain, conformément à la planification budgétaire de l'Organisation, et de continuer à préconiser la mobilisation active de ressources et la promotion de partenariats en vue d'appuyer la mise en œuvre de la présente résolution ;
 - e) de consolider et d'élargir la collaboration avec l'Organisation des Nations unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO) et l'Office international des épizooties (OIE) pour combattre la résistance aux antimicrobiens, à la lumière de l'initiative "Une seule santé " ;
 - f) de surveiller et d'évaluer la mise en œuvre du présent plan d'action et de soumettre des rapports périodiques aux Organes directeurs au sujet des avancées et des restrictions à la mise en œuvre du plan, ainsi que des ajustements à introduire aux nouveaux contextes et besoins le cas échéant.

(Deuxième réunion, le 22 juin 2015)

CE156.R5 : Désignation d'un membre auprès du Comité d'audit de l'OPS

LA 156^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

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

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

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

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

DÉCIDE :

1. De remercier la Directrice du BSP et le Sous-comité du Programme, du Budget et de l'Administration pour le travail exhaustif effectué de sorte à identifier et désigner des candidats hautement qualifiés auprès du Comité d'audit de l'OPS.
2. De désigner M. John D. Fox comme membre du Comité d'audit de l'OPS pour un mandat de trois ans, à savoir de juin 2015 à juin 2018.

(Troisième réunion, le 23 juin 2015)

CE156.R6 : Stratégie et plan d'action visant au renforcement du système de santé pour combattre la violence à l'égard des femmes

LA 156^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné la *Stratégie et le Plan d'action visant au renforcement du système de santé pour combattre la violence à l'égard des femmes* (document CE156/14) ;

DÉCIDE :

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

**STRATÉGIE ET PLAN D'ACTION VISANT AU RENFORCEMENT DU
SYSTÈME DE SANTÉ POUR COMBATTRE LA VIOLENCE
À L'ÉGARD DES FEMMES**

LE 54^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant examiné la *Stratégie et le plan d'action visant au renforcement du système de santé pour combattre la violence à l'égard des femmes* (document CD54/_);

Prenant en compte le fait que la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé établit que « la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale »,

Constatant que la violence à l'égard des femmes constitue un grave problème de santé publique et une violation des droits fondamentaux des femmes et de leurs libertés fondamentales, et que celle-ci entrave ou anéantit l'observance, la jouissance et l'exercice de ces droits et libertés ;

Profondément préoccupé par le fait que la violence à l'égard des femmes touche une femme sur trois dans la Région des Amériques ;

Conscient du fait que la violence à l'égard des femmes peut revêtir des formes multiples mais que la violence sexuelle, physique et affective exercée par un partenaire masculin contre une femme est la forme la plus répandue de cette violence ;

Reconnaissant que la violence à l'égard des femmes a pour cause profonde des disparités entre elles et les hommes ainsi que des déséquilibres de pouvoir entre les hommes et les femmes ;

Conscient du fait qu'une telle violence a des incidences durables et profondes sur la santé des femmes et celle de leurs enfants, le bien-être de leurs familles et communautés ainsi que sur l'économie et le développement des nations ;

Reconnaissant que les systèmes de santé ont une fonction importante à remplir pour ce qui est de prévenir et de combattre la violence à l'égard des femmes dans le contexte d'un effort global et multisectoriel ;

Rappelant la résolution WHA67.15 (2014), *Renforcer le rôle du système de santé pour traiter le problème de la violence, en particulier à l'égard des femmes et des filles et à l'égard des enfants* ;

Rappelant d'autres résolutions pertinentes adoptées par les organes directeurs de l'OPS, notamment les suivantes : La Stratégie pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle (CD53.R14 [2014]), La santé et les droits de l'homme

(CD50.R8 [2010]) et le Plan d'action pour la mise en œuvre de la politique sur l'égalité des sexes (CD49.R12 [2009]),

DÉCIDE :

1. D'approuver et de mettre en œuvre la *Stratégie et le plan d'action visant au renforcement du système de santé pour combattre la violence à l'égard des femmes* dans le contexte des situations propres à chaque pays.

2. De prier instamment les États Membres, en tenant compte des responsabilités communes en vigueur dans les États fédérés :

- a) d'améliorer la collecte et la diffusion de données comparables sur l'ampleur, les catégories, les facteurs de risque et les facteurs de protection ainsi que sur les conséquences sanitaires de la violence à l'égard des femmes ;
- b) de renforcer le rôle joué par leurs systèmes de santé dans le traitement du problème de la violence à l'égard des femmes afin d'assurer que toutes les femmes susceptibles de subir la violence ou qui sont touchées par celle-ci – y compris les femmes en situation de vulnérabilité en raison de leur situation socioéconomique, de leur âge, de leur identité ethnique ou raciale, de leur orientation sexuelle, de leur identité de genre ou de leur handicap, selon le cas – ont effectivement accès à des services de santé en temps voulu, de manière efficace et à des conditions abordables ;
- c) d'encourager le traitement du problème de la violence à l'égard des femmes dans les initiatives de santé pertinentes, y compris concernant la santé maternelle et infantile, la santé sexuelle et génésique, le VIH/sida et la santé mentale ;
- d) de favoriser la collaboration active du système de santé avec d'autres partenaires gouvernementaux et de la société civile dans le contexte d'un exercice multisectoriel visant à aborder le problème de la violence à l'égard des femmes ;
- e) d'envisager les incidences budgétaires connexes et de préserver des ressources adéquates à l'appui de la réalisation des efforts entrepris contre la violence à l'égard des femmes.

3. De demander à la Directrice:

- a) de soutenir la mise en œuvre de la *Stratégie et du Plan d'action* de sorte à maintenir et renforcer la collaboration entre le Bureau sanitaire panaméricain et les pays et territoires dans le traitement du problème de la violence à l'égard des femmes ;
- b) de continuer à renforcer les efforts déployés par l'OPS/OMS pour produire des preuves scientifiques sur l'ampleur, les tendances observées, les retombées sanitaires et les facteurs de risque et facteurs de protection eu égard à la violence perpétrée à l'encontre des femmes ;

- c) de continuer d'épauler les pays et territoires qui en font la demande en leur fournissant une aide technique dans le but de renforcer les capacités des systèmes de santé à traiter le problème de la violence à l'égard des femmes ;
- d) de faciliter la coopération fournie par l'OPS aux commissions, entités et bureaux des rapporteurs du système des Nations Unies et du système interaméricain chargés de la défense des droits de l'homme ;
- e) de continuer de privilégier la prévention de la violence à l'égard des femmes et d'envisager la possibilité d'affecter des ressources supplémentaires à la mise en œuvre de la Stratégie et du Plan d'action.

(Quatrième réunion, le 23 juin 2015)

CE156.R7 : Transfert de fonds du compte de réserve au Fonds directeur d'investissement

LA 156^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné le document CE156/25 portant sur l'état de la mise en œuvre des projets relatifs au compte de réserve en date du 31 mars 2015 ;

Tenant compte du fait que les projets 4.B, « Améliorations des installations : mesures d'économie d'énergie », 4.D, « Améliorations des installations : sécurité et mesures sanitaires » et 4.F, « Améliorations des installations : rénovation des salles de conférence et remplacement du mobilier » sont en attente depuis plusieurs années et que l'OPS a conçu des projets d'immobilisations qui exigeront un financement dépassant de beaucoup les budgets respectifs autorisés au compte de réserve ;

Constatant que les projets 4.B, 4.D et 4.F ont des soldes non dépensés de \$2 434 000, \$226 527 et \$509 560, respectivement, et que ces projets font partie du projet global de rénovation du Siège de l'OPS qui doit être financé grâce au Fonds directeur d'investissement ;

Notant que le Bureau sanitaire panaméricain se propose de transférer le solde des projets 4.B, 4.D et 4.F, soit une somme totale de \$3 170 087, au Fonds directeur d'investissement,

DÉCIDE :

1. De réduire le financement approuvé des projets du compte de réserve 4.B, 4.D et 4.F de \$2 434 000, \$226 527 et \$509 560, respectivement, de sorte que le solde total soit de zéro.
2. De transférer la somme de \$3 170 087 du Compte de réserve au Fonds directeur d'investissement.

(Quatrième réunion, 23 juin 2015)

CE156.R8 : Utilisation du solde des excédents relatifs aux normes IPSAS et au budget

LA 156^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné le rapport du Directeur sur la *Proposition concernant l'utilisation du solde des excédents relatifs aux normes IPSAS et au budget* (document CE156/21);

Notant que les dispositions de l'article 4.4¹¹ du Règlement financier stipulent que tout solde non dépensé des affectations budgétaires régulières (excédent budgétaire) sera disponible à des fins d'utilisation ultérieure conformément aux résolutions adoptées par la Conférence sanitaire panaméricaine ou le Conseil directeur;

Notant que les excédents relatifs aux normes IPSAS ont été utilisés à des fins d'investissement dans des initiatives stratégiques et administratives à plus long terme et à coût plus élevé, et considérant qu'il a été difficile de financer ces dernières en respectant les contraintes d'exercices budgétaires habituels,

DÉCIDE :

De recommander au 54^e Conseil directeur d'adopter une résolution rédigée selon les termes suivants :

**UTILISATION DU SOLDE DES EXCÉDENTS RELATIFS
AUX NORMES IPSAS ET AU BUDGET**

LE 54^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant examiné le rapport du Directeur sur la *Proposition concernant l'utilisation du solde des excédents relatifs aux normes IPSAS et au budget* (document CD54/__), et

Ayant examiné la recommandation du Comité exécutif sur les propositions de financement recommandées à l'Annexe A du document CD54/__ (Besoins de financement et sources de fonds proposées), et considérant qu'il a été difficile de financer ces initiatives stratégiques et administratives cruciales en respectant les contraintes des exercices budgétaires habituels,

DÉCIDE :

D'approuver l'affectation du solde des excédents relatifs aux normes IPSAS et au budget qui se monte à un total d'\$3 055 178 comme suit :

¹¹ Si le Conseil directeur adopte les modifications proposées au Règlement financier, ce paragraphe portera le numéro 4.6 dans la version modifiée.

- a) mise en œuvre de la Stratégie de technologie de l'information : \$2 000 000
- b) mise en œuvre de la Stratégie de ressources humaines : \$1 055 178.

(Quatrième réunion, le 23 juin 2015)

CE156.R9 : Amendements au Règlement financier

LA 156^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné le rapport du Directeur sur les amendements proposés au Règlement financier, tels qu'ils figurent à l'annexe A du document CE156/29 ; et

Considérant que les amendements au Règlement financier reflètent les bonnes pratiques de gestion modernes et introduisent le concept d'un programme et budget unifié, qui accroît l'efficacité et l'efficacité de l'exécution du programme et budget,

DÉCIDE :

De recommander au 54^e Conseil directeur d'approuver les amendements au Règlement financier en adoptant une résolution rédigée selon les termes suivants :

AMENDEMENTS AU RÈGLEMENT FINANCIER

LE 54^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant examiné les amendements proposés au Règlement financier de l'Organisation panaméricaine de la Santé tels qu'ils figurent à l'annexe A du document CD54/_; et

Considérant que les amendements au Règlement financier reflètent les bonnes pratiques de gestion modernes et introduisent le concept d'un programme et budget unifié, qui accroît l'efficacité et l'efficacité de l'exécution du programme et budget,

DÉCIDE :

D'approuver les amendements au Règlement financier de l'Organisation panaméricaine de la Santé appartenant au programme et budget tels que stipulés à l'annexe A du document CD54/_ et de faire entrer ces amendements en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2016.

(Cinquième réunion, 24 juin 2015)

CE156.R10 : Plan d'action pour la prévention et le contrôle des hépatites virales

LA 156^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné le *Plan d'action pour la prévention et le contrôle de l'hépatite virale* pour 2016-2019 (Document CE156/18);

DÉCIDE :

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

**PLAN D'ACTION POUR LA PRÉVENTION ET LE CONTRÔLE
DES HÉPATITES VIRALES**

LE 54^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant examiné le *Plan d'action pour la prévention et le contrôle des hépatites virales* pour 2016-2019 (document CD54/_);

Considérant que l'Organisation mondiale de la Santé a fourni un cadre général pour relever le défi des hépatites virales au niveau mondial ;

Considérant les résolutions WHA63.18 (2010) et WHA67.6 (2014), l'appel à l'action en vue d'intensifier la riposte mondiale à l'hépatite et d'autres documents publiés qui mettent l'accent sur le plaidoyer et la sensibilisation, la connaissance et les données probantes, la prévention de la transmission, le dépistage, les soins et le traitement ;

Considérant la *Stratégie et Plan d'action pour la santé intégrale chez l'enfant* (résolution CSP28.R20 [2012]) et le document conceptuel sur *La santé et les droits de l'homme* (résolution CD50.R8 [2010]) ;

Reconnaissant l'impact de l'hépatite virale sur la morbidité et la mortalité dans la Région des Amériques, en particulier parmi les populations clés et les groupes vulnérables ;

Reconnaissant que les maladies et les décès causés par ou associés à l'hépatite virale imposent un lourd fardeau social et financier aux pays de la Région ;

Reconnaissant que l'hépatite virale accentue les inégalités en matière de couverture des services de santé car elle affecte les populations vivant en marge de la société ;

Prenant acte du fait que des interventions réalisées tôt dans la vie peuvent changer radicalement le schéma de l'hépatite B chronique dans la Région;

Prenant acte du fait que l'hépatite B représente un risque pour le personnel de santé dans la Région ;

Reconnaissant que l'accès aux traitements curatifs contre l'hépatite C peut devenir une réalité si des efforts concertés sont déployés dans la Région ;

Considérant que l'élimination de l'hépatite B et de l'hépatite C est possible dans un avenir prévisible,

DÉCIDE :

1. De prier instamment les États Membres, tout en tenant compte de leurs priorités et contexte nationaux :
 - a) de prioriser l'hépatite virale comme un problème de santé publique, en promouvant une riposte mondiale intégrée et en établissant des cibles spécifiques pour faire face aux défis que présente cette maladie infectieuse ;
 - b) de favoriser les synergies et activités interprogrammatiques, dans le système de santé et en dehors, en engageant tous les partenaires et acteurs concernés, y compris la société civile, dans la riposte à l'hépatite virale ;
 - c) d'optimiser l'utilisation efficace des ressources existantes et de mobiliser des fonds additionnels pour prévenir et contrôler l'hépatite virale ;
 - d) de renforcer et élaborer des stratégies pour des campagnes de sensibilisation dans le cadre de la commémoration de la Journée mondiale de l'hépatite dans le but d'accroître l'accès aux services de prévention, de diagnostic, de soins et de traitement ;
 - e) de maintenir ou étendre la couverture vaccinale contre le virus de l'hépatite B chez les enfants de moins d'un an et d'adopter la politique de vaccination des nouveau-nés durant les 24 premières heures de vie ;
 - f) d'examiner les politiques de vaccination et d'appuyer leur mise en œuvre pour étendre la couverture des vaccins disponibles parmi les membres des populations clés et groupes vulnérables ;
 - g) d'établir des stratégies spécifiques pour la prévention de la transmission de l'hépatite B et de l'hépatite C parmi les populations clés et les groupes vulnérables, y compris les interventions de vulgarisation et éducatives, ainsi que la promotion des services de traitement, de réadaptation, ainsi que les services d'appui connexes qui tiennent compte du contexte national et des priorités du pays pour réduire les conséquences sanitaires et sociales négatives de l'utilisation de drogues illicites ;
 - h) d'appuyer des stratégies pour prévenir la transmission de l'hépatite B et de l'hépatite C dans les établissements de soins de santé et en dehors ;

- i) d'appuyer l'élaboration de politiques, de règlements, de normes et de capacités en rapport avec la santé au niveau des pays pour le dépistage, le diagnostic, les soins et le traitement de l'hépatite virale (selon des orientations normatives fondées sur des données factuelles élaborées par l'OMS) et de veiller à leur mise en œuvre ;
- j) de promouvoir l'inclusion de test de diagnostic, d'équipement et de médicaments liés à l'hépatite virale dans les listes et formulaires nationaux de médicaments essentiels, et promouvoir leur accès par le biais de processus de négociation des prix et de mécanismes nationaux et régionaux d'acquisition tels que le Fonds régional renouvelable de l'OPS pour les fournitures stratégiques en matière de santé publique ;
- k) de renforcer la capacité des pays de générer et de disséminer une information stratégique à jour et de qualité sur l'hépatite virale, ventilée par âge, sexe et groupe ethnique ;
- l) de renforcer les politiques, orientations et pratiques nationales liées à la sécurité du sang et aux programmes de vaccination ;
- m) d'éliminer les barrières sexospécifiques, géographiques, économiques, socioculturelles, juridiques et organisationnelles qui empêchent l'accès universel et équitable à des services de santé complets, en accord avec la Stratégie de l'OPS pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle.

2. De demander au Directeur :

- a) de maintenir un groupe de travail interprogrammatique sur l'hépatite virale capable d'établir un dialogue permanent avec les États Membres ;
- b) d'appuyer la mise en œuvre du Plan d'action, en particulier en ce qui concerne le renforcement des services de dépistage, de diagnostic, de soins et de traitement de l'hépatite virale dans le cadre de l'expansion de la couverture sanitaire universelle dans la Région des Amériques ;
- c) de fournir une aide technique aux États Membres pour accroître les connaissances de base de la prévention, des soins et du traitement liés à l'hépatite virale et pour la mise en œuvre des mesures proposées dans ce Plan d'action, en accord avec les priorités nationales ;
- d) d'appuyer les États Membres pour accroître l'accès aux fournitures à un prix abordable pour l'hépatite virale, y compris les processus de négociation des prix et d'autres mécanismes pour des approvisionnements responsables ;
- e) de continuer à documenter la faisabilité de l'élimination des hépatites virales B et C dans la Région, y compris l'établissement de cibles et jalons vers les objectifs d'élimination de l'OMS pour 2030 ;
- f) de continuer à prioriser la prévention des hépatites virales, avec un accent sur les programmes de vaccination contre l'hépatite B chez les nourrissons et les populations clés et sur l'accès aux médicaments d'importance vitale contre

- l'hépatite C, tout en tenant compte du futur objectif prévisible d'élimination de l'hépatite B et de l'hépatite C dans les Amériques ;
- g) de promouvoir les partenariats stratégiques et la coopération technique entre les pays pour l'exécution des activités comprises dans ce Plan d'action.

(Sixième réunion, 24 juin 2015)

CE156.R11 : Stratégie en matière de législation sur la santé

LA 156^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné la *Stratégie en matière de législation sur la santé* (document CD156/19, Rév. 2) ;

DÉCIDE :

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

STRATÉGIE EN MATIÈRE DE LÉGISLATION SUR LA SANTÉ

LE 54^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant examiné la *Stratégie en matière de législation sur la santé* (document CD54/_) ;

Tenant compte du fait que la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) établit comme un de ses principes de base que « la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue 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 le Plan stratégique de l'Organisation panaméricaine de la Santé 2014-2019 établit, conformément au Douzième programme général de travail de l'OMS, diverses catégories, domaines programmatiques, résultats immédiats et intermédiaires et indicateurs ;

Rappelant que la question relative à la législation sur la santé a été examinée par la 18^e Conférence sanitaire panaméricaine dans sa résolution CSP18.R40 (1970) et que le Conseil directeur de l'OPS, dans sa résolution CD50.R8 (2010), *La santé et les droits de l'homme*, a prié instamment les États Membres d'« appuyer la coopération technique de l'OPS dans la formulation, la révision et, si nécessaire, la réforme des plans nationaux et de la législation en matière de santé, en leur incorporant les instruments internationaux des droits de l'homme qui sont applicables » ;

Notant que le Conseil directeur a approuvé le *Plan d'action sur la santé dans toutes les politiques* (résolution CD53.R2 [2014]) et la *Stratégie pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle* (résolution CD53.R14 [2014]) ;

Reconnaissant que des cadres juridiques et réglementaires adéquats et consolidés peuvent promouvoir et protéger la santé, y compris dans 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 ;

Affirmant l'engagement souscrit par les États Membres de respecter, protéger et promouvoir les droits de l'homme ;

Reconnaissant que dans certains États Membres de l'OPS, les questions ayant trait à la santé peuvent relever de différents niveaux de juridiction,

DÉCIDE :

1. D'adopter la *Stratégie en matière de législation sur la santé* (document CD54/_) afin de répondre effectivement et efficacement aux besoins actuels et émergents de santé publique dans la Région.
2. De prier instamment les États Membres, selon le cas, en tenant compte de leur conjoncture nationale, de leurs priorités et de leurs possibilités financières et budgétaires :
 - a) de promouvoir la formulation, la mise en œuvre ou la révision de leurs cadres juridiques et réglementaires, de leurs politiques et autres dispositions légales, selon le cas, qui abordent sous un angle multisectoriel les déterminants de la santé, la promotion de la santé durant toute la vie, la réduction des facteurs de risque et la prévention des maladies, ainsi qu'une approche de soins primaires de santé au moyen de démarches participatives avec les communautés ;
 - b) de promouvoir et de faciliter parmi les États Membres et les organismes internationaux l'échange d'information stratégique, notamment les pratiques optimales et les décisions judiciaires, ainsi que la collaboration dans les travaux de recherche en matière de législation sur la santé avec d'autres États Membres et des agents non étatiques ;
 - c) de promouvoir la formulation, la mise en œuvre ou la révision de leurs cadres juridiques et réglementaires pour faciliter l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle, le renforcement de la fonction de gérance et de gouvernance de l'autorité sanitaire pour progresser vers un accès universel effectif aux médicaments et à des technologies sanitaires qui soient de qualité, sûrs, efficaces et abordables et le renforcement des capacités techniques des personnels de santé pour améliorer l'accès aux services de santé et la qualité de ceux-ci, en particulier chez les groupes en situation de vulnérabilité ;

- d) de renforcer la capacité technique de l'autorité sanitaire pour faciliter la coordination et la collaboration avec le pouvoir législatif et d'autres secteurs, selon le cas, dont l'identification et la révision des vides juridiques et contradictions.
3. De demander à la Directrice, dans le cadre des possibilités financières de l'Organisation et tel que demandé par les États Membres, et en agissant en coordination, en consultation et de concert avec leur autorité sanitaire nationale :
- a) de promouvoir la mise en œuvre de la *Stratégie en matière de législation sur la santé* et, de ce fait, d'intensifier les initiatives consultatives et de coopération technique auprès des États Membres pour la formulation, la mise en œuvre ou la révision des cadres juridiques et réglementaires en rapport avec la santé ;
- b) de fournir la collaboration technique que demanderont les États Membres pour assurer la mise en œuvre de la Stratégie, dont éventuellement la formation et la diffusion afin d'épauler les mécanismes de coopération technique en rapport avec leurs cadres juridiques et réglementaires ;
- c) de soutenir les États Membres en matière de formulation, de mise en œuvre ou de révision de leurs cadres juridiques et réglementaires, de leurs politiques et autres dispositions légales, selon le cas, pour aborder sous un angle multisectoriel les déterminants de la santé, la promotion de la santé durant toute la vie, la réduction des facteurs de risque et la prévention des maladies et pour adopter une approche de soins primaires de santé au moyen de processus de participation des communautés ;
- d) d'élaborer des interventions et des instruments pour favoriser les échanges, parmi les États Membres et d'autres organismes internationaux, concernant les pratiques optimales, les expériences concluantes et les informations stratégiques en matière de législation sur la santé que les États Membres pourraient éventuellement utiliser et adapter en fonction de leur propre situation nationale ;
- e) de faciliter la collaboration dans les travaux de recherche en matière de législation sur la santé avec les États Membres et les acteurs non étatiques ;
- f) d'harmoniser, d'unifier et d'appliquer de manière stratégique les recommandations formulées par les Organes directeurs de l'OPS/OMS relativement à la rédaction et à la révision de la législation sur la santé.

(Sixième réunion, le 26 juin 2015)

CE156.R12 : Prix de l'OPS pour l'Administration (2015)

LA 156^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné le *Rapport du Jury d'octroi du Prix de l'OPS pour l'Administration (2015)* (document CE156/5, Add. I) ; et

Gardant à l'esprit les dispositions des procédures pour conférer le Prix de l'OPS pour l'administration, telles qu'approuvées par la 18^e Conférence sanitaire panaméricaine (résolution CSP18.R18 [1970]) et modifiées par la suite,¹²

DÉCIDE :

1. De ne pas décerner le Prix de l'OPS pour l'Administration pour 2015 et d'examiner la candidature proposée par le Honduras de pair avec les autres candidatures qui seront reçues l'année prochaine (2016).
2. De réviser les normes générales ainsi que les critères du Prix afin d'en renforcer l'importance et d'inciter les États Membres à présenter des candidats excellent dans leurs domaines respectifs.
3. De transmettre le *Rapport du Jury d'octroi du Prix de l'OPS pour l'Administration (2015)* (document CE156/5, Add. I) au 54^e Conseil directeur.

(Sixième réunion, 24 juin 2015)

CE156.R13 : Amendements au statut et au Règlement du personnel du BSP

LA 156^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné les amendements au Règlement du personnel du Bureau sanitaire panaméricain soumis par la Directrice à l'annexe A du document CE156/30 ;

Prenant en considération les mesures prises par la Soixante-huitième Assemblée mondiale de la Santé au regard de la rémunération des Directeurs régionaux, des Sous-directeurs généraux et du Directeur général adjoint, mesures fondées sur l'approbation, par l'Assemblée générale des Nations Unies, du barème modifié des traitements de base minimaux pour les administrateurs et les fonctionnaires de rang supérieur ;

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

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

¹² Modifications approuvées par la 20^e Conférence sanitaire panaméricaine (CSP20.R17, 1978), le 27^e Conseil directeur (CD27.R5, 1980), la 24^e Conférence sanitaire panaméricaine (CSP24.R10, 1994) et le Comité exécutif lors de ses 124^e (CE124.R10, 1999), 135^e (CE135[D6], 2004), 140^e (CE140.R12, 2007) et 146^e sessions (CE146.R11, 2010).

DÉCIDE :

1. De confirmer, conformément à l'article 020 du Règlement du personnel, les amendements au Règlement du personnel qui ont été apportés par la Directrice, en vigueur à compter du 1^{er} juillet 2015 concernant : l'indemnité pour frais d'études, les examens médicaux et les vaccinations, les obligations qui incombent aux membres du personnel, les congés administratifs, les congés sans traitement, les pensions et l'assurance, les congés de maladie sous régime d'assurance, la retraite et la suppression de postes.
2. De fixer le traitement annuel du Directeur adjoint du Bureau sanitaire panaméricain, à compter du 1^{er} janvier 2015, à \$172 943 \$ US avant l'impôt, ce qui a pour résultat un traitement net modifié de \$134 560 (taux avec personnes à charge) ou de \$121 754 (taux sans personne à charge).
3. De fixer le traitement annuel du Sous-directeur du Bureau sanitaire panaméricain, à compter du 1^{er} janvier 2015, à \$174 371 avant l'impôt, ce qui a pour résultat un traitement net modifié de \$135 560 (taux avec personnes à charge) ou de \$122 754 (taux sans personne à charge).
4. De fixer le traitement annuel du Directeur du Bureau sanitaire panaméricain, à compter du 1^{er} janvier 2015, à \$191 856 avant l'impôt, ce qui a pour résultat un traitement net modifié de \$147 799 (taux avec personnes à charge) ou de \$133 012 (taux sans personne à charge).

(Septième réunion, 25 juin 2015)

CE156.R14 : Plan d'action en matière de vaccination

LA 156^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné le *Plan d'action en matière de vaccination* (document CE156/12, Rév. 2),

DÉCIDE :

De recommander au 54^e Conseil directeur d'adopter une résolution rédigée selon les termes suivants :

PLAN D'ACTION EN MATÈRE DE VACCINATION

LE 54^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant examiné le *Plan d'action en matière de vaccination* (document CD54/_) et ayant considéré les progrès des pays dans le domaine de la vaccination ;

Compte tenu des mandats internationaux émanant de l'Assemblée mondiale de la Santé, et plus particulièrement de la résolution WHA65.17 (2012) sur le *Plan d'action mondial sur les vaccins* et la résolution WHA65.5 (2012) qui stipule que la poliomyélite est une urgence pour la santé publique mondiale, et du Plan stratégique de l'Organisation panaméricaine de la Santé 2014-2019 ;

Reconnaissant d'une part les progrès réalisés dans l'élimination et le contrôle des maladies évitables par la vaccination et d'autre part qu'il faut redoubler d'efforts pour que l'accès à la vaccination permette également à toute la population d'avoir accès aux services de santé, par l'adoption d'une approche globale qui tienne compte des déterminants sociaux de la santé et de la couverture universelle ;

Considérant que le plan d'action propose aux États Membres un outil qui permet d'adopter des objectifs, des stratégies et des activités communs ainsi que de promouvoir le dialogue, de favoriser la synergie entre tous les partenaires et de renforcer les programmes nationaux de vaccination dans la Région,

DÉCIDE :

1. D'approuver le *Plan d'action en matière de vaccination* et d'encourager les pays, le cas échéant et en tenant compte de leurs besoins, priorités et contexte, à :
 - a) promouvoir l'accès universel aux programmes et initiatives de vaccination comme un bien public ;
 - b) adopter et adapter le Plan d'action en matière de vaccination aux caractéristiques de chaque pays et chercher à assurer les ressources nécessaires pour atteindre les objectifs énoncés dans le Plan d'action ;
 - c) s'engager à préserver les acquis obtenus en matière d'élimination de la poliomyélite, la rougeole, la rubéole et le syndrome de la rubéole congénitale, de contrôle des maladies évitables par la vaccination, de priorité politique accordée à la vaccination dans chaque pays et de valorisation des vaccins par les personnes et les communautés ;
 - d) se mettre à la tâche pour combler les lacunes liées à l'élimination du tétanos néonatal, pour atteindre les objectifs de couverture vaccinale à tous les niveaux administratifs et pour étendre les avantages de la vaccination à toutes les personnes tout au long de la vie de façon équitable ;
 - e) répondre aux nouveaux défis posés par l'introduction de manière durable et visant l'accès par tous des nouveaux vaccins dans les programmes nationaux de vaccination et promouvoir la prise de décision fondée sur des données probantes et l'évaluation des bénéfices de la vaccination ;
 - f) promouvoir le renforcement des services de santé pour fournir des services de vaccination et atteindre les résultats attendus du programme de développement

- pour l'après-2015 sur la réduction de la mortalité infantile et la mortalité maternelle ;
- g) veiller à ce que les programmes de vaccination aient accès en temps opportun et durable aux intrants de qualité nécessaires, obtenus grâce à des ressources nationales, et que ces programmes fassent partie intégrante des services de santé renforcés et mènent des activités de vaccination intégrées à d'autres interventions.
2. De demander à la Directrice :
- a) de renforcer la capacité opérationnelle des programmes nationaux de vaccination pour préserver les acquis ;
- b) d'identifier les stratégies pour garantir la vaccination dans les municipalités ayant une faible couverture ainsi qu'au sein des populations vulnérables et difficiles à atteindre ;
- c) de fournir une assistance technique aux États Membres pour prendre des décisions fondées sur des données probantes ;
- d) d'optimiser la surveillance épidémiologique des maladies évitables par la vaccination, le réseau de laboratoire, la chaîne d'approvisionnement, la chaîne du froid et les systèmes d'information ;
- e) d'améliorer l'accès équitable et opportun aux vaccins et aux intrants grâce au Fonds renouvelable pour l'achat de vaccins, en préservant ses principes et conditions ;
- f) de renforcer le travail intégré de l'Organisation, de sorte que, conjointement aux pays, le programme de vaccination soit utilisé comme stratégie permettant à toutes les personnes d'avoir accès aux services de santé, sur la base d'une approche intégrée et dans le contexte de la couverture sanitaire universelle.

(Septième réunion, le 2 octobre 2014)

CE156.R15 : Organisations non gouvernementales en relations officielles avec l'Organisation panaméricaine de la Santé

LA 156^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné le rapport du Sous-comité du programme, du budget et de l'administration, *Organisations non gouvernementales en relations officielles avec l'Organisation panaméricaine de la Santé* (document CE156/6) ; et

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

DÉCIDE :

1. De renouveler les relations officielles entre l'OPS et les organisations non gouvernementales suivantes pour une période de quatre ans :
 - a) la Fondation interaméricaine pour le cœur (*InterAmerican Heart Foundation, IAHF*) et
 - b) l'Institut Sabin des vaccins (*Sabin Vaccine Institute*).
2. D'autoriser les organisations non gouvernementales suivantes à entretenir des relations officielles avec l'OPS pour une période de quatre ans :
 - a) l'Alliance pour la Convention-cadre (*Framework Convention Alliance, FCA*) et
 - b) la Société latinoaméricaine de néphrologie et d'hypertension (*Sociedad Latinoamericana de Nefrología e Hipertensión, SLANH*).
3. De prendre note du rapport à mi-parcours sur la situation des relations entre l'OPS et les organisations non gouvernementales.
4. De demander à la Directrice :
 - a) d'informer les organisations non gouvernementales respectives quant aux décisions prises par le Comité exécutif ;
 - b) de continuer à forger des relations de travail dynamiques avec des organisations non gouvernementales interaméricaines présentant un intérêt pour l'Organisation dans des domaines correspondant aux priorités programmatiques adoptées par les Organes directeurs pour l'OPS ;
 - c) de continuer à développer des relations entre les États Membres et les organisations non gouvernementales œuvrant dans le domaine de la santé.

(Huitième réunion, le 25 juin 2015)

CE156.R16 : Ordre du jour provisoire du 54^e Conseil directeur, 67^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques

LA 154^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné l'ordre du jour provisoire (document CD54/1) préparé par la Directrice pour le 54^e Conseil directeur, 67^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques, présenté comme annexe A au document CE156/3, Rév. 1 ; et

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

DÉCIDE :

D'approuver l'ordre du jour provisoire (document CD54/1) préparé par la Directrice pour le 54^e Conseil directeur, 67^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques.

(Huitième réunion, le 25 juin 2015)

CE156.R17 : Projet de programme et budget de l'OPS 2016-2017

LA 156^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné le *Projet de Programme et budget de l'OPS 2016-2017* (document CE156/10, Rév. 1), le deuxième Programme et budget relevant du Plan stratégique 2014-2019 et le premier à être présenté comme un budget intégré, qui représente le total des besoins en ressources pour la période budgétaire ;

Ayant examiné le rapport du Sous-comité du Programme, du budget et de l'administration (document CE156/4) ;

Reconnaissant le processus participatif et ascendant qui a été suivi dans la préparation de ce projet entre les trois niveaux de l'Organisation, avec la participation active des autorités sanitaires nationales des États Membres ;

Notant la croissance nominale zéro des contributions fixées lors de la période budgétaire 2014-2015, qui a eu des conséquences préjudiciables sur la capacité du Bureau sanitaire panaméricain d'offrir des programmes et services ;

Tenant compte des efforts continus fournis par le BSP pour améliorer l'efficacité, l'efficience, la responsabilisation et la transparence, ainsi que pour maintenir sa pertinence face aux priorités collectives des États Membres, tel qu'exposé dans le Plan stratégique 2014-2019 ;

Reconnaissant le Budget programme 2016-2017 approuvé de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) avec une augmentation globale de 8,0 % des dépenses budgétaires pour les catégories 1 à 6 et une affectation de \$178,1 millions de l'espace budgétaire pour la Région des Amériques ;

Reconnaissant l'ajustement au barème des contributions de l'Organisation des États Américains pour la période 2015-2017 ;

Ayant présent à l'esprit l'article 14.C de la Constitution de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) et l'article III, paragraphes 3.3 et 3.4 du Règlement financier de l'OPS,

DÉCIDE :

De remercier le Sous-comité du Programme, du budget et de l'administration pour son examen du projet de Programme et budget 2016-2017 et le rapport qui en est émané.

D'exprimer son appréciation aux États Membres pour leurs contributions et leur participation à l'élaboration du projet de Programme et budget 2016-2017.

D'exprimer son appréciation au Directeur pour le leadership et l'attention manifestés, lors de l'élaboration du Programme et budget, pour l'application d'une approche consultative et ascendante à l'égard du projet de budget, dans le cadre de la gestion fondée sur les résultats de l'OPS.

De demander au Directeur d'incorporer les commentaires faits par les membres du Comité exécutif dans le document révisé qui sera examiné par le 54^e Conseil directeur.

De recommander que la 54^e Conseil directeur adopte une résolution rédigée selon les termes suivants :

PROGRAMME ET BUDGET DE L'OPS 2016-2017

LE 54^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant examiné le *Programme et budget de l'OPS 2016-2017* (document officiel OD350, Add. I) ;

Ayant étudié le rapport du Comité exécutif (document CD54/___) ;

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

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

DÉCIDE :

D'approuver le programme de travail de l'OPS, avec un budget de **[\$612,8 millions] [\$607,0 millions]** pour les programmes de base et \$31,2 millions pour les

programmes spéciaux et la réponse aux urgences, comme énoncé dans le Programme et budget de l'OPS 2016-2017.

D'encourager les États Membres à continuer de verser leurs contributions en temps opportun en 2016-2017, ainsi que les arriérés qui ont pu s'accumuler au cours des périodes budgétaires antérieures.

D'encourager les États Membres à continuer de plaider pour un partage équitable des ressources de l'OMS et, tout particulièrement, de recommander que l'OMS finance entièrement l'espace budgétaire alloué à la Région des Amériques.

D'encourager tous les États Membres, les États participants et les Membres associés à verser des contributions volontaires conformes au Programme et budget 2016-2017 et, si possible, à envisager de rendre ces contributions entièrement flexibles et de les verser dans une réserve de fonds non assignés.

D'affecter le budget destiné à la période budgétaire 2016-2017 selon les six catégories programmatiques suivantes :

	Scénario 1 Scénario 2	Scénario 3
1. Maladies transmissibles	\$102 389 000	
2. Maladies non transmissibles et facteurs de risque	\$58 028 000	
3. Déterminants de la santé et promotion de la santé tout au long de la vie	\$81 242 000	
4. Systèmes de santé	\$109 196 000	
5. Préparation, surveillance et intervention	\$59 811 000	
6. Services institutionnels et fonctions essentielles	\$202 134 000	
Total pour les programmes de base (catégories 1-6)	\$612 800 000	\$607 028 600
Programmes spéciaux et réponse aux urgences	\$31 200 000	\$31 200 000

De financer le budget approuvé pour les programmes de base de la manière suivante et à partir des sources de financement indiquées :

	[Scénario 1]	[Scénario 2]	[Scénario 3]
A. Contributions fixées provenant des États Membres, des États participants et des Membres associés de l'OPS	[\$216 955 000]	[\$210 635 800]	[\$210 635 800]
Moins : crédit provenant du Fonds de péréquation des impôts	(\$18 786 800)	(\$18 239 000)	(\$18 239 000)
C. Revenus divers prévus au budget	[\$25 000 000]	[\$25 000 000]	[\$25 000 000]
D. Autres sources	[\$211 539 800]	[\$217 311 200]	[\$211 539 800]
E. Allocation de financement versée à la Région des Amériques par l'Organisation mondiale de la Santé	\$178 092 000	\$178 092 000	\$178 092 000
TOTAL	[\$612 800 000]	[\$612 800 000]	[\$607 028 600]

De demander à la Directrice de faire en sorte que, lorsque l'on calcule les contributions des États Membres, des États participants et des Membres associés, on réduise ces contributions d'un montant correspondant à la somme qui leur est créditée dans le Fonds de péréquation des impôts. Toutefois, les crédits des États qui prélèvent des impôts sur les traitements versés par le BSP à leurs ressortissants et résidents seront réduits d'un montant correspondant à ces remboursements d'impôts effectués par le BSP.

D'autoriser la Directrice à se servir des contributions fixées, des revenus divers, des contributions volontaires à l'OPS et des ressources allouées par l'OMS à la Région des Amériques pour financer le budget tel qu'affecté au paragraphe 5 ci-dessus, sous réserve de la disponibilité du financement.

D'autoriser en outre la Directrice à réaliser des transferts budgétaires, au besoin, entre les six catégories énumérées au paragraphe 5 ci-dessus, à concurrence d'un montant ne dépassant pas 10 % du budget affecté à la catégorie d'où le transfert est réalisé ; les dépenses résultant de ces transferts devront être notifiées sous leur catégorie définitive dans les rapports financiers relatifs à la période 2016-2017.

De demander à la Directrice de communiquer aux Organes directeurs les montants des dépenses provenant de chaque source de financement qui apparaît au paragraphe 6 par rapport aux catégories et aux domaines programmatiques mentionnés dans le Programme et budget 2016-2017.

(Huitième session, 25 juin 2015)

Décisions

Décision CE156(D1) : Adoption de l'ordre du jour

Conformément à l'article 9 du Règlement intérieur du Comité exécutif, le Comité a adopté l'ordre du jour présenté par la Directrice, tel qu'amendé par le Comité (CE156/1, Rév. 3).

(Première réunion, 22 juin 2015)

Décision CE156(D2) : Représentation du Comité exécutif au 54^e Conseil directeur de l'OPS, 67^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques

Conformément à l'article 54 de son Règlement intérieur, le Comité exécutif a décidé de nommer le Paraguay et Costa Rica, son Présent et Vice-président respectivement, pour représenter le Comité au 54^e Conseil directeur de l'OPS, 67^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques. L'Équateur et la Jamaïque étaient élus comme suppléants.

(Huitième réunion, 25 juin 2015)

Décision CE156(D3) : Programmation de l'excédent de revenus

Le Comité exécutif a avalisé la proposition pour la programmation de l'excédent de revenus comme stipulé au document CE156/22.

(Quatrième réunion, 23 juin 2015)

EN FOI DE QUOI, le Président du Comité exécutif, délégué du Paraguay et le Secrétaire de droit, la Directrice du Bureau sanitaire panaméricain, signent le présent rapport final en langue espagnole.

FAIT à Washington, D.C., en ce vingt-sixième jour de juin de l'année deux mille quinze. Le Secrétaire déposera le document 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 président.

Antonio Barrios
délégué du Paraguay
Président de la 156^e session du
Comité exécutif

Carissa Etienne
Directrice du
Bureau sanitaire panaméricain
Secrétaire de droit de la
156^e session du Comité exécutif

Annexe A

ORDRE DU JOUR

1. OUVERTURE DE LA SESSION

2. QUESTIONS RELATIVES AU RÈGLEMENT

- 2.1 Adoption de l'ordre du jour et du programme des réunions
- 2.2 Représentation du Comité exécutif lors du 54^e Conseil directeur de l'OPS, 67^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques
- 2.3 Ordre du jour provisoire du 54^e Conseil directeur de l'OPS, 67^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques

3. QUESTIONS RELATIVES AU COMITÉ

- 3.1 Rapport sur la neuvième session du Sous-comité du programme, du budget et d'administration
- 3.2 Prix de l'OPS pour l'administration (2015)
- 3.3 Organisations non gouvernementales en relations officielles avec l'OPS
- 3.4 Rapport annuel du Bureau d'éthique (2014)
- 3.5 Rapport du Comité d'audit de l'OPS
- 3.6 Nomination d'un membre au Comité d'audit de l'OPS

4. QUESTIONS RELATIVES À LA POLITIQUE DES PROGRAMMES

- 4.1 Projet du Programme et budget de l'OPS 2016-2017
 - 4.2 Réforme de l'OMS
 - 4.3 Plan d'action en matière de vaccination
 - 4.4 Stratégie et plan d'action relatifs à la démence et aux handicaps chez les personnes âgées
-

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

- 4.5 Stratégie et plan d'action visant au renforcement du système de santé pour combattre la violence à l'égard des femmes
- 4.6 Plan d'action sur la santé des travailleurs
- 4.7 Plan d'action pour la prévention et le contrôle de la tuberculose
- 4.8 Plan d'action sur la résistance aux antimicrobiens
- 4.9 Plan d'action pour la prévention et le contrôle des hépatites virales
- 4.10 Stratégie en matière de législation sur la santé

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 2014
- 5.3 Proposition concernant l'utilisation du solde des excédents relatifs aux normes IPSAS et au budget
- 5.4 Programmation de l'excédent de revenus
- 5.5 Assurance maladie après cessation de service
- 5.6 Rapport sur le Fonds directeur d'investissement et réévaluation des projets immobiliers figurant au Plan directeur d'investissement
- 5.7 Statut des projets financés par le compte de réserve de l'OPS
- 5.8 Rapport sur la stratégie du BSP en matière de technologie de l'information
- 5.9 Rapport du Bureau de contrôle interne et services d'évaluation
- 5.10 Mise à jour sur la nomination du Commissaire aux comptes de l'OPS pour 2016-2017
- 5.11 Amendements au Règlement financier et aux Règles de gestion financière de l'OPS

6. QUESTIONS RELATIVES AU PERSONNEL

- 6.1 Amendements au Règlement et au Statut du personnel du Bureau sanitaire panaméricain
- 6.2 Rapport sur l'élaboration de la stratégie du BSP en matière de ressources humaines: une stratégie pour le personnel
- 6.3 Statistiques des effectifs du BSP
- 6.4 Déclaration du représentant de l'Association du personnel de l'OPS/OMS

7. QUESTIONS POUR INFORMATION

- 7.1 Projet de budget programme 2016-2017 de l'OMS
- 7.2 [SUPPRIMÉ]
- 7.3 Cibles régionales en matière de ressources humaines en santé 2007-2015 : rapport final
- 7.4 Évaluation du Plan d'action pour la mise en œuvre de la politique sur l'égalité des sexes et domaines stratégiques proposés
- 7.5 État d'avancement de la modernisation du système d'information pour la gestion du BSP (PMIS)
- 7.6 Rapport sur la transmission du virus du chikungunya et ses conséquences sur les Amériques
- 7.7 Règlement sanitaire international et la maladie à virus Ebola
- 7.8 Rapports d'avancement sur les questions techniques:
 - A. Mise en œuvre de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac
 - B. Projet de Plan décennal régional sur la santé bucco-dentaire
 - C. Plan d'action sur la sécurité routière
 - D. Prévention et contrôle de la dengue dans les Amériques
 - E. L'insuffisance rénale chronique dans les communautés agricoles en Amérique centrale
 - F. Évaluation et incorporation des technologies de la santé dans les systèmes de santé
 - G. Situation des Centres panaméricains

7. QUESTIONS POUR INFORMATION (*suite*)

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

A. Soixante-huitième Assemblée mondiale de la Santé

B. Organisations sous-régionales

8. AUTRES QUESTIONS

9. CLÔTURE DE LA SESSION

Annexe B

LISTE DES DOCUMENTS

Documents officiels

Of. Doc. 349 Rapport financier du Directeur et rapport du Commissaire aux comptes externe pour 2014

Documents du travail

CE156/1, Rév. 3 Ordre du jour et du programme des réunions

CE156/2 Représentation du Comité exécutif lors du 54^e Conseil directeur de l'OPS, 67^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques

CE156/3, Rév. 1 Ordre du jour provisoire du 54^e Conseil directeur de l'OPS, 67^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques

CE156/4, Rév. 1 Rapport sur la neuvième session du Sous-comité du programme, du budget et d'administration

CE156/5 et Add. I Prix de l'OPS pour l'administration (2015)

CE156/6 Organisations non gouvernementales en relations officielles avec l'OPS

CE156/7 Rapport annuel du Bureau d'éthique (2014)

CE156/8 Rapport du Comité d'audit de l'OPS

CE156/9 Nomination d'un membre au Comité d'audit de l'OPS

CE156/10, Rév. 1, Add. I et Add. II Projet du Programme et budget de l'OPS 2016-2017

CE156/11 Réforme de l'OMS

CE156/12, Rév. 2 Plan d'action en matière de vaccination

Documents du travail (*suite*)

CE156/13	Stratégie et plan d'action relatifs à la démence et aux handicaps chez les personnes âgées
CE156/14	Stratégie et plan d'action visant au renforcement du système de santé pour combattre la violence à l'égard des femmes
CE156/15, Rév.1	Plan d'action sur la santé des travailleurs
CE156/16	Plan d'action pour la prévention et le contrôle de la tuberculose
CE156/17	Plan d'action sur la résistance aux antimicrobiens
CE156/18	Plan d'action pour la prévention et le contrôle des hépatites virales
CE156/19, Rév. 2	Stratégie en matière de législation sur la santé
CE156/20 et Add. I	Rapport sur le recouvrement des contributions fixées
CE156/21	Proposition concernant l'utilisation du solde des excédents relatifs aux normes IPSAS et au budget
CE156/22	Programmation de l'excédent de revenus
CE156/23	Assurance maladie après cessation de service
CE156/24, Rév. 1	Rapport sur le Fonds directeur d'investissement et réévaluation des projets immobiliers figurant au Plan directeur d'investissement
CE156/25	Statut des projets financés par le compte de réserve de l'OPS
CE156/26	Rapport sur la stratégie du BSP en matière de technologie de l'information
CE156/27, Rév. 1	Rapport du Bureau de contrôle interne et services d'évaluation
CE156/28	Mise à jour sur la nomination du Commissaire aux comptes de l'OPS pour 2016-2017
CE156/29	Amendements au Règlement financier et aux Règles de gestion financière de l'OPS

Documents du travail (*suite*)

CE156/30	Amendements au Règlement et au Statut du personnel du Bureau sanitaire panaméricain
CE156/31	Rapport sur l'élaboration de la stratégie du BSP en matière de ressources humaines : une stratégie pour le personnel
CE156/32	Statistiques des effectifs du BSP
CE156/33	Déclaration du représentant de l'Association du personnel de l'OPS/OMS

Documents d'information (*suite*)

CE156/INF/1	Projet du budget programme 2016-2017 de l'OMS
CE156/INF/2	[SUPPRIMÉ]
CE156/INF/3	Cibles régionales en matière de ressources humaines en santé 2007-2015 : rapport final
CE156/INF/4	Évaluation du Plan d'action pour la mise en œuvre de la politique sur l'égalité des sexes et domaines stratégiques proposés
CE156/INF/5	État d'avancement de la modernisation du système d'information pour la gestion du BSP (PMIS)
CE156/INF/6	Rapport sur la transmission du virus du chikungunya et ses conséquences sur les Amériques
CE156/INF/7	Règlement sanitaire international et la maladie à virus Ebola
CE156/INF/8	Rapports d'avancement sur les questions techniques: <ul style="list-style-type: none">A. Mise en œuvre de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabacB. Projet de Plan décennal régional sur la santé bucco-dentaireC. Plan d'action sur la sécurité routièreD. Prévention et contrôle de la dengue dans les Amériques

Documents d'information (*suite*)

- CE156/INF/8
- E. L'insuffisance rénale chronique dans les communautés agricoles en Amérique centrale
 - F. Évaluation et incorporation des technologies de la santé dans les systèmes de santé
 - G. Situation des Centres panaméricains
- CE156/INF/9
- Résolutions et autres actions d'organisations intergouvernementales revêtant un intérêt pour l'OPS
- A. Soixante-huitième Assemblée mondiale de la Santé
 - B. Organisations sous-régionales

Annexe C

LIST OF PARTICIPANTS / LISTA DE PARTICIPANTES

OFFICERS / MESA DIRECTIVA

President / Presidente: Dr. Antonio Barrios (Paraguay)
Vice-President / Vicepresidente: Dra. María Esther Anchía (Costa Rica)
Rapporteur / Relator: Ms. Lydia Jacobs (Trinidad and Tobago)

MEMBERS OF THE EXECUTIVE COMMITTEE / MIEMBROS DEL COMITÉ EJECUTIVO

BAHAMAS

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Delon Brennen
Deputy Chief Medical Officer
Ministry of Health
Nassau, New Providence

CANADA/CANADÁ

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

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

Ms. Francesca Verhoeve
Policy Analyst
Multilateral Relations Division
Office of International Affairs for the
Health Portfolio
Health Canada, Ottawa

CANADA/CANADÁ (cont.)

Delegates – Delegados (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.

Mr. Sudeep Bhattarai
Senior Health Advisor
Department of Foreign Affairs, Trade
and Development
Ottawa

COSTA RICA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dra. María Esther Anchía
Viceministra de Salud
Ministerio de Salud
San José

Delegates – Delegados

Excmo. Sr. Pablo Barahona Kruger
Embajador, Representante Permanente
de Costa Rica ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

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

COSTA RICA (cont.)

Delegates – Delegados (cont.)

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

Excmo. Marcelo Vázquez
Embajador, Representante Alterno del
Ecuador ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

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

Lic. Cristina Luna
Analista Responsable de Cooperación
y Relaciones Internacionales
Ministerio de Salud Pública
Quito

Sr. Emilio Arauz
Consejero, Representante Alterno del
Ecuador ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

ECUADOR (cont.)

Delegates – Delegados (cont.)

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

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

GUATEMALA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegate – Delegado

Sra. Olga María Pérez Tuna
Consejera, Representante Alternativa
de Guatemala ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

JAMAICA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Kevin Harvey
Permanent Secretary
Ministry of Health
Kingston

Delegate – Delegado

Ms. Fabia Lamm
Regional Director
North East Regional Health Authority
Ministry of Health
Kingston

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

PARAGUAY

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

Excma. Sra. Elisa Ruiz Diaz
Embajadora, Representante Permanente
de Paraguay ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

Dra. Rocío Fernández de Brites
Directora General de Asesoría Jurídica
Ministerio de Salud Pública y
Bienestar Social
Asunción

Dra. Patricia Giménez
Directora General de Planificación y
Evaluación
Ministerio de Salud Pública y
Bienestar Social
Asunción

Sr. Ricardo Chávez Galeano
Attaché
Misión Permanente de Paraguay ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

**TRINIDAD AND TOBAGO/TRINIDAD Y
TABAGO**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

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

Delegates – Delegados

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

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

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

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

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

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

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

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

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

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

Delegates – Delegados (cont.)

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

Ms. Melissa Kopolow McCall
Health Advisor
Bureau of International Organization Affairs
Department of State
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. Stephanie Martone
International Health Analyst
Office of the Americas
Office of Global Affairs
Department of Health and Human Services
Washington, D.C.

Ms. Rachel Wood
International Health Analyst
Office of the Americas
Office of Global Affairs
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.

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

Delegates – Delegados (cont.)

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

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

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

Ms. Allison O'Donnell
International Health Analyst
Office of the Americas
Office of Global Affairs
Department of Health and Human Services
Washington, D.C.

Mr. Juan Tayco
International Health Analyst
Office of the Americas
Office of Global Affairs
Department of Health and Human Services
Washington, D.C.

Ms. Krista Wunsche
Office of Management, Policy and Resources
Bureau of International Organization Affairs
Department of State
Washington, D.C.

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

BARBADOS

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

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

BRAZIL/BRASIL

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

Sr. Diogo Henrique Tomaz Afonso Alves
Técnico Especializado de Assessoria de
Assuntos Internacionais 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. Laís Garcia
Secretária, Representante Alternata
Missão Permanente do Brasil junto à
Organização dos Estados Americanos
Washington, D.C.

CHILE

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

COLOMBIA

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

Sra. Luisa Rueda
Segunda Secretaria, Representante Alternata
de Colombia ante la Organización de
los Estados Americanos
Washington, D.C.

CUBA

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

EL SALVADOR

Lic. Cesar Edgardo Martínez Flores
Consejero, Representante Alternata de
El Salvador ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

MEXICO/MÉXICO

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

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

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

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

MEXICO/MÉXICO (cont.)

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

SAINT LUCIA/SANTA LUCÍA

Mrs. Elizabeth Darius-Clarke
Interim Representative of St. Lucia to the
Organization of American States
Washington, D.C.

Mrs. Ms. Safiya Clarke
Permanent Mission of St. Lucia to the
Organization of American States
Washington, D.C.

PERU/PERÚ

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

URUGUAY

Sr. Néstor Alejandro Rosa Navarro
Encargado de Negocios a.i.
Misión Permanente del Uruguay ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

URUGUAY (cont.)

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

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

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

Sra. Marlene Da Vergen
Consejera, Representante Alternata
de la República Bolivariana de Venezuela
ante la Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

Sra. Asbina Ixchel Marin
Primera Secretaria, Representante Alternata
de la República Bolivariana de Venezuela
ante la Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

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

PARTICIPATING STATES/ESTADOS PARTICIPANTES

FRANCE/FRANCIA

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

OBSERVER STATES / ESTADOS OBSERVADORES

SPAIN/ESPAÑA

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

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

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 INTERGOVERNMENTAL ORGANIZATIONS/
REPRESENTANTES DE ORGANIZACIONES INTERGUBERNAMENTALES**

**Hipólito Unanue Agreement/
Convenio Hipólito Unanue**

Dra. Caroline Chang Campos

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

**American Speech-Language-Hearing
Association/Asociación Americana del
Habla, Lenguaje y Audición**

Mrs. Lily Waterston

**American Public Health Association/
Asociación Americana de Salud Pública**

Mrs. Vina HuLamm

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

Dr. Luiz A. de Lima Pontes

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

Dr. Rubén Abete

**Latin American Federation of the
Pharmaceutical Industry/
Federación Latinoamericana de la industria
Farmacéutica**

Sr. Juan Carlos Trujillo de Hart

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

Ms. Marcela Gaitán

**Sabin Vaccine Institute /Instituto de
Vacunas Sabin**

Mr. Brian Davis
Ms. Katie Waller

U.S. Pharmacopeia

Mr. Damian Cairatti

SPECIAL GUESTS / INVITADOS ESPECIALES

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

Ms. Amalia Lo Faso

**External Auditor, Court of Audit of
Spain/Auditor Externo, Tribunal de Cuentas
de España**

Sr. José Luis Cea Claver
Sr. Miguel Ángel Sánchez del Águila

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

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

Dr. Carissa F. Etienne

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

Dr. Isabella Danel
Deputy Director
Directora Adjunta

Dr. Francisco Becerra
Assistant Director
Subdirector

**Advisors to the Director/
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

- - -