



54^e CONSEIL DIRECTEUR

67^e SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL DE L'OMS POUR LES AMÉRIQUES

Washington, D.C., ÉUA, du 28 septembre au 2 octobre 2015

CD54/FR
2 octobre 2015
Original : anglais

RAPPORT FINAL

TABLE DES MATIÈRES

	<i>Page</i>
Ouverture de la session	6
Questions relatives au Règlement	
Constitution de la Commission de vérification des pouvoirs	6
Élection du Bureau.....	6
Constitution d'un groupe de travail pour étudier l'application de l'Article 6.B de la Constitution de l'OPS	7
Constitution de la Commission générale	7
Adoption de l'ordre du jour	7
Questions relatives à la Constitution	
Rapport annuel du Président du Comité exécutif	7
Rapport annuel du Directeur du Bureau sanitaire panaméricain	8
Élection de trois États Membres au Comité exécutif.....	12
Questions relatives à la politique des programmes	
Programme et budget de l'OPS 2016-2017	12
Nouveau barème des contributions fixées	17
Réforme de l'OMS.....	18
Plan d'action en matière de vaccination	20
Stratégie et plan d'action relatifs à la démence chez les personnes âgées.....	23
Stratégie et plan d'action visant au renforcement du système de santé pour combattre la violence à l'égard des femmes	26
Plan d'action sur la santé des travailleurs	28
Plan d'action pour la prévention et le contrôle de la tuberculose	31
Plan d'action sur la résistance aux antimicrobiens	33
Plan d'action pour la prévention et le contrôle des hépatites virales.....	35
Stratégie en matière de législation sur la santé	36
Le phénomène El Niño 2015-2016 dans la Région des Amériques	38
Méthode régissant l'estimation de la mortalité maternelle sur la période 1990-2015	40
Questions administratives et financières	
Rapport sur le recouvrement des contributions fixées.....	41
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	44
Amendements au Règlement financier et aux Règles de gestion financière de l'OPS.....	45
Nomination du Commissaire aux comptes de l'OPS pour 2016-2017	46

TABLE DES MATIÈRES (suite)

	<i>Page</i>
Sélection d'États Membres pour faire partie des conseils ou comités	
Sélection de deux États Membres de la Région des Amériques habilités à désigner une personne pour le Comité de politique et de coordination du Programme spécial de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine PNUD/FNUAP/OMS/Banque mondiale.....	46
Élection de trois membres pour faire partie du Comité consultatif du Centre d'information sur les sciences de la santé pour l'Amérique latine et les Caraïbes (BIREME).....	47
Questions pour information	
Cibles régionales en matière de ressources humaines en santé 2007-2015 : rapport final et Rapport sur l'élaboration de la Stratégie mondiale à l'horizon 2030 en matière de ressources humaines pour la santé.....	47
Évaluation du Plan d'action pour la mise en œuvre de la politique sur l'égalité des sexes et domaines stratégiques proposés	50
Rapport sur la transmission du virus du chikungunya et ses conséquences sur la Région des Amériques	51
Règlement sanitaire international et la maladie à virus Ebola et Consultation régionale sur le système de suivi du RSI après 2016.....	52
Rapports d'avancement sur les questions techniques	56
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 pour les Amériques	
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	
Résolutions et autres actions d'organisations intergouvernementales revêtant un intérêt pour l'OPS	60
A. Soixante-huitième Assemblée mondiale de la Santé	
B. Quarante-cinquième session ordinaire de l'Assemblée générale de l'Organisation des États Américains	
C. Organisations sous-régionales	

TABLE DES MATIÈRES *(suite)*

	<i>Page</i>
Autres questions	61
Clôture de la session	62
Résolutions et décisions	
<i>Résolutions</i>	
CD54.R1 Recouvrement des contributions fixées	62
CD54.R2 Nouveau barème des contributions fixées	63
CD54.R3 Amendements au Règlement financier de l'Organisation panaméricaine de la Santé.....	65
CD54.R4 Élection de trois États Membres au Comité exécutif.....	65
CD54.R5 Élection de trois membres pour faire partie du Comité consultatif du Centre d'information sur les sciences de la santé pour l'Amérique latine et les Caraïbes (BIREME)	67
CD54.R6 Plan d'action sur la santé des travailleurs	67
CD54.R7 Plan d'action pour la prévention et le contrôle des hépatites virales	71
CD54.R8 Plan d'action en matière de vaccination	74
CD54.R9 Stratégie en matière de législation sur la santé	76
CD54.R10 Plan d'action pour la prévention et le contrôle de la tuberculose.....	78
CD54.R11 Stratégie et plan d'action relatifs à la démence chez les personnes âgées.....	81
CD54.R12 Stratégie et le plan d'action visant au renforcement du système de santé pour combattre la violence à l'égard des femmes.....	84
CD54.R13 Utilisation du solde des excédents relatifs aux normes IPSAS et au budget	86
CD54.R14 Nomination du Commissaire aux Comptes de l'OPS pour 2016-2017	87
CD54.R15 Plan d'action sur la résistance aux antimicrobiens.....	88
CD54.R16 Programme et budget de l'OPS 2016-2017	90
CD54.R17 Contributions fixées des États Membres, des États participants et des Membres associés de l'Organisation panaméricaine de la Santé pour 2016-2017	93
CD54.R18 Méthode régissant l'estimation de la mortalité maternelle sur la période 1990-2015	97

TABLE DES MATIÈRES (suite)*Page***Décisions**

CD54(D1)	Constitution de la Commission de vérification des pouvoirs	100
CD54(D2)	Élection du Bureau.....	100
CD54(D3)	Constitution de la Commission générale	101
CD54(D4)	Adoption de l'ordre du jour	101
CD54(D5)	Sélection de deux États membres de la Région des Amériques habilités à désigner une personne pour le Comité de politique et de coordination du Programme spécial de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine PNUD/FNUAP/ OMS/Banque mondiale.....	101
CD54(D6)	Le phénomène El Niño dans la Région des Amériques.....	101

Annexes

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

RAPPORT FINAL

Ouverture de la session

1. Le 54^e Conseil directeur, 67^e session du Comité régional de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) pour les Amériques, s'est tenu au Siège de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) à Washington (D.C.) du 28 septembre au 2 octobre 2015.

2. Le Dr Sergio Sarita Valdez (coordonnateur de la coopération internationale au ministère de la Santé publique de la République dominicaine, président sortant) a ouvert la session et souhaité la bienvenue aux participants. Des allocutions d'ouverture ont été prononcées par le Dr Sarita Valdez, le Dr Carissa Etienne (Directrice du Bureau sanitaire panaméricain), l'honorable Sylvia Mathews Burwell (Secrétaire à la Santé et aux Services sociaux des États-Unis d'Amérique), l'honorable Héctor Salazar Sánchez (directeur du secteur social à la Banque interaméricaine de développement), le Dr Hans Troedsson (Sous-Directeur-général chargé de l'Administration à l'Organisation mondiale de la Santé), l'honorable Luis Almagro Lemes (Secrétaire général de l'Organisation des États Américains) et Son Excellence Orlando Hernández (président du Honduras). Les allocutions respectives se trouvent dans le site Web du 54^e Conseil directeur.¹

Questions relatives au Règlement

Constitution de la Commission de vérification des pouvoirs

3. Conformément à l'article 31 du Règlement intérieur du Conseil directeur, le Conseil a nommé l'Équateur, Porto Rico et la République bolivarienne du Venezuela comme membres de la Commission de vérification des pouvoirs (décision CD54[D1]).

Élection du Bureau

4. Conformément à l'article 16 du Règlement intérieur du Conseil directeur, le Conseil a élu le bureau suivant (décision CD54[D2]) :

<i>Président :</i>	El Salvador	(Dr Violeta Menjívar)
<i>Vice-président :</i>	Antigua-et-Barbuda	(Hon. Molwyn Morgorson Joseph)
<i>Vice-président :</i>	Pérou	(Dr Aníbal Velásquez Valdivia)
<i>Rapporteur :</i>	États-Unis d'Amérique	(M. Charles Darr)

¹ On peut consulter celui-ci à l'adresse :

http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11087&Itemid=41537&lang=fr

5. La Directrice du Bureau sanitaire panaméricain (BSP), le Dr Carissa Etienne, a exercé de droit les fonctions de secrétaire et la Directrice adjointe, le Dr Isabella Danel, a exercé les fonctions de secrétaire technique.

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

6. On a informé le Conseil qu'il ne serait pas nécessaire de constituer un groupe de travail, puisqu'aucun État Membre ne faisait l'objet des restrictions relatives au droit de vote prévues par l'Article 6.B de la Constitution de l'OPS (voir le rapport sur les contributions fixées, aux paragraphes 46 à 50 ci-dessous).

Constitution de la Commission générale

7. Conformément à l'article 32 du Règlement intérieur, le Conseil a nommé le Chili, Cuba et Saint-Vincent-et-les-Grenadines comme membres de la Commission générale (décision CD54[D3]).

Adoption de l'ordre du jour (document CD54/1, Rév. 3)

8. Le Conseil a convenu d'ajouter deux points à l'ordre du jour provisoire préparé par la Directrice, à savoir : « Méthode régissant l'estimation de la mortalité maternelle sur la période 1990-2015 » et « Le phénomène El Niño 2015-2016 dans la Région des Amériques », points proposés par les délégations de l'Équateur et du Pérou, respectivement. On a exprimé un appui aux deux propositions ; de nombreux délégués ont formulé des réserves quant à la nouvelle méthode servant à estimer la mortalité maternelle proposée par le Groupe interinstitutions des Nations Unies pour l'estimation de la mortalité maternelle. Les délégués se sont également dits préoccupés par les effets potentiels de nature sociale, économique et sanitaire du phénomène El Niño sur les pays de la Région.

9. Le Conseil a adopté l'ordre du jour tel que modifié (document CD54/1, Rév. 3), ainsi qu'un programme de réunions (décision CD54[D4]).

Questions relatives à la Constitution

Rapport annuel du Président du Comité exécutif (document CD54/2)

10. Le Dr Antonio Barrios Fernández (Paraguay, Président du Comité exécutif) a fait un rapport sur les activités réalisées par le Comité exécutif et son Sous-comité du programme, du budget et de l'administration entre octobre 2014 et septembre 2015. Il a fait ressortir les points qui avaient été discutés par le Comité, mais qui n'avaient pas été transmis au 54^e Conseil directeur pour examen et a noté qu'il ferait un rapport sur d'autres points à mesure que ceux-ci seraient abordés par le Conseil. Parmi les points non transmis figuraient les rapports annuels du Bureau d'éthique de l'OPS, des Services de supervision et d'évaluation internes et du Comité d'audit de l'OPS, le rapport du Comité

d'attribution du Prix d'administration 2015 de l'OPS, une proposition relative à la programmation d'un excédent de revenus résultant du remboursement d'un prêt de US\$ 10 millions accordé au Fonds renouvelable pour l'achat de vaccins, une mise à jour concernant l'état d'avancement de projets approuvés par le 48^e Conseil directeur devant être financés à partir du Fonds de réserve, des rapports sur le Plan-cadre d'investissement et sur le financement d'une assurance-maladie après la cessation de service pour le personnel de l'OPS, des amendements au Règlement du personnel et au Statut du personnel du BSP, des rapports statistiques sur la dotation en personnel et sur la stratégie du BSP en matière de ressources humaines et une déclaration d'un représentant de l'association du personnel de l'OPS/OMS, des rapports sur le budget programme 2016-2017 de l'OMS, sur l'état d'avancement de la mise en œuvre du projet relatif au système d'information pour la gestion du BSP et sur la stratégie du BSP en matière de technologie de l'information, ainsi que des demandes présentées par quatre organisations non gouvernementales sollicitant leur admission ou le renouvellement de leur statut en tant qu'organisation en relations officielles avec l'OPS. Des renseignements supplémentaires figurent au rapport du Président du Comité exécutif (document CD54/2).

11. La Directrice a remercié le Président et les membres du Comité exécutif pour leur travail et pour leur attachement à l'Organisation, notant que le Bureau avait tenu compte de tous les commentaires formulés par le Comité afin d'améliorer les documents ainsi que les projets de résolution soumis au Conseil directeur pour examen.

12. Le Conseil a également remercié les membres du Comité pour leur travail et a pris acte du rapport.

Rapport annuel du Directeur du Bureau sanitaire panaméricain (document CD54/3)

13. La Directrice a présenté son rapport annuel, qui avait pour thème « Défense de la santé pour le développement durable et l'équité : donner l'exemple ». Le rapport offrait de nombreux exemples de la façon dont la Région des Amériques avait, depuis de nombreuses années, montré la voie à suivre pour ce qui est de franchir des étapes importantes en matière de santé publique. Bien que les États Membres aient été les moteurs principaux des succès de l'Organisation, le Bureau avait joué un rôle central pour ce qui est d'offrir une coopération technique et de coordonner les efforts réalisés par les États Membres.

14. En 2014, nous avons été témoins d'un exemple exceptionnel de coopération panaméricaine : les États Membres de l'OPS ont adopté la Stratégie pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle. Celle-ci cherchait à catalyser un changement de paradigme visant à passer de systèmes de santé comportant une pléthore de spécialistes exerçant dans les villes à des systèmes employant davantage de professionnels des soins primaires, répartis de manière équitable. Le projet *Mais Médicos* au Brésil offrait un exemple évocateur de la façon dont la coopération technique fournie par le BSP avait aidé à accroître de manière spectaculaire l'accès aux services de santé. Le Bureau avait également collaboré avec la Communauté des Caraïbes pour assurer l'accès à des médicaments et à des technologies sûrs et efficaces, un élément essentiel

pour ce qui est d'atteindre la couverture sanitaire universelle. En décembre, le Bureau avait organisé la première Rencontre régionale sur la santé des personnes lesbiennes, gaies, bisexuelles et transgenres et les droits de l'homme, dans le cadre des efforts visant à faire progresser l'accès universel à la santé sans discrimination.

15. En avril 2015, l'Amérique était devenue la première région du monde à éliminer la rubéole et le syndrome de rubéole congénitale. En juin, Cuba était devenu le premier pays au monde à avoir officiellement éliminé la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis. Les efforts consentis par l'Organisation pour éliminer les maladies tropicales infectieuses négligées avaient porté des fruits : en septembre 2014, l'Équateur était devenu le deuxième pays au monde à faire confirmer par l'OMS son élimination de l'onchocercose. Le Mexique avait reçu la même confirmation par la suite et le Guatemala l'avait récemment demandée. En outre, des progrès importants avaient été réalisés au cours de la dernière année quant à la lutte contre les maladies non transmissibles, le facteur le plus considérable contribuant à la charge globale de morbidité de la Région. En particulier, on avait adopté un nouveau Plan d'action pour la prévention de l'obésité chez les enfants et les adolescents. Le Nicaragua et l'Uruguay étaient devenus les deux premiers pays au monde à ratifier le Protocole de l'OMS pour éliminer le commerce illicite des produits du tabac.

16. Avec la flambée de la maladie à virus Ebola en Afrique de l'Ouest, le Bureau avait intensifié ses efforts visant à réunir des ressources, accru ses initiatives de formation en matière de communication des risques et déployé du personnel pour prêter assistance sur le terrain. En réponse à la menace persistante représentée par le chikungunya et la dengue, ainsi qu'à l'introduction récente du virus Zika au Brésil, le BSP collaborait avec les *Centers for Disease Control and Prevention* des États-Unis pour offrir une coopération technique visant à diagnostiquer ces maladies et à en suivre l'évolution. Le BSP s'employait aussi à promouvoir une approche de « santé dans toutes les politiques » et une action multisectorielle destinée à combattre les maladies à transmission vectorielle.

17. Collectivement, la Région était en voie d'atteindre tous les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) relatifs à la santé, sauf un. Le fait que la cible comprise dans l'OMD 5 concernant une diminution annuelle de 5,5 % de la mortalité maternelle ne serait pas atteinte dans certains pays était une source de grande préoccupation. Dans le cadre de son travail à ce sujet, le Bureau avait offert une formation sur la prise en charge des hémorragies obstétricales et préconisé une amélioration des soins pour les femmes qui subissent des avortements. En outre, le Bureau avait dirigé un symposium international qui avait mené à un plan sous-régional visant à prévenir les grossesses chez les adolescentes.

18. Une bonne partie du travail qu'entreprendraient le Bureau et les États Membres au cours des prochaines années serait définie par les Objectifs de développement durable (ODD), de portée plus vaste que celle des OMD. Seulement un des 17 ODD était entièrement consacré aux questions de santé mais, au sein de cet objectif, on retrouvait 13 cibles concernant la santé ; de plus, tous les ODD avaient des conséquences capitales

pour la santé et le bien-être. L'ère des OMD nous avait enseigné une leçon importante, à savoir la nécessité de regarder au-delà des moyennes régionales et nationales et d'évaluer de manière critique les besoins et les résultats en matière de santé au niveau local, en privilégiant plus systématiquement les groupes vulnérables. Grâce au nouveau cadre de Coopération entre pays en faveur du développement sanitaire, les États Membres pourraient profiter d'occasions accrues de partager expertise technique et leçons apprises, en s'appuyant sur la robuste tradition de solidarité panaméricaine qui caractérise la Région. Le Bureau continuerait de collaborer avec les États Membres pour tirer parti des succès antérieurs et travailler en synergie afin d'améliorer la qualité de vie de chaque personne en Amérique.

19. Le Conseil directeur a remercié la Directrice pour son dévouement et son leadership et s'est félicité des réalisations présentées dans le rapport. Les délégués ont convenu que ces réalisations étaient le résultat des efforts communs, de la coordination et de la coopération accomplis par les États Membres et le Bureau. On a reconnu toutefois que beaucoup restait à faire pour surmonter les défis restants, en particulier les écarts relatifs à l'état de santé et les inégalités en matière d'accès aux services de santé. On a salué l'adoption, en 2014, de la Stratégie pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle comme représentant un jalon important ; de nombreux intervenants ont pris la parole pour décrire les mesures que prenaient leurs pays respectifs en vue d'atteindre la couverture universelle, plusieurs d'entre eux insistant sur l'importance des mesures intersectorielles visant à agir sur les déterminants sociaux, environnementaux et économiques de la santé. On a également souligné l'utilité de partager expériences vécues et pratiques optimales dans ce domaine.

20. On a généralement convenu de la nécessité d'un changement de paradigmes professionnels, comme mentionné dans le rapport, afin d'accorder la priorité aux soins de santé primaires et aux services intégrés assurés par des équipes interdisciplinaires, en privilégiant la réponse aux besoins des populations vulnérables et mal desservies. On a souligné l'importance de mettre davantage l'accent sur la promotion de la santé et la prévention des maladies. De nombreux délégués ont noté que les maladies non transmissibles représentaient une proportion grandissante de la charge de morbidité dans leurs pays respectifs et ont insisté sur l'importance de promouvoir une alimentation saine et une augmentation de l'activité physique, de déconseiller l'usage du tabac et de prendre d'autres mesures préventives. Plusieurs délégués ont remercié le Bureau de les avoir aidés à renforcer les lois sur le contrôle du tabac et à riposter à l'opposition manifestée par l'industrie concernant la réglementation visant à contrôler l'usage du tabac.

21. Les délégués ont exprimé leur gratitude envers le Bureau pour son appui visant à accroître l'accessibilité des vaccins et des médicaments à prix abordable ; néanmoins, plusieurs intervenants ont noté que le coût élevé de certains produits, notamment les produits servant au traitement des maladies chroniques et non transmissibles, demeurait un obstacle à l'accès universel à la santé et à la couverture sanitaire universelle. Plusieurs délégations ont salué l'entente récemment conclue entre les ministres de la Santé du Marché commun du Cône sud (MERCOSUR) et de l'Union des nations sud-américaines (UNASUR) prévoyant l'achat commun de médicaments à coût élevé, notamment par

l'intermédiaire du Fonds renouvelable régional pour les fournitures stratégiques en matière de santé publique de l'Organisation (le Fonds stratégique), et ont remercié le Bureau d'avoir appuyé cette initiative.

22. Les délégués ont également applaudi le travail réalisé par le Bureau afin d'aider les pays à renforcer leur niveau de préparation pour répondre à la menace que représente la maladie à virus Ebola et l'ont remercié de les avoir aidés à faire face aux flambées de chikungunya. On a fait ressortir la nécessité de continuer à renforcer et à maintenir les principales capacités prévues au Règlement sanitaire international (2005). On a également attiré l'attention sur les conséquences potentielles du changement climatique et des graves événements météorologiques qui y sont liés, non seulement pour le secteur sanitaire, mais aussi pour l'économie et le développement global des pays ; on a également souligné l'importance d'élaborer des programmes efficaces de résilience en cas de catastrophe. Un délégué a exprimé sa reconnaissance pour les efforts réalisés par l'OPS et l'OMS afin que les Conférences des parties à la Convention-cadre des Nations Unies sur les changements climatiques abordent les questions de santé.

23. On a salué aussi les progrès accomplis par la Région quant au contrôle des maladies transmissibles et on a félicité les pays qui avaient récemment éliminé diverses maladies. On a insisté sur la nécessité d'assurer un taux élevé de couverture vaccinale afin de maintenir les succès obtenus par la Région en matière d'élimination des maladies évitables par la vaccination. Un délégué s'est dit préoccupé par le passage prévu au vaccin antipoliomyélitique inactivé (voir « Plan d'action en matière de vaccination », aux paragraphes 60 à 73 ci-dessous) ; il a fait valoir que les stocks actuels de vaccin inactivé ne suffisaient pas pour permettre à tous les pays d'administrer trois doses de vaccin, ce qui pourrait entraîner des niveaux de protection variables contre le poliovirus de type 2.

24. On a reconnu les succès enregistrés par les États Membres pour ce qui est de réduire la mortalité maternelle, mais on a noté aussi qu'il faudrait redoubler d'efforts pour atteindre la cible prévoyant une réduction de 75 % du taux de mortalité maternelle incluse dans les objectifs du Millénaire pour le développement. On a émis l'avis que la santé des femmes et des enfants devrait rester prioritaire pour l'Organisation au cours des prochaines années. On a souligné l'importance d'assurer des services complets et universellement accessibles de santé sexuelle et génésique. On a aussi fait ressortir la nécessité d'accorder une attention accrue au problème de la violence envers les femmes.

25. Tout en remerciant les délégués d'avoir exprimé leur reconnaissance pour le travail réalisé par le Bureau, la Directrice a insisté sur le fait que les réalisations accomplies par la Région au cours de la dernière année étaient principalement dues au leadership des États Membres pour ce qui est d'assurer l'accès à la couverture sanitaire universelle et à leur volonté d'accroître le bien-être et la qualité de vie de leurs populations. Le rôle du Bureau avait été de collaborer avec les autorités sanitaires nationales dans ces domaines et de les appuyer. Elle a reconnu que de nombreux défis continuaient à se poser pour ce qui est d'assurer l'accès aux médicaments et à la technologie, d'atteindre les populations mal servies, de faire en sorte que l'on oriente les équipes sanitaires vers la prestation de soins primaires, de s'attaquer aux maladies non

transmissibles et de répondre au changement climatique, aux catastrophes et aux flambées épidémiques. Elle a assuré le Conseil que le Bureau continuerait à déterminer comment il pourrait le mieux s'employer à aider les États Membres à protéger les progrès accomplis dans le passé tout en faisant face aux défis de l'avenir.

26. Le Conseil directeur a remercié la Directrice et a pris acte du rapport.

Élection de trois États Membres au Comité exécutif au terme des mandats du Canada, de la Jamaïque et du Paraguay (document CD54/4)

27. Le Conseil a élu Antigua-et-Barbuda, l'Argentine et le Chili en tant que membres du Comité exécutif pour une durée de trois ans et a remercié le Canada, la Jamaïque et le Paraguay pour leurs services (résolution CD54.R4).

Questions relatives à la politique des programmes

Programme et budget de l'OPS 2016-2017 (Document officiel 350, Add. I, Add. II et Add. III, Rév. 1)

28. Le Dr Antonio Barrios Fernández (représentant du Comité exécutif) a indiqué que le Comité exécutif avait examiné une version antérieure du projet de programme et budget pour 2016-2017. Le budget total proposé pour les programmes de base était d'US \$ 612,8 millions,² ce qui représenterait une augmentation de \$49,7 millions, ou 8,8 %, par rapport au budget actuel. Le Bureau avait préparé trois scénarios budgétaires possibles. Selon le premier scénario, le budget serait financé grâce à des augmentations attendues de la somme allouée à la Région par l'OMS ainsi qu'à des revenus divers et à des contributions volontaires reçus par l'OPS, et grâce à une augmentation proposée de 3,8 % des contributions fixées provenant des États Membres. Selon le deuxième scénario, il n'y aurait aucune augmentation des contributions fixées et le déficit de financement de \$5,8 millions serait financé grâce à d'autres sources, non encore définies. Selon le troisième scénario, le budget total serait réduit de \$5,8 millions ; le résultat serait un budget total de \$607 millions.

29. Bien qu'on ait reconnu que le Bureau avait besoin de ressources suffisantes pour réaliser ses activités de coopération technique, aucun délégué n'avait exprimé son appui à l'augmentation proposée des contributions fixées. Plusieurs avaient réaffirmé la politique maintenue depuis longtemps par leurs gouvernements respectifs, à savoir une croissance nominale nulle des contributions fixées provenant des États Membres. Certains délégués s'étaient dits disposés à examiner le deuxième scénario, mais avaient demandé de plus amples informations sur la manière dont l'augmentation de \$5,8 millions serait financée. D'autres délégués préféraient le troisième scénario. On avait fait remarquer que la somme totale envisagée d'après ce scénario, bien qu'inférieure à celle des scénarios I et II, entraînerait tout de même une augmentation importante du budget global. La résolution

² Sauf stipulation contraire, toutes les valeurs monétaires dans le présent rapport sont exprimées en dollars des États-Unis.

adoptée par le Comité avait été modifiée pour refléter les opinions exprimées au cours de la discussion. On avait convenu que les chiffres sur lesquels on n'avait pas encore pu se mettre d'accord resteraient entre parenthèses et que les chiffres du scénario III ne seraient pas inscrits, en attendant une consultation plus poussée entre le Bureau et les États Membres durant l'intérim précédant le Conseil directeur.

30. M. Daniel Walter (directeur du Département de la planification et du budget du BSP) a introduit la proposition révisée relative au programme et budget, notant que celle-ci concrétiserait les plans d'action ambitieux adoptés par le Conseil directeur durant la session, en plus de guider le travail de l'OPS et de définir les résultats à atteindre au cours des deux prochaines années. La proposition avait résulté d'un processus ascendant dirigé par les États Membres concernant l'établissement des priorités et du coût des produits devant être livrés durant le prochain exercice biennal. Cette proposition reflétait aussi l'attachement permanent du Bureau à la reddition de comptes et aux économies dues à une bonne efficacité. Le projet de budget pour 2016-2017 était présenté sous la forme d'un budget intégré pour la première fois. On demanderait aux États Membres d'approuver le budget dans son ensemble, ce qui leur attribuerait explicitement la propriété et la supervision de tout le budget programme, pas uniquement de la portion financée par les contributions des États Membres.

31. Le budget proposé inverserait la tendance d'une réduction des budgets, rétablirait la réduction budgétaire importante de l'exercice actuel et aiderait le Bureau à reconstruire sa capacité organisationnelle. On ne proposait pas cette augmentation budgétaire afin de compenser l'inflation, mais plutôt pour permettre à l'Organisation d'investir dans de nouvelles initiatives, de nouveaux programmes et de nouvelles priorités. Les augmentations de coûts continueraient à être absorbées par des gains d'efficacité. On allouerait l'intégralité de l'augmentation proposée à des programmes techniques, ce qui entraînerait un accroissement de financement de 14 % pour les catégories 1 à 5, alors que le budget des fonctions essentielles de la catégorie 6 décroîtrait.

32. Le document CD54/21, Add. I (renommé *Document officiel 350*, Add. I, après l'approbation du programme et budget) a fourni des informations sur les trois scénarios proposés, y compris des détails concernant les effets des réductions budgétaires sur les programmes pour chaque catégorie et chaque domaine programmatique, ainsi que les résultats qui ne pourraient pas être atteints selon le scénario III, comme le Comité exécutif en avait fait la demande. Ce document fournissait aussi une ventilation des sources de financement pour les trois scénarios. Le scénario I offrirait un niveau plus élevé de financement assuré, flexible et durable, et réduirait la dépendance à l'égard des contributions volontaires, qui pourraient ne pas être versées ou pourraient être réservées à des usages particuliers. Le scénario III exigerait une réduction de la portée de certains programmes, ce qui pourrait nuire à la capacité de l'Organisation d'atteindre les résultats stipulés par les États Membres dans le Plan stratégique 2014-2019.

33. Le Conseil directeur a salué l'approche ascendante de l'élaboration de la proposition relative au programme et budget et a remercié le Bureau de s'être efforcé d'harmoniser l'allocation des ressources avec les priorités définies par les États Membres.

On a applaudi les efforts consentis par le Bureau pour réduire les coûts au moyen d'un accroissement de l'efficacité et on l'a encouragé à continuer à chercher des façons d'améliorer celle-ci encore davantage, notamment en menant un examen exhaustif des programmes en vue de déterminer ceux qui pourraient être graduellement supprimés. Le Conseil a aussi remercié le Bureau d'avoir préparé les trois scénarios en réponse à la demande du Comité exécutif. Toutefois, un délégué a émis l'opinion que le document présentant les divers scénarios n'expliquait pas assez clairement les risques et les effets d'une croissance nominale nulle quant à la capacité de l'Organisation d'atteindre les buts et les cibles fixés dans le Plan stratégique 2014-2019.

34. Les délégués ont reconnu que le Bureau avait besoin de ressources suffisantes pour mettre en œuvre le Plan stratégique et répondre aux besoins des États Membres. On a également reconnu le fait que le Bureau devait faire face à une augmentation des coûts due à l'inflation. Certains délégués ont appuyé le scénario I, qui à leur avis fournirait à l'Organisation le plus haut niveau de prévisibilité en matière de financement et la plus grande autonomie d'action, en plus d'offrir au Bureau la meilleure flexibilité pour ce qui est d'attribuer les ressources selon les priorités définies par les États Membres. Un délégué a souligné l'importance de faire en sorte que l'Organisation dispose de sources de financement sûres et durables afin de demeurer à l'avant-garde de la santé publique dans la Région ; un autre a fait remarquer que les réductions envisagées d'après le scénario III nuiraient aux efforts des États Membres visant à atteindre l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle.

35. D'autres délégués étaient en faveur d'une croissance nominale nulle des contributions fixées, notant que leurs gouvernements respectifs étaient aux prises avec des contraintes budgétaires et une croissance économique faible. Certains délégués ont aussi fait valoir que leurs contributions augmenteraient considérablement en 2016-2017 en raison de l'application du nouveau barème des contributions adopté par l'Assemblée générale de l'Organisation des États Américains (OEA) (voir les paragraphes 46 à 50 ci-dessous). Certains de ces délégués ont exprimé leur appui au scénario II, qui fournirait un financement accru aux programmes sans augmentation des contributions fixées. Toutefois, plusieurs délégués doutaient qu'il soit possible d'obtenir assez de contributions volontaires pour financer le scénario II, surtout compte tenu de la tendance à la baisse de ce type de contributions au cours des dernières années. On s'est aussi inquiété du fait que les priorités des donateurs pourraient ne pas correspondre à celles des États Membres. Un délégué a appuyé le scénario III, notant que l'augmentation de 7,8 % prévue par ce scénario, bien qu'inférieure à celle des deux autres scénarios, permettrait néanmoins une croissance des programmes.

36. On a fait remarquer que la plus grande partie du financement volontaire provenait d'une poignée de gouvernements et on a instamment prié le Bureau d'élargir la base de donateurs, y compris par des partenariats avec le secteur privé. On a demandé à connaître le montant des contributions volontaires reçues en 2014-2015 et le montant qui manquait pour financer entièrement la portion volontaire du budget. Une déléguée a demandé comment le Bureau avait l'intention d'améliorer sa capacité de gestion de projets afin que tous les fonds fournis par les donateurs soient dépensés efficacement et en temps

opportun. La même déléguée a affirmé qu'à son avis, les contributions volontaires ne devraient être utilisées que comme un supplément aux contributions fixées et non comme un moyen de rediriger les contributions fixées vers des domaines qui auraient reçu moins de soutien volontaire.

37. Plusieurs délégués ont fait ressortir l'importance de bénéficier d'un soutien accru pour la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles. On considérait également qu'il était essentiel de renforcer l'action intersectorielle, ce qui pourrait créer des synergies et faciliter l'atteinte des résultats.

38. M. Walter a déclaré que le Bureau avait obtenu un plus grand nombre de contributions volontaires en 2015 qu'en 2014 ; il espérait que cette tendance se poursuivrait. Une partie des contributions volontaires du présent exercice biennal serait reportée au prochain exercice ; il ne serait donc pas nécessaire de se procurer toute la somme inscrite au budget sous « autres sources » en 2015-2016. On prévoyait que le montant reporté serait d'environ \$40 millions ; de plus, environ \$80 millions seraient disponibles à même les recettes au titre des frais généraux provenant des contributions fixées (y compris les contributions volontaires nationales). Il faudrait alors se procurer entre \$80 millions et \$90 millions, selon le scénario qui serait approuvé. On considérait ce chiffre comme réaliste, vu le montant obtenu au cours du présent exercice.

39. Le Bureau avait dressé un plan de mobilisation des ressources, lequel serait mis en œuvre en 2016. Le but de ce plan était d'élargir la base de donateurs et de réduire la dépendance de l'Organisation envers un nombre limité de donateurs. Les relations du Bureau avec les donateurs du secteur privé seraient guidées par le cadre des relations avec les acteurs non étatiques qui devait être adopté dans le contexte de la réforme de l'OMS (voir les paragraphes 51 à 59 ci-dessous). L'OPS ainsi que l'OMS avaient entrepris des initiatives visant à renforcer la gestion de projets afin de démontrer aux donateurs que leurs programmes étaient mis en œuvre à temps et donnaient les résultats attendus. On prévoyait que ces initiatives auraient des effets positifs durant le prochain exercice biennal.

40. En ce qui a trait à la réflexion selon laquelle les contributions volontaires ne devraient pas remplacer les contributions fixées, M. Walter a fait valoir que le principal avantage d'un budget intégré était la possibilité de déplacer les ressources au besoin pour remédier à des manques de financement. L'incapacité d'effectuer ces déplacements au cours du présent exercice avait entraîné un déficit important dans la catégorie 3, lequel avait limité à son tour la capacité de la Région à atteindre la cible fixée par les objectifs du Millénaire pour le développement concernant la réduction de la mortalité maternelle. Concernant l'éventualité de retirer graduellement certains programmes, la proposition relative au programme et budget était le résultat de l'exercice d'établissement des priorités réalisé par les États Membres, et tous les programmes inclus correspondaient aux priorités définies dans le Plan stratégique. On ne pouvait mettre fin à aucun d'entre eux, bien que l'on puisse procéder à certains ajustements pour refléter le classement relatif des divers domaines programmatiques selon les préférences des États Membres. Quant à la possibilité d'adopter des mesures additionnelles d'amélioration de l'efficience,

le Bureau avait déjà pris de nombreuses dispositions visant à absorber la réduction de \$50 millions du présent exercice, dont la suppression ou le gel d'un grand nombre de postes. Il ne pourrait pas fonctionner avec moins de personnel au cours de l'exercice 2016-2017, mais il continuerait à rechercher d'autres gains sur le plan de l'efficacité opérationnelle.

41. La Directrice, tout en remerciant les délégués qui avaient pris position en faveur du scénario I, a souligné que la proposition de programme et budget pour 2016-2017 était réaliste et reflétait les processus ascendants de planification et d'établissement des priorités entrepris de concert avec les États Membres. Le budget du présent exercice – le moins élevé depuis de nombreux exercices biennaux – était également réaliste ; le fait qu'il soit presque entièrement financé en était le signe. Le Bureau avait délibérément réduit le budget 2014-2015 de \$50 millions précisément pour que celui-ci soit réaliste, en fonction du financement qu'il s'attendait à recevoir. Il avait pris plusieurs mesures en vue de faire face à cette réduction, dont des compressions de personnel et la diminution du nombre de voyages et de rencontres en face à face, et il continuerait à rechercher des façons de faire des économies. Toutefois, à partir d'un certain point, des coupes additionnelles commenceraient à nuire au niveau et à la qualité des activités de coopération technique du Bureau avec les États Membres.

42. L'augmentation proposée des contributions fixées n'était pas exorbitante et ne ferait que rétablir le budget au niveau qui était le sien en 2012-2013. La Directrice a reconnu que de nombreux États Membres connaissaient des difficultés sur le plan économique, mais a aussi noté que plusieurs pays verraient leurs contributions baisser d'après le nouveau barème de l'OEA. À son avis, les États Membres avaient la responsabilité de veiller à ce que le Bureau dispose d'un financement suffisant pour réaliser les activités dont ils lui avaient demandé de s'acquitter. Pour sa part, le Bureau continuerait à travailler main dans la main avec les États Membres afin d'atteindre le plus haut niveau de développement possible pour la Région en matière de santé.

43. Le Conseil directeur a décidé de former un groupe de travail pour répondre aux préoccupations exprimées durant la discussion et en arriver à un consensus sur un scénario budgétaire. Le délégué de la Colombie, président du groupe de travail, a annoncé par la suite qu'après avoir analysé avec soin les conséquences de chaque scénario, le groupe de travail avait convenu d'appuyer le scénario II et d'amender le projet de résolution de manière à incorporer les opinions exprimées au cours de ses délibérations. L'un des amendements – apporté par souci d'amélioration de la transparence, de la reddition de comptes et de la gestion fondée sur les résultats – demandait à la Directrice d'établir, en consultation avec les États Membres, un mécanisme servant à présenter des rapports d'avancement sur la mise en œuvre du programme et budget, y compris les articles planifiés et financés, les progrès accomplis quant à l'atteinte des résultats et les risques programmatiques et financiers. On a souligné l'importance d'une communication claire et transparente relative à tous les fonds gérés par le Bureau, dont les contributions volontaires nationales et les fonds d'acquisition.

44. Les délégués ont salué la flexibilité, la solidarité et le désir de trouver des compromis qui avaient caractérisé les délibérations du groupe de travail et ont remercié la Colombie d'avoir dirigé celui-ci. Le délégué de la Barbade a annoncé que les pays de la Communauté des Caraïbes (CARICOM) dont les contributions diminueraient en vertu du nouveau barème de l'OEA avaient l'intention, dans un esprit de panaméricanisme et pour démontrer leur attachement aux buts de l'OPS, de donner ces économies à l'Organisation en tant que contributions volontaires.

45. Le Conseil directeur a adopté la résolution CD54.R16, qui approuve le programme et budget figurant au *Document officiel 350*. Le Conseil a aussi adopté la résolution CD54.R17, qui établit les contributions fixées des États Membres pour la période 2016-2017.

Nouveau barème des contributions fixées (document CD54/5, Rév. 1)

46. Le Dr Antonio Barrios Fernández (représentant du Comité exécutif) a indiqué qu'au cours de la discussion tenue par le Comité exécutif concernant le programme et budget 2016-2017, on avait demandé au Bureau d'ajuster les montants proposés relatifs aux contributions fixées des États Membres figurant à la proposition de budget afin de refléter le nouveau barème des contributions adopté par l'Assemblée générale de l'Organisation des États Américains lors de sa Quarante-quatrième session ordinaire en juin 2014. Par la suite, on avait convenu, à la suggestion de la Directrice, d'inclure un point portant sur le nouveau barème de l'OEA à l'ordre du jour du Conseil directeur.

47. M. Daniel Walter (directeur du Département de la planification et du budget du BSP) a rappelé que l'OPS avait l'obligation conventionnelle d'ajuster son barème des contributions au barème adopté par l'Assemblée générale de l'OEA, en tenant compte des différences entre la composition des deux organisations. Il a ajouté que le fait d'harmoniser le barème de l'Organisation avec celui de l'OEA entraînerait une augmentation des contributions correspondant à la période 2016-2017 pour 19 États Membres de l'OPS et une diminution pour 14 États Membres ; la contribution de neuf pays demeurerait la même. Il a insisté sur le fait que l'objet du point actuel à l'ordre du jour n'était que le barème, exprimé en pourcentages : les sommes exactes à verser, exprimées en dollars, seraient déterminées d'après les discussions et la conclusion ultérieures du Conseil directeur concernant le programme et budget.

48. Les délégués ont appuyé le processus d'ajustement des contributions en tant qu'exercice de solidarité panaméricaine, de transparence et de cohésion. Certains d'entre eux ont demandé instamment que le niveau de coopération technique fourni par le BSP ne soit pas compromis par un quelconque changement aux contributions versées par les pays qui résulterait de ce processus. On a souligné que le barème des contributions devait tenir compte de la capacité de payer des pays.

49. M. Walter a répondu que le nouveau barème de l'OEA tenait effectivement compte de ce facteur.

50. Le Conseil directeur a adopté la résolution CD54.R2, qui approuve le barème des contributions révisé pour 2016-2017.

Réforme de l’OMS (document CD54/6)

51. Le Dr Antonio Barrios Fernández (représentant du Comité exécutif) a indiqué que le Comité exécutif avait examiné un rapport sur la réforme de l’OMS, lequel résumait le rapport présenté à la Soixante-huitième Assemblée mondiale de la Santé en mai 2015 et comprenait une annexe montrant la correspondance étroite entre les réformes relatives aux programmes, à la gestion et à la gouvernance entreprises par l’OMS et par l’OPS. Les membres du Comité avaient souligné l’importance de maintenir cette correspondance entre les efforts consentis par l’OPS et l’OMS en matière de réforme, ainsi que l’importance de se conformer à l’article 54 de la Constitution de l’OMS. On avait suggéré que le Bureau élabore des notes d’allocution et des messages clés expliquant comment l’harmonisation et l’intégration de l’OPS avec l’OMS étaient en cours. En ce qui a trait au cadre des relations avec les acteurs non étatiques, les délégués avaient souligné la nécessité d’éviter les conflits d’intérêts et de faire en sorte que toute collaboration avec les acteurs non étatiques contribue à l’atteinte des objectifs en santé publique. On avait insisté sur le fait que, bien que l’on puisse apporter des ajustements mineurs pour tenir compte des caractéristiques organisationnelles propres à l’OPS, on ne devrait apporter aucun changement substantiel au cadre après son approbation par l’Assemblée mondiale de la Santé.

52. Au cours de la discussion qui a suivi, les délégués ont salué les progrès globaux réalisés quant à la réforme de l’OMS, mais se sont dits préoccupés par la lenteur de la réforme de la gouvernance. On a souligné la nécessité de redoubler d’efforts pour mener à terme les négociations sur les questions en suspens – en particulier le cadre des relations avec les acteurs non étatiques et la méthode d’allocation de l’espace budgétaire stratégique – et on a instamment prié les États Membres de parvenir à un consensus sur des positions régionales dans ces domaines afin de faciliter les négociations et d’accélérer les progrès accomplis. Les délégués ont exprimé leur appui au modèle élaboré par le Groupe de travail sur l’allocation stratégique de l’espace budgétaire relativement à l’allocation du segment 1 du budget de l’OMS et ont exprimé leur gratitude envers le Mexique et le Paraguay pour leur travail au sein de ce Groupe. Les délégués ont également remercié l’Argentine d’avoir dirigé les consultations auprès des États Membres portant sur le cadre des relations avec les acteurs non étatiques et ont remercié les États-Unis d’Amérique et le Mexique d’avoir représenté la Région au sein du Groupe de travail sur la réforme de la gouvernance.

53. En ce qui concerne le cadre des relations avec les acteurs non étatiques, on a insisté sur le fait que le processus de consultation devait être guidé par des principes de transparence ainsi que de respect pour la nature intergouvernementale et l’indépendance de l’OMS. On a fait ressortir la nécessité d’établir des règles claires et objectives pour éviter les conflits d’intérêts. On considérait comme particulièrement important que l’OMS fasse preuve de prudence dans ses interactions avec le secteur privé, afin de réduire le plus possible le risque d’une érosion de ses valeurs et de son intégrité. On

estimait crucial que les États Membres de la Région continuent à participer aux consultations portant sur ce cadre, afin de cerner tout problème éventuel relatif à son application au niveau régional et d'y remédier. On a souligné que, une fois le cadre approuvé au niveau mondial, celui-ci ne devrait plus faire l'objet de négociations au niveau régional.

54. Les délégués ont salué les progrès accomplis concernant l'amélioration de la prévisibilité et de la transparence du financement de l'OMS grâce au dialogue relatif à ce dernier, mais ont noté qu'il restait des défis à surmonter, dont la persistance de l'affectation des contributions volontaires à des fins particulières, laquelle pourrait entraîner un manque de financement pour des domaines critiques comme la réponse aux situations d'urgence. On a souligné la nécessité de faire en sorte que le financement corresponde aux politiques et aux priorités de l'Organisation. On a également insisté sur l'importance de la planification ascendante et de l'établissement de priorités au niveau des pays.

55. On a applaudi les efforts constants réalisés par le Bureau pour aligner les réformes régionales sur les réformes au niveau mondial ; les délégués ont reconnu qu'un grand nombre des initiatives de réforme entreprises par l'OPS avaient précédé celles de l'OMS et y avaient donc contribué. On considérait comme important que les États Membres des Amériques, dans leurs interactions avec les États Membres d'autres régions, continuent à affirmer l'attachement de l'OPS à l'OMS et son intégration à celle-ci. À cet égard, on a suggéré d'intégrer le portail de l'OPS portant sur le rendement et le financement des programmes au portail de l'OMS portant sur son budget et programme, afin que les données de l'OPS soient également accessibles par le moyen du portail de l'OMS. On a demandé des éclaircissements quant à la façon dont la stratégie de l'OPS en matière de mobilisation des ressources s'alignerait sur les efforts consentis au sein de l'OMS pour élaborer une approche plus centralisée et coordonnée de mobilisation des ressources. Les délégués ont exprimé leur soutien à la participation de la Région au plan de l'OMS sur la mobilité du personnel, tout en faisant valoir que le ratio coûts-bénéfices des mouvements de personnel devait être pris en considération. On a demandé au Bureau d'indiquer quand les États Membres auraient accès au système de suivi du Plan stratégique de l'OPS.

56. Le Dr Gaudenz Silberschmidt (directeur des partenariats et des relations avec les acteurs non étatiques et directeur par intérim du Département de la mobilisation coordonnée des ressources de l'OMS), faisant observer que la discussion avait illustré à la fois la richesse et les défis de la réforme de l'OMS, a assuré le Conseil que le Secrétariat de l'OMS était toujours fermement décidé à assurer le succès de la réforme aux trois niveaux de l'Organisation. Bien qu'il soit encore nécessaire de prendre des décisions en matière de politiques concernant les relations avec les acteurs non étatiques et quelques autres sujets, la plupart des réformes en étaient maintenant au stade de la mise en œuvre. Dans le domaine de la réponse aux situations d'urgence, on avait préparé une feuille de route portant sur les activités de réforme, ainsi qu'un échéancier portant sur la prise de décision et la mise en œuvre, laquelle était prévue pour 2016. En ce qui a trait au portail relatif au budget programme de l'OMS, le Secrétariat collaborait avec le Bureau quant à l'incorporation des données de l'OPS dans le système. En ce qui concerne le

cadre des relations avec les acteurs non étatiques, une communication devant être présentée durant la réunion intergouvernementale ouverte à tous prévue pour octobre examinerait les conséquences de la mise en œuvre de ce cadre aux différents niveaux de l'Organisation.

57. M. Daniel Walter (directeur du Département de la planification et du budget du BSP) a déclaré que le portail de l'OPS relatif aux programmes et au financement prendrait pour modèle le portail de l'OMS et a affirmé que le Bureau collaborait avec le Secrétariat de l'OMS pour accroître l'échange d'informations programmatiques et financières entre le Système mondial de gestion de l'OMS et le Système d'informations pour la gestion du BSP. Plusieurs pays avaient procédé à un essai-pilote du Système de suivi du Plan stratégique et le Bureau se préparait à donner sous peu un accès ouvert à tous les pays, pour faciliter l'évaluation des progrès accomplis quant aux résultats figurant au Plan stratégique.

58. La Directrice a déclaré que la mobilité du personnel faisait partie de la Stratégie en matière de ressources humaines du BSP. Dans son application de la politique relative à la mobilité, le Bureau veillerait à s'acquitter de sa responsabilité envers les États Membres pour ce qui est de maintenir l'excellence de son personnel sur le plan technique. Le Bureau attendait avec impatience la conclusion des négociations parmi les États Membres portant sur le cadre des relations avec les acteurs non étatiques et sur l'application de ce cadre dans la Région.

59. Le Conseil a pris acte du rapport.

Plan d'action en matière de vaccination (document CD54/7, Rév. 2)

60. Le Dr Antonio Barrios Fernández (représentant du Comité exécutif) a indiqué que le Comité avait convenu que, même si les États Membres avaient réalisé des progrès importants quant à l'extension de la couverture vaccinale, on devait continuer à accorder un haut niveau de priorité à la vaccination afin de maintenir les taux de couverture au-dessus de 95 %. Les délégués avaient attiré l'attention sur les obstacles à l'atteinte d'une couverture vaccinale élevée, dont la cherté des vaccins et le mouvement anti-vaccination grandissant, et avaient insisté sur la nécessité de mener des campagnes d'information publique pour sensibiliser la population et lui faire mieux comprendre l'importance de la vaccination.

61. Une discussion animée avait eu lieu quant à l'usage de l'expression « le droit à la santé » dans le document. Certains délégués l'appuyaient fortement, alors que d'autres suggéraient de la remplacer par le droit à « la possession du meilleur état de santé » possible, comme dans le préambule de la Constitution de l'OMS. Après un examen approfondi, on avait incorporé la formulation employée par la Constitution de l'OMS dans la version modifiée du plan d'action, ainsi qu'un libellé destiné à tenir compte des situations et des contextes nationaux et à refléter la structure fédérale de certains gouvernements. On avait également introduit un nouvel indicateur portant sur les

obstacles à la vaccination. Le Comité avait adopté la résolution CE156.R14, recommandant que le Conseil directeur approuve le plan d'action.

62. Le Conseil directeur a salué le plan d'action proposé, félicitant le Bureau pour son leadership dans le domaine de la vaccination. Les délégués ont décrit les progrès accomplis par leurs programmes de vaccination nationaux et ont noté avec satisfaction que le plan proposé s'alignait sur le Plan d'action mondial pour les vaccins (GVAP) de l'OMS. Plusieurs délégués ont souligné la nécessité d'adapter le plan de l'OMS au contexte de la Région.

63. Les délégués ont recommandé avec insistance de poursuivre les efforts visant à consolider les progrès accomplis par les pays pour ce qui est de combattre les maladies évitables par la vaccination en maintenant un taux de couverture de plus de 95 % au moyen de vaccins traditionnels contre les maladies telles que la polio, la rougeole et la rubéole, et en accordant la priorité aux municipalités dont le taux de couverture est faible. Ils ont aussi appuyé l'introduction de nouveaux vaccins, comme le vaccin antirotavirus, le vaccin antipneumococcique et le vaccin contre le virus du papillome humain (VPH), demandant une coopération technique et une aide financière à cette fin. Plusieurs délégués ont souligné l'importance de la recherche et du développement de vaccins contre le paludisme et la dengue, ainsi que la nécessité de faciliter l'accès à ces vaccins après leur homologation.

64. Notant que le coût élevé des vaccins représentait un obstacle à la couverture universelle, les délégués ont exprimé leur appui à la négociation menée par le Bureau en faveur de prix moins élevés par l'intermédiaire du Fonds renouvelable pour l'achat de vaccins. Les délégués étaient d'accord quant à la nécessité d'un processus d'achat commun visant à tirer profit des économies d'échelle et à contenir la hausse du prix des vaccins, afin d'augmenter l'accès à ceux-ci. On a instamment prié le Bureau de plaider en faveur d'un changement des critères d'admissibilité au soutien accordé par l'Alliance GAVI, puisque les critères actuels ne tenaient pas compte de la charge de morbidité. Plusieurs délégués ont mentionné la nécessité de promouvoir la production de vaccins afin de garder les stocks à des niveaux appropriés ; on a souligné en particulier la nécessité de disposer de stocks adéquats de vaccin antipoliomyélitique inactivé (VPI) pour assurer le passage du vaccin oral à ce dernier (voir les paragraphes 66 et 67).

65. Les délégués estimaient d'un commun accord que le mouvement anti-vaccination représentait une menace sérieuse à la santé publique. On a émis l'avis que les stratégies de communication, y compris le recours aux médias sociaux, étaient cruciales pour ce qui est de combattre les fausses informations, de faire connaître à la population les avantages de la vaccination et de renforcer la confiance des collectivités afin d'assurer l'acceptation publique de la vaccination et la conformité aux calendriers de vaccination.

66. La déléguée de l'Argentine a soulevé plusieurs préoccupations concernant le passage prévu du vaccin antipolio oral trivalent au vaccin oral bivalent combiné au vaccin inactivé. Elle a fait valoir que les stocks actuels de VPI n'étaient pas suffisants pour permettre à tous les pays d'administrer trois doses de vaccin. Puisqu'il avait été

démontré que deux doses de VPI suffisaient à conférer une immunité de presque 100 %, elle suggérait que les pays dont les calendriers de vaccination comprenaient actuellement trois doses de VPI envisagent de réduire ce nombre à deux afin de rendre le vaccin accessible à d'autres pays et, par conséquent, d'assurer aux enfants de tous les pays une protection égale contre le poliovirus de type 2. Elle a suggéré de retarder le passage au VPI si l'on ne pouvait garantir la présence de réserves suffisantes pour au moins deux doses. En outre, elle a remis en question la pertinence de passer au VPI à une époque de migrations intenses au niveau mondial, avec le risque associé d'interruption des calendriers de vaccination. La déléguée a demandé la formation d'un groupe de travail qui évaluerait la possibilité de redistribuer les doses, la faisabilité de l'augmentation de la production de vaccins, ainsi que d'autres sujets connexes, avant la réunion du Groupe stratégique consultatif d'experts (SAGE) sur la vaccination prévue pour octobre 2015.

67. En réponse à la suggestion de reporter le passage au VPI, une autre déléguée a noté que pour assurer une transition réussie, tous les pays devraient mettre en œuvre les recommandations concernant la vaccination antipolio de manière coordonnée. L'OMS avait un rôle important à jouer pour ce qui est de favoriser une transition en douceur. Des experts mondiaux discutaient actuellement du passage au VPI ainsi que des conséquences éventuelles de tout retard. Elle a encouragé les États Membres de la Région à permettre la tenue de ces discussions et à clarifier les prochaines étapes.

68. Une déléguée a fait remarquer que le coût total de la mise en œuvre du plan d'action était estimé à un peu plus de \$120 millions, dont \$48 millions au cours de l'exercice 2015-2016. Elle a noté que, bien qu'il fût possible d'inclure une partie importante de cette somme dans les activités programmatiques existantes, il resterait un déficit de financement de \$12 millions ; elle a demandé comment le Bureau prévoyait se procurer ces fonds.

69. Le Dr Cuauhtémoc Ruiz Matus (directeur par intérim du Département de la famille, du genre et du parcours de vie du BSP) a répondu que le Bureau collaborerait avec les États Membres pour remédier au déficit de financement. Il a fait valoir que, puisque le plan d'action était conçu comme un cadre général pour les activités de vaccination des cinq prochaines années, ce plan ne précisait pas toutes les activités qui devaient être réalisées. Les indicateurs mentionnés sous ces axes d'intervention généraux avaient été adaptés à partir du GVAP et abordaient un grand nombre des questions précises soulevées par les délégués. Il a ajouté que le plan cherchait à déterminer pourquoi certaines populations n'étaient pas vaccinées, notant que les raisons principales étaient des occasions manquées ainsi qu'un manque de confiance dans les vaccins. Le Bureau collaborait avec les États Membres en vue de définir des approches efficaces visant à surmonter ces obstacles.

70. En ce qui a trait au développement et à l'introduction de nouveaux vaccins, il a expliqué que le nouveau vaccin contre le paludisme ne protégerait que du *Plasmodium falciparum*, qui ne circulait pas de façon endémique en Amérique latine. Il espérait qu'un vaccin contre *P. vivax*, qui circulait dans la Région, serait bientôt disponible. Il a également indiqué que l'innocuité de cinq vaccins contre la dengue était actuellement à

l'étude ; on attendait une recommandation du SAGE avant d'avoir recours à ceux-ci dans les programmes de santé publique.

71. Quant au passage du vaccin antipolio oral au VPI – une étape cruciale dans l'éradication de la polio au niveau mondial –, il a noté que le retrait du vaccin antipolio oral serait un processus séquentiel. On retirerait d'abord la composante de type 2 ; les autres composants suivraient et, finalement, le VPI serait le seul vaccin en usage. On espérait que dans un avenir pas trop lointain, la polio serait éradiquée, tout comme la variole l'avait été dans le passé, et qu'il ne serait plus nécessaire de vacciner les populations contre cette maladie. Le poliovirus sauvage de type 2 avait déjà été éradiqué partout dans le monde ; seul le virus de type 2 dérivé de vaccins continuait à circuler. Si les pays ne passaient pas au VPI, leurs populations pourraient se retrouver exposées à la poliomyélite paralytique associée au vaccin. Il a annoncé qu'une décision concernant la date du passage au VPI serait prise durant la réunion du SAGE en octobre.

72. La Directrice a remercié les États Membres pour leur attachement à l'existence de programmes de vaccination nationaux forts, soulignant que les progrès réalisés jusqu'ici devaient être maintenus. Assurer l'équité des programmes de vaccination ainsi qu'une couverture complète représentait un défi et, pour en venir à bout, les États Membres devraient renforcer la surveillance au niveau infranational et maintenir, à ce même niveau, la compétence du personnel de santé en matière de vaccination. Il était également essentiel de collaborer avec les collectivités pour les sensibiliser à la nécessité de la vaccination et faciliter l'accès aux programmes de vaccination. Elle a noté que le Bureau avait entrepris de renforcer la capacité du Fonds renouvelable, reconnaissant la nécessité croissante de tenir des négociations à un niveau plus élevé pour répondre aux exigences des États Membres. Elle a exhorté les pays à effectuer en temps utile leurs versements au Fonds renouvelable.

73. Après l'incorporation de plusieurs amendements proposés au cours de la discussion, le Conseil directeur a adopté la résolution CD54.R8, qui approuve le plan d'action. On a convenu de former un groupe de travail pour examiner les suggestions formulées par l'Argentine.

Stratégie et plan d'action relatifs à la démence chez les personnes âgées (document CD54/8, Rév. 1)

74. Le Dr María Esther Anchía (représentante du Comité exécutif) a indiqué que le Comité exécutif avait examiné une version antérieure du projet de stratégie et de plan d'action relatifs à la démence chez les personnes âgées, dont la portée incluait aussi d'autres affections incapacitantes. Bien que les délégués aient généralement exprimé leur appui à la proposition, plusieurs avaient jugé sa portée trop vaste, suggérant de limiter celle-ci à la démence. Les délégués étaient d'accord que la stratégie et le plan d'action devaient avoir pour but d'améliorer la vie des patients et des soignants ; ils ont souligné la nécessité d'une approche multidimensionnelle et interdisciplinaire. Un groupe de travail avait été formé pour réviser le document et la résolution. Après un débat prolongé, le Comité exécutif avait convenu de reporter toute intervention sur la stratégie et le plan

d'action jusqu'au Conseil directeur, demandant que le Bureau révise le document et le projet de résolution pour refléter les changements suggérés par les États Membres. On avait envoyé la version révisée aux États Membres pour consultation et incorporé ensuite dans le document les commentaires reçus.

75. Le Conseil directeur a salué la stratégie et le plan d'action, de nombreux délégués affirmant que la transition démographique vécue par la Région avait des conséquences sérieuses, non seulement pour les patients atteints de démence, leur famille et leurs soignants, mais pour les systèmes sanitaires et la société dans son ensemble. Les délégués ont salué l'approche diversifiée adoptée par la stratégie et le plan d'action, notant que le fait de s'attaquer au problème de santé publique que représentait la démence impliquerait notamment la formulation de politiques, de lois et de règlements, un appui aux systèmes de santé mentale, une coopération avec les collectivités, les gouvernements, les organisations non gouvernementales et les organisations internationales, une formation pour les professionnels de la santé et les soignants, l'apport de la recherche et une capacité de surveillance accrue. Certains délégués ont noté que le plan concordait avec leurs politiques et programmes nationaux en matière de santé mentale et ont décrit les progrès accomplis par leur pays dans le domaine de la santé mentale, et de la démence en particulier. Plusieurs délégués ont demandé au Bureau d'accroître ses activités de coopération technique et son soutien financier à la mise en œuvre du plan.

76. Les délégués ont fait observer que la démence était un problème mondial de santé mentale et qu'elle imposait un lourd fardeau sur les systèmes sanitaires, en raison des soins à long terme qu'elle impliquait. On a fait remarquer que la démence pouvait toucher des couches de la population autres que les personnes âgées ; plusieurs délégués ont par conséquent suggéré d'ajouter le terme « détérioration cognitive » au titre de la stratégie et du plan d'action.

77. On a reconnu que la démence représentait aussi un lourd fardeau pour les soignants, souvent des femmes seules et des chefs de famille recevant peu d'aide extérieure. Plusieurs délégués ont préconisé une approche sociosanitaire visant à garantir des soins intersectoriels et complets assurés par le système de soins primaires et par des centres de santé communautaires, des hôpitaux de jour, des centres de jour pour adultes et d'autres mécanismes visant à réduire la dépendance et à éviter d'avoir à institutionnaliser les malades atteints de démence. Les délégués ont également insisté sur la nécessité de combattre le caractère de maladie honteuse attribué à la démence par le moyen d'une sensibilisation accrue du public.

78. La question des soins aux personnes atteintes de démence revenait souvent dans la discussion. On a noté la nécessité de soins dévoués et compatissants, de même que d'interventions pharmaceutiques. Un délégué a fait remarquer que malgré l'importance des soins de longue durée, des soins de courte et moyenne durée étaient aussi nécessaires. Plusieurs délégués ont insisté sur la nécessité de former le personnel des soins de santé et les travailleurs sociaux pour qu'ils puissent détecter tôt la détérioration cognitive et la maladie d'Alzheimer, et d'offrir une formation aux aidants naturels pour améliorer la qualité des soins aux personnes âgées. On a également fait ressortir l'importance des

approches fondées sur les droits et sensibles aux questions de genre. Les délégués ont aussi noté que les soins devaient être culturellement appropriés.

79. De nombreux intervenants ont souligné la nécessité d'une approche préventive de la démence. Plusieurs ont préconisé de mettre davantage l'accent sur la dépression, puisqu'il s'agissait du plus important problème de santé mentale chez les personnes âgées et d'un précurseur de la démence. Un délégué a dit qu'à son avis, le plan d'action devrait aborder non seulement la dépression et d'autres problèmes de santé mentale, mais aussi les troubles neurologiques tels que la maladie de Parkinson. Une déléguée a mentionné qu'il fallait stimuler les personnes âgées et les garder actives sur le plan mental et sur d'autres plans. D'autres délégués ont encouragé la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles, de l'obésité et des déterminants comportementaux tels que l'usage du tabac. Une déléguée a toutefois noté que, malgré l'importance de la promotion de la santé et de la prévention des maladies, les interventions sanitaires ne prévenaient pas forcément l'apparition de la démence plus tard au cours de la vie, et s'est prononcée en faveur de recherches plus approfondies à ce sujet. D'autres délégués ont souligné qu'il faudrait une meilleure surveillance et de meilleures informations sur les expériences réussies dans le domaine de la démence.

80. Le financement destiné à la mise en œuvre du plan d'action était également un sujet de préoccupation. Plusieurs délégués ont fait observer que leurs pays auraient besoin d'une aide financière pour couvrir les coûts associés. D'autres ont mentionné l'importance de chercher des donateurs pour combler les déficits budgétaires. Un délégué a recommandé le recours au financement partagé, liant les efforts consentis dans le domaine de la démence aux programmes relatifs aux maladies non transmissibles.

81. Un représentant de l'organisme Alzheimer's Disease International a applaudi le plan d'action ; il a relevé que celui-ci mettait l'accent sur la nécessité de prévenir la dépendance et de fournir des soins de longue durée pour les malades atteints de démence en élaborant des stratégies permettant aux systèmes sanitaires de s'adapter aux nouvelles réalités démographiques et épidémiologiques. Il a salué le leadership démontré par l'OPS à ce sujet, affirmant que l'Organisation avait établi une norme d'excellence au niveau mondial pour les acteurs de la santé publique et appuierait les efforts visant à inclure la démence à l'ordre du jour de l'OMS pour 2016.

82. Le Dr Cuauhtémoc Ruiz Matus (directeur par intérim du Département de la famille, du genre et du parcours de vie du BSP), saluant la volonté des États Membres de se pencher sur la question de la démence, a noté que l'on s'attendait à voir le nombre de cas doubler dans la Région au cours des 20 prochaines années, une situation qui représenterait un défi majeur non seulement pour les personnes touchées, leurs soignants et leur famille, mais aussi pour leur collectivité et pour les services de santé. Il était d'accord quant à l'importance d'une approche intégrée tenant compte des déterminants sociaux tels que le genre et l'origine ethnique. Collaborer avec des partenaires non gouvernementaux tels qu'Alzheimer's Disease International serait également important.

83. Après l'incorporation de différents amendements reflétant des points soulevés au cours de la discussion, le Conseil directeur a adopté la résolution CD54.R11, qui approuve la stratégie et le plan d'action.

Stratégie et plan d'action visant au renforcement du système de santé pour combattre la violence à l'égard des femmes (document CD54/9, Rév. 2)

84. Le Dr Antonio Barrios Fernández (représentant du Comité exécutif) a indiqué que le Comité avait salué la stratégie et le plan d'action, notant que la violence à l'égard des femmes était un problème grave et mondial de santé publique et de droits de l'homme qui exigeait une approche multisectorielle et globale, de même que des interventions de prévention, d'éducation et de communication visant à changer les normes sociales et culturelles qui contribuaient à la persistance de la violence contre les femmes. De l'avis général, il existait une pénurie de données à jour et il fallait mener des études plus approfondies pour produire des informations qui serviraient à concevoir et à valider des interventions visant à prévenir différents types de violence. Les délégués avaient noté la capacité limitée du secteur sanitaire à identifier les victimes, soulignant la nécessité d'offrir une formation à ce sujet au personnel de santé. Les délégués avaient aussi souligné l'importance de signaler la violence fondée sur le sexe, de garantir la protection des personnes qui signalaient celle-ci et de fournir aux victimes un accès à la justice. Le Comité avait adopté la résolution CE156.R6, recommandant que le Conseil directeur approuve la stratégie et le plan d'action.

85. Le Conseil directeur s'est félicité de cette stratégie et de ce plan d'action, reconnaissant que la violence à l'égard des femmes était un problème grave et mondial de santé publique et de droits de l'homme lourd de conséquences. Les délégués ont reconnu la nature complexe et multidimensionnelle du problème, affirmant que sa solution exigerait une approche multisectorielle intégrée impliquant le secteur de la santé, de l'éducation, du travail, de l'application des lois ainsi que d'autres secteurs. Soulignant l'importance de la stratégie et du plan d'action pour la coordination des efforts consentis au niveau national et régional par le moyen d'une approche globale, ils ont noté que la mise en œuvre du plan exigerait un engagement de nature politique de la part des États Membres.

86. Plusieurs intervenants ont mentionné la nécessité de disposer de politiques abordant la question plus vaste de la violence de tout type dans la Région, y compris la violence entre hommes. On a toutefois fait remarquer que des raisons impérieuses justifiaient de s'attarder plus spécifiquement à la violence à l'égard des femmes, dont le caractère invisible de celle-ci dans les statistiques nationales et internationales, son acceptabilité sociale, la façon dont elle contribuait à la mortalité maternelle, les obstacles économiques et sociaux empêchant la victime de demander des soins (y compris la honte et la réprobation sociale), la faiblesse des sanctions juridiques et la capacité limitée des systèmes sanitaires d'identifier les survivantes et de leur venir en aide. Dans le domaine des soins aux survivantes, une déléguée a demandé un changement aux termes employés pour aborder l'avortement – plus précisément, l'ajout des mots « lorsque la législation nationale l'autorise » – pour refléter la formulation acceptée au niveau international,

empruntée aux conclusions concertées adoptées par la cinquante-huitième session de la Commission de la condition de la femme des Nations Unies. Elle a également demandé que l'on fasse référence au Programme de développement durable à l'horizon 2030 et a précisé que, même si les droits de l'homme étaient le principe directeur du guide clinique de l'OMS intitulé *Health Care for Women Subjected to Intimate Partner Violence or Sexual Violence* (Soins de santé pour les femmes victimes de violence conjugale ou sexuelle), certains des points énumérés dans le guide, bien que représentant des domaines importants en matière de politiques auxquels les gouvernements devraient s'attarder, n'étaient pas en soi des droits de l'homme.

87. Les délégués ont décrit les progrès réalisés par leurs pays pour ce qui est de combattre la violence à l'égard des femmes, notant la nature intersectorielle des efforts consentis. Ceux-ci comprenaient notamment des politiques et des lois concernant la violence fondée sur le sexe, la collecte et la communication de données sur la violence à l'égard des femmes, des lois visant à protéger les enfants, des tribunaux spéciaux pour les questions relatives aux femmes et des institutions visant à promouvoir un traitement égal pour les femmes devant la loi. Toutefois, malgré les progrès accomplis, plusieurs délégués ont attiré l'attention sur le manque de capacité financière ou technique (ou les deux) dans leurs pays et ont demandé l'aide du Bureau et des autres États Membres afin de mettre en œuvre la stratégie et le plan d'action.

88. Les délégués ont également commenté les répercussions socioéconomiques et sur la santé publique de la violence à l'égard des femmes, dont les grossesses non désirées, les avortements, les infections sexuellement transmissibles (y compris le VIH), la perte de productivité, les blessures, le suicide et la mort. Certains délégués ont fait remarquer les taux élevés de violence conjugale, surtout chez les populations indigènes, notant que celle-ci était invisible dans les statistiques nationales en raison du manque de communication des données et de la tendance chez les victimes à protéger leur agresseur. D'autres types de violence à l'égard des femmes mentionnés par les délégués étaient le harcèlement sexuel, les mariages précoces forcés, les mutilations génitales féminines, les sévices sexuels envers les enfants, le trafic de personnes et l'esclavage sexuel. Plusieurs délégués ont noté que les femmes autochtones, handicapées ou vulnérables pour d'autres raisons étaient plus susceptibles de subir des violences, surtout durant les conflits armés et les catastrophes naturelles. Les délégués ont aussi fait ressortir des facteurs qui perpétuaient la violence à l'égard des femmes : en particulier, des normes culturelles qui encourageaient la société à refuser de voir ce type de violence, le manque de signalement et la faiblesse des lois et de leur application.

89. On s'accordait à reconnaître qu'il fallait renforcer les systèmes sanitaires pour combattre la violence à l'égard des femmes, y compris par le moyen d'une formation appropriée du personnel de santé. Une déléguée a attiré l'attention sur la discrimination institutionnelle systématique – surtout en matière de soins obstétricaux – qui régnait dans son pays, invitant les femmes à s'informer de leurs droits. On a également mentionné l'importance d'un soutien politique et financier servant à créer des forums pour l'élaboration de politiques relatives à la prévention de la violence, dans une perspective

de santé publique. On a souligné l'importance de disposer de mécanismes efficaces d'évaluation du risque, dont le dépistage de la violence dans les services de santé.

90. Les délégués ont également convenu que la collecte d'informations représentait un défi et ont souligné la nécessité d'accroître la visibilité de la violence dans les statistiques nationales et de cerner les raisons du manque de signalement des cas et d'application des lois. Plusieurs délégués ont mis l'accent sur la nécessité de consentir des efforts de communication pour sensibiliser la population à l'importance de signaler la violence et pour aider à changer les attitudes de la société. On considérait que l'éducation jouait un rôle essentiel pour ce qui est d'apporter des changements sur le plan des attitudes et des coutumes. On a aussi souligné l'importance de faire participer les hommes et les garçons aux efforts visant à changer les attitudes et à mettre un frein à la violence contre les femmes.

91. Vu le consensus existant quant à l'importance et à l'urgence du problème de la violence à l'égard des femmes, un délégué a suggéré que le Conseil directeur envisage de demander que le premier rapport d'avancement sur la mise en œuvre de la stratégie et du plan d'action soit présenté dans un délai plus court que cinq ans, afin que tout changement de cap requis puisse être apporté promptement.

92. Le Dr Cuauhtémoc Ruiz Matus (directeur par intérim du Département de la famille, du genre et du parcours de vie du BSP) a rappelé que la stratégie et le plan d'action avaient été conçus à l'occasion d'un événement parallèle tenu durant le 53^e Conseil directeur en 2014. La proposition qui en avait découlé était le produit de consultations réalisées auprès de plus de 100 personnes représentant des États Membres, des instituts de recherche et des organisations non gouvernementales qui avaient travaillé sur une grande échelle avec le BSP. La stratégie et le plan reconnaissaient clairement qu'il était possible de prévenir la violence à l'égard des femmes et ses conséquences ; toutefois, ils reconnaissaient aussi que cette prévention exigeait une approche multisectorielle et intégrée.

93. Après l'incorporation de différents amendements proposés par les délégués, le Conseil directeur a adopté la résolution CD54.R12, qui approuve la stratégie et le plan d'action. Le document a aussi été révisé pour refléter les changements suggérés.

Plan d'action sur la santé des travailleurs (document CD54/10, Rév. 1)

94. Le Dr Antonio Barrios Fernández (représentant du Comité exécutif) a indiqué que le Comité avait examiné une version antérieure du projet de plan d'action sur la santé des travailleurs, qui était une mise à jour du Plan d'action régional sur la santé des travailleurs adopté en 1991. Les délégués avaient exprimé leur gratitude pour les mesures pratiques contenues dans le plan, ainsi que pour les indicateurs servant à mesurer les progrès accomplis dans l'amélioration de la santé des travailleurs et pour l'accent mis sur le renforcement de la capacité et sur la prévention des risques professionnels. Toutefois, ils avaient aussi cerné plusieurs domaines du plan qui devaient être renforcés, dont une partie du libellé du document relativement au droit à la santé, qu'ils voulaient voir

modifié pour refléter le libellé de la Constitution de l'OMS. On avait aussi suggéré de définir clairement certains termes pour faciliter la mesure des indicateurs et le suivi des progrès accomplis. On avait formé un groupe de travail pour réviser le document et le Comité exécutif avait adopté CE156.R3 par la suite, recommandant que le Conseil directeur approuve le plan d'action.

95. Le Conseil directeur a salué le plan d'action et applaudi la concordance entre celui-ci et le plan mondial de l'OMS. Les délégués se sont félicités de la nature exhaustive et intersectorielle du plan ainsi que de son adhésion aux principes de la santé dans toutes les politiques et de l'accès universel à la santé. Plusieurs ont noté, cependant, qu'il faudrait adapter les axes stratégiques d'intervention à la situation de chaque État Membre. L'idée selon laquelle la santé des travailleurs était un problème prioritaire de santé publique qui avait aussi d'importantes conséquences sociales et économiques faisait l'unanimité.

96. Les délégués ont décrit les progrès réalisés par leurs pays respectifs quant à la promotion de la santé des travailleurs ; un grand nombre d'entre eux ont indiqué que la santé professionnelle faisait partie de leurs plans et programmes de santé nationaux. Faisant observer que l'emploi et le travail étaient des déterminants sociaux de la santé, ils ont souligné l'importance des milieux de travail sains pour aider à réduire les profondes inégalités en matière de santé dans leurs sociétés, faisant ressortir la nécessité d'évaluer les risques et de prévenir les maladies professionnelles. Une déléguée a fait valoir que les dirigeants d'entreprises devaient jouer un rôle de chef de file à ce sujet. Une autre déléguée a préconisé la formulation de règles relatives à la promotion de la santé, à la prévention des maladies et à la surveillance de la santé des travailleurs, ainsi que le renforcement des règles existantes, conformément aux axes stratégiques du plan. Plusieurs délégués ont souligné l'importance de la participation des travailleurs à la planification, à l'exécution et à l'évaluation des plans et des programmes relatifs à la santé des travailleurs.

97. On a mentionné la nécessité de prendre des mesures concernant les activités à haut risque en limitant l'exposition des travailleurs aux substances dangereuses. On a noté que certains métiers, tels que l'agriculture et l'exploitation minière, entraînaient une exposition élevée à des produits chimiques dangereux, dont le mercure et les pesticides, et étaient associés à l'apparition de maladies professionnelles. Un délégué a laissé entendre que les taux élevés de suicide parmi les travailleurs agricoles pourraient être associés à une exposition aux herbicides. Le même délégué a attiré l'attention sur la nécessité de sensibiliser l'industrie minière aux risques professionnels, y compris les maladies respiratoires chroniques, les effondrements dans les mines et les noyades. Il a également noté que les personnes qui récoltaient du bois dans les forêts humides vierges présentaient une incidence élevée de paludisme, une maladie que son pays classait parmi les maladies professionnelles. Plusieurs délégués ont commenté l'importance de répondre aux besoins des travailleurs du secteur informel, puisqu'un grand nombre d'entre eux étaient fortement exposés aux risques professionnels. Les délégués ont préconisé un meilleur accès aux services de santé pour les travailleurs, dont des services de santé mentale. On a insisté sur la nécessité de traiter promptement les travailleurs blessés.

98. Les délégués estimaient d'un commun accord qu'il fallait prévenir les accidents sur le milieu de travail, notamment par des améliorations aux installations, la gestion des déchets dangereux, l'interdiction de l'importation de déchets destinés à servir de matières premières et le remplacement de substances dangereuses telles que l'amiante, les pesticides et le mercure par des produits sûrs. On a encouragé le Bureau et les autres partenaires internationaux à continuer à plaider pour les droits des travailleurs et l'amélioration des conditions de travail en vue de promouvoir la santé des travailleurs. On a souligné la valeur du rôle joué par le Bureau pour ce qui est d'offrir des évaluations et des conseils externes et impartiaux. Un délégué, tout en exprimant sa gratitude pour la façon dont le plan utilisait le milieu de travail comme point de vue pour examiner les maladies non transmissibles, a souligné la nécessité de faire comprendre aux employeurs que le fait de promouvoir la santé, par des initiatives telles que les milieux de travail sans fumée et les concours visant à encourager l'activité physique, présentait des avantages sur le plan financier. Les délégués ont attiré l'attention sur la nécessité d'avoir en place des lois sur la santé des travailleurs afin de créer des milieux de travail sûrs. On considérait en outre comme important de disposer de mécanismes d'agrément en matière de sécurité du travail.

99. Le Conseil a convenu qu'il fallait renforcer les systèmes sanitaires grâce à une évaluation des risques, à la surveillance des maladies et des blessures professionnelles, à la formation du personnel chargé de la santé au travail, à l'amélioration de la capacité diagnostique, à la recherche, à l'amélioration des systèmes d'information sanitaire et à la promotion de la santé et du bien-être par le moyen de styles de vie sains. On a également noté la nécessité de renforcer les institutions gouvernementales. Un délégué a instamment prié l'OPS d'engager des ressources destinées à évaluer les lacunes présentes dans ce domaine au sein des États Membres et à élaborer des outils conçus pour les aider à formuler des politiques portant sur la santé des travailleurs ainsi qu'à surveiller les cadres existants.

100. Le Dr Luiz Augusto Galvão (chef du Programme spécial sur le développement durable et l'équité en santé du BSP) a déclaré que le Bureau avait mené des consultations approfondies avec les États Membres après la session du Comité exécutif tenue en juin afin de produire le document final ; on s'attendait à ce que celui-ci serve d'inspiration pour de nombreuses activités de coopération technique. Il a reconnu qu'une approche intersectorielle était essentielle et a affirmé que le Bureau avait pour tradition de collaborer avec les autres organisations du système des Nations Unies, telles que l'Organisation internationale du Travail (OIT), ainsi qu'avec l'Organisation des États Américains et d'autres entités. Il a ajouté que les Objectifs de développement durable, récemment adoptés, donneraient une impulsion supplémentaire à la mise en œuvre du plan.

101. La Directrice a remercié les États Membres de reconnaître l'importance de cette question et d'affirmer la nécessité du plan d'action.

102. Le Conseil directeur a adopté la résolution CD54.R6, qui approuve le plan d'action, étant entendu que l'on réviserait le document pour tenir compte des commentaires et des suggestions formulés au cours de la discussion.

Plan d'action pour la prévention et le contrôle de la tuberculose (document CD54/11, Rév. 1)

103. Le Dr Antonio Barrios Fernández (représentant du Comité exécutif) a indiqué que le Comité exécutif avait discuté d'une version antérieure du projet de plan d'action pour la prévention et le contrôle de la tuberculose, qui visait à accélérer la réduction de l'incidence de la tuberculose et de la mortalité due à celle-ci et à atteindre l'objectif en matière de réduction figurant au Plan stratégique 2014-2019 de l'OPS et les cibles fixées dans le Plan mondial Halte à la tuberculose 2006-2015, ainsi que les nouvelles cibles pour l'après-2015 relatives à la prévention, aux soins et à la lutte concernant la tuberculose selon la Stratégie Halte à la tuberculose de l'OMS.

104. Le Comité avait applaudi la concordance de ce plan avec le plan et la stratégie mondiaux et exprimé son appui à ses objectifs, à ses cibles ambitieuses et à ses stratégies, ainsi qu'à l'accent mis sur la nécessité d'atteindre les populations vulnérables et de faire participer d'autres secteurs aux efforts visant à combattre la tuberculose. De nombreux délégués avaient fait ressortir la nécessité d'un diagnostic et d'un traitement précoces, d'un accès universel au traitement, d'un engagement politique, de mesures intersectorielles et multidisciplinaires et de la formation du personnel de santé. On avait noté la nécessité d'études plus approfondies sur les comorbidités associées à la tuberculose ainsi que de la recherche et du développement visant à élaborer de nouveaux traitements ; on avait également insisté sur l'importance d'assurer un accès universel aux médicaments de première ligne. Le Comité avait adopté la résolution CE156.R2, recommandant que le Conseil directeur approuve le plan d'action.

105. Le Conseil directeur a exprimé un appui sans équivoque au plan d'action, de nombreux délégués notant que celui-ci concordait entièrement avec leurs propres plans et programmes nationaux. Les délégués avaient le sentiment que ce plan mettrait à profit les succès remportés au cours de la décennie précédente et permettrait à la Région d'atteindre les cibles régionales et mondiales relatives à la prévention et au contrôle de la tuberculose. On était d'avis que les axes stratégiques d'intervention comprenaient tous les éléments requis pour atteindre les buts et les objectifs du plan. On a salué le fait que le plan mettait l'accent sur une approche fondée sur les systèmes et accordait une importance primordiale aux populations à risque et à l'incorporation de la prévention, des soins et du traitement concernant la tuberculose dans des politiques et des approches de développement social. On a apporté plusieurs changements au libellé du texte afin de clarifier et de renforcer certains aspects du document et du projet de résolution.

106. À l'instar du Comité exécutif, le Conseil directeur a fait ressortir l'association entre la tuberculose et les déterminants sociaux, économiques et environnementaux, et a insisté sur la nécessité d'adopter des approches multisectorielles intégrées. Le fait d'assurer un accès universel et abordable à une prévention, un diagnostic et un traitement

efficaces était considéré comme essentiel au succès des efforts visant à mettre un terme à la tuberculose dans la Région. On considérait comme particulièrement important que les populations très vulnérables, dont les communautés pauvres, indigènes et incarcérées, ainsi que les personnes atteintes du VIH, bénéficient de cet accès. Le Conseil a aussi noté la nécessité de la recherche et du développement pour rendre accessibles de nouvelles options en matière de traitement. Un délégué a insisté sur la nécessité de disposer d'un modèle de recherche et développement qui dissocie le coût de la recherche du coût des produits pharmaceutiques. On a souligné l'importance de faire un usage rationnel des nouveaux médicaments afin d'éviter toute augmentation de la pharmacorésistance.

107. Plusieurs délégués ont fait observer que, bien que la Région ait fait de bons progrès quant à la prévention et au contrôle de la tuberculose, des défis importants subsistaient, y compris la transmission persistante de la tuberculose multirésistante et fortement résistante ainsi qu'une comorbidité VIH-tuberculose élevée. On a aussi noté l'incidence accrue de la comorbidité avec des maladies non transmissibles telles que le diabète. Un délégué a fait observer que les pays où l'incidence de la tuberculose était faible devraient employer des approches innovatrices et des stratégies multidisciplinaires plus vigoureuses pour réduire davantage celle-ci. On a souligné qu'il était nécessaire de disposer de systèmes de surveillance et de laboratoire robustes, d'outils diagnostiques améliorés et de plans de traitement plus courts et plus efficaces, et qu'il était important de suivre les patients jusqu'à leur guérison. Plusieurs délégués ont attiré l'attention sur la nécessité de faire participer les familles, les collectivités et la société civile aux efforts visant à prévenir la tuberculose, à assurer un diagnostic et un traitement rapides des cas éventuels et à assurer une prise en charge efficace des comorbidités. On considérait aussi comme essentiel un engagement politique ferme concernant les activités de prévention et de contrôle de cette maladie.

108. Le Dr Marcos Espinal (directeur du Département des maladies transmissibles et de l'analyse de la santé du BSP) a fait observer que l'obstacle principal à l'élimination de la tuberculose en Amérique était la persistance d'inégalités qui rendaient certaines populations très vulnérables à la maladie. Les pays d'Amérique avaient joué un rôle de pionniers pour ce qui est de préconiser des approches fondées sur les déterminants sociaux ainsi que la participation des collectivités et de la société civile aux activités de prévention et de contrôle. Par conséquent, on reconnaissait de plus en plus – heureusement – que la tuberculose était un problème social et lié à la pauvreté, et pas seulement un problème médical. La Région avait également joué un rôle de pionner quant à la recherche portant sur de nouveaux vaccins, de nouveaux médicaments et de nouveaux outils diagnostiques. Les États Membres avaient déjà fait des progrès importants quant à la réduction de l'incidence de la tuberculose ; il s'est dit persuadé que l'élimination de cette maladie était à la portée de la Région.

109. Le Conseil directeur a adopté la résolution CD54.R10, qui approuve le plan d'action.

Plan d'action sur la résistance aux antimicrobiens (document CD54/12, Rév. 1)

110. Le Dr Antonio Barrios Fernández (représentant du Comité exécutif) a rappelé que le projet de plan d'action sur la résistance aux antimicrobiens avait été préparé à la demande des États Membres et concordait avec le plan d'action mondial de l'OMS sur la résistance aux antimicrobiens. Le Comité exécutif avait salué le projet de plan d'action, qui visait à guider l'élaboration de politiques et de plans nationaux et à servir de feuille de route pour des interventions précises et mesurables. Faisant observer que la résistance aux antimicrobiens représentait une menace croissante à l'échelle mondiale, dont les conséquences dépassaient de beaucoup le secteur sanitaire, les délégués avaient noté la nécessité d'efforts multisectoriels et d'une approche globale pour s'attaquer au problème. Ils avaient fait ressortir l'importance d'aborder l'usage des antibiotiques pour la santé humaine et animale selon le principe « Un monde, une santé ». On avait demandé certains changements à la formulation du document, ainsi qu'un affinement de plusieurs indicateurs. Le Comité avait adopté la résolution CE156.R4, recommandant que le Conseil directeur approuve le plan d'action.

111. Le Conseil directeur a applaudi la concordance du plan avec la résolution et le projet de plan d'action mondial adoptés lors de la Soixante-huitième Assemblée mondiale de la Santé. On convenait que la résistance aux antimicrobiens, causée par l'usage excessif, insuffisant et incorrect des antibiotiques dans les soins de santé et dans l'agriculture, représentait une grave menace pour la santé publique mondiale, aux conséquences sérieuses pour la santé humaine et vétérinaire, la sécurité des aliments, le commerce et l'environnement. On a noté également que la résistance aux antimicrobiens concernant les médicaments courants retardait le processus de guérison des individus, accroissait la morbidité et le nombre de décès et augmentait la possibilité que des maladies infectieuses se propagent chez les populations de la Région ; les gouvernements devraient alors dépenser davantage pour se procurer des médicaments et des traitements nouveaux et peut-être plus chers, ce qui imposerait un lourd fardeau sur les budgets nationaux.

112. Les délégués ont convenu que si on ne la combattait pas, la résistance aux antimicrobiens pourrait nuire aux avancées réalisées en matière de santé publique. Ils ont décrit les stratégies nationales de leurs pays respectifs visant à combattre ce phénomène, dont des politiques relatives à la prescription et à l'usage des antibiotiques, l'examen des schémas de résistance, la surveillance, la prévention et le contrôle des infections liées aux soins de santé, le suivi de la résistance aux antirétroviraux, de la tuberculose multirésistante et du paludisme pharmacorésistant, la promotion de l'usage rationnel des médicaments grâce à la formation professionnelle et à des campagnes de sensibilisation du public, ainsi que les efforts visant à lutter contre la contrefaçon des médicaments. On a mis l'accent sur le continuum entre santé humaine et santé animale. Les délégués ont souscrit au principe « Un monde, une santé » ; ils ont préconisé de mieux informer le personnel médical et vétérinaire sur l'usage rationnel des antibiotiques et d'adopter des règles sur l'usage des antibiotiques dans l'agriculture et dans l'industrie alimentaire.

113. On a souligné qu'une collaboration internationale était nécessaire pour combattre le fléau que représente la résistance aux antimicrobiens. Plusieurs délégués ont fait référence aux organisations régionales qui travaillent dans ce domaine, dont l'Institut interaméricain de coopération pour l'agriculture. Un délégué a demandé aux États Membres d'unir leurs forces et de diffuser, par l'intermédiaire du Bureau, des informations sur les stratégies efficaces servant à contenir la résistance aux antimicrobiens. Un autre délégué a noté que la tenue d'une réunion portant sur la résistance aux antimicrobiens durant l'Assemblée générale des Nations Unies en 2016 représenterait une occasion unique d'élever la prise de conscience de la résistance aux antimicrobiens jusqu'au plus haut niveau politique et a demandé aux États Membres d'appuyer les efforts visant à obtenir une déclaration de la part des Nations Unies sur la résistance aux antimicrobiens.

114. Un représentant de la Fédération internationale des associations d'étudiants en médecine a demandé aux États Membres de monter une opération coordonnée pour combattre la résistance aux antimicrobiens ainsi que pour identifier et réglementer les plateformes non autorisées de vente d'antimicrobiens, sur Internet ou par l'intermédiaire de distributeurs non autorisés.

115. Le Dr Marcos Espinal (directeur du Département des maladies transmissibles et de l'analyse de la santé du BSP) a fait observer que d'après les interventions entendues, les États Membres avaient manifestement à cœur de s'attaquer à la question de la résistance aux antimicrobiens. Un grand nombre d'États Membres disposaient de politiques régissant la prescription des antimicrobiens : la clé était de mettre celles-ci en pratique. La résistance aux antimicrobiens constituait un domaine sous-financé, négligé depuis des années ; le Bureau espérait que l'on accroîtrait le financement local et national pour s'attaquer au problème par le moyen d'une approche multisectorielle.

116. Le Bureau était prêt à offrir une coopération technique pour appuyer les efforts consentis par les pays. La Directrice avait fait de cette question une priorité absolue et avait récemment créé, comme complément au groupe consultatif technique, un groupe de travail à l'échelle de l'Organisation pour assurer la coordination avec les départements tels que le Département des systèmes et services de santé. De plus, on avait demandé à la Directrice de participer au comité directeur mondial sur la résistance aux antimicrobiens. En outre, le BSP collaborait étroitement avec l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO) et avec l'Organisation mondiale de la santé animale (OIE) dans le domaine des maladies d'origine alimentaire, de la santé animale et de l'usage des antibiotiques chez les animaux.

117. La Directrice a remercié les États Membres de reconnaître que la résistance aux antimicrobiens représentait une priorité urgente de santé publique et d'être déterminés à s'attaquer au problème, faisant en sorte, par ce moyen, que les antimicrobiens actuels demeurent efficaces. Pour que cet effort soit couronné de succès, il faudrait non seulement une approche multisectorielle, des investissements, ainsi que des règles plus vigoureuses et une application plus stricte de celles-ci, mais aussi des activités de sensibilisation. On devait faire prendre conscience à la population de la situation actuelle

et des risques associés. Le BSP prenait ce problème très au sérieux et pour s'y attaquer, il avait obtenu le soutien de la FAO, de l'OIE et de l'Institut interaméricain de coopération pour l'agriculture (IICA). La Directrice a encouragé les ministres de la Santé à assister à la Réunion interaméricaine, au niveau ministériel, sur la santé et l'agriculture (RIMSAs) de juillet 2016 au Paraguay, où les secteurs de la santé, de l'environnement et de l'agriculture se réuniraient pour discuter de l'approche appelée « Un monde, une santé » concernant les défis relatifs à la santé humaine et animale.

118. Après l'incorporation de plusieurs amendements proposés, le Conseil directeur a adopté la résolution CD54.R15, qui approuve le plan d'action sur la résistance aux antimicrobiens.

Plan d'action pour la prévention et le contrôle des hépatites virales (document CD54/13, Rév. 1)

119. Le Dr Antonio Barrios Fernández (représentant du Comité exécutif) a indiqué que le Comité exécutif avait examiné une version antérieure du projet de plan d'action pour la prévention et le contrôle des hépatites virales, qui visait à renverser la tendance actuelle d'ici 2020 et à éliminer les hépatites virales comme problème de santé publique d'ici 2030. Le Comité avait reconnu que les hépatites virales représentaient un sérieux défi de santé publique à l'échelle mondiale qui exigeait une approche globale et avait noté avec satisfaction que le plan concordait avec la résolution de l'Assemblée mondiale de la Santé 2014 à ce sujet (résolution WHA67.6). Les délégués avaient fait ressortir l'importance d'agir sur les déterminants de la santé et de répondre aux besoins des populations vulnérables, de réduire la réprobation sociale et la discrimination associées à ces maladies et de faciliter un accès égal au traitement. Bien qu'on ait noté la nécessité d'accroître la recherche et le développement visant à rendre accessibles des méthodes de diagnostic et de traitement plus abordables, les délégués avaient souligné que la prévention devrait constituer l'approche principale quant au contrôle des hépatites virales. Le Comité avait adopté la résolution CE156.R10, recommandant que le Conseil directeur approuve le plan d'action.

120. Le Conseil directeur a salué le plan d'action, lequel mettait l'accent sur l'hépatite B et C, étant donné leurs multiples effets négatifs potentiels. Reconnaissant que les hépatites virales constituaient un sérieux problème de santé publique, les délégués ont applaudi cette initiative, notant la concordance de ses axes stratégiques d'intervention avec ceux de leurs propres plans nationaux de lutte contre l'hépatite et avec le plan d'action de l'OMS pour la prévention, les soins et le traitement relatifs aux hépatites virales. Un délégué a dit qu'à son avis, le plan d'action proposait des pistes d'action concrètes pour réduire efficacement la morbidité, les handicaps et la mortalité associés à l'hépatite et pour aider la Région à éliminer un sérieux problème de santé publique. D'autres délégués ont noté que le plan encouragerait les relations avec et entre les pays sur l'élaboration et la mise en œuvre d'activités communes de prévention et créerait des partenariats servant à négocier des prix moins élevés pour les médicaments.

121. Les délégués ont décrit les efforts consentis par leurs systèmes sanitaires respectifs pour lutter contre les hépatites virales, dont la vaccination des nouveau-nés et des agents de santé, l'accès universel au vaccin contre l'hépatite B, le dépistage des donneurs de sang et l'usage de techniques de biologie moléculaire. Dans certains pays, le programme relatif à l'hépatite faisait partie du programme sanitaire global et était associé au programme de lutte contre l'infection au VIH. Un délégué a mentionné que les axes stratégiques d'intervention de son pays comprenaient des mesures qu'on ne retrouvait pas dans le plan régional, à savoir des mesures environnementales visant à assurer la présence d'une eau propre à la consommation humaine et à prévenir l'hépatite A et E.

122. Les délégués ont également fait état de nombreux défis, particulièrement l'accès aux vaccins et aux antiviraux, dont les prix élevés étaient perçus comme injustifiés et, dans le cas de l'hépatite C, faisaient obstacle à son utilisation par les groupes vulnérables. On s'entendait sur la nécessité de négociations communes pour faire baisser les prix. On a attiré l'attention sur la banque de prix de l'UNASUR, qui avait été créée en vue de partager des informations sur l'achat de médicaments et de fournir des prix de référence pouvant servir à négocier avec les laboratoires pharmaceutiques.

123. Les délégués ont convenu que l'on devait faire des hépatites virales une priorité et ont préconisé le renforcement des programmes nationaux. Ils ont noté l'importance, pour la prise de décision, de disposer de données actuelles et historiques sur le profil de l'hépatite. Parmi les autres besoins mentionnés, on retrouvait la formation du personnel de santé, l'assistance technique, la communication visant à sensibiliser les groupes exposés, ainsi que le soutien régional et international.

124. Le Dr Marcos Espinal (directeur du Département des maladies transmissibles et de l'analyse de la santé du BSP) a expliqué que, puisque le plan traitait principalement de l'hépatite B et C, la question de l'eau contaminée et son lien avec l'hépatite A et E n'avaient pas été mentionnés dans le document ; toutefois, le Bureau dirigeait un programme portant sur l'eau et l'assainissement à Lima (Pérou), ainsi qu'une équipe régionale d'ingénieurs sanitaires qui examinait cette question en vue d'améliorer l'accès à une eau et à un assainissement de qualité dans les Amériques. Quelque 20 millions de personnes en Amérique latine vivaient avec l'hépatite B et l'hépatite C de façon chronique, lesquelles étaient responsables de 89 % des décès dus à cette maladie. Manifestement, les hépatites virales représentaient un sérieux problème de santé publique dans la Région, et étaient par conséquent un domaine d'action prioritaire pour le Bureau.

125. Le Conseil directeur a adopté la résolution CD54.R7, qui approuve le plan d'action pour la prévention et le contrôle des hépatites virales.

Stratégie en matière de législation sur la santé (document CD54/14, Rév. 1)

126. Le Dr Antonio Barrios Fernández (représentant du Comité exécutif) a rappelé que le projet de stratégie en matière de législation sur la santé avait été initialement introduit en 2014, mais n'avait pas été adopté, parce que le Conseil directeur n'avait pu parvenir à

un consensus sur plusieurs aspects de la stratégie.³ Depuis lors, une série de consultations et de négociations avait eu lieu sous la direction de l'Uruguay et d'El Salvador. Le document présenté au Comité exécutif en juin reflétait les ententes conclues durant ce processus.

127. Le Comité avait considéré que le texte révisé était plus ferme, tenait compte des différences entre les divers contextes et besoins nationaux et offrait un plus grand degré de flexibilité. Toutefois, on avait fait ressortir que, s'il était vrai que de nombreux États Membres suivaient des approches fondées sur les droits dans leurs efforts visant à atteindre la couverture sanitaire universelle, la reconnaissance des droits en matière de santé et leur mise en œuvre n'en variaient pas moins selon les contextes nationaux. On avait proposé certains ajustements supplémentaires aux termes employés dans la stratégie afin de refléter ce fait et de faire concorder celle-ci avec les termes précédemment convenus de la Stratégie pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle et d'autres stratégies de l'OPS. La stratégie et le projet de résolution associé avaient été révisés en conséquence et le Comité exécutif avait adopté la résolution CE156.R11, recommandant que le Conseil directeur adopte cette stratégie.

128. Le Conseil directeur a salué la stratégie révisée et a remercié l'Uruguay et El Salvador d'avoir dirigé les consultations portant sur la stratégie. Les délégués estimaient que la stratégie révisée permettrait mieux au Bureau d'aider les pays – à leur demande – à améliorer leurs cadres juridiques et réglementaires et à renforcer leurs institutions nationales, ainsi que d'appuyer les efforts des pays visant à atteindre l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle. La stratégie pourrait aussi constituer un outil important pour faire progresser la mise en œuvre des engagements pris par les États Membres en vertu des résolutions des Organes directeurs de l'OPS et de l'OMS. Les délégués considéraient également que la stratégie révisée offrait la flexibilité requise pour permettre aux États Membres de l'adapter facilement à leurs contextes nationaux.

129. On a reconnu l'importance de renforcer les cadres juridiques relatifs à la promotion et à la protection de la santé, tout comme l'importance du rôle joué par l'OPS pour faciliter le partage de pratiques optimales dans ce domaine. À cet égard, on a suggéré qu'il serait utile de former, sous la coordination du bureau de la conseillère juridique du BSP, un réseau régional d'avocats, de conseillers en matière de législation, de chercheurs, d'universitaires et de représentants d'établissements de santé, qui pourraient échanger expériences et informations en vue de créer une base de données sur le droit de la santé. Le réseau pourrait aussi être utilisé comme source de conseils et comme aide au renforcement de la capacité et pourrait servir à promouvoir la recherche appliquée portant sur des questions particulières de santé.

³ La stratégie avait initialement été présentée au Comité exécutif en 2014 lors de sa 154^e session. Une version révisée a ensuite été présentée au 53^e Conseil directeur, mais n'a pas été approuvée. Le Conseil a décidé de former un groupe de travail, avec pour président l'Uruguay et pour vice-président El Salvador, afin de continuer à affiner la stratégie en vue de la soumettre à nouveau au Comité exécutif lors de sa 156^e session. Voir le document CD53/FR (2014).

130. On a proposé certaines modifications au libellé afin de clarifier ou d'élargir divers aspects de la stratégie. L'une des propositions concernait un passage du paragraphe 3 qui se lit comme suit : « ... plusieurs États Membres de l'OPS ont renforcé leurs systèmes de santé, dont la perspective du droit à la santé, en reconnaissant celui-ci sur le plan national et en promouvant le droit à la possession du meilleur état de santé possible. » On a fait valoir, toutefois, que ce passage avait déjà fait l'objet d'un vaste débat et qu'on était parvenu à un consensus quant à sa formulation.

131. Le délégué du Panama a noté que son gouvernement accueillerait le deuxième Congrès des comités parlementaires sur la santé des Amériques en 2016. Cet événement offrirait l'occasion de présenter les premiers progrès réalisés grâce à la stratégie.

132. Une représentante de l'*International Alliance of Patients' Organizations* (Alliance internationale des organisations de patients) a souligné l'importance de disposer de cadres juridiques robustes et de lois rigoureuses afin que tous les malades aient accès à des médicaments et à d'autres traitements sûrs, efficaces et appropriés. Elle a aussi souligné la nécessité de prendre en considération les opinions des malades et du grand public dans l'évaluation des nouvelles technologies de la santé et de les faire participer à l'élaboration de politiques et à la prise de décision relatives à la santé et aux systèmes sanitaires.

133. Le Dr Heidi Jiménez (conseillère juridique du BSP), après avoir rencontré les délégations qui avaient proposé des amendements à la stratégie, a annoncé qu'il avait été convenu de garder la formulation du passage du paragraphe 3 relatif au droit à la santé, laquelle reproduisait les termes négociés et convenus en 2014 au cours des discussions portant sur la Stratégie pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle.⁴ Deux changements mineurs au libellé avaient été apportés et le texte de la stratégie comme celui du projet de résolution faisaient maintenant l'unanimité. Elle a exprimé sa gratitude envers tous les représentants des États Membres qui avaient participé aux longues consultations portant sur la stratégie, ainsi qu'à l'Uruguay et à El Salvador, qui avaient dirigé le processus de consultation. Elle a salué la proposition de créer un réseau régional d'avocats et d'autres spécialistes, lequel mettrait à profit le travail amorcé durant le premier Congrès des comités parlementaires sur la santé, notant que c'était précisément là le type d'activité que la stratégie visait à encourager.

134. La Directrice a également remercié les États Membres d'avoir été disposés à faire des compromis afin d'en arriver à un consensus sur la stratégie.

135. Le Conseil directeur a adopté la résolution CD54.R9, adoptant ainsi la stratégie.

Le phénomène El Niño 2015-2016 dans la Région des Amériques (document CD54/22)

136. Le Dr Víctor Raúl Cuba Oré (Pérou), remerciant le Conseil directeur d'avoir accepté d'ajouter ce point à l'ordre du jour, a expliqué que le phénomène El Niño était l'un des événements climatiques les plus importants à toucher les pays de la Région,

⁴ Voir le document CD53/5, Rév. 2 (2014) et la résolution CD53.R14 (2014).

surtout ceux d'Amérique du Sud. À ce qu'il paraissait, El Niño en 2015-2016 serait particulièrement fort ; la préparation, la réponse et le rétablissement relatifs à ce phénomène constitueraient un défi majeur pour la Région, nécessitant des mesures visant à protéger les infrastructures et à assurer la continuité des services de santé à la population, en particulier durant la phase où l'impact du phénomène serait le plus grand.

137. Les mesures proposées dans le document CD54/22 et dans le projet de résolution associé s'appuieraient sur les mesures déjà prises par les gouvernements afin de renforcer leur capacité de prévention et de réponse et d'améliorer la résilience de leurs systèmes sanitaires. Le projet de résolution demandait à la Directrice de se servir du potentiel institutionnel de l'Organisation pour aider les États Membres à compiler des données probantes et à accroître leur capacité afin d'améliorer la préparation à El Niño et aux événements futurs qui pourraient représenter une menace à la santé dans la Région.

138. Le Dr Ciro Ugarte (directeur du Département de la préparation en cas d'urgence et des secours aux sinistrés du BSP) a affirmé que l'on s'attendait à ce que le phénomène El Niño ait des conséquences potentiellement catastrophiques en 2015-2016, en particulier sur l'infrastructure des soins de santé, et qu'une préparation intensive était donc nécessaire.

139. Lors de la discussion qui a suivi, plusieurs délégués, tout en saluant l'initiative du Pérou et reconnaissant la nécessité de se préparer pour El Niño 2015-2016, ont fait valoir que nombre des activités envisagées dans le document et dans le projet de résolution étaient déjà couvertes par des stratégies et des plans d'action existants. Les délégués considéraient aussi qu'ils avaient besoin de plus de temps pour faire circuler le document et la résolution parmi les spécialistes du domaine au sein de leurs gouvernements respectifs. On a suggéré qu'il pourrait être plus utile de rédiger un document et une résolution plus larges, qui couvriraient de tels phénomènes en général, et non seulement El Niño en 2015-2016. On a également fait valoir que la portée géographique du document devrait être plus vaste, puisqu'El Niño touchait l'Amérique du Nord aussi bien que l'Amérique du Sud.

140. La Directrice a confirmé que le Bureau était prêt à continuer d'aider les pays en temps de catastrophe, sans qu'une résolution particulière lui demandant de le faire ne soit requise. Comme on l'avait déjà relevé, plusieurs plans d'action étaient déjà en place et le Bureau collaborait déjà avec les pays de toutes les sous-régions en vue d'accroître leur capacité en matière de préparation, de réponse, d'atténuation et de réhabilitation relatives aux catastrophes. Elle a convenu qu'il pourrait être utile d'envisager une proposition visant à renforcer la réponse régionale au changement climatique et aux événements climatiques graves en général.

141. Le Conseil directeur a adopté la décision CD54(D6), prenant acte des conséquences potentiellement graves d'El Niño 2015-2016 sur la santé, priant instamment les États Membres de mettre à jour leurs plans visant à faire face à des événements hydro-météorologiques extrêmes tels qu'El Niño et demandant à la

Directrice de renforcer la coopération technique avec les États Membres en prévision d'El Niño 2015-2016.

Méthode régissant l'estimation de la mortalité maternelle sur la période 1990-2015 (document CD54/23)

142. M. Carlos Andrés Emanuele (Équateur), prenant la parole en tant que président du groupe de travail chargé de rédiger le document et le projet de résolution associé, a noté que les discussions du groupe de travail avaient fait ressortir à quel point il était complexe d'estimer la mortalité maternelle. Il a remercié les membres du groupe de travail pour leur participation proactive et constructive.

143. Au cours de la discussion qui a suivi, les délégués ont exprimé un appui sans équivoque au projet de résolution et ont remercié l'Équateur d'avoir soulevé la question et d'avoir dirigé les délibérations du groupe de travail. Les délégués ont reconnu qu'estimer la mortalité maternelle était complexe et ont noté que la méthode appliquée par le Groupe interinstitutions d'estimation de la mortalité maternelle pouvait donner des résultats différents des estimations produites par les États Membres. On a souligné que les États Membres auraient dû être consultés quant à tout changement relatif à la méthode servant à estimer la mortalité maternelle pour la période 1990-2015, particulièrement en raison du fait que la méthode révisée recommandée par le Groupe interinstitutions pourrait avoir une incidence sur l'évaluation des progrès accomplis quant à l'atteinte de la cible contenue dans l'objectif du Millénaire pour le développement portant sur ce sujet. Un délégué a fait observer qu'il était important de ne pas « changer les règles du jeu » à un moment critique où les États Membres travaillaient fort à atteindre la cible relative à la mortalité maternelle avant l'échéance de 2015. On a également insisté sur l'importance de consulter les pays quant à la méthode employée pour mesurer tous les indicateurs de santé, y compris les indicateurs qui devront être définis pour les nouveaux Objectifs de développement durable.

144. Le Dr Marcos Espinal (directeur du Département des maladies transmissibles et de l'analyse de la santé du BSP) a annoncé qu'une réunion aurait lieu au Costa Rica en octobre 2015, où les États Membres auraient l'occasion de discuter de la méthodologie relative à l'estimation de la mortalité maternelle avec des membres du personnel du Secrétariat de l'OMS. Il a assuré le Conseil que le Bureau ferait tout en son pouvoir pour que les opinions des États Membres soient dûment prises en considération.

145. La Directrice a remercié les États Membres pour le leadership dont ils avaient fait preuve sur ce sujet et les a encouragés à porter la résolution du Conseil directeur à la connaissance de leurs missions à Genève.

146. Le Conseil directeur a adopté la résolution CD54.R18, demandant à l'OMS, entre autres choses, de tenir des ateliers avec les États Membres sur la méthodologie révisée relative à l'estimation de la mortalité maternelle, de reporter la publication des estimations jusqu'après la tenue de ces ateliers et de produire un document expliquant les différences entre les méthodes ainsi que la raison de la révision.

Questions administratives et financières

Rapport sur le recouvrement des contributions fixées (documents CD54/15 et Add. I)

147. M. Xavier Puente Chaudé (directeur du Département de la gestion des ressources financières du BSP), notant que le document CD54/15 et Add. I, contenait des informations mises à jour en date du 21 septembre 2015, a indiqué que depuis cette date, le Bureau avait reçu des paiements additionnels de \$770 de la part de la République dominicaine, de \$81 838 de la part du Paraguay et de \$3146 de la part du Royaume-Uni. Au total, 89 % des contributions des années antérieures avaient été reçues, ce qui laissait une somme de \$4,3 millions en souffrance. Aucun État Membre ne faisait actuellement l'objet des restrictions relatives au droit de vote prévues par l'Article 6.B de la Constitution de l'OPS.

148. Le taux de paiement des contributions fixées de l'année en cours avait atteint 60 % en 2011 et avait continué à décroître depuis. Sur les contributions fixées de 2015, \$48,1 millions – représentant 45,5 % du total – avaient été reçus en date du 21 septembre ; 25 États Membres avaient payé leurs contributions en entier. Ce déficit avait rendu nécessaire le recours au Fonds de roulement, dont le solde total n'était maintenant que de \$11,4 millions.

149. La Directrice a exprimé les remerciements de l'Organisation pour les contributions reçues à ce jour, tout en demandant aux États Membres en retard de paiement d'accélérer leurs versements afin de permettre à l'Organisation de réaliser tous les mandats que les États Membres lui avaient confiés.

150. Le Conseil a adopté la résolution CD54.R1, remerciant les États Membres qui avaient déjà effectué des paiements pour 2015 et priant instamment tous les États Membres de s'acquitter promptement de leurs obligations financières envers l'Organisation.

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

151. Le Dr Antonio Barrios Fernández (représentant du Comité exécutif) a indiqué que le Comité exécutif avait été informé que le commissaire aux comptes externe n'avait découvert aucune faiblesse ni aucune erreur pouvant affecter l'exactitude ou l'exhaustivité des comptes de l'Organisation et avait par conséquent émis une opinion sans réserve sur les états financiers de l'Organisation pour 2014. Le Comité avait aussi été informé que les contributions fixées versées à l'OPS étaient restées stables de 2012 à 2014 et que les revenus divers avaient augmenté entre 2013 et 2014, surtout en raison des revenus d'intérêts sur des placements au Brésil. Les contributions volontaires à l'OMS étaient aussi demeurées relativement stables, mais les contributions volontaires à l'OPS avaient diminué de plus de 50 % entre 2012 et 2014, passant de \$93,7 millions à \$40,9 millions.

152. En réponse aux questions et aux préoccupations soulevées par le Comité, on avait expliqué que l'augmentation des frais de déplacement entre 2012 et 2014 était principalement due à la mise en œuvre du projet *Mais Médicos* au Brésil. On avait aussi expliqué que, pour tous les projets financés à l'aide des contributions volontaires nationales, tous les coûts directement imputables aux activités de projets étaient facturés directement au projet. Le Bureau prélevait une taxe de soutien aux programmes pour couvrir les autres coûts liés au projet ; ainsi, tous les coûts liés aux projets étaient couverts sans subventions croisées provenant du budget ordinaire de l'Organisation. On avait également expliqué qu'on attribuait parfois des contrats à un fournisseur unique parce que certains des vaccins disponibles par l'intermédiaire du Fonds renouvelable n'étaient offerts que par un seul fournisseur ; de plus, le choix de fournisseurs à la disposition du Bureau était parfois limité par des contraintes de temps. Cependant, on examinait en détail tous les contrats à fournisseur unique pour s'assurer de leur bien-fondé.

153. Le Comité avait salué les efforts consentis par le Bureau afin de mettre en œuvre les recommandations antérieures en matière d'audit et l'avait encouragé à donner suite à toutes les recommandations les plus récentes. On avait jugé particulièrement important de mettre en œuvre les recommandations relatives à la gestion des risques d'entreprise.

154. Le Conseil directeur a estimé que les processus d'audit interne et externe étaient importants pour la reddition de comptes et la transparence au sein de l'Organisation ; de plus, il a prié instamment le Bureau de suivre les recommandations du commissaire aux comptes externe, du commissaire aux comptes interne et du Comité d'audit de l'OPS. On a salué les efforts visant à renforcer la présence d'une culture d'évaluation au sein de l'Organisation.

155. On a demandé des éclaircissements sur plusieurs questions, par exemple pourquoi le niveau de mise en œuvre des fonds programmatiques provenant de l'OMS avait été plus faible en 2014 qu'en 2013, quelles dispositions étaient prises pour répondre aux préoccupations soulevées dans le rapport concernant le manque de mise en œuvre des contributions volontaires et le retour de fonds aux donateurs qui en résultait et quelles mesures étaient prises pour faire en sorte que le savoir institutionnel des employés partant à la retraite ne se perde pas, ce que l'on considérait comme d'une importance cruciale pour que l'Organisation maintienne ses standards élevés sur le plan technique. On a suggéré qu'une analyse soit préparée concernant les risques associés au départ imminent à la retraite d'un tiers des cadres supérieurs du Bureau et que la Stratégie en matière de ressources humaines du BSP soit révisée pour mettre davantage l'accent sur la formation des nouveaux cadres. On a demandé des informations précises sur le nombre et le type de postes qui deviendraient vacants et sur le temps qu'il faudrait pour les pourvoir.

156. On s'est également informé des raisons expliquant les niveaux relativement faibles des dépenses dans certains domaines programmatiques et l'augmentation du prix des cours et des séminaires présentée au tableau 16. On a suggéré que le Bureau mène une analyse portant sur les risques et les défis de gestion associés à l'accroissement substantiel des revenus provenant des contributions volontaires. On considérait comme

inquiétant que le système PMIS ne soit pas encore entièrement opérationnel et on a insisté sur l'importance de respecter l'échéancier fixé pour terminer le projet.

157. La déléguée du Brésil, notant que le Comité exécutif avait soulevé certaines préoccupations concernant le programme *Mais Médicos*, a expliqué qu'il s'agissait d'un projet de coopération triangulaire de durée limitée auquel participaient le Brésil, Cuba et l'OPS. Le but du projet était d'accroître les compétences des professionnels médicaux et d'élargir l'accès aux soins de santé primaires. En 2015, plus de 63 millions de Brésiliens avaient obtenu un accès aux soins de santé et les indicateurs sanitaires de même que la qualité de vie s'étaient améliorés chez les populations desservies. En plus de l'apport à court terme de médecins, le programme prévoyait aussi des investissements dans l'infrastructure et la formation médicale au Brésil. Le développement des services de santé primaires qui en avait résulté était sans précédent dans le monde entier. Elle a invité les délégués à assister à une séance parallèle où serait présenté un complément d'information sur le projet.

158. M. Gerald Anderson (directeur de l'Administration du BSP) a remercié la délégation du Brésil pour l'information fournie sur le programme *Mais Médicos*, lequel était à l'origine de presque toute l'augmentation des contributions volontaires à laquelle on avait fait référence. Il a assuré le Conseil que le Bureau avait consacré beaucoup d'efforts à la gestion des risques et à la mise en œuvre de toutes les recommandations issues de l'examen interne et externe des comptes portant sur le programme et il a remercié le gouvernement du Brésil d'avoir aidé à réaliser ces activités. Quant au risque d'attribuer des subventions croisées aux projets liés aux contributions volontaires, le Bureau avait entrepris un programme de formation très rigoureux auprès des directeurs des bureaux des pays pour s'assurer qu'ils comprenaient comment imputer les coûts directs des projets aux fonds relatifs à ces projets ; il était persuadé qu'aucuns fonds provenant du budget ordinaire ne serviraient à subventionner ces projets.

159. En ce qui concerne la mise en œuvre des fonds versés par l'OMS à l'OPS, il a expliqué que les différences entre 2013 et 2014 reflétaient la différence quant au flux de ressources entre la seconde année d'un exercice et la première année de l'exercice suivant. Le Bureau s'attendait à voir, dans le rapport financier pour 2015, une augmentation importante du flux des ressources de l'OMS vers l'OPS, de sorte qu'à la fin de 2016, la situation serait semblable à celle des exercices précédents.

160. En ce qui a trait à la question portant sur les cours et les séminaires, les chiffres figurant au tableau 16 reflétaient une pratique en vigueur durant de nombreuses années dans la comptabilité de l'Organisation, selon laquelle toutes les dépenses relatives aux cours et aux séminaires, qu'il s'agisse de fournitures, d'équipement, de contrats ou de déplacements, avaient été déclarées ensemble dans la catégorie « Déplacements ». On avait ajusté les pratiques comptables pour le prochain exercice afin que les coûts associés aux cours et aux séminaires futurs soient déclarés dans des catégories de dépenses séparées, ce qui assurerait une comptabilité plus fiable et plus transparente pour les États Membres.

161. Le personnel du Bureau effectuait un suivi quotidien du projet PMIS et la direction examinait les progrès accomplis tous les mois ou plus souvent, selon les besoins. En outre, M. Anderson informait personnellement la Directrice entre ces réunions quant à toute mesure à prendre pour que le projet respecte les délais. La mise à l'essai de la deuxième phase était en cours ; on s'attendait à ce que cette phase entre en service le 1^{er} janvier 2016. Quant à la retraite imminente de cadres supérieurs, on avait mis au point la Stratégie en matière de ressources humaines du Bureau⁵ et on avait préparé un document visant à informer les délégués sur ce que faisait le Bureau concernant la mémoire institutionnelle, la planification de la succession pour les employés partant à la retraite et l'adaptation des ressources humaines de l'Organisation à ses priorités stratégiques.

162. La Directrice, remerciant les délégués de leur vif intérêt pour le rapport financier, a souligné que le Bureau veillait à ce que tous les coûts et tous les besoins en personnel liés à la mise en œuvre de projets financés à partir des contributions volontaires nationales soient couverts par le moyen des fonds relatifs aux projets. Quant aux pourcentages alloués à divers domaines programmatiques, elle a assuré le Conseil que les fonds étaient alloués conformément aux priorités fixées par les États Membres selon le Plan stratégique de l'OPS et aussi selon le plan de travail et le budget biennaux. En ce qui concerne le taux relativement faible de mise en œuvre en 2014, il convenait de noter que le Bureau s'était trouvé devant un défi important en matière de liquidités dû à la réduction de \$50 millions du budget de l'Organisation pour l'exercice. Pour faire face à cette réduction, le Bureau avait fortement mis l'accent sur une réduction des ressources humaines ; le personnel restant avait donc dû employer de nouvelles méthodes pour pouvoir assurer les activités de coopération technique. L'intervalle de temps requis pour recruter des ressources humaines appropriées afin de remplacer les consultants nationaux dont les contrats avaient pris fin avait posé un défi supplémentaire.

163. Le Bureau avait recours à des processus transparents et bien définis en matière de recrutement du personnel et examinait constamment ceux-ci pour s'assurer qu'ils répondaient à des normes de transparence. On affichait les avis de postes vacants au BSP sur le site Web de l'Organisation et sur d'autres sites. La Directrice a appelé les États Membres à faire des efforts tout particuliers pour repérer des professionnels hautement compétents au niveau national et les encourager à poser leur candidature à ces postes.

164. Le Conseil directeur a pris acte du rapport.

Proposition concernant l'utilisation du solde des excédents relatifs aux normes IPSAS et au budget (document CD54/16)

165. Le Dr María Esther Anchía (représentante du Comité exécutif) a indiqué que le Comité exécutif avait examiné une proposition concernant l'utilisation du solde non affecté de l'excédent restant après la mise en œuvre des Normes comptables internationales pour le secteur public (IPSAS) en 2010 ainsi que l'utilisation d'un

⁵ Voir le document CE156/31 (2014).

excédent du budget ordinaire restant à la fin de 2014. Le Bureau avait proposé de se servir des fonds excédentaires pour investir dans la mise en œuvre de la Stratégie en matière de technologie de l'information du BSP et la mise en œuvre de la Stratégie en matière de ressources humaines du BSP. Le Comité exécutif avait exprimé son appui à l'usage proposé de ces fonds, en particulier les projets relatifs à la technologie de l'information. Toutefois, on avait fait ressortir que de nombreux projets de ce type n'étaient toujours pas financés et on avait demandé des informations sur ce que le Bureau avait l'intention de faire concernant le financement à long terme des besoins en technologie de l'information.

166. En réponse, on avait expliqué que la Stratégie en matière de technologie de l'information offrait des suggestions quant au niveau de financement que le Bureau devrait consacrer aux besoins en technologie de l'information et quant à la façon de répartir les fonds parmi les projets afin de maintenir le fonctionnement des systèmes existants, et afin de permettre au Bureau de mettre en œuvre de nouveaux systèmes et d'accroître ses capacités en matière de technologie de l'information. On attribuerait un financement à ces projets dans le cadre du processus budgétaire normal pour chaque exercice, à compter de 2016-2017.

167. Lors de la discussion qui a suivi, on a exprimé un appui à la proposition, car celle-ci aiderait le personnel à faire face aux changements technologiques et améliorerait l'information en santé publique pour les États Membres.

168. Le Conseil directeur a adopté la résolution CD54.R13, qui approuve l'allocation d'une somme de \$2 000 000 provenant des excédents relatifs aux normes IPSAS et au budget pour la mise en œuvre de la Stratégie en matière de technologie de l'information et les \$1 055 178 restants pour la mise en œuvre de la Stratégie en matière de ressources humaines.

Amendements au Règlement financier et aux Règles de gestion financière de l'OPS (document CD54/17)

169. Le Dr Antonio Barrios Fernández (représentant du Comité exécutif) a indiqué que le Comité exécutif avait examiné plusieurs propositions d'amendements au Règlement financier de l'OPS, qui portaient toutes sur le passage à un programme et budget intégré (voir les paragraphes 28 à 45 ci-dessus) et avait recommandé que le Conseil directeur les approuve.

170. M. Gerald Anderson (directeur de l'Administration du BSP) a confirmé que les changements aux règles visaient à appuyer l'adoption d'un budget intégré. Les changements révisaient certains termes et répondaient aussi à l'une des préoccupations exprimées par le Comité exécutif, à savoir que le Fonds de roulement ne devait servir qu'à répondre à des besoins temporaires en matière de ressources dus à un retard dans la réception des contributions fixées ou des revenus divers prévus au budget.

171. Lors de la discussion qui a suivi, on a reconnu que les changements proposés permettraient une plus grande flexibilité quant à l'allocation des ressources disponibles

aux domaines prioritaires, ce qui pourrait aider à accélérer l'atteinte des résultats programmatiques dans les États Membres.

172. Le Conseil a adopté la résolution CD54.R3, qui approuve les changements au Règlement financier et aux Règles de gestion financière.

Nomination du Commissaire aux comptes de l'OPS pour 2016-2017 (document CD54/18, Rév. 1)

173. Le Dr María Esther Anchía (représentante du Comité exécutif) a indiqué que lors de sa session de juin, le Comité exécutif avait été informé que le mandat du commissaire aux comptes externe actuel de l'OPS, la Cour des comptes de l'Espagne, expirerait à la fin du présent exercice. Pour maintenir une continuité durant la réalisation du projet relatif au Système d'information pour la gestion du BSP, le Bureau avait suggéré de conserver le commissaire aux comptes externe actuel pour un autre exercice. La Cour des comptes de l'Espagne avait déclaré être disposée à rendre ce service.

174. M. Gerald Anderson (directeur de l'Administration du BSP) a dit que la nomination du commissaire aux comptes externe représentait une fonction très importante du Conseil directeur, lequel se fiait au commissaire aux comptes externe pour l'assurer que l'Organisation mettait en œuvre tous les règlements pertinents et que le rapport financier était exact. Puisque le Bureau recommandait de conserver la Cour des comptes de l'Espagne en tant que commissaire aux comptes externe pour le prochain exercice seulement, on commencerait à chercher un successeur en 2016. Le Bureau espérait que les États Membres l'aideraient en suggérant des institutions qui pourraient jouer le rôle de nouveau commissaire aux comptes externe.

175. Le Conseil directeur a adopté la résolution CD54.R14, nommant la Cour des comptes de l'Espagne comme commissaire aux comptes externe de l'Organisation pour l'exercice 2016-2017.

Sélection d'États Membres pour faire partie des conseils ou comités

Sélection de deux États Membres de la Région des Amériques habilités à désigner une personne pour le Comité de politique et de coordination du Programme spécial de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine PNUD/FNUAP/OMS/Banque mondiale (document CD54/19)

176. Le Conseil directeur a choisi le Pérou et la République bolivarienne du Venezuela pour désigner une personne qui fera partie du Comité de politique et de coordination du Programme spécial de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine PNUD/FNUAP/OMS/Banque mondiale (TDR), pour un mandat commençant le 1^{er} janvier 2016 et se terminant le 31 décembre 2018 (décision CD54[D5]).

Élection de trois membres pour faire partie du Comité consultatif du Centre d'information sur les sciences de la santé pour l'Amérique latine et les Caraïbes (BIREME) (document CD54/20)

177. Le Conseil directeur a déclaré l'Argentine, la Jamaïque et le Pérou élus en tant que membres du Comité consultatif du BIREME pour un mandat de trois ans commençant le 1^{er} janvier 2016 (résolution CD54.R5).

Questions pour information

Cibles régionales en matière de ressources humaines en santé 2007-2015 : rapport final et Rapport sur l'élaboration de la Stratégie mondiale à l'horizon 2030 en matière de ressources humaines pour la santé (documents CD54/INF/1 et Add. I)

178. Le Dr Antonio Barrios Fernández (représentant du Comité exécutif) a indiqué que, après avoir examiné le rapport relatif aux progrès accomplis en ce qui a trait aux 20 cibles régionales en matière de ressources humaines en santé adoptées en 2007 (document CD54/INF/1), les membres du Comité exécutif avaient affirmé leur désir de renforcer le personnel de santé et souligné la nécessité de continuer à faire des efforts afin de développer les ressources humaines en tant qu'exigence essentielle pour atteindre la couverture sanitaire universelle. La Directrice avait suggéré qu'il serait bon de formuler un nouveau plan, qui s'inspirerait des leçons apprises grâce aux efforts faits pour atteindre les cibles régionales et remédierait aux déficiences révélées par l'évaluation des progrès accomplis.

179. Le Dr James Campbell (directeur du Département des personnels de santé de l'OMS et directeur exécutif de l'Alliance mondiale pour les personnels de santé) a introduit le projet de stratégie mondiale en matière de ressources humaines pour la santé (document CD54/INF/1, Add. I), rappelant que l'élément moteur ayant mené à son élaboration avait été la Déclaration politique de Recife sur les ressources humaines pour la santé, adoptée en 2013 durant le Troisième forum mondial sur les ressources humaines pour la santé et entérinée par l'Assemblée mondiale de la Santé en 2014 dans sa résolution WHA67.24. Le projet de stratégie avait été élaboré d'après des données probantes portant sur les questions et les défis cruciaux que l'on devait aborder afin d'atteindre la couverture sanitaire universelle dans le contexte des nouveaux Objectifs de développement durable. On recueillait à présent les réactions des États Membres durant les sessions des comités régionaux et par le moyen de consultations techniques régionales et de consultations par Internet. On demandait également l'opinion des associations professionnelles, des prestataires de soins de santé du secteur public et du secteur privé, ainsi que d'autres parties intéressées, puisque le renforcement du personnel de santé représenterait une entreprise multisectorielle.

180. En Amérique, une consultation technique tenue à Buenos Aires en septembre 2015 avait donné l'occasion d'examiner les leçons apprises lors de la mise en œuvre du rapport intitulé *Toronto Call to Action 2006-2015 : Towards a decade of human resources in health for the Americas* (Appel à l'action de Toronto 2006-2015 : Vers une

décennie de ressources humaines en santé pour les Amériques) et de cerner de nouveaux défis pour l'avenir. Ces discussions avaient fait ressortir l'importance de renforcer les soins de santé primaires en réexaminant notamment les modèles de soins et de services, ainsi que les exigences en matière de formation des professionnels de la santé. Les migrations internationales des agents de santé de même que leurs droits et leur sécurité professionnelle avaient également fait l'objet de discussions. Le rapport de la consultation de Buenos Aires servirait à préparer la prochaine version du projet de stratégie mondiale, laquelle serait discutée lors d'un briefing tenu avec les missions permanentes des États Membres à Genève à la fin d'octobre ; la stratégie serait ensuite révisée de nouveau avant d'être présentée au Conseil exécutif de l'OMS en janvier 2016.

181. Le projet de stratégie énonçait quatre objectifs fondamentaux visant à atteindre la couverture sanitaire universelle, à répondre à la demande actuelle et future en ressources humaines pour la santé, à accroître la capacité institutionnelle en matière de gestion des ressources humaines pour la santé et à améliorer les données probantes portant sur les ressources humaines pour la santé ainsi que l'utilisation de ces données dans l'élaboration de politiques. La stratégie reconnaissait qu'il y avait un triple rendement sur l'investissement dans les ressources humaines pour la santé, puisque non seulement un tel investissement aiderait à améliorer la santé des populations et à assurer la sécurité sanitaire mondiale, mais représenterait aussi un levier crucial de la croissance sociale et économique.

182. Au cours de la discussion qui a suivi, les délégués ont souligné que le fait d'assurer la présence d'un nombre adéquat de professionnels de la santé était essentiel à la sécurité sanitaire mondiale et à l'atteinte de l'accès universel à la santé et de la couverture sanitaire universelle. Les délégués ont également fait ressortir la nécessité de disposer de politiques visant à assurer la formation et la rétention des professionnels de la santé ainsi que de mesures incitatives efficaces, à caractère aussi bien économique que non économique, visant à attirer les professionnels de la santé vers des secteurs mal desservis. On considérait comme particulièrement important de trouver des façons de persuader un plus grand nombre de médecins d'exercer au niveau des soins primaires en milieu rural. Une bonne planification du personnel de santé était aussi jugée essentielle, tout comme la recherche servant à guider celle-ci, en particulier la recherche visant à cerner les lacunes en matière de ressources humaines.

183. Les délégués ont également insisté sur l'importance de la collaboration intersectorielle afin d'assurer un apport suffisant d'agents de santé dotés d'une formation adéquate pour répondre aux besoins actuels et futurs. On considérait la collaboration avec le monde de l'éducation comme particulièrement importante. On a suggéré que, afin d'accroître la disponibilité des agents de santé dans les secteurs touchés par des pénuries, il serait utile de créer des programmes de formation locaux pour former davantage de personnel venant de ces secteurs. À cet égard, une déléguée a indiqué que son gouvernement avait engagé des fonds destinés à appuyer des postes de résidents en médecine familiale dans des collectivités éloignées et rurales, ainsi qu'un programme d'allègement de prêts aux étudiants pour les nouveaux médecins de famille et les nouvelles infirmières disposés à exercer dans ces secteurs. Un autre délégué a dit que son

pays exécutait des programmes communs de renforcement de la capacité avec d'autres pays de la Communauté des Caraïbes.

184. Une représentante de la Fédération internationale des associations d'étudiants en médecine, notant que le volet des ressources humaines des systèmes sanitaires était généralement sous-évalué en matière de planification et de financement, a fait ressortir l'importance des systèmes d'assurance de la qualité pour les programmes d'études et de formation médicales, y compris des normes uniformes de qualité, des mécanismes d'agrément et des méthodes de suivi de la qualité.

185. Le Dr Campbell, se félicitant des informations entendues concernant les efforts faits par les États Membres en matière de ressources humaines, a noté que de nombreux aspects du projet de stratégie mondiale étaient tirés des pratiques optimales glanées dans les pays des Amériques. Il a ajouté que plusieurs organisations internationales menaient actuellement une étude visant à quantifier les besoins en ressources humaines pour la santé, étude dont les résultats devraient être disponibles à temps pour la session de janvier 2016 du Conseil exécutif.

186. Le Dr James Fitzgerald (directeur du Département des systèmes et services de santé du BSP) a dit qu'en dépit des progrès importants réalisés quant à l'atteinte des Cibles régionales en matière de ressources humaines en santé 2007-2015, beaucoup restait à faire, comme on l'avait exprimé clairement durant la consultation régionale à Buenos Aires. Lors de cette réunion, les participants avaient souligné la nécessité de renforcer les politiques, la gouvernance et la planification relatives aux ressources humaines pour la santé, afin de surmonter les défis qui continuaient de se poser dans la Région quant à une répartition équitable des ressources humaines et à l'accès aux services de santé. La consultation avait également fait ressortir la nécessité de renforcer la collaboration entre le secteur de la santé et celui de l'éducation, pour veiller à ce que la formation des professionnels de la santé vise à répondre aux besoins définis par le secteur sanitaire. Le Bureau comptait continuer à collaborer avec les États Membres pour faire progresser aussi bien le programme mondial que le programme régional en ressources humaines.

187. La Directrice a affirmé que, sans la présence d'un nombre adéquat d'agents de santé bien formés, bien répartis et motivés, il serait impossible d'atteindre l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle. Il était essentiel de remédier aux disparités en matière de disponibilité et de répartition des agents de santé, ainsi qu'au décalage entre la production d'agents de santé et les besoins des systèmes sanitaires. Il était particulièrement important d'assurer un bon dosage des différents types d'agents de santé et d'inciter un plus grand nombre de professionnels de la santé à faire carrière au niveau des soins primaires. À cet effet, des mesures incitatives étaient nécessaires, y compris des possibilités d'avancement pour les médecins en soins primaires. Il serait impératif de disposer de politiques et d'une gouvernance vigoureuses en ressources humaines pour la santé ainsi que d'investissements adéquats dans ces mêmes ressources pour atteindre tous ces objectifs.

188. Le Conseil a pris acte 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 CD54/INF/2)

189. Le Dr Antonio Barrios Fernández (représentant du Comité exécutif) a indiqué que le Comité exécutif avait examiné un rapport sur les progrès accomplis dans la Région au cours des 10 années écoulées depuis l'adoption de la politique sur l'égalité des sexes de l'OPS. Malgré des progrès considérables, des défis subsistaient, en particulier quant au financement, à la durabilité des efforts visant à intégrer pleinement les questions de genre et au suivi de la volonté du secteur sanitaire de réaliser cette intégration. Le rapport avait proposé trois domaines stratégiques pour 2015-2019, visant à relever ces défis et à répondre aux besoins actuels définis par les États Membres. On avait expliqué que les domaines stratégiques ne constituaient pas un nouveau mandat ni un nouveau plan d'action ; leur but était de renforcer et de poursuivre le travail accompli par les États Membres et le Bureau selon le Plan d'action.

190. Le Comité exécutif avait salué les progrès accomplis dans la mise en œuvre de la politique sur l'égalité des sexes et reconnu la nécessité de poursuivre le travail en vue d'atteindre entièrement les buts fixés par cette politique. Les délégués avaient réaffirmé l'importance attachée par leurs gouvernements à l'égalité des sexes et décrit leurs efforts à ce sujet. On avait exprimé un appui aux domaines stratégiques proposés pour 2015-2019. La Directrice avait suggéré que l'on mène une évaluation visant à obtenir une analyse indépendante de la situation en regard de l'égalité des sexes 10 ans après l'adoption de la politique.

191. Le Conseil directeur a salué les efforts consentis par l'OPS pour renforcer la capacité existante quant au lien entre genre et santé et a exprimé son appui aux nouveaux domaines stratégiques. Les intervenants ont fait ressortir l'importance de mener des recherches et de recueillir des données ventilées selon le sexe, à la fois pour comprendre les raisons des disparités concernant l'accès aux soins de santé et les résultats de santé et pour formuler des politiques destinées à y remédier. On considérait comme particulièrement important de compiler des données sur l'orientation sexuelle et l'identité de genre afin de mieux comprendre les disparités présentes dans la communauté lesbienne, gaie, bisexuelle et trans (LGBT) sur le plan de la santé. On a souligné la nécessité de veiller à ce que toutes les personnes, indépendamment de leur identité de genre ou de leur orientation sexuelle, reçoivent un traitement égal en matière de services de santé ; on espérait qu'une formation des agents de santé en ce sens serait incluse dans les nouveaux domaines stratégiques.

192. Plusieurs délégués ont décrit la situation existant dans leur pays quant à l'égalité des sexes en matière de santé : certains ont noté la pleine intégration des considérations de genre dans les programmes sanitaires, d'autres ont souligné la volonté de leurs gouvernements d'appliquer leurs propres plans d'action pour parvenir à une entière égalité des sexes en santé. Une représentante de la Fédération internationale des associations d'étudiants en médecine a relevé que les femmes demeuraient

sous-représentées à des postes de direction dans le secteur sanitaire et a préconisé que l'on fasse davantage d'efforts pour promouvoir l'équité entre les sexes grâce à l'autonomisation des femmes et à la défense de leurs droits.

193. Le Dr Cuauhtémoc Ruiz Matus (directeur par intérim du Département de la famille, du genre et du parcours de vie du BSP), notant que l'évaluation mentionnée dans le rapport du Comité exécutif serait réalisée durant l'exercice 2016-2017, a déclaré que les progrès collectifs accomplis dans la Région reflétaient clairement les efforts et l'engagement des États Membres. Il a ajouté cependant que beaucoup restait à faire et pour cette raison, le Bureau proposait les trois domaines particuliers énoncés dans le rapport. Il était important de veiller à ce que les politiques sur l'égalité des sexes se traduisent en mesures qui donneraient des résultats concrets. Le Bureau était déterminé à atteindre l'égalité des sexes, travaillant en ce sens par l'intermédiaire d'équipes multidisciplinaires et collaborant avec les États Membres.

194. La Directrice a noté que l'Unité des questions de genre et de diversité culturelle du Bureau examinait tous les plans et toutes les politiques élaborés par celui-ci pour s'assurer qu'ils incorporent une perspective de genre. On appliquait aussi une optique de genre au suivi relatif à la mise en œuvre des plans d'action et du programme global de travail. Elle a ajouté que le Bureau prenait très au sérieux la question de la santé des personnes LGBT et leur accès aux services de santé. Une première réunion régionale sur le sujet avait eu lieu, laquelle avait engendré de nouveaux partenariats et défini des domaines prioritaires d'intervention. En outre, le Bureau ventilait ses propres données selon le sexe, comme on le lui avait demandé. Elle a noté que, même si une bonne partie du travail réalisé jusqu'ici sur le plan de l'égalité des sexes avait porté principalement – avec raison – sur les femmes et les filles, on notait une nécessité croissante de commencer à s'intéresser aux jeunes hommes et aux garçons, un groupe de plus en plus vulnérable dans de nombreuses sociétés.

195. Le Conseil directeur a pris acte du rapport.

Rapport sur la transmission du virus du chikungunya et ses conséquences sur la Région des Amériques (document CD54/INF/3)

196. Le Dr María Esther Anchía (représentante du Comité exécutif) a indiqué que le Comité avait reçu une mise à jour sur les efforts de l'OPS visant à suivre et à atténuer la flambée de chikungunya dans la Région, ainsi qu'à offrir des conseils pour aider les États Membres à se préparer pour des flambées futures de chikungunya et d'autres maladies émergentes ou réémergentes et à y répondre. Lorsque le Comité avait discuté du rapport, les délégués avaient insisté sur la nécessité de faire connaître les risques existants et d'informer le public sur la maladie et sur le mode de transmission du virus. On avait aussi fait ressortir la nécessité de suivre et de notifier en permanence les cas et les flambées. On avait noté la menace que représentait l'introduction de l'infection à virus Zika et d'autres maladies transmises par les mêmes vecteurs et on avait souligné la nécessité d'accroître les mesures de contrôle de ces vecteurs. On avait considéré qu'une

amélioration de la gestion des déchets solides était essentielle à l'élimination des aires de reproduction des moustiques.

197. Lors de la discussion du rapport par le Conseil, plusieurs délégués avaient noté que suivre les flambées de chikungunya avait représenté un défi pour leurs systèmes de surveillance épidémiologique et avaient souligné la nécessité de renforcer ceux-ci afin d'assurer une détection prompte et un suivi efficace des flambées futures. Un délégué a fait ressortir la nécessité de standardiser les processus de surveillance dans la Région et a aussi suggéré que le chikungunya soit classé parmi les maladies à déclaration obligatoire. Les délégués ont également insisté sur l'importance de la formation, afin que les prestataires des soins de santé puissent distinguer le chikungunya des autres maladies fébriles aiguës et ont attiré l'attention sur la nécessité de mesures multisectorielles visant à agir sur les déterminants sociaux, économiques et environnementaux qui contribuent à l'émergence et à la propagation des maladies comme le chikungunya. On a souligné l'importance de la participation communautaire quant au contrôle des aires de reproduction des moustiques. On considérait aussi comme essentiel de faire connaître au public les caractéristiques de la maladie, comment la prévenir et où obtenir un traitement.

198. Le Dr Marcos Espinal (directeur du Département des maladies transmissibles et de l'analyse de la santé du BSP), notant que l'on s'attendait à ce que le chikungunya devienne endémique dans la Région, a dit que le Bureau recommandait actuellement que les États Membres le classent parmi les maladies à déclaration obligatoire. La réponse au chikungunya dans la Région présentait plusieurs défis. L'un d'entre eux était la nécessité de préparer les services de santé à faire face à une forte demande pendant une flambée et à fournir un traitement approprié. Un autre défi était la nécessité d'atténuer les conséquences potentiellement graves de la maladie sur le plan de l'économie. Le contrôle des vecteurs représentait aussi un défi majeur. Des recherches étaient en cours en vue d'élaborer de nouveaux outils et de nouvelles stratégies, dont la modification génétique des moustiques, mais des preuves plus abondantes étaient requises avant que l'OMS ne publie une recommandation sur ces méthodes. En attendant, on pouvait se servir efficacement de la stratégie intégrée sur la prise en charge de la dengue pour prévenir et contrôler le chikungunya et d'autres arboviroses. Le Bureau continuerait à aider les États Membres à appliquer cette stratégie.

199. Le Conseil a pris acte du rapport.

Règlement sanitaire international et la maladie à virus Ebola et Consultation régionale sur le système de suivi du RSI après 2016 (documents CD54/INF/4 et Add. I)

200. Le Dr Antonio Barrios Fernández (représentant du Comité exécutif) a indiqué que le Comité avait reçu une mise à jour sur l'état de la mise en œuvre du Règlement sanitaire international (2005) dans la Région. Le rapport avait également fourni des détails sur les activités de préparation à la maladie à virus Ebola en Amérique et fait ressortir des questions exigeant une action concertée des États parties quant au Règlement sanitaire international (RSI), surtout concernant le système de suivi du RSI après 2016 et les recommandations du Comité d'examen sur un deuxième délai supplémentaire pour la

mise en place de capacités nationales de santé publique et sur l'application du RSI. Le Comité avait noté que les flambées de la maladie à virus Ebola et d'autres menaces à la sécurité sanitaire mondiale avaient démontré l'importance d'appliquer intégralement ce Règlement. Il avait aussi noté la nécessité de poursuivre le travail visant à s'assurer que les principales capacités prévues au RSI étaient en place. On avait appuyé la création d'un processus d'examen par les pairs ou d'une forme équivalente de validation externe pour évaluer l'état des principales capacités d'un pays.

201. Le Dr Florence Fuchs (coordonnatrice de l'évaluation, du développement et du maintien des capacités relatives au RSI à l'OMS), qui présentait la note conceptuelle portant sur le système de suivi du RSI après 2016 (document CD54/INF/4, Add. I), a déclaré que la crise du virus Ebola avait mis au jour des lacunes dans les principales capacités d'un grand nombre de pays. Diverses évaluations, dont celle menée par le Groupe d'experts chargé de l'évaluation par intérim de la riposte à Ebola, avaient insisté sur la nécessité d'accélérer les efforts visant à développer et à renforcer les principales capacités et à permettre aux pays de répondre aux exigences du RSI. Le Secrétariat de l'OMS avait à cœur de collaborer avec les États Membres pour mettre en place un cadre efficace de suivi et d'évaluation relatif au RSI. La note conceptuelle énonçait les principes essentiels du cadre proposé, lequel combinait des approches quantitatives et qualitatives de l'évaluation, associées à certains éléments nouveaux visant à servir de complément aux auto-évaluations réalisées par les États parties, tels que des exercices de simulation et des examens après intervention. Les six régions avaient participé à l'élaboration du cadre proposé ; les Amériques avaient joué un rôle particulièrement actif. On menait actuellement des consultations dans toutes les régions pour mettre la dernière main à ce cadre, en vue de le présenter au Conseil exécutif de l'OMS en janvier 2016. Le cadre serait ensuite soumis à l'Assemblée mondiale de la Santé pour approbation en mai 2016.

202. Le Dr Marcos Espinal (directeur du Département des maladies transmissibles et de l'analyse de la santé du BSP) a présenté une mise à jour sur les progrès accomplis par les États Membres quant à la mise en œuvre du RSI, ainsi qu'une vue d'ensemble de la réponse régionale à la maladie à virus Ebola et à d'autres urgences de santé publique de portée internationale, comme l'expose le document CD54/INF/4. Des missions techniques menées par le personnel du Bureau pour aider les États Membres à évaluer leur degré de préparation à une éventuelle flambée d'Ebola avaient mis au jour, dans tous les cas, des faiblesses quant aux principales capacités relatives au RSI. Les missions avaient conclu, toutefois, que l'on pouvait réaliser des améliorations importantes en matière de préparation sans engager de grandes dépenses. Elles avaient aussi noté qu'il ne saurait y avoir une approche unique de la préparation et avaient souligné que les pays devaient s'appropriier et diriger les activités de préparation et de réponse. Le Bureau effectuait actuellement un suivi auprès des États Membres pour s'assurer que l'on mettait bien en œuvre les recommandations des missions, tout en reconnaissant que pour quelques-unes de ces recommandations, la mise en œuvre prendrait un certain temps.

203. Le Dr Espinal a rappelé que le Comité d'examen du RSI avait fait ressortir la nécessité non seulement de développer les principales capacités, mais également de les

maintenir et de continuer à les renforcer. Le Comité avait aussi noté qu'une auto-évaluation des principales capacités ne suffisait pas, ce qui l'avait amené à recommander que le Secrétariat de l'OMS élabore, grâce à des mécanismes de consultation régionale, des options permettant de passer d'une auto-évaluation exclusive à des approches combinant auto-évaluation, examen par les pairs et évaluations externes volontaires. On invitait les États Membres à faire connaître leur opinion – soit verbalement au cours de la discussion portant sur ce point de l'ordre du jour, soit par écrit plus tard – quant aux principes fondamentaux du système de suivi du RSI après 2016 tel que décrit dans la note conceptuelle et quant à la pertinence d'un passage graduel de l'approche actuelle fondée sur l'auto-évaluation à une approche plus axée sur les fonctions.

204. Le Conseil directeur a reconnu la nécessité de poursuivre les efforts visant à assurer une mise en œuvre intégrale du Règlement sanitaire international et a généralement appuyé l'approche du suivi et de l'évaluation exposée dans la note conceptuelle. Une déléguée a toutefois fait remarquer que la note ne traitait que du suivi des principales capacités et non de la mise en œuvre de l'ensemble du Règlement comme on l'avait demandé lors de la réunion régionale sur la mise en œuvre du RSI tenue à Buenos Aires en avril 2014. Selon cette même déléguée, les documents soumis pour examen durant la consultation régionale auraient dû inclure le rapport portant sur la première réunion du Comité d'examen sur le rôle du Règlement sanitaire international (2005) dans le cadre de l'épidémie de maladie à virus Ebola et de la riposte à celle-ci ; ainsi, les États Membres auraient pu discuter d'une éventuelle position régionale qui aurait pu être présentée durant la prochaine Assemblée mondiale de la Santé. Plusieurs délégués ont affirmé que pour éviter la répétition inutile d'activités et réduire le fardeau des pays en matière de déclaration, toute modification du cadre de suivi et d'évaluation du RSI devrait tenir compte des outils d'évaluation existants, tels que le processus d'évaluation externe en cours d'élaboration dans le contexte du Programme mondial de sécurité sanitaire.

205. On a appuyé l'élaboration d'un outil d'auto-évaluation fondé sur les données probantes ; on a cependant avancé que, malgré la nécessité d'appliquer un outil d'évaluation standardisé, il fallait également tenir compte des caractéristiques spécifiques des pays. On a aussi laissé entendre que ces évaluations devraient porter en priorité sur trois domaines : surveillance et réponse, capacité des laboratoires et communication des risques. En ce qui a trait aux examens réalisés après un événement, on a avancé que l'élaboration de protocoles de réponse permettrait d'évaluer les mesures prises durant les 48 heures suivant un événement de santé publique et d'effectuer ultérieurement des évaluations plus détaillées. Quant aux exercices de simulation, on a suggéré de mener des exercices intersectoriels et transfrontaliers en vue de renforcer la coordination au sein des pays et entre pays.

206. La plupart des délégués appuyaient l'introduction d'évaluations externes, mais ont souligné que ces évaluations devaient être volontaires, devaient être réalisées à la demande de l'État partie concerné et avec sa participation, devaient respecter la souveraineté et l'autonomie des États parties et devaient tenir compte des caractéristiques

et du contexte spécifiques de chaque pays, dont la disponibilité des ressources pouvant servir à remédier aux déficits ou aux faiblesses éventuellement découverts. Une déléguée a dit qu'à son avis, une auto-évaluation qui tiendrait compte des conclusions des évaluations antérieures et considérerait la mise en œuvre des principales capacités comme un processus continu serait plus efficace qu'une évaluation externe menée à un moment précis selon des critères rigides. Une autre déléguée a fait ressortir la nécessité d'adopter une approche graduelle et de bien comprendre ce qu'une évaluation externe impliquerait, quels avantages particuliers elle offrirait par rapport aux auto-évaluations et comment l'OMS se servirait des conclusions des évaluations externes. Elle a aussi fait remarquer que le manque apparent de progrès mis au jour par les auto-évaluations des pays pourrait être dû à des failles relatives aux méthodes employées pour mesurer ces progrès. La déléguée de l'Argentine a indiqué que sa délégation soumettrait un document qui présenterait l'opinion de son gouvernement quant au cadre de suivi et d'évaluation proposé.

207. Les délégués ont également appuyé les recommandations des missions menées par l'OPS dans les pays quant aux améliorations requises en matière de coordination, de détection, d'isolement et de réponse. Ils ont exprimé, en particulier, leur appui concernant des exercices et des simulations visant à mettre plans et procédures à l'épreuve, ainsi que des mesures visant à faciliter l'envoi international d'échantillons aux centres collaborateurs de l'OMS, la mise en œuvre de procédures de lutte contre les infections et la mise à niveau des infrastructures servant à isoler les patients atteints de maladies infectieuses. On considérait comme crucial de communiquer les risques existants de manière exacte et efficace, afin d'atténuer l'anxiété de la population et de dissiper les mythes entourant la transmission de la maladie. On considérait aussi comme important d'établir des mécanismes régionaux servant à l'échange d'informations, afin de renforcer la capacité des pays à répondre rapidement aux événements de santé publique.

208. Plusieurs délégués, tout en reconnaissant que les États Membres devaient agir pour protéger la santé de leurs citoyens, ont souligné qu'il fallait éviter de prendre des mesures inutilement restrictives qui pourraient nuire aux voyages ou au commerce internationaux. Le délégué de la République bolivarienne du Venezuela a noté que selon des informations publiées dans le site Web d'information sur les événements sanitaires tenu par l'OMS à l'intention des points focaux nationaux RSI, son pays avait fermé ses frontières aux personnes en provenance de plusieurs des pays africains touchés par la maladie à virus Ebola ; il a déclaré avec force que cette assertion n'était pas fondée.

209. De nombreux délégués ont décrit les mesures prises par leur pays en vue de renforcer leurs principales capacités relatives au RSI et d'accroître leur capacité à faire face à d'éventuelles flambées d'Ebola et à d'autres urgences de santé publique. Un bon nombre de délégués ont aussi noté la nécessité de recevoir de leurs partenaires un soutien financier et d'autres types de soutien leur permettant d'accroître leurs capacités. On a expressément demandé au Bureau d'aider les États Membres à améliorer la coordination multisectorielle pour la mise en œuvre du RSI. Le délégué des Bahamas a réaffirmé

l'appui accordé par son pays à la décision⁶ prise par l'Assemblée mondiale de la Santé de modifier le Règlement pour reconnaître qu'une dose unique du vaccin contre la fièvre jaune conférerait une protection à vie contre cette maladie.

210. Le Dr Fuchs, notant qu'un grand nombre des points mis en relief par les délégués avaient aussi été soulevés lors des discussions tenues par d'autres comités régionaux, a assuré le Conseil que le Secrétariat de l'OMS continuerait à collaborer avec les États Membres pour préparer le document devant être soumis au Conseil exécutif en janvier 2016.

211. La Directrice a encouragé les États Membres à continuer de s'employer à renforcer leurs principales capacités et à remédier aux faiblesses cernées par les missions de préparation à l'Ebola.

212. Le Conseil a pris acte du rapport.

Rapports d'avancement sur les questions techniques (document CD54/INF/5)

- 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 pour les Amériques*
- 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*

213. Le Dr María Esther Anchía (représentante du Comité exécutif) a indiqué que, durant l'examen par le Comité exécutif du rapport d'avancement sur la mise en œuvre de la Convention-cadre pour la lutte antitabac, le délégué de l'Équateur avait annoncé que son pays avait ratifié le Protocole pour éliminer le commerce illicite des produits du tabac. On espérait que d'autres pays s'inspireraient de l'exemple donné par l'Équateur. Quant au Plan d'action sur la sécurité routière, la déléguée du Brésil avait annoncé que son pays, en partenariat avec l'OPS et l'OMS, accueillerait la Deuxième Conférence mondiale de haut niveau sur la sécurité routière, prévue pour les 18 et 19 novembre 2015 à Brasilia. Elle avait invité tous les États Membres à participer à la rédaction de la déclaration devant être adoptée par la conférence.

214. Lors de l'examen par le Comité exécutif du rapport d'avancement portant sur la prévention et le contrôle de la dengue, on avait fait ressortir l'importance de renforcer la surveillance afin d'évaluer l'efficacité des nouveaux outils et des nouvelles stratégies de prévention. On avait également considéré comme important de renforcer les analyses diagnostiques pour permettre de différencier correctement la dengue des autres maladies fébriles aiguës, telles que le paludisme, le chikungunya, la grippe et la leptospirose, qui

⁶ Voir la résolution WHA67.13 (2014).

pourraient être présentes dans les mêmes secteurs. On avait fait remarquer que la dengue, comme les autres maladies à transmission vectorielle, était associée aux déterminants sociaux de la santé comme le manque d'accès à l'eau propre et une gestion inadéquate des déchets solides. Par conséquent, on avait considéré comme essentiel d'adopter une approche multisectorielle de la prévention et du contrôle de cette maladie.

215. En ce qui concerne le rapport d'avancement sur l'insuffisance rénale chronique dans les communautés agricoles en Amérique centrale, la Directrice avait noté que, malgré le travail entrepris, peu de progrès concrets avaient été accomplis pour remédier au problème de l'insuffisance rénale chronique chez les jeunes en âge de travailler. Elle avait promis que le Bureau continuerait à collaborer avec ses partenaires pour trouver une façon de s'attaquer à celui-ci. Quant au rapport sur l'évaluation des technologies de la santé, le Comité avait applaudi les progrès réalisés en matière de renforcement de la capacité et de l'infrastructure relatives à ce type d'évaluation et avait fait ressortir l'importance de se concentrer sur les besoins locaux et régionaux ainsi que sur les considérations relatives à l'éthique et à l'équité en matière de technologies en santé. On s'était félicité du rôle crucial joué par le Réseau de technologies en santé des Amériques dans l'élaboration et la mise en œuvre des technologies de la santé.

216. Le Comité exécutif avait également noté les rapports d'avancement relatifs au Plan décennal régional sur la santé bucco-dentaire pour les Amériques et à la situation des Centres panaméricains.

217. Lors de la discussion qui a suivi, plusieurs délégués ont indiqué que leurs pays étaient sur le point de ratifier le Protocole pour éliminer le commerce illicite des produits du tabac et on a adressé des félicitations aux pays qui l'avaient déjà fait. On a félicité le Bureau pour ses efforts visant à aider les pays à contrer les attaques en justice montées par l'industrie du tabac. Un délégué a annoncé que les ministres de la Santé du MERCOSUR avaient convenu de soulever la question lors de la Soixante-neuvième Assemblée mondiale de la Santé et d'entreprendre également une évaluation commune des conséquences économiques et sociales de l'épidémie liée au tabac dans les pays du Cône sud. Les délégués ont décrit les activités menées dans leurs pays en matière de contrôle du tabac : création de lieux sans fumée ou agrandissement de ceux-ci, augmentation des taxes sur le tabac, restrictions en matière de publicité et de commandites, mesures visant à contrôler l'emballage et l'étiquetage, avertissements sous forme d'illustrations et de textes sur les emballages, formation destinée aux professionnels de la santé leur permettant d'aider leurs patients à cesser de fumer, entre autres mesures.

218. Le Dr Anselm Hennis (directeur du Département des maladies non transmissibles et de la santé mentale du BSP) a noté que le tabac était un facteur de risque courant pour les quatre principales maladies non transmissibles, à l'origine de 16 % de tous les décès d'adultes dans la Région. La Convention-cadre pour la lutte antitabac était, sans aucun doute, le plus important outil de contrôle du tabac de l'OMS. Malgré des progrès importants quant à la mise en œuvre de la Convention-cadre, son nouveau Protocole pour éliminer le commerce illicite des produits du tabac n'entrerait pas en vigueur au niveau

mondial avant que 40 pays ne l'aient ratifié. Jusqu'ici, seulement neuf pays dans le monde l'avaient fait. Il a encouragé les pays de la Région à envisager sérieusement de devenir parties à ce Protocole.

219. On s'est réjoui des progrès accomplis par la Région quant au Plan d'action sur la sécurité routière. Les délégués ont décrit les mesures que leurs pays prenaient pour accroître la sécurité routière, notamment des initiatives de nature législative, éducative et structurelle, la création d'agences spécialisées, des études portant sur le comportement des usagers de la route, l'examen du coût lié aux pertes de productivité dues aux accidents de la route, la baisse du taux d'alcoolémie autorisé, des lois sur l'usage obligatoire des ceintures de sécurité et le port obligatoire du casque pour les motocyclistes, ainsi que des campagnes portant sur la sécurité routière. On a demandé au Bureau d'intensifier son aide technique aux pays de la Région en appui à leurs activités nationales, selon une approche intersectorielle.

220. Le Dr Hennis a déclaré que malgré certains progrès quant à la réduction du nombre de décès dus aux traumatismes subis lors d'accidents de la route, on ne pourrait mesurer avec exactitude la véritable ampleur de ces progrès que si la qualité et l'exhaustivité des informations sur ces traumatismes étaient améliorées. Par conséquent, il a encouragé les États Membres à renforcer leurs systèmes d'information. Les Objectifs de développement durable comprenaient une cible relative à la sécurité routière, par laquelle on s'engageait à diminuer de moitié le nombre de décès et de blessures dus à des accidents de la route au niveau mondial d'ici 2020. La Deuxième Conférence mondiale de haut niveau sur la sécurité routière devant se tenir à Brasilia donnerait l'occasion de définir les changements requis pour atteindre cette cible.

221. En ce qui concerne le rapport sur la prévention et le contrôle de la dengue, les délégués ont fait ressortir l'importance de renforcer la surveillance dans la Région, afin que les États Membres puissent évaluer l'efficacité des nouveaux outils et des nouvelles stratégies de prévention, dont l'introduction de vaccins contre la dengue et de nouvelles approches du contrôle des vecteurs. On s'est réjoui des efforts visant à renforcer les informations fournies par les systèmes nationaux de surveillance de la dengue par l'intermédiaire du réseau régional de laboratoires diagnostiques. Une déléguée a indiqué que son pays travaillait à un protocole de surveillance générique qui permettrait de comparer les informations provenant de divers pays ; le but recherché était de créer une approche de la surveillance et du contrôle de la dengue à l'échelle de la Région. D'autres délégués ont souligné l'importance de la participation communautaire à la prévention de la dengue et l'importance de la collaboration transfrontalière pour le contrôle des vecteurs et de la maladie. On a mis l'accent sur les risques associés à la résistance croissante des vecteurs aux pesticides. On a suggéré de coordonner les mesures visant à combattre la dengue aux mesures visant à combattre le chikungunya.

222. Le Dr Marcos Espinal (directeur du Département des maladies transmissibles et de l'analyse de la santé du BSP) a noté qu'un vaccin contre la dengue était à l'essai, bien qu'il n'ait pas encore été homologué. Le Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination de l'OMS publierait l'an prochain une opinion sur le nouveau vaccin.

223. Concernant l'insuffisance rénale chronique dans les communautés agricoles en Amérique centrale, un délégué s'est dit d'accord avec la recommandation figurant au rapport selon laquelle il fallait davantage de recherches et de collecte de données. Puisque l'insuffisance rénale chronique était essentiellement une maladie professionnelle, sa délégation était en faveur de recherches étiologiques visant à cerner les facteurs de risque déterminants afin que l'on puisse introduire des mesures de prévention visant à réduire le fardeau disproportionné de cette maladie chez les jeunes travailleurs.

224. Le Dr James Fitzgerald (directeur du Département des systèmes et services de santé du BSP) a reconnu que pour les pays, faire face à une épidémie d'insuffisance rénale chronique due à des causes non traditionnelles et inconnues représentait un défi important. Des mesures intersectorielles portant principalement sur la santé professionnelle et environnementale étaient nécessaires, non seulement pour aider les services de santé à prendre en charge les personnes atteintes, mais aussi pour examiner les questions intersectorielles en amont ainsi que les mesures requises. Le Bureau continuerait à collaborer activement avec les États Membres à ce sujet.

225. En ce qui concerne le rapport sur l'évaluation des technologies de la santé, les délégués ont remercié le Bureau d'avoir aidé les pays à institutionnaliser l'évaluation de ces technologies et ont fait ressortir la nécessité de renforcer davantage la capacité à se servir efficacement des données probantes pour influencer la prise de décision quant à l'adoption des technologies de la santé. Une représentante de l'*International Alliance of Patients' Organizations* a noté que la présence de systèmes et de processus appropriés d'évaluation des technologies de la santé pourrait permettre le meilleur usage possible des ressources, dans le contexte des efforts visant à faire en sorte que les malades reçoivent des soins de santé sûrs, efficaces et abordables. Elle a également insisté sur l'importance de faire participer les malades à toutes les décisions prises en matière de soins de santé.

226. Le Dr James Fitzgerald (directeur du Département des systèmes et services de santé du BSP) a fait observer que le domaine de l'évaluation des technologies de la santé exigeait de plus en plus de travail aussi bien pour le Bureau que pour les États Membres. Douze pays de la Région avaient mis en service des unités d'évaluation des technologies de la santé et quelque 4000 documents avaient été produits et partagés entre les pays pour guider les décisions requises afin d'incorporer efficacement ces technologies dans les systèmes sanitaires. Cette charge de travail risquait d'augmenter avec l'arrivée de nouveaux médicaments et de nouvelles technologies à coût élevé.

227. Le Conseil a pris acte des rapports.

Résolutions et autres actions d'organisations intergouvernementales revêtant un intérêt pour l'OPS (document CD54/INF/6)

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

228. Le Dr María Esther Anchía (représentante du Comité exécutif) a indiqué que le Comité exécutif avait entendu un rapport portant sur les résolutions et les autres actions de la Soixante-huitième Assemblée mondiale de la Santé considérées comme revêtant un intérêt particulier pour les Organes directeurs de l'OPS. On avait tout particulièrement attiré l'attention sur les conséquences pour la Région des résolutions de l'Assemblée mondiale de la Santé relatives au budget programme 2016-2017 de l'OMS, au paludisme, à la mise en œuvre du Règlement sanitaire international, au Plan d'action mondial pour les vaccins et au Plan d'action mondial sur la résistance aux antimicrobiens. Le Comité avait aussi entendu un rapport sur les actions entreprises par diverses instances sous-régionales présentant un intérêt pour l'OPS, dont le Conseil de la Communauté des Caraïbes pour le développement humain et social, la Réunion du secteur de la santé pour l'Amérique centrale et la République dominicaine, le Conseil des ministres de la Santé de l'Amérique centrale, la Réunion des ministres de la Santé de la région andine, la Réunion des ministres de la Santé du MERCOSUR, l'Union des nations d'Amérique du Sud et l'Alliance bolivarienne pour les peuples de notre Amérique. Plusieurs de ces instances avaient discuté et adopté des mesures visant à interrompre d'éventuelles flambées de la maladie à virus Ebola. Parmi les autres sujets examinés figuraient la mise en œuvre du Règlement sanitaire international, la prévention des blessures dues à la violence, la mise à jour des directives concernant le traitement du VIH, ainsi que le don et la greffe d'organes.

229. Le président a invité le Conseil à commenter les rapports portant sur les résolutions de la Soixante-huitième Assemblée mondiale de la Santé et les diverses instances sous-régionales, de même que le rapport portant sur les résolutions de la Quarante-cinquième session ordinaire de l'Assemblée générale de l'Organisation des États Américains, figurant à la partie B du document CD54/INF/6.

230. Une déléguée a fait ressortir l'importance de la participation de l'OPS aux processus de coopération internationale en santé, lesquels pourraient apporter une contribution majeure aux progrès réalisés dans des domaines prioritaires tels que l'accès universel aux médicaments, la négociation du prix des médicaments et le renforcement des systèmes sanitaires. Elle a noté que les ministres de la Santé du MERCOSUR avaient récemment adopté un mémorandum d'accord avec l'OPS, manifestant clairement leur confiance dans la capacité de l'Organisation à catalyser les actions du MERCOSUR en matière de santé dans la Région.

231. La Directrice a convenu de la valeur de la collaboration entre l'OPS et d'autres organisations internationales et a noté que le Bureau avait pris des mesures visant à

renforcer la relation de l'Organisation avec l'Organisation des États Américains et le MERCOSUR et s'efforçait de nouer des liens plus forts avec l'UNASUR. Le Bureau cherchait également à renforcer ses bureaux sous-régionaux, puisque ceux-ci travaillaient en étroite collaboration avec les divers blocs et les diverses unions de nature politique et économique ; il cherchait en particulier à renforcer l'approche de « santé dans toutes les politiques ». L'OPS chercherait aussi à établir des partenariats avec d'autres organisations régionales en vue d'atteindre les Objectifs de développement durable.

232. Le Conseil a pris acte des rapports.

Autres questions

233. La Directrice a offert une mise à jour de la situation aux Bahamas, qui étaient aux prises avec l'ouragan Joaquin et a exprimé la solidarité de l'Organisation avec le gouvernement et le peuple de ce pays, notant qu'une équipe de quatre spécialistes en secours aux sinistrés de l'OPS était prête à se rendre aux Bahamas et que le Bureau ferait le nécessaire pour aider à maintenir ou à remettre en état les services de santé après le passage de la tempête. Plusieurs délégations ont également exprimé leur solidarité avec les Bahamas. Le délégué des Bahamas a remercié le Conseil et la Directrice de leurs témoignages d'appui et a noté que la CARICOM aussi allait former une équipe de réponse d'urgence, avec l'aide de l'OPS.

234. La déléguée du Canada a noté que sa délégation, avec le concours de plusieurs autres délégations de la Région, présenterait une proposition portant sur la bonne gestion des produits chimiques durant la session du Conseil exécutif de l'OMS de janvier 2016 et a ajouté que le Canada accueillerait favorablement les suggestions et l'appui des autres États Membres de l'OPS. Sa délégation tiendrait les autres délégations informées des prochaines étapes à suivre quant à l'élaboration d'une résolution appropriée.

235. La déléguée de l'Argentine a annoncé que son pays avait organisé une consultation virtuelle, prévue pour octobre 2015, comme suite à une présentation informelle portant sur les relations de l'OMS avec les acteurs non étatiques donnée par l'Argentine, les États-Unis et le Mexique lors d'un événement parallèle tenu durant la semaine de la 54^e session du Conseil. La consultation aurait pour but de chercher à parvenir à un consensus sur une position régionale concernant cette question. Il y aurait aussi une séance informelle sur ce sujet à Genève avant la réunion officielle des États Membres, du 19 au 23 novembre, et une réunion intergouvernementale du 7 au 9 décembre. L'intention était que d'ici cette seconde réunion, un document présentant la position régionale serait disponible.

236. Durant la semaine où se déroulait la 54^e session du Conseil, on a également tenu des événements parallèles sur la coopération Sud-Sud et le projet *Mais Médicos*, sur l'élimination de l'onchocercose, sur des partenariats multisectoriels pour la promotion d'habitudes de vie saines et la prévention des maladies chroniques, sur des occasions d'assurer l'accès aux médicaments stratégiques à coût élevé, de même que sur la santé, l'environnement et les Objectifs de développement durable. En outre, on a procédé au

lancement du *Rapport mondial sur le vieillissement et la santé* de l’OMS, en présence du Directeur général de l’OMS, et le Conseil directeur a rendu hommage au Dr María Isabel Rodríguez, anciennement ministre de la Santé d’El Salvador, qui a été nommée Héros de la santé publique des Amériques.

Clôture de la session

237. Après l’échange habituel de politesses, M. Molwyn Morgorson Joseph (Antigua-et-Barbuda, vice-président) a déclaré que le 54^e Conseil directeur était clos.

Résolutions et décisions

238. Voici les résolutions et les décisions adoptées par le 54^e Conseil directeur :

Résolutions

CD54.R1 : Recouvrement des contributions fixées

LE 54^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant examiné le rapport de la Directrice portant sur le recouvrement des contributions fixées (documents CD54/15 et Add. I), de même que les préoccupations exprimées par la 156^e session du Comité exécutif quant au stade de recouvrement des contributions fixées ;

Notant qu’aucun État Membre n’a un arriéré qui justifierait l’application de l’article 6.B de la Constitution de l’OPS,

DÉCIDE :

1. De prendre acte du rapport de la Directrice portant sur le recouvrement des contributions fixées (documents CD54/15 et Add. I).
2. D’exprimer sa reconnaissance aux États Membres qui ont déjà effectué des paiements en 2015, et de recommander vivement à tous les États Membres qui ont des arriérés de paiement de s’acquitter promptement de leurs obligations financières envers l’Organisation.
3. De féliciter les États Membres qui se sont pleinement acquittés, jusqu’à la fin de 2015, de leurs obligations fixées.
4. De complimenter les États Membres qui ont déployé des efforts considérables en vue de réduire leurs arriérés de contributions correspondant aux années antérieures.

5. De demander à la Directrice :
- a) de continuer à chercher des mécanismes destinés à accroître le taux de recouvrement des contributions fixées ;
 - b) d'informer le Comité exécutif de la façon dont les États Membres respectent leurs engagements de verser les contributions fixées ;
 - c) de faire rapport au 55^e Conseil directeur sur le stade de recouvrement des contributions fixées pour 2016 et les années antérieures.

(Deuxième réunion, le 28 septembre 2015)

CD54.R2 : Nouveau barème des contributions fixées

LE 54^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant examiné le document CD54/5, Rév. 1 sur le nouveau barème des contributions fixées et l'application du dernier barème des contributions approuvé par l'OEA pour les membres de l'OPS pour l'exercice budgétaire 2016-2017 ;

Gardant à l'esprit que le Code sanitaire panaméricain établit que le barème des contributions à appliquer aux États Membres de l'Organisation panaméricaine de la Santé pour la mise en œuvre de son programme et budget sera basé sur le barème des contributions adopté par l'Organisation des États Américains pour ses membres,

DÉCIDE :

D'approuver le nouveau barème des contributions fixées pour les membres de l'OPS, tel que détaillé dans le tableau suivant et à appliquer à l'exercice budgétaire 2016-2017.

Membres	Barème des contributions ajusté pour les membres de l'OPS
États Membres	
Antigua-et-Barbuda	0,022
Argentine	2,400
Bahamas	0,049
Barbade	0,034
Belize	0,022
Bolivie	0,056
Brésil	12,427
Canada	10,583

Membres	Barème des contributions ajusté pour les membres de l'OPS
Chili	1,347
Colombie	1,311
Costa Rica	0,230
Cuba	0,132
Dominique	0,022
El Salvador	0,086
Équateur	0,322
États-Unis	59,445
Grenade	0,022
Guatemala	0,145
Guyana	0,022
Haïti	0,026
Honduras	0,042
Jamaïque	0,070
Mexique	6,788
Nicaragua	0,026
Panama	0,176
Paraguay	0,075
Pérou	0,860
République dominicaine	0,317
Saint-Kitts-et-Nevis	0,022
Saint-Vincent-et-les-Grenadines	0,022
Sainte-Lucie	0,022
Suriname	0,026
Trinité-et-Tobago	0,135
Uruguay	0,247
Venezuela	2,144
États participants	
France	0,128
Pays-Bas	0,022
Royaume-Uni	0,027
Membres associés	
Aruba	0,022
Curaçao	0,022
Porto Rico	0,082
Saint-Martin (partie néerlandaise)	0,022

(Troisième réunion, le 29 septembre 2015)

CD54.R3 : *Amendements au Règlement financier de l'Organisation panaméricaine de la Santé*

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 CD54/17 ; 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 concernant le programme et budget tels que stipulés à l'annexe A du document CD54/17 et de faire en sorte que ces amendements entrent en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2016.

(Troisième réunion, le 29 septembre 2015)

CD54.R4 : *Élection de trois États Membres au Comité exécutif au terme des mandats du Canada, de la Jamaïque et du Paraguay*

LE 54^e CONSEIL DIRECTEUR,

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

Considérant qu'Antigua-et-Barbuda, l'Argentine et le Chili ont été élus pour faire partie du Comité exécutif au terme des mandats du Canada, de la Jamaïque et du Paraguay,

DÉCIDE :

1. De déclarer qu'Antigua-et-Barbuda, l'Argentine et le Chili ont été élus pour faire partie du Comité exécutif pour une période de trois ans.
2. De remercier le Canada, la Jamaïque et le Paraguay pour les services rendus à l'Organisation au cours des trois dernières années par leurs représentants au sein du Comité exécutif. Annexe

COMPOSITION DU COMITÉ EXÉCUTIF
de septembre 1993 à septembre 2017

PAYS	2016 à 2017	2015 à 2016	2014 à 2015	2013 à 2014	2012 à 2013	2011 à 2012	2010 à 2011	2009 à 2010	2008 à 2009	2007 à 2008	2006 à 2007	2005 à 2006	2004 à 2005	2003 à 2004	2002 à 2003	2001 à 2002	2000 à 2001	1999 à 2000	1998 à 1999	1997 à 1998	1996 à 1997	1995 à 1996	1994 à 1995	1993 à 1994
Antigua-et-Barbuda																								
Argentine																								
Bahamas																								
Barbade																								
Belize																								
Bolivie																								
Brésil																								
Canada																								
Chili																								
Colombie																								
Costa Rica																								
Cuba																								
Dominique																								
El Salvador																								
Équateur																								
États-Unis d'Amérique																								
Grenade																								
Guatemala																								
Guyana																								
Haïti																								
Honduras																								
Jamaïque																								
Mexique																								
Nicaragua																								
Panama																								
Paraguay																								
Pérou																								
République Dominicaine																								
Saint-Kitts-et-Nevis																								
Saint-Vincent-et-les-Grenadines																								
Sainte-Lucie																								
Suriname																								
Trinité-et-Tobago																								
Uruguay																								
Venezuela																								

(Cinquième réunion, le 30 septembre 2015)

CD54.R5 : *Élection de trois membres pour faire partie du Comité consultatif du Centre d'information sur les sciences de la santé pour l'Amérique latine et les Caraïbes (BIREME)*

LE 54^e CONSEIL DIRECTEUR,

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

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

Considérant que l'Argentine, la Jamaïque et le Pérou ont été élus membres du Comité consultatif du BIREME pour exercer un mandat commençant le 1^{er} janvier 2016 en raison de l'expiration du mandat de Cuba, de l'Équateur et de Porto Rico,

DÉCIDE :

1. De déclarer que l'Argentine, la Jamaïque et le Pérou sont élus membres non permanents du Comité consultatif du BIREME pour une période de trois ans.
2. De remercier Cuba, l'Équateur et Porto Rico pour les services rendus à l'Organisation par l'entremise de leurs délégués au Comité consultatif du BIREME durant les trois dernières années.

(Cinquième réunion, le 30 septembre 2015)

CD54.R6 : *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 CD54/10, Rév. 1) ;

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 modalités 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 (1996) 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 à 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 soient une priorité et d'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, 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 pour qu'ils puissent contribuer 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.

(Cinquième réunion, le 30 septembre 2015)

CD54.R7 : 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 CD54/13, Rév. 1) ;

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 des hépatites virales 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 les hépatites virales imposent un lourd fardeau social et financier aux pays de la Région ;

Reconnaissant que les hépatites virales accentuent les inégalités en matière de couverture des services de santé, car elles affectent les populations clés;

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) d'accorder la priorité aux hépatites virales en tant que problème de santé publique, en promouvant une riposte globale 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 les hépatites virales ;
 - c) d'optimiser l'utilisation efficace des ressources existantes et de mobiliser des fonds additionnels pour prévenir et contrôler les hépatites virales ;
 - 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 des hépatites virales (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 les hépatites virales 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 à générer et à disséminer une information stratégique à jour et de qualité sur les hépatites virales, 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 pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle* de l'OPS.
2. De demander à la Directrice :
- a) de maintenir un groupe de travail interprogrammatique sur les hépatites virales 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 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 les hépatites virales 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 les hépatites virales, y compris à travers 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 accorder la priorité à 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 de l'objectif de l'élimination dans un proche avenir 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, le 30 septembre 2015)

CD54.R8 : Plan d'action en matière de vaccination

LE 54^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant examiné le *Plan d'action en matière de vaccination* (document CD54/7, Rév. 2) pour 2016-2020 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 établit que la poliomyélite est une urgence pour la santé publique mondiale ; tenant compte également 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, ainsi que 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 fournir une coopération technique qui permette de renforcer la capacité opérationnelle des programmes nationaux de vaccination pour préserver les acquis ;
 - b) de favoriser des stratégies propres à 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'encourager des stratégies propres à 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) de maintenir la coopération technique en vue de favoriser 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 avec les 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.

(Sixième réunion, le 30 septembre 2015)

CD54.R9 : 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 CD54/14, Rév. 1) ;

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 établi, 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 depuis la perspective du droit à la santé, dans les pays où le droit à la santé est reconnu nationalement, et de promouvoir le droit de 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 CD54/14, Rév. 1) 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 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 30 septembre 2015)

CD54.R10 : 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 la période 2016-2019 (document CD54/11, Rév. 1), lequel propose d'accélérer les efforts de contrôle dans le but de progresser vers l'objectif de mettre fin à 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) et les formes de tuberculose multi résistante 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 (2014) 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 CD54/11, Rév. 1).
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 des personnes touchées par la tuberculose ainsi que leurs familles, grâce à l'accès aux programmes de protection sociale existant 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.

(Sixième réunion, le 30 septembre 2015)

CD54.R11 : Stratégie et plan d'action relatifs à la démence chez les personnes âgées

LE 54^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant examiné la *Stratégie et plan d'action relatifs à la démence chez les personnes âgées* (document CD54/8, Rév. 1) pour la période 2015-2019 ;

Reconnaissant le vieillissement rapide de la population et l'accroissement de l'incidence et de la prévalence de la dépendance associée à la démence dans la Région, et que cette situation constitue un thème de santé publique, une question de droits humains et une priorité pour le développement durable des sociétés ;

Reconnaissant que les personnes âgées atteintes de démence font face à la stigmatisation, à l'exclusion sociale et à des obstacles pour accéder aux services sociaux et de santé, ce qui approfondit les iniquités et les inégalités économiques, sociales et de santé pour ces personnes, leurs familles et les personnes soignantes ;

Reconnaissant que les nouvelles données scientifiques suggèrent qu'il pourrait être possible, par le biais d'actions de santé publique et de protection sociale, de réduire les facteurs de risque associés à la démence et de prévenir et retarder l'apparition de la dépendance et l'accroissement de la nécessité de soins ;

Reconnaissant que les personnes âgées atteintes de démence devront recevoir, de par la loi le cas échéant, des soins à court, moyen et long terme qui garantissent le plus haut niveau possible d'indépendance, de protection et de bien-être conformément à leurs capacités fonctionnelles dans le cadre de leur couverture universelle de santé et de protection sociale ;

Comprenant que les familles, et en particulier les femmes, sont celles qui dispensent la majeure partie des soins dans la Région, sans la préparation ni l'appui nécessaires, avec un fort impact sur leur bien-être physique, psychologique, social et financier, et que les transformations démographiques et sociales limiteront, dans un proche avenir, la capacité de la famille de répondre à la dépendance et à la nécessité de soins à court, moyen et long terme ;

Reconnaissant que l'Organisation mondiale de la Santé a défini la démence comme une priorité de santé publique et a mis en évidence le besoin de formuler des politiques pour la prestation de soins à long terme pour les personnes qui en ont besoin ;

Considérant que la stratégie et le plan d'action en question s'alignent sur le Plan stratégique de l'Organisation panaméricaine de la Santé 2014-2019 ;

Observant que la stratégie et le plan d'action en question abordent les objectifs essentiels pour répondre aux besoins des pays, dans le respect de leur contexte national,

DÉCIDE :

1. D'adopter la *Stratégie et plan d'action relatifs à la démence chez les personnes âgées* (document CD54/8, Rév. 1), dans le contexte des conditions propres à chaque pays.
2. De prier instamment les États Membres, le cas échéant et en tenant compte de leur environnement et de leurs priorités :
 - a) d'inclure la démence, l'invalidité et la dépendance chez les personnes âgées comme thèmes prioritaires dans les politiques nationales de santé et de promouvoir l'exécution de plans et programmes qui mènent à une amélioration de l'éducation et à une réduction de la stigmatisation et des stéréotypes sur ces conditions, ainsi que de faciliter l'accès universel et équitable aux programmes sociaux et de santé visant à réduire les facteurs de risque et à prévenir et fournir des soins aux personnes âgées atteintes de ces troubles ou à risque d'en souffrir, y compris la prestation de soins à court, moyen et long terme et de soins de fin de vie ;
 - b) de renforcer la capacité des systèmes de santé et leur réseau de services pour encourager la promotion de modes de vie sains et d'interventions préventives basées sur des données probantes en vue d'une réduction des facteurs de risque, lorsqu'elles ont démontré qu'elles ont un impact sur la diminution de l'incidence de la démence ou retardent son apparition et réduisent ses complications ;
 - c) de renforcer la capacité des systèmes de santé et des réseaux de services pour fournir un diagnostic opportun et des interventions basées sur des données probantes aux personnes atteintes de démence ou à risque d'en souffrir, afin d'améliorer ou de maintenir leur capacité fonctionnelle et de prévenir ou éviter la dépendance ;
 - d) d'accroître l'accès aux ressources, programmes et services dans le but de fournir des soins à court, moyen et long terme aux personnes âgées dépendantes, en particulier celles qui sont atteintes de démence, notamment les soins communautaires, intégrés et progressifs, avec une participation intersectorielle de la société civile, de la communauté et des familles ;
 - e) d'établir ou de réviser les cadres légaux et réglementaires et les mécanismes d'exécution, en ce qui concerne les obligations et les engagements internationaux applicables, qui permettent aux autorités nationales de protéger les droits humains des personnes atteintes de démence, en particulier celles qui reçoivent des soins à long terme en milieu communautaire ou institutionnel, de manière formelle et informelle ;
 - f) de soutenir la participation de la société civile, des communautés et des familles à la formulation, la mise en œuvre et l'évaluation des politiques, plans et programmes pour promouvoir la santé et le bien-être des personnes âgées atteintes

de démence ou à risque d'en souffrir, ainsi que de leurs familles et des personnes soignantes ;

- g) de générer des processus qui améliorent la formation des ressources humaines du secteur de la santé et du système de protection sociale, ainsi que des personnes soignantes formelles et informelles, relativement à la prise en charge et aux soins appropriés pour ces conditions ;
- h) de promouvoir des ressources, programmes ou services qui permettent d'appuyer les familles et les personnes soignantes et qui contribuent à la protection sociale, économique et de leurs droits humains, y compris par le biais des soins prodigués pour leur santé et leur bien-être ;
- i) d'améliorer la compilation, l'analyse et la traduction de l'information sur la démence, l'invalidité, la dépendance et les soins à long terme, par le biais de la recherche ou dans le cadre des systèmes nationaux d'information qui favorisent la conception d'interventions effectives et leur évaluation.

3. Demander à la Directrice :

- a) de renforcer la coopération de l'OPS avec les États Membres pour promouvoir et protéger la qualité de vie des personnes âgées atteintes de démence et leur droit de jouir du meilleur état possible d'indépendance et de bien-être ;
- b) de prêter un appui aux États Membres, lorsqu'ils en font la demande, pour l'élaboration, la révision et l'exécution de politiques, plans et programmes nationaux qui intègrent des indicateurs sur la démence, l'invalidité, la dépendance et les soins à court, moyen et long terme ;
- c) de générer une coopération technique pour renforcer la recherche et les systèmes d'information en santé, afin de produire, d'analyser et d'utiliser des données sur la démence, l'invalidité, la dépendance et les soins à long terme qui répondent aux critères de qualité, d'opportunité et de fiabilité, en particulier par le biais d'un suivi des indicateurs en vue d'évaluer les progrès et l'impact des interventions ;
- d) de promouvoir la coopération technique dans la formation des ressources humaines œuvrant dans le secteur social et de la santé, ainsi que des personnes soignantes formelles et informelles en matière de prise en charge et de soins pour ces conditions ;
- e) d'encourager les alliances avec des organisations internationales et d'autres organismes régionaux et infrarégionaux en appui à la réponse multisectorielle nécessaire dans le processus d'exécution de ce plan d'action ;

- f) de faciliter la diffusion de l'information et l'échange d'expériences et de bonnes pratiques, en plus de promouvoir la coopération technique entre les États Membres ;
- g) de faciliter la collaboration technique avec les comités, organes et rapporteurs des Nations Unies et organismes interaméricains, tout en privilégiant également les partenariats avec d'autres organismes internationaux et régionaux, des institutions scientifiques, techniques et d'enseignement, la société civile organisée, le secteur privé et d'autres afin de promouvoir la protection et le respect des personnes âgées atteintes de démence.

(Septième réunion, le 1^{er} octobre 2015)

CD54.R12 : Stratégie et le 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 CD54/9, Rév. 2) ;

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 ou un abus 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 les femmes 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 un coût abordable ;
 - 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 entre le système de santé et d'autres partenaires gouvernementaux et 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 et l'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, ainsi que sur des stratégies effectives visant à prévenir ce genre de violence et à y répondre ;
 - 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.

(Septième réunion, le 1^{er} octobre 2015)

CD54.R13 : 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 d'utilisation du solde des excédents relatifs aux normes IPSAS et au budget* (document CD54/16), et

Ayant examiné la recommandation du Comité exécutif sur les propositions de financement recommandées à l'Annexe A du document CD54/16 (Besoins de financement et sources de fonds proposées), et notant 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'US\$ 3 055 178 comme suit :

- 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.

(Huitième réunion, le 1^{er} octobre 2015)

CD54.R14 : Nomination du Commissaire aux Comptes de l'OPS pour 2016-2017

LE 54^e CONSEIL DIRECTEUR,

Exprimant sa satisfaction pour les services rendus par l'actuel Commissaire aux Comptes, M. Ramón Álvarez de Miranda García, titulaire des fonctions de Président de la Cour des comptes d'Espagne, et constatant la disposition de celui-ci à continuer d'assumer les fonctions de Commissaire aux Comptes de l'Organisation panaméricaine de la Santé,

DECIDE :

1. De nommer aux fonctions de Commissaire aux Comptes de l'Organisation panaméricaine de la Santé pour la période biennale 2016-2017, titulaire des fonctions de Président de la Cour des comptes d'Espagne, et de lui demander de mener les audits financiers pertinents conformément, aux termes de l'article XIV du Règlement financier de l'OPS, étant entendu que, le cas échéant, il pourra désigner un représentant pour agir en son absence.
2. De prier la Directrice d'adresser une note verbale aux États Membres, aux États participants et aux Membres associés, conformément aux procédures établies, demandant que des candidats de renommée internationale au poste de Commissaire aux comptes soient soumis pour être examinés par les Organes directeurs en vue de nommer le Commissaire aux comptes de l'OPS pour les périodes biennales 2018-2019 et 2020-2021.

(Huitième réunion, le 1^{er} octobre 2015)

CD54.R15 : 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, ainsi que 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 (document CD54/12, Rév. 1) ;

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 sûre, à un coût abordable 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, des objectifs du Millénaire pour le développement, de l'Agenda 2030 pour le développement durable des 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* (document CD54/12, Rév. 1) 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 :

- 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 de l'élevage — 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 sanitaire panaméricain (BSP) 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, l'accès universel à la santé 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 du BSP, les différents contextes et priorité infrarégionales 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 BSP, 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'Organisation mondiale de la santé animale (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.

(Huitième réunion, le 1^{er} octobre 2015)

CD54.R16 : 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 350) ;

Ayant étudié le rapport du Comité exécutif (document CD54/2) ;

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 ;

Reconnaissant que le Programme et budget de l'OPS 2016-2017 est en harmonie avec la réforme de l'OMS ;

Reconnaissant avec satisfaction le recours à une approche de bas en haut utilisée dans l'élaboration du Programme et Budget pour le financement des résultats biennaux en accord avec la gestion axée sur les résultats ;

Prenant en compte que pour la première fois, un budget intégré est présenté en vertu duquel les États membres approuveront les ressources qui sont requises pour atteindre les résultats indiqués pour l'exercice biennal ;

Considérant la mise en œuvre continue du cadre de gestion axée sur les résultats de l'OPS, lequel incorpore les principes de rendement et d'efficacité, de transparence et de reddition de comptes ;

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

DÉCIDE :

1. D'approuver le programme de travail de l'OPS, avec un budget de \$612,8 millions pour les programmes de base et \$35,0 millions pour les programmes spéciaux et la réponse aux urgences, comme énoncé dans le Programme et budget de l'OPS 2016-2017.
2. 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.
3. De demander aux États Membres de la région des Amériques de continuer à travailler avec les autres régions, dans le cadre de la réforme de l'OMS, pour que l'on puisse, sur la base d'un consensus, compter sur un partage équitable des ressources de l'OMS.

4. D'encourager l'OMS à financer intégralement les volants budgétaires alloués à la Région des Amériques.

5. 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.

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

Catégorie	Budget
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
Programmes spéciaux et réponse aux urgences	\$35.000.000

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

a) Contributions fixées provenant des États Membres, des États participants et des Membres associés de l'OPS	\$210.640.000
Moins : crédit provenant du Fonds de péréquation des impôts	(\$17.905.000)
b) Revenus divers prévus au budget	\$25.000.000
c) Autres sources	\$216.973.000
d) Allocation de financement versée à la Région des Amériques par l'Organisation mondiale de la Santé	\$178.092.000
TOTAL	\$612.800.000

8. 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.

9. D'autoriser la Directrice à se servir des contributions fixées, des revenus divers, d'autres sources comme les contributions volontaires versées à l'OPS et les ressources allouées par l'OMS à la Région des Amériques pour financer le budget tel qu'affecté au paragraphe 6 ci-dessus, sous réserve de la disponibilité du financement.

10. D'autoriser en outre la Directrice à réaliser des transferts budgétaires, au besoin, entre les six catégories énumérées au paragraphe 6 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.

11. De demander à la Directrice de concevoir, en consultation avec les États membres, un mécanisme appelé à régir la présentation de rapports intérimaires sur la mise en œuvre du Programme et budget indiquant ce qui a été planifié et financé, le stade de l'atteinte des résultats ainsi que les risques programmatiques et de financement.

12. De demander à la Directrice de soumettre aux Organes directeurs un rapport sur le niveau de financement et de l'exécution pour chaque source de financement qui apparaît au paragraphe 7 et par catégories et domaines programmatiques mentionnés dans le Programme et budget 2016-2017.

(Neuvième réunion, le 2 octobre 2015)

CD54.R17 : Contributions fixées des États Membres, des États participants et des Membres associés de l'Organisation panaméricaine de la Santé pour 2016-2017

LE 54^e CONSEIL DIRECTEUR,

Attendu que dans la résolution CD54.R16, le Conseil directeur a approuvé le *programme et budget 2016-2017 de l'OPS* (Document officiel 350) ; et

Tenant compte du fait que d'après le Code sanitaire panaméricain, le barème des contributions fixées s'appliquant aux États Membres de l'Organisation panaméricaine de la Santé sera basé sur le barème des contributions adopté par l'Organisation des États Américains pour ses membres, et que dans la résolution CD54.R2, le Conseil directeur a adopté ce barème des contributions pour les membres de l'OPS pour la période 2016-2017,

DÉCIDE :

De fixer les contributions des États Membres, des États participants et des Membres associés de l'Organisation panaméricaine de la Santé pour les périodes comptables 2016 et 2017 conformément au barème des contributions exposé ci-dessous et selon les sommes correspondantes, lesquelles représentent une croissance nominale zéro dans les contributions brutes par rapport à la période 2014-2015.

**CONTRIBUTIONS DES ÉTATS MEMBRES, DES ÉTATS PARTICIPANTS ET DES MEMBRES ASSOCIÉS
DE L'ORGANISATION PANAMÉRICAINE DE LA SANTÉ POUR 2016-2017
(augmentation de 0 % des contributions fixées)**

Membres	Barème adapté aux membres de l'OPS		Contribution brute		Crédit provenant du Fonds de péréquation des impôts		Réajustements relatifs aux impôts prélevés par les États Membres sur les émoluments du personnel du BSP		Contribution nette	
	2016 %	2017 %	2016 US\$	2017 US\$	2016 US\$	2017 US\$	2016 US\$	2017 US\$	2016 US\$	2017 US\$
Antigua-et-Barbuda	0,022	0,022	23.170	23.170	1.970	1.970			21.201	21.201
Argentine	2,400	2,400	2.527.680	2.527.680	214.860	214.860			2.312.820	2.312.820
Bahamas	0,049	0,049	51.607	51.607	4.387	4.387			47.220	47.220
Barbade	0,034	0,034	35.809	35.809	3.044	3.044			32.765	32.765
Belize	0,022	0,022	23.170	23.170	1.970	1.970			21.201	21.201
Bolivie	0,056	0,056	58.979	58.979	5.013	5.013			53.966	53.966
Brésil	12,427	12,427	13.088.116	13.088.116	1.112.527	1.112.527			11.975.589	11.975.589
Canada	10,583	10,583	11.146.016	11.146.016	947.443	947.443			10.198.573	10.198.573
Chili	1,347	1,347	1.418.660	1.418.660	120.590	120.590			1.298.070	1.298.070
Colombie	1,311	1,311	1.380.745	1.380.745	117.367	117.367			1.263.378	1.263.378
Costa Rica	0,230	0,230	242.236	242.236	20.591	20.591			221.645	221.645
Cuba	0,132	0,132	139.022	139.022	11.817	11.817			127.205	127.205
Dominique	0,022	0,022	23.170	23.170	1.970	1.970			21.201	21.201
El Salvador	0,086	0,086	90.575	90.575	7.699	7.699			82.876	82.876
Equateur	0,322	0,322	339.130	339.130	28.827	28.827			310.303	310.303
États-Unis	59,445	59,445	62.607.474	62.607.474	5.321.814	5.321.814	6.000.000	6.000.000	63.285.660	63.285.660
Grenade	0,022	0,022	23.170	23.170	1.970	1.970			21.201	21.201
Guatemala	0,145	0,145	152.714	152.714	12.981	12.981			139.733	139.733
Guyana	0,022	0,022	23.170	23.170	1.970	1.970			21.201	21.201
Haïti	0,026	0,026	27.383	27.383	2.328	2.328			25.056	25.056
Honduras	0,042	0,042	44.234	44.234	3.760	3.760			40.474	40.474
Jamaïque	0,070	0,070	73.724	73.724	6.267	6.267			67.457	67.457
Mexique	6,788	6,788	7.149.122	7.149.122	607.696	607.696			6.541.426	6.541.426
Nicaragua	0,026	0,026	27.383	27.383	2.328	2.328			25.056	25.056
Panama	0,176	0,176	185.363	185.363	15.756	15.756			169.607	169.607

**CONTRIBUTIONS DES ÉTATS MEMBRES, DES ÉTATS PARTICIPANTS ET DES MEMBRES ASSOCIÉS
DE L'ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ POUR 2016-2017
(augmentation de 0 % des contributions fixées)**

Membres	Barème adapté aux membres de l'OPS		Contribution brute		Crédit provenant du Fonds de péréquation des impôts		Réajustements relatifs aux impôts prélevés par les États Membres sur les émoluments du personnel du BSP		Contribution nette	
	2016 %	2017 %	2016 US\$	2017 US\$	2016 US\$	2017 US\$	2016 US\$	2017 US\$	2016 US\$	2017 US\$
Paraguay	0,075	0,075	78.990	78.990	6.714	6.714			72.276	72.276
Pérou	0,860	0,860	905.752	905.752	76.992	76.992			828.761	828.761
République dominicaine	0,317	0,317	333.864	333.864	28.379	28.379			305.485	305.485
Saint-Kitts-et-Nevis	0,022	0,022	23.170	23.170	1.970	1.970			21.201	21.201
Sainte-Lucie	0,022	0,022	23.170	23.170	1.970	1.970			21.201	21.201
Saint-Vincent-et-les-Grenadines	0,022	0,022	23.170	23.170	1.970	1.970			21.201	21.201
Suriname	0,026	0,026	27.383	27.383	2.328	2.328			25.056	25.056
Trinité-et-Tobago	0,135	0,135	142.182	142.182	12.086	12.086			130.096	130.096
Uruguay	0,247	0,247	260.140	260.140	22.113	22.113			238.028	238.028
Venezuela	2,144	2,144	2.258.061	2.258.061	191.942	191.942	25.000	25.000	2.091.119	2.091.119
Total partiel	99,675	99,675	104.977.710	104.977.710	8.923.404	8.923.404	6.025.000	6.025.000	102.079.306	102.079.306
États participants										
France	0,128	0,128	134.915	134.915	11.468	11.468			123.447	123.447
Pays-Bas	0,022	0,022	23.170	23.170	1.970	1.970			21.201	21.201
Royaume-Uni	0,027	0,027	28.120	28.120	2.390	2.390			25.730	25.730
Total partiel	0,177	0,177	186.206	186.206	15.828	15.828			170.378	170.378
Membres associés										
Aruba	0,022	0,022	23.170	23.170	1.970	1.970			21.201	21.201
Curaçao	0,022	0,022	23.170	23.170	1.970	1.970			21.201	21.201
Porto Rico	0,082	0,082	86.573	86.573	7.359	7.359			79.214	79.214
Saint-Martin	0,022	0,022	23.170	23.170	1.970	1.970			21.201	21.201
Total partiel	0,148	0,148	156.084	156.084	13.268	13.268			142.817	142.817
TOTAL	100,0	100,0	105.320.000	105.320.000	8.952.500	8.952.500	6.025.000	6.025.000	102.392.500	102.392.500

Neuvième réunion, le 2 octobre 2015

CD54.R18 : Méthode régissant l'estimation de la mortalité maternelle sur la période 1990-2015

LE 54^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant examiné le document *Méthode régissant l'estimation de la mortalité maternelle sur la période 1990-2015* (document CD54/23) ;

Rappelant que les Objectifs de Développement du Millénaire (ODM) ont été établis en septembre 2000 en vue de parvenir à la réalisation des huit objectifs fixés pour la lutte contre divers problèmes liés à la pauvreté, l'éducation, le genre, la santé, l'environnement et le développement d'ici l'année 2015, lors de la signature de la Déclaration du Millénaire des Nations Unies (résolution A/RES/55/2) ;

Soulignant que grâce aux efforts déployés par les États membres et à d'autres effectués dans le cadre de la réalisation des ODM, des avancées importantes ont été enregistrées, notamment la réduction de la mortalité maternelle dans le monde ;

Reconnaissant qu'il est important de procéder à une évaluation périodique des avancées en vue de la réalisation des buts fixés dans les ODM ;

Rappelant que les premiers indicateurs ont été élaborés en 2002 et qu'ils ont commencé à être utilisés en 2003 ;

Considérant que, se fondant sur les recommandations du Groupe inter-organisations et d'Experts, les premiers indicateurs ont été modifiés pour inclure quatre nouveaux objectifs dans la résolution A/RES/60/1 (2005) adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies, en vertu de laquelle la méthode approuvée a été remplacée en 2003 ;

Prenant en compte qu'après deux ans de consultations publiques, d'interaction avec la société civile et de négociations entre les États membres des Nations Unies, lors du Sommet 2015 des Nations Unies sur le développement durable, a été adopté, le 25 septembre, l'Agenda 2030 pour le développement durable ;

Ayant observé qu'au cours de ces dernières années, des travaux intensifs ont été menés en ce qui concerne la mortalité maternelle en vue de mettre fin à l'impasse et d'accélérer sa réduction, qu'une importante réduction et des avancées ont été enregistrées à l'échelle mondiale en ce qui concerne l'objectif fixé; ayant observé en outre que la réduction de la mortalité maternelle a été l'un des principaux axes d'action des politiques et programmes en vue d'améliorer la santé des femmes, et que les efforts nationaux et régionaux ont permis une réduction de la mortalité maternelle d'une moyenne de 40% entre 1990 et 2013 dans la Région ;

Reconnaissant que la plupart des pays n'ont pas atteint l'objectif fixé dans les ODM, à savoir, réduire ce taux de 75% entre 1990 et 2015, et que, par conséquent, parvenir à une telle réduction demeure un défi majeur dans l'Agenda 2030 pour le développement durable; c'est pourquoi il a été décidé, en coordination avec d'autres régions, de maintenir ce but dans les Objectifs de Développement durable ;

Prenant en compte que le Groupe inter-organisations pour l'estimation de la mortalité maternelle, composé de l'OMS, de l'UNFPA, de l' UNICEF, de la Banque mondiale et de la Division de la population des Nations Unies, a effectué pour la période 1990-2015 des estimations de la mortalité obtenues au moyen d'un modèle statistique modifié qui ne coïncident pas avec les dispositions de la Classification statistique internationale des maladies et problèmes liés à la santé (CIE-10) ;

Préoccupé du fait que la récente modification introduite dans la méthode d'estimation de cet indicateur par le Groupe interinstitutionnel, a été adoptée en l'absence de consultations dûment menées avec les États membres, situation qui a causé des préoccupations en ce qui concerne la comparabilité entre les pays, et la traçabilité historique et, partant, peut créer des difficultés de compréhension et de reproduction par les équipes techniques des ministères de la santé ;

Considérant que l'Agenda 2030 pour le développement durable comprend 17 objectifs appelés à régir les programmes mondiaux de développement durant les 15 prochaines années,

DÉCIDE :

1. De lancer un appel à l'OMS, pour que, en coordination avec le Groupe inter-organisations :
 - a) elle organise des ateliers avec les États membres sur la méthode modifiée d'estimation de la mortalité maternelle pour la période 1990-2015, en vue de faciliter un dialogue ouvert et avancer vers une décision ;
 - b) elle reporte la publication des estimations jusqu'à la conclusion des ateliers, une fois qu'une décision aura été atteinte ; et
 - c) elle produise un document expliquant les différences entre les méthodes et le motif de la modification.
2. De demander à l'OMS, agissant en coordination avec le Groupe inter-organisations, de ne pas inclure les décès maternels tardifs et dûs à des séquelles dans les estimations qui correspondent à la période 1990-2015, en conformité avec le CIE-10.
3. De demander à l'OMS, agissant en coordination avec le Groupe inter-organisations, au cas où est adopté un système modifié d'estimation décision et en

consultation avec les États membres, de produire à temps pour l'approbation des indicateurs figurant dans l'Agenda 2030 pour le développement durable un éventail de données pertinentes sur le ratio de mortalité maternelle utilisant la méthode modifiée, en vue de faciliter la comparabilité avec la période d'évaluation 1990-2015.

4. De demander à l'OMS, agissant en coordination avec le Groupe inter-organisations, de travailler avec les États membres pour ajuster, le cas échéant les estimations correspondant à la période 1990-2015, dans les cas où l'on dispose de preuves fiables à partir de sources nationales officielles.

5. De reconnaître qu'il est important d'améliorer la disponibilité et la qualité des données statistiques portant sur les décès maternels, y compris les décès tardifs et dûs à des séquelles, en vue de parvenir à une amélioration continue de la présentation des données statistiques.

6. De demander à l'OMS, d'envisager, en coordination avec le Groupe inter-organisations, au cas où une décision ne peut être atteinte avec les États membres en ce qui concerne la méthode modifiée d'estimation de la mortalité maternelle pour la période 1990-2015, et en consultation avec les autres régions, de reprendre la définition énoncée dans la CIE-10, et selon le cas, d'utiliser des preuves fiables obtenues de sources d'information nationales officielles.

7. De renouveler la nécessité de mettre en place un processus de consultation inclusif et large en vue d'aborder les questions relatives au changement de méthode.

8. De prier instamment les États membres :

- a) de réaffirmer leur engagement envers l'objectif de réduire le ratio de mortalité maternelle établi dans les Objectifs de Développement du Millénaire et l'Agenda 2030 pour le développement durable ;
- b) de travailler avec l'appui de l'OMS et des experts du Groupe inter-organisations aux processus d'estimation du ratio de la mortalité maternelle.

9. De demander à la Directrice :

- a) de faire en sorte que, en sa qualité de Directrice du Bureau régional de l'OMS pour les Amériques, l'OMS exprime aux membres du Groupe inter-organisations l'intérêt des États membres de disposer d'un espace de dialogue en vue de réviser la proposition de modification de la méthode qui permette de garantir que celle-ci soit homogène, transparente et basée sur la preuve; qu'elle puisse être reproduite et qu'elle contribue à améliorer la reddition de comptes ;

- b) d'encourager la présentation d'un rapport sur le ratio de mortalité maternelle en utilisant la définition énoncée dans le CIE-10 pour l'estimation de la mortalité maternelle pour la période 1990-2015 ;
- c) de plaider en faveur du respect et de la surveillance des normes de qualité au moment de la publication de données, de sorte que les États membres soient consultés pour tout changement ou modification en vue de vérifier que les estimations correspondant à chaque pays soient cohérentes et opportunes ;
- d) d'accorder la priorité aux efforts régionaux entrepris pour contribuer à la réalisation des engagements qui garantissent le bien-être et la santé humaine, à la lumière des principes de transparence et de reddition de compte selon lesquels les pays de la Région mènent leurs activités pour réaliser les ODM ;
- e) en coordination avec le Secrétariat de l'OMS, de contribuer à la fourniture de renseignements techniques pour les discussions qui se déroulent sur ce point au sein du Groupe inter-organisations et d'Experts au sujet des indicateurs des Objectifs de Développement durable établis par la Commission de statistique.

(Neuvième réunion, le 2 octobre 2015)

Décisions

Décision CD54(D1) : Constitution de la Commission de vérification des pouvoirs

Conformément à l'article 31 du Règlement intérieur du Conseil directeur, le Conseil a nommé l'Équateur, Porto Rico et la République bolivarienne du Venezuela comme membres de la Commission de vérification des pouvoirs.

(Première réunion, 28 septembre 2015)

Décision CD54(D2) : Élection du Bureau

Conformément à l'article 16 du Règlement intérieur du Conseil directeur, le Conseil a élu El Salvador comme président, Antigua-et-Barbuda et le Pérou comme vice-présidents et les États-Unis d'Amérique comme rapporteur du 54^e Conseil directeur.

(Première réunion, 28 septembre 2015)

Décision CD54(D3) : Constitution de la Commission générale

Conformément à l'article 32 du Règlement intérieur du Conseil directeur, le Conseil a nommé le Chili, Cuba et Saint-Vincent-et-les-Grenadines comme membres de la Commission générale.

(Première réunion, 28 septembre 2015)

Décision CD54(D4) : Adoption de l'ordre du jour

Conformément à l'article 10 du Règlement intérieur du Conseil directeur, le Conseil a adopté l'ordre du jour soumis par la Directrice, tel qu'amendé par le Conseil (document CD54/1, Rév. 2).

(Première réunion, 28 septembre 2015)

Décision CD54(D5) : Sélection de deux États Membres de la Région des Amériques habilités à désigner une personne pour le Comité de politique et de coordination du Programme spécial de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine PNUD/FNUAP/OMS/Banque mondiale

Le Conseil directeur a choisi le Pérou et la République bolivarienne du Venezuela en tant qu'États Membres de la Région des Amériques habilités à désigner une personne pour le Comité de politique et de coordination du Programme spécial de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine PNUD/FNUAP/OMS/Banque mondiale, pour un mandat commençant le 1^{er} janvier 2016 et se terminant le 31 décembre 2018.

(Cinquième réunion, 30 septembre 2015)

Décision CD54(D6) : Le phénomène El Niño dans la Région des Amériques

Le 54^e Conseil directeur de l'OPS,

Prenant dûment acte de la proposition présentée par la délégation du Pérou quant aux éventuelles conséquences graves pour la santé du phénomène El Niño 2015-2016, et tenant compte des prévisions réalisées par les systèmes internationaux de suivi, de recherche et d'alerte hydrométéorologique, selon lesquelles cet El Niño est parvenu à sa phase de maturité dans le Pacifique tropical, est d'une ampleur considérable et pourrait atteindre son intensité maximale entre novembre 2015 et le début de 2016,

DÉCIDE :

De prier instamment les États Membres, selon les besoins, de mettre à jour et de mettre en œuvre leurs plans d'atténuation, de préparation, de réponse et de rétablissement relatifs aux événements hydrométéorologiques extrêmes tels qu'El Niño, afin de protéger la santé et la vie de la population.

De demander à la Directrice de renforcer la coopération technique avec les États Membres pour l'élaboration de politiques et de programmes concernant l'atténuation, la préparation et la réponse relatives à El Niño 2015-2016, et de promouvoir les activités régionales et nationales favorisant une meilleure compréhension des conséquences d'El Niño sur la santé.

(Huitième réunion, 1^{er} octobre 2015)

EN FOI DE QUOI, le président du 54^e Conseil directeur, Déléguée d'El Salvador, et le Secrétaire de droit, Directrice du Bureau sanitaire panaméricain, signent le présent rapport final en espagnol.

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

Violeta Menjívar
Déléguée d'El Salvador
Président du
54^e Conseil directeur

Carissa Etienne
Directrice du Bureau sanitaire
panaméricain
Secrétaire de droit du 54^e Conseil directeur

ORDRE DE JOUR

1. OUVERTURE DE LA SESSION

2. QUESTIONS RELATIVES AU RÈGLEMENT

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

3. QUESTIONS RELATIVES À LA CONSTITUTION

- 3.1 Rapport annuel du Président du Comité exécutif
- 3.2 Rapport annuel du Directeur du Bureau sanitaire panaméricain
- 3.3 Élection de trois États Membres au Comité exécutif au terme des mandats du Canada, de la Jamaïque et du Paraguay

4. QUESTIONS RELATIVES À LA POLITIQUE DES PROGRAMMES

- 4.1 Programme et budget de l'OPS 2016-2017
 - 4.2 Nouveau barème des contributions fixées
 - 4.3 Réforme de l'OMS
 - 4.4 Plan d'action en matière de vaccination
 - 4.5 Stratégie et plan d'action relatifs à la démence chez les personnes âgées
 - 4.6 Stratégie et plan d'action visant au renforcement du système de santé pour combattre la violence à l'égard des femmes
-

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

- 4.7 Plan d'action sur la santé des travailleurs
- 4.8 Plan d'action pour la prévention et le contrôle de la tuberculose
- 4.9 Plan d'action sur la résistance aux antimicrobiens
- 4.10 Plan d'action pour la prévention et le contrôle des hépatites virales
- 4.11 Stratégie en matière de législation sur la santé
- 4.12 Le phénomène El Niño 2015-2016 dans la région des Amériques
- 4.13 Méthode régissant l'estimation de la mortalité maternelle sur la période 1990-2015

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 Amendements au Règlement financier et aux Règles de gestion financière de l'OPS
- 5.5 Nomination du Commissaire aux comptes de l'OPS pour 2016-2017

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

- 6.1 Sélection de deux États Membres de la Région des Amériques habilités à désigner une personne pour le Comité de Politique et de Coordination du Programme spécial de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine PNUD/UNFPA/OMS/Banque mondiale
- 6.2 Élection de trois membres pour faire partie du Comité consultatif du Centre d'information sur les sciences de la santé pour l'Amérique latine et les Caraïbes (BIREME)

7. QUESTIONS POUR INFORMATION

- 7.1. Cibles régionales en matière de ressources humaines en santé 2007-2015 : rapport final
- Rapport sur l'élaboration de la Stratégie mondiale à l'horizon 2030 en matière de ressources humaines pour la santé
- 7.2. Évaluation du Plan d'action pour la mise en œuvre de la politique sur l'égalité des sexes et domaines stratégiques proposés
- 7.3. Rapport sur la transmission du virus du chikungunya et ses conséquences sur la Région des Amériques
- 7.4. Règlement sanitaire international et la maladie à virus Ebola
- Consultation régionale sur le système de suivi du RSI après 2016
- 7.5. 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 pour les Amériques
 - 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
- 7.6. Résolutions et autres actions d'organisations intergouvernementales revêtant un intérêt pour l'OPS :
- A. Soixante-huitième Assemblée mondiale de la Santé
 - B. Quarante-cinquième session ordinaire de l'Assemblée générale de l'Organisation des États Américains
 - C. Organisations sous-régionales

8. AUTRES QUESTIONS

9. CLÔTURE DE LA SESSION

LISTE DES DOCUMENTS

Document officiel

Document officiel 349 Rapport financier du Directeur et rapport du Commissaire aux comptes externe pour 2014

Document officiel 350, Add. I, Add II et Add. III, Rev. 1 Programme et budget de l'OPS 2016-2017

Documents de travail

CD54/1, Rév. 3 Ordre du jour

CD54/2 Rapport annuel du Président du Comité exécutif

CD54/3 Rapport annuel du Directeur du Bureau sanitaire panaméricain

CD54/4 Élection de trois États Membres au Comité exécutif au terme des mandats du Canada, de la Jamaïque et du Paraguay

CD54/5, Rév. 1 Nouveau barème des contributions fixées

CD54/6 Réforme de l'OMS

CD54/7, Rév. 2 Plan d'action en matière de vaccination

CD54/8, Rév. 1 Stratégie et plan d'action relatifs à la démence chez les personnes âgées

CD54/9, Rév. 2 Stratégie et plan d'action visant au renforcement du système de santé pour combattre la violence à l'égard des femmes

CD54/10, Rév. 1 Plan d'action sur la santé des travailleurs

CD54/11, Rév. 1 Plan d'action pour la prévention et le contrôle de la tuberculose

CD54/12, Rév. 1 Plan d'action sur la résistance aux antimicrobiens

Documents de travail (*suite*)

CD54/13, Rév. 1	Plan d'action pour la prévention et le contrôle des hépatites virales
CD54/14, Rév. 1	Stratégie en matière de législation sur la santé
CD54/15 et Add. I	Rapport sur le recouvrement des contributions fixées
CD54/16	Proposition concernant l'utilisation du solde des excédents relatifs aux normes IPSAS et au budget
CD54/17	Amendements au Règlement financier et aux Règles de gestion financière de l'OPS
CD54/18, Rév. 1	Nomination du Commissaire aux comptes de l'OPS pour 2016-2017
CD54/19	Sélection de deux États Membres de la Région des Amériques habilités à désigner une personne pour le Comité de Politique et de Coordination du Programme spécial de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine PNUD/UNFPA/OMS/Banque mondiale
CD54/20	Élection de trois membres pour faire partie du Comité consultatif du Centre d'information sur les sciences de la santé pour l'Amérique latine et les Caraïbes (BIREME)
CD54/21	[Ce document a été renommé <i>Document officiel 350, Add. I, Add II et Add. III, Rév. I</i>]
CD54/22	Le phénomène El Niño 2015-2016 dans la Région des Amériques
CD54/23	Méthode régissant l'estimation de la mortalité maternelle sur la période 1990-2015

Documents de information

CD54/INF/1	Cibles régionales en matière de ressources humaines en santé 2007-2015 : rapport final
CD54/INF/1, Add. I	Rapport sur l'élaboration de la Stratégie mondiale à l'horizon 2030 en matière de ressources humaines pour la santé
CD54/INF/2	Évaluation du Plan d'action pour la mise en œuvre de la politique sur l'égalité des sexes et domaines stratégiques proposés

Documents de information (*suite*)

- CD54/INF/3 Rapport sur la transmission du virus du chikungunya et ses conséquences sur la Région des Amériques
- CD54/INF/4 Règlement sanitaire international et la maladie à virus Ebola
- CD54/INF/4, Add. I Consultation régionale sur le système de suivi du RSI après 2016
- CD54/INF/5 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 pour les Amériques
 - 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
- CD54/INF/6 Résolutions et autres actions d'organisations intergouvernementales revêtant un intérêt pour l'OPS :
- A. Soixante-huitième Assemblée mondiale de la Santé
 - B. Quarante-cinquième session ordinaire de l'Assemblée générale de l'Organisation des États Américains
 - C. Organisations sous-régionales

LIST OF PARTICIPANTS/LISTA DE PARTICIPANTES

OFFICERS / MESA DIRECTIVA

President / Presidente:	Dra. Violeta Menjívar (El Salvador)
Vice-President / Vicepresidente:	Hon. Molwyn M. Joseph (Antigua and Barbuda)
Vice-President / Vicepresidente:	Dr. Aníbal Velásquez Valdivia (Peru)
Rapporteur / Relator:	Mr. Charles Darr (United States of America)

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS

ANTIGUA AND BARBUDA/ANTIGUA Y BARBUDA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegate – Delegado

Dr. Rhonda Sealey-Thomas
Chief Medical Officer
Ministry of Health and the Environment
St. John's

ARGENTINA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Daniel Gustavo Gollán
Ministro de Salud
Ministerio de Salud
Buenos Aires

Delegates – Delegados

Dra. Andrea Cecilia Carbone
Subsecretaria de Relaciones Sanitarias e
Investigación
Ministerio de Salud
Buenos Aires

Lic. Jorgelina Costanzi
Profesional a cargo de la Dirección Nacional
de Relaciones Internacionales
Ministerio de Salud
Buenos Aires

ARGENTINA (cont.)

Alternates – Alternos

Srta. Luciana Amighini
Coordinadora de Ceremonial y Protocolo
Ministerio de Salud
Buenos Aires

Sra. Valeria Zapesochny
Coordinadora General de Información
Pública y Comunicación
Ministerio de Salud
Buenos Aires

Dra. Raquel Méndez
Directora del Instituto Nacional de la
Administración de Medicamentos,
Alimentos y Tecnología Médica
Ministerio de Salud
Buenos Aires

Sr. Leonardo Verna
Sub-interventor de la Administración
Nacional de Medicamentos,
Alimentos y Tecnología Médica
Ministerio de Salud
Buenos Aires

Dra. Marina Pasinovich
Asesora, Secretaría de Promoción y
Programas Sanitarios
Ministerio de Salud
Buenos Aires

Srta. Cecilia Meirovich
Segunda Secretaria, Representante Alternata
de Argentina ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

BAHAMAS

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. Dr. Michael Perry Gomez, MP
Minister of Health
Ministry of Health of the Commonwealth of
the Bahamas
Nassau

Delegates – Delegados

Mr. Marco Rolle
Permanent Secretary
Ministry of Health
Nassau

Dr. Glen Beneby
Chief Medical Officer
Ministry of Health
Nassau

Alternates – Alternos

Ms. Tracee Dorestant
Second Secretary
The Embassy of the Commonwealth of
the Bahamas
Washington, D.C.

BARBADOS

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. John D. E. Boyce, MP
Minister of Health
Ministry of Health
St. Michael

Delegates – Delegados

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

BARBADOS (cont.)

Delegates – Delegados (cont.)

Mr. Tennyson Springer
Permanent Secretary
Ministry of Health
St. Michael

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

Dr. E. Arthur Phillips
Medical Officer
Ministry of Health
St. Michael

Alternates - Alternos

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

Ms. Nicole Natasha Parris
First Secretary, Alternate Representative
of Barbados to the Organization of
American States
Washington, D.C.

Ms. Angela Mary Patricia Kinch
First Secretary, Alternate Representative
of Barbados to the Organization of
American States
Washington, D.C.

BELIZE/BELICE

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Mrs. Ardelle Lisette Sabido
Minister Counselor, Alternate Representative
of Belize to the Organization of American
States
Washington, D.C.

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

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

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dra. Carla Parada Barba
Viceministra de la Salud y Promoción
Ministerio de Salud
La Paz

Delegate – Delegado

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

BRAZIL/BRASIL

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Sr. Adriano Massuda
Secretário de Ciência, Tecnologia e
Insumos Estratégicos
Ministério da Saúde
Brasília

Delegates – Delegados

Excmo. Sr. José Luiz Machado e Costa
Embaixador, Representante Permanente
do Brasil junto à Organização dos
Estados Americanos
Washington, D.C.

Sr. Bernardo Paranhos Velloso
Ministro Conselheiro, Representante Alterno
do Brasil junto à Organização dos
Estados Americanos
Washington, D.C.

Alternates – Alternos

Sra. Juliana Vieira Borges Vallini
Assessora Especial do Ministro para
Assuntos Internacionais de Saúde
Ministério da Saúde
Brasília

BRAZIL/BRASIL (cont.)

Alternates – Alternos (cont.)

Sr. Giliate Cardoso Coelho Neto
Diretor do Departamento de Informática
do SUS – DATASUS
Ministério da Saúde
Brasília

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

Sr. Eduardo Shigueo Fujikawa
Técnico da Assessoria Internacional
Ministério da Saúde
Brasília

Sec. Erwin Epiphanyo
Representante Alterno do Brasil junto à
Organização dos Estados Americanos
Washington, D.C.

Sec. Laís Garcia
Representante Alternata do Brasil junto à
Organização dos Estados Americanos
Washington, D.C.

CANADA/CANADÁ

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Ms. Sarah Lawley
Director General
Office of International Affairs for the
Health Portfolio
Health Canada
Ottawa

Delegates – Delegados

Her Excellency Jennifer Loten
Ambassador, Permanent Representative
of Canada to the Organization of
American States
Washington, D.C.

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

CANADA/CANADÁ (cont.)

Delegates – Delegados (cont.)

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

Alternates – Alternos

Ms. Lucero Hernandez
Manager, Multilateral Relations Division
Office of International Affairs for the
Health Portfolio
Health Canada
Ottawa

Mrs. Maude Kostine
Alternate Representative of Canada to
the Organization of American States
Washington, D.C.

Ms. Charlotte McDowell
Senior Development Officer and Alternate
Representative of Canada to the
Organization of American States
Washington, D.C.

Dr. Sudeep Bhattarai
Senior Health Advisor
Global Issues and Development Branch
Department of Global Affairs, Trade
and Development
Ottawa

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

CANADA/CANADÁ (cont.)

Alternates – Alternos (cont.)

Ms. Sara Veilleux
Coordonnatrice de la coopération
internationale
Direction des affaires intergouvernementales
et de la coopération internationale
Ministère de la Santé et des Services
Sociaux du Québec
Québec

CHILE

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

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

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

Alternates – Alternos

Dr. Daniel Soto Castillo
Jefe de Gabinete
Subsecretaría de Salud Pública
Ministerio de Salud
Santiago

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

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

CHILE (cont.)

Alternates – Alternos (cont.)

Sra. Mila Francisco
Segunda Secretaria, Representante Alternata
de Chile ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

COLOMBIA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Sr. Fernando Ruiz Gómez
Viceministro de Salud Pública y Prestación
de Servicios
Ministerio de Salud y Protección Social
Bogotá

Delegates – Delegados

Excmo. Sr. Andrés González Díaz
Embajador, Representante Permanente
de Colombia ante la Organización de
los Estados Americanos
Washington, D.C.

Sr. Germán Andrés Calderón Velásquez
Coordinador de Asuntos Sociales
Ministerio de Relaciones Exteriores
Bogotá

Alternates – Alternos

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

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

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

COSTA RICA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

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

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

CUBA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dra. Marcia Cobas Ruiz
Viceministra Primera del Ministerio de
Salud Pública
Ministerio de Salud Pública
La Habana

Delegates – Delegados

Dr. Antonio Diosdado González
Asistente del Departamento de Relaciones
Internacionales
Ministerio de Salud Pública
La Habana

Sr. Jesús Perz
Consejero
Embajada de Cuba
Washington, D.C.

DOMINICA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. Dr. Kenneth Darroux
Minister for Health and Environment
Ministry of Health and Environment
Roseau

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

DOMINICA

Delegates – Delegados

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

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

**DOMINICAN REPUBLIC/REPÚBLICA
DOMINICANA**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Excmo. Dr. Sergio Sarita Valdez
Coordinador de Cooperación Internacional
Ministerio de Salud Pública
Santo Domingo

Delegates – Delegados

Excmo. Sr. Víctor Tirado
Embajador Alterno de la República
Dominicana ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

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

Alternate – Alternos

Sra. Érika Álvarez Rodríguez
Consejero, Representante Alternos de la
República Dominicana ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

ECUADOR

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

Excmo. Marco Albuja Martínez
Embajador, Representante Permanente del
Ecuador ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

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

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

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

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

Alternates – Alternos

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

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

EL SALVADOR

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dra. Elvia Violeta Menjívar
Ministra de Salud
Ministerio de Salud
San Salvador

Delegates – Delegados

Dr. José Eliseo Orellana
Asesor del Despacho Ministerial
Ministerio de Salud
San Salvador

Emb. Lilian Godoy de Cardoza
Encargada de Negocios, a.i.
Misión Permanente de El Salvador ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Alternate – Alterno

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

GUATEMALA

GRENADA/GRANADA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. Nickolas Steele
Minister for Health and Social Security
Ministry for Health and Social Security
Grenada

Delegates – Delegados

Dr. George Mitchell
Chief Medical Officer
Ministry of Health and Social Security
St. George's

GRENADA/GRANADA (cont.)

Delegates – Delegados (cont.)

Mr. Javan Williams
Permanent Secretary
Ministry of Health and Social Security
St. George's

Alternate – Alterno

Ms. Rosemarie Welsh
Counselor, Alternate Representative of
Grenada to the Organization of American
States
Washington, D.C.

GUYANA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. Dr. George Norton
Minister of Public Health
Ministry of Public Health
Georgetown

Delegates – Delegados

Mr. Trevor Thomas
Permanent Secretary
Ministry of Public Health
Georgetown

Dr. Morris Edwards
Chief Medical Officer (ag)
Ministry of Public Health
Georgetown

HAITI/HAITÍ

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr Georges Dubuche
Directeur Générale
Ministère de la Santé publique
et de la Population
Port-au-Prince

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

HAITI/HAITÍ (cont.)

Delegates – Delegados

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

Dr. Jean Patrick Alfred
Directeur de l'Unité d'Etude et de
Planification
Ministère de la Santé Publique et de la
Population
Port-au-Prince

Alternate – Alterno

Dr. Jocelyne B. Pierre Louis
Directrice de la Direction de la Promotion
de la Santé
Ministère de la Santé Publique et de la
Population
Port-au-Prince

HONDURAS

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

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

Dra. Silvia Yolanda Nazar Hernández
Directora General de Normalización
Secretaría de Salud
Tegucigalpa

HONDURAS (cont.)

Alternates – Alternos (cont.)

Dr. Carlos Edgardo Claudino Fajardo
Asesor del Despacho de Salud
Secretaría de Salud
Tegucigalpa

Lic. Nancy Padilla Arias
Jefe de la Unidad de Comunicación
Institucional
Despacho de Salud
Secretaría de Salud
Tegucigalpa

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

JAMAICA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. Dr. Fenton Ferguson
Minister of Health
Ministry of Health
Kingston

Delegates – Delegados

Dr. Kevin Harvey
Permanent Secretary
Ministry of Health
Kingston

H.E. Ralph Samuel Thomas
Ambassador to the United States and
Permanent Representative of Jamaica to
the Organization of American States
Washington, D.C.

Alternates – Alternos

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

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

JAMAICA (cont.)

Alternates – Alternos (cont.)

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

Dr. Lundie Richards
Director, Health Services Planning and
Integration
Ministry of Health
Kingston

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

Ms. Julia Hyatt
Deputy Permanent Representative of
Jamaica to the Organization of
American States
Washington, D.C.

Ms. Denese McFarlane
Health Specialist
Planning Institute of Jamaica
Kingston

Mrs. Claudia Beckford
PAHO Intern

MEXICO/MÉXICO

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

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

MEXICO/MÉXICO (cont.)

Delegates – Delegados (cont.)

Sra. Alejandra García Brahim
Ministra, Representante Permanente Alternativa
de México ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

Alternates – Alternos

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

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

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

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

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

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

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

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

MEXICO/MÉXICO (cont.)

Alternates – Alternos (cont.)

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

Lic. Eduardo González Pier
Subsecretario de Integración y Desarrollo del
Sector Salud
Secretaría de Salud
México, D.F.

Lic. Jesús Schucry Giacoman Zapata
Representante Alterno de
México ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

Lic. Christopher Schubert Letayf
Representante Alterno de
México ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

Lic. Mario Alberto Puga
Representante Alterno de México ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Lic. Daniel Alberto Cámara Ávalos
Representante Alterno de México ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

NICARAGUA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Lic. Luis Alvarado
Ministro Consejero, Representante Alterno
de Nicaragua ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

NICARAGUA (cont.)

Delegates – Delegados

Excmo. Sr. Denis Ronaldo Moncada
Embajador, Representante Permanente de
Nicaragua ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

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

PANAMA/PANAMÁ

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Miguel Mayo
Viceministro de Salud
Ministerio de Salud
Ciudad de Panamá

Delegates – Delegados

Excmo. Sr. Jesús Sierra Victoria
Embajador, Representante Alternos de
Panamá ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

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

Alternates – Alternos

Sr. Jaime Paolo
Director Nacional de Asesoría Legal
Ministerio de Salud
Ciudad de Panamá

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

PANAMA/PANAMÁ (cont.)

Alternates – Alternos (cont.)

Dr. Luis Vega
Asesor Ministerial
Ministerio de Salud
Ciudad de Panamá

Sr. Demetrio Fong Vigil
Consejero, Representante Alterno de
Panamá ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

PARAGUAY

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

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

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

Alternates – Alternos

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

PARAGUAY (cont.)

Alternates – Alternos (cont.)

Dr. Jorge Magno Brítez Acosta
Consejero, Instituto de Previsión Social
Ministerio de Salud Pública y
Bienestar Social
Asunción

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

PERU/PERÚ

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

Lic. Arturo Javier Granados Mogrovejo
Director General
Oficina de Descentralización
Ministerio de Salud
Lima

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

Alternates – Alternos

Sr. José Luis Gonzales Donayre
Ministro, Representante Alterno del
Perú ante la Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

PERU/PERÚ (cont.)

Alternates – Alternos (cont.)

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

Sra. Yésica Fonseca Martínez
Primera Secretaria, Representante Alternada
del Perú ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

SAINT LUCIA/SANTA LUCÍA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

H.E. Elizabeth Darius-Clarke
Ambassador, Permanent Representative
of Saint Lucia to the Organization of
American States
Washington, D.C.

Ms. Cointha Thomas
Permanent Secretary
Ministry of Health, Wellness, Human
Services, and Gender Relations
Waterfront, Castries

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

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Mr. Andrew Skerritt
Permanent Secretary
Ministry of Health
Basseterre

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

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegate – Delegado

Dr. Simone Keizer-Beache
Chief Medical Officer
Ministry of Health, Wellness and the
Environment
Kingstown

SURINAME

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

**TRINIDAD AND TOBAGO/TRINIDAD Y
TABAGO**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Mr. Colin Connelly
Chargé d’Affaires, a.i.
Embassy of the Republic of Trinidad
and Tobago
Washington, D.C.

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

TRINIDAD AND TOBAGO/TRINIDAD Y TABAGO (cont.)

Delegate – Delegado

Mrs. Zauditu Lessey-Perreira
Second Secretary
Embassy of the Republic of Trinidad
and Tobago
Washington, D.C.

UNITED STATES OF AMERICA/ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

Mr. Jimmy Kolker
Assistant Secretary
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.

Alternates – Alternos

Dr. Nerissa Cook
Deputy Assistant Secretary of State
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.

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

Alternates – Alternos (cont.)

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

Ms. Melissa Kopolow McCall
Health Advisor
Office of Economic and Development Affairs
Bureau of International Organization Affairs
Department of State
Washington, D.C.

Ms. Maeve McKean
Senior Advisor to the Assistant Secretary for
Global Affairs
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

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

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

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

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

Alternates – Alternos (cont.)

Mr. Jose Fernandez
Global Health Security Agenda Team Lead
Office of Global Affairs
Department of Health and Human Services
Washington, D.C.

Mr. Robin Go
Multilateral Relations
Office of Global Affairs
Department of Health and Human Services
Washington, D.C.

Ms. Deborah Horowitz
Bureau for Latin America and the Caribbean
Agency for International Development
Washington, D.C.

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

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

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

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

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

Alternates – Alternos (cont.)

Ms. Katherine Monahan
Deputy Director
Office of Economic and Development Affairs
Bureau of International Organization Affairs
Department of State
Washington, D.C.

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

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

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

Ms. Rachel Wood
International Health Analyst
Multilateral Affairs Office
Office of Global Affairs
Department of Health and Human Services
Washington, D.C.

Ms. Katie Qutub
Senior Health System Strengthening Advisor
Bureau for Latin America and the Caribbean
Agency for International Development
Washington, D.C.

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

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

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

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dra. Claudia Morón de Porras
Viceministra de Redes de Salud Colectiva
Ministerio del Poder Popular para la Salud
Caracas

Delegates – Delegados

Lic. Luis Sastre Soto
Director General de la Oficina de Integración
y Asuntos Internacionales
Ministerio del Poder Popular para la Salud
Caracas

Lic. Hilda González Cao
Directora de Relaciones Multilaterales
Ministerio del Poder Popular para la Salud
Caracas

Lic. Julio Colmenares Corona
Coordinador de Organismos Multilaterales
Ministerio del Poder Popular para la Salud
Caracas

Alternates – Alternos

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. Zhaybel Cárdenas
Consejera, Representante Alternata de la
República Bolivariana de Venezuela ante
la Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

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

Alternates – Alternos (cont.)

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

URUGUAY

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Jorge Otto Basso Garrido
Ministro de Salud Pública
Ministerio de Salud Pública
Montevideo

Delegates – Delegados

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

Alternates – Alternos

Sr. Pedro Valenzuela
Representante Alternata del Uruguay ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

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

PARTICIPATING STATES/ESTADOS PARTICIPANTES

FRANCE/FRANCIA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

M. Michel Pinard
Ambassadeur, Observateur permanent
de la France près l'Organisation des
États Américains
Washington, D.C.

Delegate – Delegado

Madame Morgane Buffet
Observateur Permanent Adjointe de
la France près de l'Organisation des
États Américains
Washington, D.C.

NETHERLANDS/PAÍSES BAJOS

Drs. Regine M.A.Th. Aalders
Counselor for Health, Welfare and Sports
Embassy of the Kingdom of the Netherlands
The Netherlands

UNITED KINGDOM/REINO UNIDO

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates - Delegados

Hon. Jeanne J. Atherden
Minister of Health
Ministry of Health
Seniors and Environment
Bermuda

Mr. Wesley Clerveaux
Permanent Secretary
Ministry of Health, Agriculture and
Human Services
Grand Turk, Turks and Caicos Islands

UNITED KINGDOM/REINO UNIDO (cont.)

Delegates - Delegados (cont.)

Hon. Mrs. Delmaude Ryan
Minister of Education, Health and
Social Services – and Deputy Premier
Ministry of Education, Health and
Social Services
Brades, Montserrat

Alternates – Alternos

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

Dr. Cheryl Peek-Ball
Chief Medical Officer
Ministry of Health, Seniors and Environment
Bermuda

Dr. Jennifer Attride-Stirling
Permanent Secretary
Ministry of Health, Seniors and Environment
Bermuda

Mr. David Kendell
Director of Health
Ministry of Health
Bermuda

Mrs. Dorothea Hazel
Epidemiologist/Health Planner
Ministry of Education, Health and
Social Services
Brades, Montserrat

ARUBA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. Alex Schwengle
Minister of Health and Sports
Ministry of Health and Sports
Oranjestad

ASSOCIATE MEMBERS/MIEMBROS ASOCIADOS

ARUBA (*cont.*)

Delegates – Delegados

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

Ms. Angela Guiro
Special Assistant to the Minister
Plenipotentiary for Aruba
Embassy of the Kingdom of the Netherlands
Washington, D.C.

CURAÇAO

PUERTO RICO

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Raúl G. Castellanos Bran
Subsecretario Auxiliar de Salud Familiar y
Servicios Integrados
Departamento de Salud
San Juan

SINT MAARTEN/SAN MARTÍN

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

Drs. Fenna M.R. Arnell
Head of Public Health Department
Ministry of Social Development, Health and
Labour
Philipsburg

Dr. Margje Troost
Policy Worker
Public Health Department
Ministry of Social Development, Health, and
Labour
Philipsburg

OBSERVER STATES/ESTADOS OBSERVADORES

PORTUGAL

SPAIN/ESPAÑA

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

Sra. María Cruz Ciria
Jefa, Área de Salud del Departamento de
Cooperación Sectorial
Agencia Española de Cooperación
Internacional para el Desarrollo
Washington, D.C.

SPAIN/ESPAÑA (*cont.*)

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

Sra. Patricia Martín-Albo Jiménez
Becaria
Misión Observadora Permanente de España
ante la Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

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

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

Dra. María Esther Anchía
Viceministra de Salud
Ministerio de Salud
San José, Costa Rica

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

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

Sra. Inés Bustillo
Sr. Rex García

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

Ms. May Abdel Wahab
Mr. Luca Li Bassi

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

Dr. Edward Greene
Dr. Miriam Chipimo
Dr. César Antonio Núñez
Dr. Benjamin Alli

**United Nations Children's Fund/Fondo de las
Naciones Unidas para la Infancia**

Sra. Luisa Brumana

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

**Caribbean Community/
Comunidad del Caribe**

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

**Hipólito Unanue Agreement/
Convenio Hipólito Unanue**

Dra. Caroline Chang Campos
Dr. Ricardo Cañizares

**Inter-American Commission of Women/
Comisión Interamericana de Mujeres**

Sra. Alejandra Mora Mora
Sra. Carmen Moreno Toscano

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

Sr. Héctor Salazar

**Organization of American States/
Organización de los Estados Americanos**

Mr. Luis Almagro Lemes

**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

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

Ing. Luiz Augusto de Lima Pontes
Ing. Pilar Tello Espinoza

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

Dr. Alfredo Antia
Dr. Rubén Abete

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

Dr. Alberto Paganelli
Dr. Luis Villalba
Dr. Rodney López
Sra. Nacia Pupo
Mrs. Kira Alvarez

U.S. Pharmacopeia

Mr. Damian Cairatti

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

**Alzheimer's Disease International/
Enfermedad de Alzheimer Internacional**

Mr. Marc Wortmann
Ms. Kate Gordon
Mr. Johan Vos

**International Alliance of Patients'
Organizations/Alianza Internacional
de Organizaciones de Pacientes**

Ms. Maria Julia Muñoz Serrano
Mrs. Eva Maria Ruiz de Castilla

Consumers International

Mr. Alejandro Calvillo

**International Federation of Medical Students'
Associations/Federación Internacional de
Asociaciones de Estudiantes de Medicina**

**Framework Convention Alliance for
Tobacco Control/Alianza para el Convenio
Marco para el Control del Tabaco**

Mr. Laurent Huber
Mrs. Kelsey Romeo-Stuppy

Mr. Maria José Cisneros
Mr. Arthur Mello
Ms. Aline Khatchikian
Ms. Chérine Zaim
Mr. Jorge Acosta

**REPRESENTATIVES OF NONGOVERNMENTAL ORGANIZATIONS IN
OFFICIAL RELATIONS WITH WHO / REPRESENTANTES DE ORGANIZACIONES
NO GUBERNAMENTALES EN RELACIONES OFICIALES CON LA OMS (cont.)**

**International Federation of Pharmaceutical
Manufacturers Associations/Federación
Internacional de la Industria del
Medicamento**

**International Diabetes Federation/
Federación Internacional de Diabetes**

Mrs. Sharon Fraser

Ms. Shira Kilcoyne
Ms. Maria del Pilar Rubio-Mejia
Ms. Kathleen Laya
Ms. Julie Hamra
Mr. Robert Simpson
Mr. Vincent Bonelli
Mr. José Noguera

**SPECIAL GUESTS/
INVITADOS ESPECIALES**

Excelentísimo Sr. Juan Orlando Fernández
Presidente de la República de Honduras

Dr. María Isabel Rodríguez
El Salvador
PAHO Public Health Hero of the Americas/
Héroe de la Salud Pública en las Américas

Sra. Ana García de Hernández
Primera Dama de Honduras

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

Dr. Margaret Chan
Director-General

Dr. Mary-Anne Land
Executive Officer
Office of the Director-General

Mrs. Cecilia Rose
Director
Department for Governing Bodies and
External Relations

Dr. Hans Troedsson
Assistant Director-General

Dr. Florence Janine Fuchs
Coordinator
IHR Capacity Assessment, Development
and Maintenance

Dr. Winnie K. Mpanju-Shumbusho
Assistant Director-General

Dr. Gaudenz Ulrich Silberschmidt
Director, Partnerships and Non-State Actors
Policy and Strategic Directions

Dr. Agnès Souca
Director
Health Systems Governance
and Financing

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

**Director and Secretary ex officio of the
Council/Directora y Secretaria ex officio del
Consejo**

Dr. Carissa F. Etienne

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

Dr. Isabella Danel
Deputy Director
Directora Adjunta

Dr. Francisco C. Becerra Posada
Assistant Director
Subdirector

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

Mr. Gerald Anderson
Director of Administration
Director de Administración

Dr. Heidi Jiménez
Legal Counsel, Office of the Legal Counsel
Asesora Jurídica, Oficina del Asesor
Jurídico

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

- - -