



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ  
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



**51<sup>e</sup> CONSEIL DIRECTEUR**  
**63<sup>e</sup> SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL**

*Washington, D.C., É-U, du 26 au 30 septembre 2011*

---

CD51/FR (Fr.)  
30 septembre 2011  
ORIGINAL: ANGLAIS

**RAPPORT FINAL**

## TABLE DES MATIÈRES

	<i>Page</i>
<b>Ouverture de la session</b> .....	6
<b>Questions relatives au Règlement</b>	
Constitution de la Commission de vérification des pouvoirs.....	6
Election du Président, de deux Vice-présidents et du Rapporteur .....	6
Établissement 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
<b>Questions relatives à la Constitution</b>	
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
<b>Questions relatives à la politique des programmes</b>	
Programme et budget de l'OPS 2012-2013.....	12
Stratégie et Plan d'action sur la santé en milieu urbain .....	16
Stratégie et Plan d'action sur le changement climatique.....	18
Plan d'action sur la sécurité routière .....	21
Plan d'action pour réduire l'usage nocif de l'alcool .....	23
Plan d'action sur l'usage de substances psychoactives et la santé publique.....	24
Stratégie et Plan d'action sur l'épilepsie .....	26
Stratégie et Plan d'action sur le paludisme .....	27
Plan d'action pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et les cas graves de morbidité maternelle.....	30
Stratégie et Plan d'action sur la cybersanté.....	35
Panel de discussion sur la maternité sans risque et l'accès universel à la santé sexuelle et génésique.....	38
Table ronde sur la résistance aux antimicrobiens.....	42
<b>Questions administratives et financières</b>	
Rapport sur le recouvrement des contributions.....	45
Rapport financier du Directeur et rapport du Commissaire aux comptes externe pour 2010.....	46

**TABLE DES MATIÈRES (suite)**

	<i>Page</i>
<b>Questions administratives et financières (suite)</b>	
Nomination du Commissaire aux comptes de l'OPS pour 2012-2013 et 2014-2015 .....	48
Traitement du Directeur du Bureau sanitaire panaméricain.....	50
<b>Sélection d'États Membres pour faire partie des Conseils ou Comités</b>	
Élection de deux membres pour faire partie du Comité consultatif du Centre latino-américain et des Caraïbes d'information dans les sciences de la santé (BIREME) .....	50
<b>Prix</b>	
Prix de l'OPS d'administration, 2011 .....	50
Prix Abraham Horwitz pour le leadership en santé interaméricaine 2011.....	51
Prix Manuel Velasco Suárez d'excellence en bioéthique 2011 .....	51
Prix Sérgio Arouca d'excellence en santé publique 2011.....	52
Autres Prix communs PAHEF et OPS .....	52
<b>Questions soumises pour information</b>	
Consultation régionale sur la réforme de l'OMS .....	53
Rapport d'avancement sur la Modernisation du Système d'information pour la gestion du Bureau sanitaire panaméricain.....	57
Rapport sur la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles.....	58
Rapports d'avancement sur les questions techniques .....	61
(A) Immunisation : défis et perspectives .....	61
(B) Mise en œuvre de la stratégie et plan d'action mondial sur la santé publique, innovation et propriété intellectuelle .....	61
(C) Avancées dans la mise en œuvre de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac .....	61
(D) Mise en œuvre du Règlement sanitaire international .....	61
(E) Avancées vers la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement relatifs à la santé dans la Région des Amériques .....	61
(F) Examen des Centre panaméricains.....	61
(G) Initiative régionale pour la sécurité transfusionnelle et Plan d'action pour 2006-2010 : évaluation finale .....	66
Rapports d'avancement sur les questions administratives et financières.....	68
(A) État de la mise en œuvre des normes comptables internationales du secteur public (IPSAS).....	68

## TABLE DES MATIÈRES (suite)

	<i>Page</i>
<b>Questions soumises pour information (suite)</b>	
(B) Plan-cadre d'investissement.....	69
Résolutions et autres actions d'organisations intergouvernementales revêtant un intérêt pour l'OPS.....	70
(A) Soixante-quatrième Assemblée mondiale de la Santé .....	70
(B) Quarante-et-unième session ordinaire de l'Assemblée générale de l'Organisation des États américains .....	70
(C) Organisations sous-régionales.....	70
<b>Autres questions</b>	
Vingt-cinquième anniversaire du Programme sanitaire international de l'OPS .....	71
Lancement de l'Atlas régional de la vulnérabilité sociale infranationale et de son impact sur la santé et du supplément sur la rubéole du Journal of Infectious Diseases.....	71
<b>Clôture de la Session</b> .....	71
<b>Résolutions et décisions</b>	
<b><i>Résolutions</i></b>	
CD51.R1 Élection de trois États membres au Comité exécutif au terme des mandats de l'Argentine, du Guatemala et d'Haïti.....	72
CD51.R2 Élection de deux membres pour faire partie du Comité consultatif du Centre latino-américain et des caraïbes d'information dans les sciences de la santé (BIREME).....	73
CD51.R3 Nomination du Commissaire aux comptes de l'OPS pour 2012-2013 et 2014-2015 .....	74
CD51.R4 Stratégie et Plan d'action sur la santé en milieu urbain.....	75
CD51.R5 Stratégie et Plan d'action sur la cybersanté .....	78
CD51.R6 Plan d'action sur la sécurité routière.....	81
CD51.R7 Plan d'action sur l'usage de substances psychoactives et la santé publique.....	84
CD51.R8 Stratégie et plan d'action sur l'épilepsie .....	86
CD51.R9 Stratégie et Plan d'action contre le paludisme.....	89
CD51.R10 Programme et budget de l'OPS 2012-2013.....	91

**TABLE DES MATIÈRES (suite)**

*Page*

**Résolutions (suite)**

CD51.R11, Rév. 1	Contributions des États Membres, des États Participants et des Membres Associés de l'Organisation panaméricaine de la Santé pour 2012-2013 .....	95
CD51.R12	Plan d'action pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et les cas graves de morbidité maternelle .....	98
CD51.R13	Traitement du Directeur du Bureau sanitaire panaméricain.....	101
CD51.R14	Plan d'action pour réduire l'usage nocif de l'alcool .....	101
CD51.R15	Stratégie et plan d'action sur le changement climatique .....	104

**Décisions**

Décision CD51(D1)	Constitution de la Commission de vérification des pouvoirs.....	106
Décision CD51(D2)	Élection du Bureau .....	106
Décision CD51(D3)	Constitution de la Commission générale.....	106
Décision CD51(D4)	Adoption de l'ordre du jour .....	106

**Annexes**

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

## RAPPORT FINAL

### Ouverture de la session

1. Le 51<sup>e</sup> Conseil directeur de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS), 63<sup>e</sup> 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 26 au 30 septembre 2011. Le Conseil a adopté 15 résolutions et quatre décisions, qui sont jointes à la fin du présent rapport. L'ordre du jour et la liste des participants figurent en Annexes A et C respectivement.

2. Monsieur Salomón Chertorivsky Woldenberg (Mexique, Président sortant) a ouvert la session et a souhaité la bienvenue aux participants. Les allocutions d'ouverture ont été faites par le Dr Mirta Roses (Directrice, Bureau sanitaire panaméricain [BSP]), Mme Kei Kawabata (Responsable du secteur social, Banque interaméricaine de Développement), l'Ambassadeur Albert R. Ramdin (Sous-secrétaire général, Organisation des États américains), l'Hon. Kathleen Sebelius (Secrétaire des Services humains et de santé, États-Unis d'Amérique, pays hôte), le Dr. Margaret Chan (Directeur-général, Organisation mondiale de la Santé) et M. Chertorivksy Woldenberg. Le texte de leurs allocutions se trouve sur la page web du 51<sup>e</sup> Conseil directeur.<sup>1</sup>

### 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 Antigua et Barbuda, le Canada et le Honduras en tant que membres de la Commission de vérification des pouvoirs (décision CD51[D1]).

#### *Election du Président, de deux Vice-présidents et du Rapporteur*

4. Conformément à l'Article 16 du Règlement intérieur, le Conseil a élu le Bureau suivant (décision CD51[D2]) :

<i>Président :</i>	Panama	(Dr Franklin Vergara Jaén)
<i>Vice-président :</i>	Bahamas	(Hon. Dr Hubert Alexander Minnis)
<i>Vice-président :</i>	Uruguay	(Dr Jorge Venegas)
<i>Rapporteur :</i>	Bolivie	(Dr Nila Heredia)

---

<sup>1</sup> Voir le site Web du 51<sup>e</sup> Conseil directeur :  
[http://new.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&task=view&id=5723&Itemid=4139&lang=fr](http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=5723&Itemid=4139&lang=fr).

5. Comme la Déléguée de Bolivie a été obligée de retourner dans son pays peu de temps après l'ouverture de la session, l'Argentine (représentée par Monsieur Sebastián Tobar) a été nommée en tant que Rapporteur pro tempore pour le reste de la session.

6. Le Dr Mirta Roses (Directrice du BPS) a rempli, de droit, les fonctions de Secrétaire de la réunion et le Dr Jon Kim Andrus (Directeur adjoint du BSP) a assumé les fonctions de Secrétaire technique.

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

7. Le Président a annoncé qu'il ne serait pas nécessaire de constituer un groupe de travail, étant donné qu'aucun État Membre n'était actuellement sujet aux restrictions de vote prévues au titre de l'article 6.B de la Constitution de l'OPS (voir rapport sur le recouvrement des contributions, paragraphes 140 à 146 ci-dessous).

#### ***Constitution de la Commission générale***

8. Conformément à l'Article 32 du Règlement intérieur, le Conseil a nommé Cuba, le Guatemala, et les États-Unis d'Amérique pour se joindre au Président du Conseil, aux deux Vice-présidents et au Rapporteur en tant que membres de la Commission générale (décision CD51[D3]).

#### ***Adoption de l'ordre du jour (document CD51/1, Rév. 1)***

9. Le Conseil a adopté l'ordre du jour provisoire figurant dans le document CD51/1, Rév. 1, avec un seul changement : le point 8.1, « Plan stratégique à moyen terme de l'OMS 2008-2013 et budget programme proposé 2012-2013, » a été retiré du fait que ces documents avaient déjà été approuvés par l'Assemblée mondiale de la Santé en mai 2011 (décision CD51[D4]). Le Conseil a également adopté un programme des réunions (document CD51/WP/1, Rév.1).

#### **Questions relatives à la Constitution**

#### ***Rapport annuel du Président du Comité exécutif (document CD51/2)***

10. Le Dr St. Clair Thomas (Saint Vincent et les Grenadines, Président du Comité exécutif) a fait le compte rendu des activités exécutées par le Comité exécutif et son Sous-comité du programme, du budget et de l'administration, entre septembre 2010 et septembre 2011, mettant en exergue les points de l'ordre du jour qui ont été discutés par le Comité mais qui n'ont pas été présentés au 51<sup>e</sup> Conseil directeur, aux fins de son examen, et notant qu'il ferait le compte rendu des autres points au fur et à mesure qu'ils

seraient traités par le Conseil. Les points de l'ordre du jour qui n'ont pas été présentés sont les suivants : organisations non gouvernementales en relations officielles avec l'OPS, le Rapport annuel du Bureau d'éthique, le Rapport des Services de supervision et d'évaluation internes, le Rapport du Comité d'Audit, le statut des projets financés par le Compte de réserve, les amendements au Règlement du personnel du BSP, et la déclaration d'un représentant de l'Association du personnel de l'OPS/OMS. Les détails de ces discussions et les actions prises sur ces points de l'ordre du jour figurent dans le rapport final de la 148<sup>e</sup> session du Comité exécutif (document CE148/FR).

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

***Rapport annuel du Directeur du Bureau sanitaire panaméricain (document CD51/3)***

12. Suite à la projection d'une vidéo donnant une vue d'ensemble du travail réalisé par l'Organisation lors de l'année précédente, la Directrice a présenté son Rapport annuel dont le thème portait sur « la santé et les objectifs du Millénaire pour le développement : de l'engagement à l'action, » mettant en exergue certaines des manières dont la coopération technique de l'OPS avait appuyé les efforts des pays pour réaliser les objectifs. Elle a noté qu'alors que la Région dans son ensemble était sur la bonne voie pour réaliser la plupart des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD), dont ceux portant sur la faim, la mortalité infantile et l'eau et l'assainissement, les progrès avaient été inégaux entre les pays et au sein des pays, et que dans presque tous les pays il y avait des populations vulnérables qui n'avaient pas bénéficié pleinement des progrès nationaux sur les objectifs. Le besoin de concentrer les efforts sur ces populations avait été un principe central de la coopération technique de l'OPS et l'initiative « Visages, Voix et Lieux » de l'Organisation s'était efforcée de faire des OMD une réalité dans la vie quotidienne de ces populations.

13. En ce qui concernait les cibles relatives à la faim de l'OMD 1, la coopération de l'OPS avait comporté le renforcement de la surveillance, la détection et le traitement de la malnutrition ; la promotion de l'allaitement ; le soutien à la supplémentation en micronutriments et la fortification des aliments ; et la coopération inter-organismes sur les interventions fondées sur des données factuelles et multisectorielles pour attaquer les causes de la malnutrition. Le travail visant à contribuer à la réalisation de l'OMD 4 (Réduire la mortalité infantile) a été exécuté dans le cadre de la Stratégie et Plan d'action régionaux pour la santé néonatale dans le contexte du processus continu de soins à la mère, au nouveau-né et à l'enfant, adoptés par le 48<sup>e</sup> Conseil directeur en 2008. La vaccination a constitué un facteur clé dans la réussite de la Région concernant la réduction de la mortalité infantile. Le Fonds renouvelable de l'OPS pour l'achat de

vaccins a dépensé près de \$723 millions<sup>2</sup> pour l'achat de vaccins et de fournitures d'immunisation au nom des pays et territoires de la Région, dont de nombreux ont introduit de nouveaux vaccins pour l'enfance dans leurs programmes de vaccination au cours de la période 2010-2011, avec l'appui de l'OPS et de l'Alliance GAVI. Un total de 41 millions de personnes a été immunisé pendant la Semaine de la vaccination aux Amériques.

14. La coopération technique pour réduire la mortalité maternelle (OMD 5) s'est étendue des protocoles et de la formation aux soins obstétricaux à l'appui à la surveillance, à la réorganisation des services de santé, et au plaidoyer sur les droits des usagers des services de santé à des soins exhaustifs et de qualité élevée de santé sexuelle et génésique. L'OPS a également appuyé les efforts destinés à réduire la mortalité maternelle parmi les femmes autochtones. En ce qui concernait l'OMD 6 (Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies), un appui critique pour étendre la couverture du traitement antirétroviral a été fourni par le Fonds renouvelable régional de l'OPS pour les fournitures stratégiques de santé publique (le « Fonds stratégique ») entre juin 2010 et juin 2011, ce qui a eu pour résultat que les pays se sont procurés des médicaments suffisants pour traiter quelque 30 000 personnes infectées par le VIH. Les efforts menés à bien dans le cadre de la Stratégie et du Plan d'action pour l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis congénitale ont inclus un soutien à des interventions de prévention et de contrôle, des améliorations des services de santé, une collaboration accrue avec d'autres organismes et secteurs et avec la communauté, et un appui à l'amélioration du recueil et de l'analyse des données.

15. L'Organisation a continué à travailler en partenariat avec l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) pour lutter contre le paludisme par le biais du Réseau amazonien pour la surveillance de la résistance aux médicaments antipaludéens et de l'Initiative amazonienne pour le paludisme, ayant pour résultat la baisse de 52% et de 69% respectivement des cas de paludisme et des décès causés par le paludisme depuis 2000. Pour lutter contre la tuberculose, l'OPS a appuyé le renforcement des laboratoires et les interventions destinées à agir sur les déterminants sociaux de la maladie.

16. Le travail en ce qui concernait l'OMD 7 (Assurer un environnement durable) s'est efforcé d'étendre l'accès à l'eau potable et l'assainissement et de réduire les écarts relatifs à l'accès entre les zones urbaines et les zones rurales. Une grande part de cette tâche s'est concentrée sur la sécurité de l'eau et sur le développement de normes fondées sur des données factuelles à des fins réglementaires, sur la conception de plans et de programmes pour la surveillance et le suivi de la qualité de l'eau, et le renforcement de la capacité dans la surveillance épidémiologiques des maladies hydriques. L'Organisation a

---

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

également apporté sa coopération technique dans le domaine du changement climatique et de la santé.

17. Pour ce qui était de l'ODM 8 (Mettre en place un partenariat mondial pour le développement), l'OPS a participé à de nombreux partenariats régionaux visant à accélérer les progrès sur les OMD, dont l'Alliance panaméricaine pour la nutrition et le développement, l'Alliance de santé néonatale d'Amérique latine et des Caraïbes et le Groupe de travail régional inter-agences pour la réduction de la mortalité maternelle. Elle a également travaillé avec d'autres organismes des Nations Unies, des agences de développement bilatérales et des partenaires non gouvernementaux.

18. La Directrice a invité les États Membres à examiner le chapitre 3 de son rapport, qui offrait une discussion approfondie des enseignements tirés au cours de la décennie antérieure de travail sur les OMD et qui examinait les défis qui restaient pour les années précédant 2015 et après 2015. Ces enseignements comprenaient le besoin d'adapter les cibles et les indicateurs pour les rendre plus constructifs dans le contexte régional, l'urgence de créer un capital humain au niveau local et l'importance d'une deuxième génération d'ODM qui agiraient sur de nouveaux problèmes tels que les maladies chroniques non transmissibles et les maladies tropicales négligées, la sécurité publique, la justice et les droits de l'homme. Elle a souligné l'importance d'appliquer les leçons apprises pour aider à consolider les acquis obtenus jusqu'à présent et assurer qu'ils dureraient au-delà de 2015. Par-dessus tout, la Région devait veiller à ce que la vision des OMD continue à vivre et inspire de nouveaux efforts pour étendre les bénéfices de la santé et du développement à tous les habitants des Amériques.

19. Le Conseil directeur a remercié la Directrice pour son rapport détaillé et s'est félicité des progrès accomplis sur la voie des OMD relatifs à la santé. Dans le même temps, le Conseil a reconnu qu'il restait un travail considérable à faire de façon à assurer que les objectifs soient atteints dans toutes les zones géographiques et dans tous les groupes de population et il a souligné le besoin d'un engagement soutenu et d'un effort concerté à cette fin. L'OPS était engagée à poursuivre son travail pour aider les États Membres à renforcer leurs systèmes d'information en santé et de communications, afin d'identifier les domaines dans lesquels les progrès avaient été limités et de réduire les inégalités dans l'état de santé. À cet égard, la Stratégie et le Plan d'action proposés sur la cybersanté (voir paragraphes 107 à 116 ci-dessous) ont été accueillis avec satisfaction. Des efforts continus pour fortifier les systèmes de santé et renforcer les services de soins de santé primaires ont également été vivement recommandés. Le besoin d'améliorer l'accès aux services de santé et de rendre ces services plus réactifs aux besoins des populations vulnérables, éloignées et insuffisamment desservies a été mis en exergue. Plusieurs délégués ont souligné le lien entre la pauvreté et la malnutrition — y compris la sous-nutrition et l'obésité — et ont mis l'accent sur le besoin de politiques et de programmes visant à assurer la sécurité alimentaire et nutritionnelle. L'OPS a été

encouragée à intensifier ses efforts pour promouvoir l'allaitement exclusif jusqu'à l'âge de six mois.

20. De nombreux délégués ont mis en exergue le besoin d'une action multidisciplinaire et intersectorielle afin d'agir sur les déterminants sociaux et économiques qui faisaient obstacle à la réalisation des OMD. L'importance de la solidarité régionale et mondiale, de la coopération et du partage des expériences entre les pays et le multilatéralisme a également été relevée. Les délégués ont confirmé leur appui au travail de l'OPS et ils ont fait part de leur reconnaissance au soutien que l'Organisation apportait aux efforts de leurs pays pour atteindre les OMD relatifs à la santé. La contribution du Fonds renouvelable pour l'achat des vaccins contribuant au renforcement des programmes nationaux de vaccination et aidant les pays à prévenir les maladies évitables par la vaccination a été particulièrement mise en exergue.

21. L'accent a été mis sur le besoin d'une action intensifiée afin d'améliorer la santé maternelle et de réduire la mortalité maternelle, et les délégués ont fait part de leur ferme soutien au Plan d'action proposé pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et les cas graves de morbidité maternelle (voir paragraphes 90 à 106 ci-dessous). Ils ont noté que la plupart des décès maternels pourraient être prévenus en assurant aux femmes un accès à des services de santé de qualité élevée et des soins obstétricaux d'urgence et en assurant la gratuité de ces soins obstétricaux. Ils ont également fait remarquer que de nombreux décès de nourrissons et d'enfants étaient évitables et le besoin d'une attention accrue portée sur la prévention des accidents et des problèmes tels que le syndrome de mort subite du nourrisson a été noté. L'immunisation était considérée comme l'une des manières les plus efficaces d'empêcher les décès infantiles, et les États Membres ont été encouragés à incorporer de nouveaux vaccins tels que le vaccin antipneumococcique et le vaccin antirotavirus dans leurs programmes de vaccination. On a signalé que dans un pays, l'introduction de ce dernier vaccin avait eu pour résultat une chute de 41% des décès infantiles imputables aux maladies diarrhéiques. Il a également été recommandé aux États Membres d'appuyer l'exécution des recommandations de la Commission de l'information et de la redevabilité pour la santé de la femme et de l'enfant afin de suivre et d'évaluer les progrès dans l'amélioration des résultats de la santé pour les femmes et les enfants.

22. La prévention et la maîtrise des maladies chroniques non transmissibles ont été identifiées comme un domaine nécessitant une action concertée, tant dans l'avenir immédiat qu'au-delà de 2015. Les délégués ont souligné le besoin de maintenir la dynamique générée par la récente réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la question (voir paragraphes 200 à 212 ci-dessous). Ils ont félicité l'OPS pour son rôle de chef de file dans la préparation de cette réunion.

23. Plusieurs délégués ont mis en relief l'importance du processus de réforme de l'OMS actuellement en cours. La Déléguée du Paraguay, soutenue par le Délégué du Brésil, a fait une déclaration à ce sujet au nom des pays membres de l'Union des nations sud-américaines (UNASUR). (Le contenu de cette déclaration est repris dans le résumé des délibérations du Conseil sur la réforme de l'OMS, paragraphes 180 à 194 ci-dessous.) Le Délégué du Brésil a invité tous les États Membres à participer à la Conférence mondiale sur les déterminants sociaux de la santé, qui se tiendra à Rio de Janeiro du 19 au 21 octobre 2011.

24. Le Conseil a remercié la Directrice et a pris note du rapport.

#### ***Élection de trois États Membres au Comité exécutif (document CD51/4)***

25. Le Conseil a élu le Brésil, le Chili et El Salvador au Comité exécutif, remplaçant l'Argentine, le Guatemala et Haïti dont les mandats auprès du Comité avaient expiré.

26. Le Conseil a adopté la résolution CD51.R1, déclarant que le Brésil, le Chili et El Salvador ont été élus comme membres auprès du Comité exécutif pour une période de trois ans et a remercié l'Argentine, le Guatemala et Haïti pour leur service.

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

##### ***Programme et budget de l'OPS 2012-2013 (document officiel 338 et Add. I ; Add II, Rév. 1 ; Add. III ; et Add. IV)***

27. Le Dr St. Clair Thomas (Représentant du Comité exécutif) a fait savoir que le Comité exécutif avait discuté d'une manière approfondie le budget programme proposé lors de sa 148<sup>e</sup> session et au cours d'une réunion virtuelle par la suite. La proposition initiale du budget examinée par le Comité n'avait pas préconisé d'augmentation du budget global qui serait resté à son niveau de 2010-2011 de \$642,9 millions. Le Comité avait envisagé trois scénarios de financement : le scénario A, qui préconisait une augmentation de 10,5% des contributions pour couvrir les coûts de l'inflation et les coûts statutaires déjà encourus au cours de la période 2010-2011 ; le scénario B, qui préconisait une augmentation de 6,7% des contributions ; et le scénario C, qui préconisait une croissance nominale zéro des contributions. Dans tous les scénarios, une baisse importante des contributions volontaires et du revenu divers était attendue.

28. Le scénario A avait été considéré irréaliste dans le climat économique actuel. Quelques délégations avaient soutenu le scénario C. Elles avaient fait remarquer que leurs pays étaient aux prises avec de graves contraintes financières, ce qui rendait difficile, sinon impossible, d'obtenir l'approbation au niveau national d'une augmentation des contributions de leurs gouvernements à l'OPS. D'autres délégations

avaient soutenu le scénario B, notant que le scénario C aurait pour résultat une réduction drastique du budget de la coopération technique de l'Organisation et qui la rendrait incapable de réaliser un grand nombre des objectifs stratégiques établis dans le Plan stratégique 2008-2013. Au vu de l'absence d'un consensus sur le scénario à recommander au Conseil directeur, le Comité avait demandé au Bureau de formuler un autre scénario, un scénario qui ne nécessiterait pas une augmentation de 6,7% des contributions des États Membres, mais qui n'impliquerait pas les coupes sévères du budget non lié aux postes qui résulteraient d'un scénario de croissance nominale zéro.

29. Le Bureau avait ensuite présenté le scénario D, qui, à l'origine, préconisait une augmentation de 4,5% des contributions des États Membres et une réduction de 28,25% de la portion non liée aux postes du budget — contre une réduction de 23,7% dans le scénario B et une réduction de 37,8% dans le scénario C. Le budget ordinaire total dans le scénario D s'élèverait à \$290,5 millions — contre \$294,5 millions dans le scénario B et \$282,1 millions dans le scénario C. La portion liée aux postes s'élèverait à \$222,5 millions dans les trois scénarios, alors que la portion non liée aux postes serait de \$67 millions dans le scénario B, de \$54,6 millions dans le scénario C, et de \$63 millions dans le scénario D. Plusieurs délégués avaient soutenu le scénario D, le considérant comme un bon compromis entre le scénario B et celui de croissance nominale zéro. Les délégués qui avaient appuyé le scénario C dans la discussion antérieure étaient restés en faveur de la croissance nominale zéro des contributions. Ils ont fait remarquer que dans les quatre scénarios, toute augmentation des contributions serait affectée à la portion du budget liée aux postes, qui augmenterait de 14,5% dans tous les scénarios, alors que le budget consacré aux activités de coopération technique serait à la baisse. Le Comité avait prié instamment le Bureau d'étudier des façons de redistribuer les fonds entre les deux composantes, et avait demandé d'établir des alternatives aux scénarios B, C et D qui préconiseraient une augmentation plus faible de la composante postes du budget.

30. Ces scénarios de remplacement avaient été discutés plusieurs semaines plus tard dans une réunion virtuelle. Le Bureau avait révisé les scénarios C et D, qui étaient toujours en cours de discussion, alors que les scénarios A et B ne l'étaient pas, et avait préparé une proposition de budget révisée basée sur le scénario D (contenue dans le *document officiel* 338 et Add. I). Le budget total dans le scénario D révisé serait de \$626,7 millions, une réduction de 2,5%, soit \$16,2 millions, par rapport au budget de 2010-2011. La composante des postes à durée déterminée représenterait 40% et la composante non liée aux postes, 60%. Le budget ordinaire demeurerait inchangé à \$287,1 millions. Toutefois, afin de maintenir le budget ordinaire à ce niveau, une augmentation de 4,3% des contributions des États Membres serait nécessaire pour combler la baisse attendue de \$8 millions du revenu divers.

31. Après des discussions considérables, le Comité avait accepté d'adopter la résolution CE148.R16, recommandant que le Conseil directeur approuve le budget

programme proposé, basé sur le scénario D révisé, qui avait été soutenu par une majorité des membres du Comité. Toutefois, à la demande de l'un de ses membres, le Comité avait également décidé de demander au Bureau de préparer un autre scénario pour discussion pendant le Conseil directeur, scénario dans lequel l'augmentation proposée des contributions serait de 2,15%; à savoir, la moitié de l'augmentation de 4,3% proposée dans le scénario D révisé. Le Bureau avait par conséquent préparé le scénario E (contenu dans le document OD338, Add. II, Rév. 1). Le Comité avait également adopté la résolution CE148.R17, recommandant que le Conseil directeur établisse les contributions des États Membres, États participants et Membres associés sur la base du scénario D révisé. Des détails supplémentaires des discussions du Comité sur le budget figurent dans le rapport final de sa 148<sup>e</sup> session (document CE148/FR).

32. Le Conseil directeur a remercié le Comité exécutif de sa considération attentive de la proposition de budget et a fait part de sa gratitude au Bureau pour avoir travaillé durement à la préparation des différents scénarios. Les délégués ont loué le détail et la transparence évidents dans la proposition de budget et ont félicité les efforts du Bureau pour contenir les coûts et renforcer l'efficacité et la productivité. Ils ont également reconnu les défis financiers qu'affrontait l'OPS en résultat de l'augmentation des coûts des postes et des réductions prévues dans les contributions volontaires et le revenu divers, et ont reconnu que les scénarios C, D et E impliqueraient tous des coupes substantielles dans la portion du budget non liée aux postes, réduisant la capacité de coopération technique de l'Organisation et compromettant sa capacité à réaliser les objectifs stratégiques établis dans le Plan stratégique 2008-2013.

33. Néanmoins, tout en affirmant leur soutien solide au travail de l'OPS et reconnaissant la validité de la justification du Bureau de l'augmentation demandée des contributions, de nombreux délégués ont indiqué que leurs gouvernements ne seraient pas en mesure d'accepter une augmentation de 4,3% de leurs contributions à l'Organisation, tel qu'envisagé dans le scénario D. Nombre d'entre eux ont noté que, tout comme l'OPS, leurs pays affrontaient de graves contraintes financières et avaient été obligés d'imposer des mesures d'austérité, dont la diminution ou l'élimination de programmes, des coupes dans les dépenses et le gel des salaires dans le secteur public. Plusieurs ont fait remarquer que leurs contributions avaient augmenté pendant deux périodes biennales consécutives, et que dans certains cas, elles augmenteraient encore dans la prochaine période biennale, même avec un scénario de croissance nominale zéro, en résultat de la dernière révision de l'échelle des contributions de l'Organisation des États américains (OEA) sur laquelle l'échelle de l'OPS était basée.

34. Parmi les États Membres et les États participants qui s'opposaient au scénario D, quatre favorisaient le scénario C et cinq soutenaient le scénario E. Ce dernier groupe considérait le scénario E comme un bon compromis entre les scénarios C et D, un scénario dans lequel le Secrétariat et les États Membres partageraient la responsabilité

pour couvrir le déficit dans le revenu divers et qui trouverait un juste milieu entre les contraintes financières qu'affrontaient de nombreux États Membres et l'impact qu'aurait le financement réduit sur les programmes et les activités de l'OPS. Plusieurs délégués ont souligné le besoin d'une coopération accrue entre les pays pour combler la réduction de la capacité de coopération technique de l'OPS. Ils ont également souligné l'importance d'assurer que la Région reçoive sa pleine affectation de fonds ordinaires et volontaires de l'OMS.

35. Tous les pays de la Communauté des Caraïbes (CARICOM) et huit autres États Membres ont soutenu le scénario D. Plusieurs délégués ont noté qu'une augmentation de 4,3% des contributions représenterait un fardeau pour leurs gouvernements, mais que dans un esprit de solidarité et de panaméricanisme, ils étaient prêts à faire ce sacrifice. Le Délégué de la Barbade a demandé au Conseil d'accorder la considération voulue à l'impact qu'aurait une réduction de la capacité de coopération technique de l'OPS sur les petits pays ayant des économies vulnérables dans la région des Caraïbes.

36. Au vu du manque d'accord sur le scénario à soutenir, le Conseil a décidé de former un groupe de travail composé de l'Argentine, du Brésil, de la Colombie et de la Dominique au nom de CARICOM, et des États-Unis d'Amérique, du Mexique et du Panama afin d'atteindre un consensus.

37. Le Dr David Johnson (Dominique) a informé par la suite que le Paraguay s'était également joint au groupe de travail, qui avait tenu trois réunions. Le groupe avait tout d'abord considéré les scénarios D et E, mais n'avait pu arriver à un consensus sur aucun des deux. Une proposition avait alors été faite pour considérer un terrain d'entente entre les deux scénarios, et le groupe de travail avait demandé au Bureau d'élaborer un éventuel scénario F, préconisant une augmentation de 3,2% des contributions. Après d'autres discussions et consultations avec leurs gouvernements respectifs, les membres du groupe de travail avaient convenu à l'unanimité de recommander que le Conseil adopte une proposition de budget révisée sur la base du scénario F. Dans le scénario F, le budget total serait de \$613,4 millions (une réduction de 4,6% par rapport à l'exercice biennal 2010-2011), le budget ordinaire s'élèverait à \$285,1 millions (une réduction de 0,7%), et 12% des cibles du Plan stratégique ne seraient pas atteintes. Le groupe de travail avait souligné que l'approbation d'une augmentation des contributions des États Membres ne représentait pas un chèque en blanc pour l'OPS et qu'il fallait que le Bureau identifie des domaines dans lesquels les coûts administratifs pouvaient encore être réduits de façon à atteindre un plus grand nombre des objectifs du Plan stratégique.

38. Le Conseil a accepté la recommandation du groupe de travail sans autre commentaire et a adopté les résolutions CD51.R10 et CD51.R11, Rév.1, approuvant le programme de travail pour le Bureau comme spécifié dans le *document officiel 338* et

l'Add. IV, et établissant les contributions des États Membres, des États participants et des Membres associés sur la base du scénario F.

39. La Directrice a remercié les États Membres de la confiance qu'ils avaient placée dans le personnel de l'Organisation et de leur engagement à atteindre un consensus dans un véritable esprit de collaboration et de solidarité. Elle a assuré le Conseil que le personnel appréciait la confiance et la responsabilité qui lui étaient accordées et qu'il ferait tout son possible pour veiller à ce qu'il soit fait bon usage des fonds durement acquis afin de favoriser au maximum la santé de tous les peuples des Amériques.

***Stratégie et Plan d'action sur la santé en milieu urbain (document CD51/5)***

40. Dr St. Clair Thomas (Représentant du Comité exécutif) a rappelé que la stratégie et le plan d'action proposés sur la santé en milieu urbain avaient été préparés en réponse à une demande des ministres de la santé participant à la table ronde sur la santé en milieu urbain tenue lors du 50<sup>e</sup> Conseil directeur en 2010 et avaient été soumis à l'examen du Comité exécutif lors de sa 148<sup>e</sup> session. Le Comité avait accueilli favorablement la stratégie et le plan d'action, soulignant l'importance du problème et reconnaissant que les schémas actuels d'urbanisation décourageaient souvent les comportements sains et contribuaient aux problèmes de santé publique et à des taux plus élevés de maladies transmissibles et non transmissibles parmi les populations urbaines. Le besoin d'une action interprogrammatique et intersectorielle pour agir sur les déterminants de la santé en milieu urbain avait également été mis en exergue. Le Comité avait proposé plusieurs révisions dont le but était de renforcer la clarté de la stratégie et du plan d'action (les détails figurent dans le rapport final de la 148<sup>e</sup> session du Comité (document CE148/FR), et avait par la suite adopté la résolution CE148.R10, recommandant que le Conseil directeur avalise la stratégie et approuve le plan d'action suite à leur révision par le Bureau à la lumière des suggestions du Comité.

41. Le Conseil a accueilli favorablement la stratégie et le plan d'action. On a fait observer que l'urbanisation avait souvent été plus rapide que la capacité des gouvernements à planifier, construire et entretenir l'infrastructure, les systèmes de transport, et d'autres aspects du développement urbain. De plus, une planification inadéquate et le manque d'infrastructure essentielle ont donné lieu à des conditions de vie malsaines telles que le logement de qualité insuffisante, la pollution environnementale, la violence et les traumatismes, les niveaux élevés de maladies transmissibles et non transmissibles, et les accidents de la route. La stratégie et le plan d'action aideraient à agir sur ces problèmes, contribuant ainsi à agir sur l'épidémie croissante des maladies chroniques non transmissibles.

42. Les délégués ont exprimé leur satisfaction concernant les révisions apportées à la stratégie et au plan d'action en réponse aux suggestions du Comité exécutif. Plusieurs

autres améliorations ont été proposées. En particulier, ils ont suggéré que la stratégie et le plan d'action soient révisés pour tenir compte du résultat de la récente Réunion de haut niveau des Nations Unies sur les maladies non transmissibles (voir paragraphes 200 à 212 ci-dessous). De plus, ils ont estimé que le langage du document nécessitait parfois des mises au clair, dont la référence à la « gestion territoriale des déterminants sociaux » sous l'activité 1.1 et la phrase « facteurs de protection des populations urbaines » sous l'activité 2.3. Ils ont également suggéré que la phrase « en synergie avec les activités du Centre OMS pour le développement de la santé » devrait être déplacée au début du paragraphe sur l'activité 5.2 afin de transmettre plus clairement l'idée que les mécanismes régionaux envisagés dans le cadre de cette activité travaillaient de concert avec le Centre OMS. Le besoin de coordination et de synergie entre les différents organismes du système des Nations Unies engagés dans l'action sur les problèmes de la santé en milieu urbain a été mis en exergue.

43. Ils ont également suggéré que le plan d'action devrait inclure des activités destinées à prévenir l'usage nocif de l'alcool et des substances psychoactives en milieu urbain, devrait être lié à la stratégie sur la sécurité routière, et devrait faire mention du besoin d'améliorer les systèmes de santé afin d'en permettre l'accès à tous les citoyens. Le plan devrait également attirer l'attention sur le besoin d'une approche multiculturelle afin de répondre de façon appropriée aux flux de migrants de diverses origines dans les villes. Ils ont noté que l'expansion urbaine et la migration des populations loin des centres des villes aux périphéries étaient des tendances qui allaient en s'accroissant dans certains pays et que par conséquent, des mesures visant à revitaliser les centres des villes étaient requises.

44. L'accent de la stratégie mis sur l'évaluation de l'impact sur la santé, une approche de l'ensemble de la société et une surveillance renforcée ont été accueillis favorablement et l'assistance technique de l'OPS a été demandée pour développer ces domaines. Les délégués ont souligné que la participation communautaire serait essentielle afin d'assurer que les personnes directement affectées par la stratégie et le plan d'action tirent des intérêts de sa réussite. Ils ont suggéré qu'il serait avantageux de formuler des stratégies de communication et de sensibilisation destinées aux responsables urbains, aux maires et aux gouverneurs, afin d'inscrire la santé en milieu urbain au sommet de l'agenda politique local.

45. Ils ont souligné que les systèmes de surveillance devraient comporter une vaste série de déterminants et d'indicateurs liés à la santé en milieu urbain, dont le statut socioéconomique, les conditions de migration, la race, l'ethnicité, les populations autochtones et les sans-logis et les conditions de logement. Ils ont également suggéré que la résolution proposée sur ce point de l'ordre du jour devrait exhorter les États Membres à promouvoir des projets de promotion de la santé et de développement durable dans les

communautés vulnérables et à encourager la participation sociale et l'action intersectorielle.

46. Plusieurs délégués ont décrit les activités réalisées dans leurs pays afin d'améliorer les conditions de santé en milieu urbain. Parmi ces activités il y avait le développement et l'entretien des espaces verts et des zones piétonnières en milieu urbain qui, tout en offrant des lieux sûrs pour que la population entreprenne une activité physique, amélioreraient également l'esthétique des villes, profitant ainsi à l'industrie touristique du pays. D'autres activités comportaient des mesures destinées à renforcer la sécurité personnelle en milieu urbain, des améliorations du système des transports publics, des programmes pour encourager les modes de vie sains et décourager l'usage du tabac et l'abus d'alcool, des initiatives de sécurité routière, et le maintien de normes rigoureuses de sécurité alimentaire, d'assainissement environnemental et de contrôle des vecteurs.

47. Ils ont noté que certaines des dispositions concernant l'établissement des rapports dans le plan d'action devraient être appliquées d'une manière flexible afin de permettre aux pays dotés d'une structure fédérale ou décentralisée de les respecter. Ils ont également observé que l'exécution des activités envisagées dans ce plan d'action et d'autres considérées par le Conseil serait affectée par la disponibilité des ressources.

48. Le Dr Luiz Augusto Galvão (Gérant du Domaine du développement durable et de la santé environnementale, BSP) a indiqué qu'il prenait bonne note des suggestions du Conseil afin d'améliorer la stratégie et le plan d'action, qui, il en convenait, étaient étroitement liés à ceux portant sur l'usage nocif de l'alcool, la sécurité routière et d'autres problèmes et que par conséquent, une approche interprogrammatique intégrée devrait être adoptée pour les exécuter. Toutefois, les problèmes spécifiques sur lesquels il fallait agir dans les divers domaines étaient différents, comme l'étaient les parties prenantes concernées, et il était par conséquent souhaitable de disposer de stratégies et de plans d'action séparés pour chacun d'entre eux. Il était aussi d'accord que le travail pour améliorer la santé en milieu urbain aurait certainement un impact sur le contrôle des maladies non transmissibles, et a ajouté que le document serait révisé pour incorporer les conclusions de la Réunion de haut niveau des Nations Unies.

49. Le Conseil a adopté la résolution CD51.R4, avalisant la stratégie et approuvant le plan d'action tel que révisé selon les suggestions des États Membres.

***Stratégie et Plan d'action sur le changement climatique (document CD51/6, Rév. 1)***

50. Le Dr St. Clair Thomas (Représentant du Comité exécutif) a informé que le Comité exécutif avait appuyé la stratégie et le plan d'action sur le changement climatique, mais qu'il avait suggéré plusieurs domaines dans lesquels ils pouvaient être

renforcés. Le Comité avait recommandé, entre autres, qu'il fallait mettre davantage l'accent sur la poursuite du travail avec les partenariats existants plutôt que d'en créer de nouveaux, et avait suggéré que certaines des actions envisagées dans le plan d'action devraient être élargies alors que d'autres devraient être plus restreintes. De plus, le Comité avait recommandé que les interactions entre la stratégie et le plan d'action et le travail de l'Organisation dans le domaine de la santé en milieu urbain et le développement durable deviennent plus explicites. Il avait également suggéré que la stratégie et le plan d'action n'étaient pas adéquatement équilibrés entre les deux concepts importants d'adaptation et d'atténuation, et il avait observé qu'il n'avait pas du tout été tenu compte d'un autre aspect important de la discussion sur le changement climatique – celui des «responsabilités communes mais différenciées». Le Comité exécutif avait adopté la résolution CE148.R2, recommandant que le Conseil directeur avalise la stratégie et approuve le plan d'action, suite à leur révision afin d'incorporer les changements et additions suggérés par le Comité.

51. Le Conseil a accueilli favorablement la stratégie et le plan d'action. Des délégués ont souligné que l'adaptation au changement climatique et l'atténuation du changement climatique et les aspects concernant la santé, nécessiteraient une approche multisectorielle impliquant non seulement le ministère de la santé mais aussi les ministères de l'environnement, de l'éducation, de l'agriculture et d'autres, ainsi que la société civile et le secteur privé. Ils ont observé toutefois, que les discussions sur le changement climatique souvent n'avaient pas réussi jusqu'à présent à tenir compte adéquatement des préoccupations sanitaires, et ils ont suggéré que le secteur de la santé devait faire de plus gros efforts pour sensibiliser les parties prenantes à ces préoccupations. Ils ont également souligné que la réponse aux effets sur la santé du changement climatique dépendrait des circonstances des pays individuels et pourrait impliquer une série de mesures, parmi lesquelles le développement d'un système d'alerte précoce pour les risques sanitaires induits par le climat, au moyen du suivi des données météorologiques et de la qualité de l'air et de l'eau, la formation du personnel du secteur de la santé au ciblage temporel et spatial des interventions de lutte contre les vecteurs en réponse à des indications d'alerte précoce, ou l'exécution de campagnes communautaires d'éducation en santé publique sur la lutte contre les vecteurs.

52. Ils ont noté que, du fait que les effets sur la santé du changement climatique seraient différents par âge, sexe, niveau socioéconomique et autres facteurs, les plans d'action d'atténuation et d'adaptation devraient être adaptés aux circonstances particulières, tenant compte des besoins et des priorités au niveau local. Ils ont également estimé qu'il était important de lier le travail dans le domaine du changement climatique au travail dans le domaine de la santé en milieu urbain et le développement durable.

53. Plusieurs délégués ont décrit les mesures prises par leurs gouvernements pour lutter contre les effets du changement climatique sur la santé, et ont exprimé leur souhait

d'échanger l'information et les bonnes pratiques avec d'autres pays. Alors qu'on notait que les phénomènes du changement climatique variaient d'un pays à l'autre, leurs impacts étaient considérés comme universellement négatifs. Dans certains pays, les effets du changement climatique donnaient lieu à des déplacements de population, avec les conséquences négatives sur la santé que cette migration entraînait ; dans d'autres, ils provoquaient des dommages aux hôpitaux et autres établissements de santé. Ils ont indiqué que dans certains pays, les effets du changement climatique provoquaient également une réduction de la production agricole, ayant pour résultat la faim et l'aggravation des problèmes de santé. Plusieurs délégués ont noté que le changement climatique pourrait donner lieu à une incidence accrue des maladies vectorielles, telles que la dengue, la fièvre jaune et le paludisme.

54. Le Conseil a exprimé sa satisfaction pour les changements apportés à la stratégie et au plan d'action à la suite de leur examen par le Comité exécutif. Parallèlement, il a noté qu'il y avait encore des améliorations à faire : en particulier, il considérait que les références aux aspects des droits de l'homme du changement climatique dans le paragraphe 11 du document CD51/6 n'étaient pas appropriées, étant donné que l'OPS n'était pas un organe des droits de l'homme et que la relation entre droits de l'homme et changement climatique était traitée dans des forums plus compétents, tels que le Conseil des droits de l'homme des Nations Unies.

55. En ce qui concernait la résolution proposée sur ce point de l'ordre du jour, un délégué a suggéré qu'à plusieurs endroits, le changement climatique devrait être décrit comme une menace « potentielle » pour la santé, étant donné que, même si le changement climatique en soi était indiscutablement un phénomène réel, l'impact qu'il aurait sur la santé était encore inconnu. D'autres délégués n'étaient pas d'accord, mettant en exergue que le changement climatique était une menace existante pour la santé, et non une menace potentielle. Après discussion avec un groupe de travail composé par le Brésil, la Colombie, les États-Unis d'Amérique, le Mexique, et le Bureau du Conseil, il a été convenu de remplacer « potentielle » par « actuelle et prévue. »

56. Le Dr Luiz Augusto Galvão (Gérant, développement durable et santé environnementale, BSP) a remercié les délégués de leurs commentaires et suggestions, qui contribueraient à enrichir non seulement la stratégie et le plan d'action, mais aussi l'apport que le Bureau fournirait avec ECLAC, pour la Conférence des Nations Unies Rio + 20 sur le développement durable en 2012.

57. Le Conseil a adopté la résolution CD51.R15, avec les amendements du groupe de travail, avalisant la stratégie et approuvant le plan d'action.

***Plan d'action sur la sécurité routière (document CD51/7, Rév. 1)***

58. Le Dr St. Clair Thomas (Représentant du Comité exécutif) a fait savoir que le Comité exécutif avait donné un accueil très favorable au plan d'action proposé sur la sécurité routière, soulignant que le secteur de la santé devait travailler en coopération avec d'autres secteurs afin de réduire les accidents de la route et leurs conséquences pour la santé, et mettant en exergue les interactions entre l'alcool et les substances psychoactives et les accidents de la route. Il avait noté que si quelques-unes des propositions du plan d'action relatives aux agences réglementaires nationales pouvaient être inappropriées dans certaines circonstances, telles que dans les pays à structure fédérale, dans le même temps une agence nationale serait requise afin de constituer des partenariats multisectoriels à l'appui des décisions en matière de sécurité routière. Il avait suggéré que certaines des activités proposées portant sur les transports en commun, les audits de sécurité autoroutière et l'inspection des véhicules pouvaient ne pas relever des compétences du secteur de la santé, et que ces activités pouvaient être repensées pour encourager les autorités sanitaires nationales à participer à une collaboration intersectorielle ou à la promouvoir pour leur exécution. (D'autres détails figurent dans le rapport final de la 148<sup>e</sup> session du Comité exécutif, document CE148.R11) Le Comité avait adopté la résolution CE148.R17, recommandant que le Conseil directeur adopte le plan d'action suite à sa révision tenant en compte les suggestions du Comité.

59. Le Conseil a accueilli favorablement le plan d'action, notant que les accidents de la route étaient l'une des causes principales de décès dans la Région et soulignant le besoin d'une action multisectorielle pour agir sur le problème. Il a souligné que les accidents de la route provoquaient non seulement des décès et des souffrances, mais impliquaient également des coûts économiques énormes, estimés dans un pays à 2% du produit national brut. En résultat, les ressources financières affectées à d'autres fins de santé publique, devaient être détournées pour soigner les victimes des accidents de la route. Il a également noté qu'alors que les personnes qui contractaient une maladie ne pouvaient pas être blâmées, celles blessées dans des accidents de la route ne pouvaient en certains cas s'en prendre qu'à elles-mêmes parce qu'elles n'avaient pas respecté les réglementations de la route et de la sécurité, et il a été suggéré que si les personnes causant des accidents étaient tenues d'aider à couvrir leurs coûts, y compris les soins médicaux pour les victimes, il y aurait davantage de ressources pour traiter d'autres problèmes de santé publique.

60. Plusieurs délégués ont décrit les actions entreprises par leurs gouvernements pour améliorer la sécurité routière au niveau national. Dans de nombreux cas, les pays avaient formulé des plans d'action nationaux sur 10 ans se déroulant simultanément à la Décennie d'action pour la sécurité routière 2011-2020, certains d'entre eux étant fondés sur les cinq piliers contenus dans le Plan mondial pour la Décennie d'action. Ces plans d'action comprenaient des examens de la législation de la circulation routière ;

l'établissement de conseils multisectoriels de sécurité routière ; la révision des systèmes routiers avec des améliorations des équipements de sécurité tels que rails de sécurité, ainsi que la création de zones sûres pour les piétons et les cyclistes; la création de mécanismes de suivi pour identifier et examiner les « points chauds » où se produisaient des accidents répétés ; et des campagnes pour encourager le port de la ceinture, le port de casques et le respect des limites de vitesse et des limites des charges des véhicules.

61. D'autres mesures prises impliquaient la réduction du taux d'alcool permis pour les conducteurs. À cet égard, ils ont suggéré que l'activité 2.5 du plan d'action proposé devrait être modifiée pour recommander une limite de zéro pour les jeunes conducteurs. Plusieurs délégués ont indiqué que des brasseries et d'autres producteurs de boissons alcoolisées dans leurs pays appuyaient des lois plus strictes sur l'alcool au volant.

62. Ils ont recommandé que le plan d'action devrait comporter un indicateur ou un objectif lié à l'amélioration de l'infrastructure routière, y compris l'éclairage et les chaussées, et un indicateur sur l'assistance aux contrevenants au moyen, par exemple, de services de réhabilitation, d'auto-école, ou de programme de traitement de l'abus de substances psychoactives. Ils ont suggéré que le comité consultatif ou l'organisme pour la sécurité routière visé dans l'activité 1.1 devrait également avoir la responsabilité de promouvoir l'établissement de partenariats multisectoriels au niveau régional et qu'il serait également responsable de la création ou du meilleur fonctionnement d'observatoires de sécurité routière afin de fournir une information précise, ponctuelle et claire pour aider aux décisions et à l'établissement des priorités.

63. Le Dr Luiz Augusto Galvão (Gérant, développement durable et santé environnementale, BSP) a remercié les délégués des diverses suggestions pour l'amélioration du plan d'action. Il a remercié les pays qui avaient contribué avec leur expertise au processus de développement du plan. Leur expérience et bonnes pratiques s'avèreraient sans nul doute bénéfiques pour d'autres pays. Il a assuré le Conseil que le Bureau était conscient que le problème de la sécurité routière était étroitement lié à ceux de la santé en milieu urbain, des maladies non transmissibles et l'usage nocif de l'alcool et qu'il était prévu d'adopter une approche intégrée de l'exécution des plans d'action dans ces domaines.

64. Le Conseil a adopté la résolution CD51.R6, avalisant le plan d'action. Le terme « accident de la route » dans la résolution a été remplacé par « traumatismes dus aux accidents de la route » pour aligner le langage de la résolution sur celui du plan d'action et des diverses résolutions de l'OMS et des Nations Unies en la matière.

***Plan d'action pour réduire l'usage nocif de l'alcool (document CD51/8, Rév 1)***

65. Le Dr St. Clair Thomas (Représentant du Comité exécutif) a fait savoir que le Comité exécutif avait donné un accueil favorable au Plan d'action pour réduire l'usage nocif de l'alcool, qui avait pour but de faciliter l'exécution au niveau régional de la Stratégie mondiale pour réduire l'usage nocif de l'alcool, adoptée par l'Assemblée mondiale de la Santé en 2010 (résolution WHA63.13). Le Comité avait exprimé sa satisfaction particulière concernant l'accent mis par le plan sur l'appui technique et le renforcement de la capacité et avait encouragé le Bureau à assister les États Membres à développer une infrastructure de santé publique suffisante pour exécuter le plan et à établir les priorités pour l'exécution des activités. Plusieurs modifications au plan avaient été recommandées, en particulier en ce qui concernait les activités proposées au titre de son objectif 3 (les détails figurent dans le rapport final de la 148<sup>e</sup> session du Comité, document CE148/FR). Le Comité avait adopté la résolution CE148.R8, recommandant que le Conseil directeur adopte une résolution préconisant que les États Membres exécutent la Stratégie mondiale par le biais du plan d'action régional.

66. Le Conseil directeur a félicité les efforts de l'OPS pour aider les États Membres à exécuter la stratégie mondiale et a exprimé son soutien au plan d'action proposé, notant les interactions entre ce plan d'action et ceux sur la sécurité routière et l'usage des substances psychoactives. De nombreux délégués ont fait savoir que leurs pays prenaient déjà des mesures pour exécuter la stratégie mondiale, y compris le développement de plans d'action nationaux, des mesures destinées à empêcher la vente et la commercialisation de l'alcool aux mineurs, des réglementations réduisant la disponibilité de l'alcool, le durcissement des pénalités pour conduite en état d'ivresse, des programmes scolaires de prévention pour décourager la consommation d'alcool chez les jeunes, et l'expansion de la disponibilité des options de traitement pour les personnes souffrant de troubles dus à l'usage de l'alcool. Des délégués ont également fourni des données sur la consommation d'alcool dans leurs pays, plusieurs d'entre eux notant que la consommation excessive d'alcool parmi les femmes et les jeunes était un problème croissant.

67. Le Conseil a noté avec satisfaction les révisions faites au plan en réponse aux recommandations du Comité exécutif et a suggéré plusieurs modifications supplémentaires tant au plan qu'à la résolution proposée sur ce point de l'ordre du jour. L'attention a été attirée sur le besoin d'une action intersectorielle et de l'intervention du secteur privé pour sensibiliser sur l'usage nocif de l'alcool, et les délégués ont suggéré qu'une référence au secteur privé et aux organisations de la société civile devrait être faite dans l'activité 1.1, qui prônait l'intervention d'autres secteurs dans la sensibilisation à ce problème.

68. Le besoin d'adapter les activités envisagées dans le plan au contexte socioéconomique et culturel de chaque pays a été souligné, et ils ont suggéré d'ajouter « dans le contexte national » au paragraphe 4(c) de la partie opérative de la résolution proposée. Ils ont souligné que le but du plan d'action était de prévenir l'usage nocif de l'alcool, et non l'usage de l'alcool en soi, et ont par conséquent suggéré que le mot « nocif » soit inséré après « usage.....de l'alcool » dans plusieurs paragraphes du plan. Ils ont observé que le langage du paragraphe 5 du plan d'action proposé ne correspondait pas au langage des paragraphes 2 et 3 de la stratégie mondiale et ils ont recommandé que la référence à un « impact bénéfique » de l'alcool soit retirée. Ils ont également suggéré qu'une recommandation destinée à promouvoir l'abstinence pour les femmes enceintes soit comprise dans le plan. Une demande faite lors de la 148<sup>e</sup> session du Comité exécutif que l'activité 4.3 soit retirée du plan, a été réitérée. L'activité portait sur des questions d'ordre commercial, qui ne relevaient pas du mandat et de la sphère de compétence de l'OPS.

69. Le Dr Luiz Augusto Galvão (Gérant du Domaine du développement durable et de la santé environnementale, BSP) a informé que le plan d'action serait révisé conformément aux suggestions du Conseil et que le langage serait mis en conformité avec celui de la stratégie mondiale.

70. Le Conseil a adopté la résolution CD51.R14, approuvant le plan d'action tel que révisé.

***Plan d'action sur l'usage de substances psychoactives et la santé publique (document CD51/9)***

71. Le Dr St. Clair Thomas (Représentant du Comité exécutif) a fait savoir que le Comité exécutif avait favorablement accueilli le Plan d'action proposé sur l'usage des substances psychoactives et la santé publique, qui avait pour but de faciliter l'exécution de la stratégie régionale de santé publique pour agir sur les problèmes de santé apparentés à l'usage de substances psychoactives, adoptée par le Conseil directeur en 2010 (document CD50/18, Rév. 1). Le Comité avait recommandé que le Conseil directeur avalise le plan, qui avait été révisé à la lumière de plusieurs changements suggérés par les membres du Comité (les détails figurent dans le rapport final de la 148<sup>e</sup> session du Comité, document CE148/FR.). Le Comité avait également insisté sur le besoin de travailler en étroite collaboration avec d'autres partenaires, tels que la Commission interaméricaine de lutte contre l'abus des drogues (CICAD) et l'Office des Nations unies contre la drogue et le crime, et avait souligné que les activités proposées devaient être adaptées aux conditions et au contexte spécifiques de chaque pays. Le Comité avait adopté la résolution CE148.R9 qui recommande que le Conseil directeur approuve le plan d'action.

72. Le Conseil directeur a réaffirmé son soutien à la stratégie régionale et à son approche sous l'angle de la santé publique en matière de prévention, de traitement et de récupération et a exprimé son ferme appui au plan d'action. Il estimait que le plan d'action offrait des directives claires pour l'exécution de la stratégie et incarnait une approche équilibrée de la réduction de l'offre et de la demande de substances psychoactives. Le Conseil a également accueilli avec satisfaction les révisions faites au plan d'action en réponse aux suggestions du Comité exécutif. Comme le Comité, le Conseil a mis en exergue l'importance de la coordination avec CICAD et d'autres partenaires. L'OPS était en particulier encouragée à travailler en étroite collaboration avec CICAD pour assurer que le suivi du plan d'action était adéquatement coordonné avec le mécanisme d'évaluation multilatéral de CICAD et que les ressources étaient partagées afin d'éviter la duplication des tâches et de réduire les dispositions d'établissement des rapports pour les États Membres. Un délégué a demandé une mise au clair sur la référence aux prestataires de soins de santé non rémunérés dans l'indicateur de l'objectif 3.3 du plan, et se demandait plus spécifiquement comment la rémunération, ou le manque de rémunération, avait une importance pour la formation des prestataires de soins. Les interactions entre cette stratégie et le plan d'action et le travail de l'Organisation sur l'usage nocif de l'alcool, la lutte contre le tabagisme, la sécurité routière et les soins de santé primaires ont été mises en relief.

73. Plusieurs délégués ont noté que la stratégie et le plan d'action étaient conformes aux approches de leurs pays du problème de l'abus de substances psychoactives et ont décrit les initiatives en cours au niveau national. Plusieurs d'entre eux ont fait savoir que leurs pays constataient des niveaux à la hausse de la consommation de drogue parmi les enfants et les jeunes, certains notant que les études avaient montré que des enfants consommaient des substances psychoactives dès l'âge de 11 ans. Le besoin d'impliquer les familles pour lutter contre le problème a été souligné, ainsi que le besoin d'une approche de la consommation de drogue avant toute chose comme un problème de santé mentale, s'efforçant de réduire la stigmatisation sociale et de respecter les droits de l'homme des personnes affectées. L'importance d'approches communautaires et de soins de santé primaires a également été mise en relief. De nombreux délégués ont affirmé le besoin d'une action intersectorielle pour agir sur les problèmes sanitaires et sociaux apparentés à l'abus de substances psychoactives et le besoin d'une collaboration internationale afin de lutter contre le trafic de la drogue.

74. Répondant à la question sur les prestataires de soins de santé non rémunérés, le Dr Luiz Augusto Galvão (Gérant du Domaine du développement durable et de la santé environnementale, BSP), a expliqué que le but était d'assurer une formation non simplement pour les professionnels des soins de santé mais aussi pour les soignants de la famille, les membres d'organisations charitables ou religieuses et d'autres qui fournissaient des soins et des services aux personnes affligées de problèmes de consommation de drogue.

75. Le Conseil a adopté la résolution CD51.R7, avalisant le plan d'action.

***Stratégie et Plan d'action sur l'épilepsie (document CD51/10, Rév. 1)***

76. Le Dr St. Clair Thomas (Représentant du Comité exécutif) a informé que le Comité exécutif avait accueilli favorablement la stratégie et le plan d'action proposés sur l'épilepsie, et a félicité les efforts de l'OPS pour attirer l'attention sur l'écart entre le nombre de personnes souffrant d'épilepsie et le nombre de personnes recevant les soins appropriés et sur le besoin de combattre la stigmatisation et la discrimination contre les personnes épileptiques. Toutefois, le Comité avait suggéré plusieurs manières qui pourraient améliorer la stratégie et le plan d'action, par exemple, en mettant davantage l'accent sur la co-morbidité psychiatrique chez les personnes épileptiques et sur les stratégies d'auto-administration de l'épilepsie et en alignant l'information relative à l'étiologie sur le schéma de classification de la Ligue internationale contre l'épilepsie. Le Comité avait adopté la résolution CE148.R3, recommandant que le Conseil directeur avalise la stratégie et le plan d'action proposés, après leur révision par le Bureau et l'incorporation des suggestions du Comité à des fins d'amélioration.

77. Le Conseil directeur a fermement soutenu la stratégie et le plan d'action proposés, qui aideraient à orienter l'action au niveau national et qui amélioreraient la disponibilité et la qualité du traitement et des services pour les personnes souffrant d'épilepsie et d'autres troubles neurologiques. Les activités et objectifs envisagés dans le plan d'action ont été estimés ambitieux mais réalisables. Les délégués ont informé que leurs pays exécutaient déjà un grand nombre des activités proposées, y compris l'établissement de programmes nationaux d'épilepsie, la formation des professionnels de la santé et le développement de normes et de directives de traitement, l'achat d'équipement de diagnostic et des initiatives cherchant à améliorer la qualité de vie des personnes épileptiques. Ils ont fait savoir que la République dominicaine, le Guatemala et Panama collaboraient à un projet conjoint de coopération technique sur la prise en charge intégrée de l'épilepsie.

78. Le Conseil a également bien accueilli les modifications apportées à la stratégie et au plan en réponse aux suggestions du Comité exécutif. Les délégués ont applaudi en particulier l'attention plus importante accordée à la co-morbidité de l'épilepsie et des troubles psychiatriques tels que la dépression et la psychose, au besoin de former les prestataires de soins de santé pour reconnaître cette co-morbidité, à une approche de la prévention et du traitement de l'épilepsie tout au long de la vie, aux stratégies d'auto-administration, et aux soins intégrés impliquant tous les niveaux du système de santé. Ils ont souligné que les personnes souffrant d'épilepsie devraient être prises en charge essentiellement au niveau des soins de santé primaires, mais parallèlement ils ont suggéré que des unités d'intervention en cas de crise dans les hôpitaux devraient être mises sur pied pour prodiguer des soins urgents aux personnes souffrant de crises épileptiques et

que des liens devraient être établis entre ces unités et les services de soins de santé primaires afin d'assurer la continuité des soins et le suivi des patients.

79. Plusieurs délégués ont observé que la stigmatisation liée à la maladie limitait les opportunités d'éducation et d'emploi pour les personnes épileptiques et avait des conséquences économiques et sociales négatives pour elles et leurs familles. Ils ont par conséquent applaudi l'accent mis dans la stratégie et le plan d'action sur l'éducation et la sensibilisation pour réduire la stigmatisation et la discrimination. La recherche était considérée nécessaire pour évaluer le fardeau de santé publique de l'épilepsie et apporter l'information requise en matière de prévention, de détection précoce, de traitement, d'éducation et des besoins de service et pour promouvoir des soins efficaces et des programmes de soutien pour les personnes épileptiques. Afin d'assurer la cohérence des définitions et des méthodes et la comparabilité des résultats de la recherche, il a été recommandé que les méthodes normalisées pour les études et la surveillance épidémiologiques acceptées par la Ligue internationale contre l'épilepsie<sup>3</sup> soient suivies et qu'il soit fait référence à ces normes dans le domaine stratégique 4 de la stratégie et du plan d'action. Quelques améliorations rédactionnelles ont également été suggérées.

80. Des représentants de la Ligue internationale contre l'épilepsie et du Bureau international pour l'épilepsie ont attiré l'attention sur la prévalence élevée et l'évitabilité de l'épilepsie dans les pays de la Région et ont félicité les efforts de l'OPS pour réduire l'écart dans le traitement pour les personnes souffrant de la maladie. Ils ont tous deux exprimé leur ferme soutien à la stratégie et au plan d'action et ils ont affirmé l'engagement de leurs organisations à collaborer à leur exécution.

81. Le Dr Luiz Augusto Galvão (Gérant du Domaine du développement durable et de la santé environnementale, BSP) a accueilli avec satisfaction les expressions d'appui à la stratégie et au plan d'action et a indiqué que les suggestions des États Membres seraient incorporées dans le document.

82. Le Conseil a adopté la résolution CD51.R8, avalisant la stratégie et approuvant le plan d'action avec les révisions faites à la lumière des suggestions des États Membres.

### ***Stratégie et Plan d'action sur le paludisme (document CD51/11)***

83. Le Dr St. Clair Thomas (Représentant du Comité exécutif) a fait savoir que le Comité exécutif avait avalisé la stratégie et le plan d'action proposés sur le paludisme, qui s'inspirait du Plan stratégique régional sur le paludisme dans les Amériques 2006-2010, adopté par le 46<sup>e</sup> Conseil directeur en 2005 (résolution CD46.R13). L'OPS avait

---

<sup>3</sup> Thurman, DJ et al. Standards for epidemiologic studies and surveillance of epilepsy. *Epilepsia* 2011 Sep;52 suppl s7:1-26.

été encouragée à coordonner ses efforts de prévention et de lutte contre le paludisme avec les initiatives existantes, telles que l'Initiative amazonienne contre le paludisme. Il avait été suggéré que la portée du travail de l'Organisation devrait consister à donner des orientations aux programmes du paludisme des pays et à les aider à établir des buts appropriés de lutte, de pré-élimination ou d'élimination du paludisme. Plusieurs délégués avaient souligné le besoin d'une production accrue de médicaments antipaludiques, en particulier dans les pays endémiques, afin de remédier à la pénurie de ces médicaments dans la Région. Le besoin d'encourager les compagnies pharmaceutiques à fournir des médicaments antipaludiques et d'autres à des prix abordables par le biais du Fonds d'achat de l'OPS avait également été mis en exergue. Le Comité avait adopté la résolution CE148.R5, recommandant que le Conseil directeur avalise la stratégie et approuve le plan d'action.

84. Le Conseil a applaudi les énormes progrès accomplis dans la réduction du fardeau du paludisme dans les Amériques dans le contexte du Plan stratégique régional 2006-2010, a rendu hommage aux légions d'agents de santé qui ont contribué à cette réussite, et a accueilli avec satisfaction la nouvelle stratégie et le plan d'action visant à poursuivre les progrès dans le but ultime d'éliminer le paludisme de la Région. Les délégués ont fait part des progrès considérables dans la réduction de la transmission du paludisme dans leurs pays au cours des dernières années, plusieurs d'entre eux notant qu'ils étaient sur la voie de devenir ou de redevenir des pays exempts de paludisme. Ils ont souligné le besoin de demeurer vigilant afin d'empêcher l'importation de cas ou la reprise de la transmission, tout comme le besoin de renforcer la surveillance afin de détecter et de répondre rapidement aux menaces du paludisme et de suivre la résistance aux médicaments antipaludiques.

85. Ils ont également souligné que le paludisme était un problème international et que la coopération entre les pays était par conséquent essentielle pour empêcher sa propagation au-delà des frontières nationales. L'Initiative amazonienne contre le paludisme et un projet de l'Organisation andine de la Santé pour la lutte contre le paludisme dans les zones frontalières ont été cités comme d'excellents modèles de collaboration internationale. L'attention a été attirée sur le besoin d'un effort spécial pour la République dominicaine, Haïti et le Venezuela, sans lequel il serait impossible de réaliser les objectifs régionaux proposés dans la stratégie et le plan d'action. Le Délégué de la République dominicaine a fait appel à l'appui international pour terminer l'exécution du plan binational de son pays avec Haïti dont le but était d'éliminer le paludisme de l'île d'Hispaniola.

86. Ils ont noté que même si la stratégie et le plan d'action reconnaissaient l'importance du diagnostic du paludisme et la prise en charge des cas de maladie fébrile, il fallait accorder une plus grande importance au contrôle de la qualité et à l'assurance de la qualité pour les tests de diagnostic rapide du paludisme, et à la formation des agents

sanitaires à leur usage. L'importance du maintien de l'expertise de diagnostic du paludisme dans les zones actuellement exemptes de transmission a été mise en exergue. Ils ont exhorté l'OPS à fournir un appui à la lutte intégrée contre les vecteurs pour la prise en charge du paludisme et de la dengue, et à doter les pays d'outils plus efficaces à l'appui des programmes de lutte antivectorielle. À cet égard, ils ont suggéré que le plan d'action devrait incorporer des indicateurs relatifs au suivi de l'usage et de l'impact des moustiquaires imprégnées d'insecticide et des aspersions intradomiciliaires résiduelles, y compris l'appui à des enquêtes périodiques pour suivre la possession et l'usage de moustiquaires et mesurer leur durabilité. L'Organisation a également été encouragée à assurer qu'une perspective de genre soit incorporée dans le développement, le suivi et l'évaluation des politiques et des programmes du paludisme et dans les activités de recherche et de formation, et les pays ont été encouragés à poursuivre les stratégies de lutte contre le paludisme qui assureraient que les populations vulnérables, y compris les jeunes enfants et les femmes enceintes, soient protégées.

87. Les délégués ont partagé plusieurs leçons tirées de leurs efforts nationaux de prévention et de lutte contre le paludisme, y compris l'importance d'agir sur les écarts qui pourraient permettre une résurgence de la maladie ; le maintien de la capacité de surveillance et la formulation et la mise à jour de plans stratégiques pour la prévention et la lutte contre le paludisme, même dans les zones de faible endémicité et les zones dans lesquelles le paludisme avait été éliminé ; l'engagement d'autres secteurs dans la lutte contre le paludisme ; l'intégration de la lutte contre le paludisme dans d'autres programmes environnementaux apparentés ; le lancement de programmes poussés d'éducation publique dès le début d'une flambée ; et le traitement rapide des cas et des contacts. Ils ont également souligné l'importance de la stratification du risque épidémiologique, de l'amélioration de l'analyse du risque et du facteur de niche écologique, et de la participation communautaire dans la lutte antivectorielle, ainsi que le besoin de passer des approches verticales à des approches décentralisées et communautaires. Ils ont considéré également qu'une approche de soins de santé primaires du paludisme était essentielle.

88. Le Dr Marcos Espinal (Gérant du Domaine de la surveillance de la santé et de la prévention et du contrôle des maladies, BSP) a indiqué que le Bureau avait l'intention de préparer un plan d'action plus détaillé que celui contenu dans le document CD51/11 et qui incorporerait les diverses suggestions faites par les États Membres, dont celles relatives au besoin de coopération transfrontalière et de coopération technique entre les pays, qui était en fait impérative. En ce qui concernait la situation en République dominicaine, Haïti et au Venezuela, il a noté qu'il n'y avait qu'en Haïti que les taux de paludisme continuaient à augmenter ; les deux autres pays avaient accusé une tendance à la baisse depuis 2005. Néanmoins, les trois pays demeuraient des priorités. L'OPS avait envoyé du personnel en Haïti, spécifiquement pour soutenir les efforts de la lutte contre le paludisme dans l'île d'Hispaniola.

89. Le Conseil a adopté la résolution CD51.R9, avalisant la stratégie et approuvant le plan d'action révisé conformément aux suggestions des États Membres.

***Plan d'action pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et les cas graves de morbidité maternelle (document CD51/12)***

90. L'Hon. Beverley H. Oda (Ministre de la Coopération internationale, Canada) a introduit le plan d'action, notant qu'elle parlait au nom de l'Hon. Stephen Harper, Premier Ministre du Canada et Co-Président de la Commission de l'information et de la redevabilité pour la santé de la femme et de l'enfant. Elle a observé que l'OPS jouait un rôle important dans les progrès du Programme d'action sanitaire pour les Amériques. Il fallait féliciter longuement la pensée et la recherche solide derrière le plan d'action de l'OPS, C'était un plan qui agissait sur les écarts connus et qui était axé sur les résultats tout en étant bien aligné sur les engagements et les stratégies mondiaux. C'était un plan qui allait également au-delà des cibles officielles des objectifs du Millénaire pour le développement pour agir sur les disparités majeures cachées par les moyennes nationales.

91. Les quelques derniers mois avaient connu plusieurs événements extrêmement significatifs pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, y compris l'Initiative de Muskoka pour la santé maternelle, néonatale et infantile et la création de la Commission de l'information et de la redevabilité pour la santé de la femme et de l'enfant. À travers ces initiatives, la communauté internationale avait promis des ressources sans précédent pour améliorer la santé des femmes et des enfants à l'aide d'un meilleur accès aux médicaments vitaux, de la recherche accrue sur les maladies, et de la formation renforcée pour les agents sanitaires au niveau communautaire. Toutefois, promettre des ressources n'était seulement qu'une première étape. À la fin, c'était les résultats qui comptaient. Combien de vies étaient sauvées ? Combien de mères donnaient naissance avec l'assistance d'une personne soignante qualifiée ? Combien de nouveau-nés avaient vécu jusqu'à la fin de leur première année ? Lorsque les pays pourraient répondre à ces questions et montrer les progrès, alors ils sauraient qu'ils faisaient réellement la différence.

92. La Commission de l'information et de la redevabilité pour la santé de la femme et de l'enfant avait rassemblé les dirigeants de différents pays et de différentes organisations pour formuler un rapport qui établissait 10 recommandations axées sur l'action pour des actions spécifiques destinées à mieux correspondre aux résultats obtenus avec les ressources engagées, basés sur un cycle de suivi, d'action et d'examen, ayant pour but d'encourager une plus grande transparence de tous les partenaires et d'assurer que les ressources étaient dépensées à bon escient. Les recommandations pour les pays comprenaient le suivi d'un ensemble de 11 indicateurs principaux, en particulier pour les objectifs du Millénaire pour le développement qui étaient sérieusement à la traîne ; la création de nouveaux systèmes pour vérifier que les donateurs maintenaient ou non leurs

promesses, et l'établissement d'un Groupe indépendant d'examen d'experts. Chaque pays dans les Amériques et tous les pays qui travaillaient avec les Amériques devraient être encouragés à examiner le rapport et à s'engager à adopter ses recommandations, avec l'intention ferme de transformer les engagements en action réelle pour obtenir des résultats et des réalisations mesurables.

93. Elle était heureuse d'annoncer que le Canada appuyait une nouvelle initiative de trois ans avec l'OPS pour renforcer les systèmes de base de soins de santé primaires et la prestation des services en Amérique latine et dans les Caraïbes. Le projet porterait sur trois des six composantes d'un système de santé en bon état de fonctionnement, tel qu'identifié par l'OMS, à savoir la gouvernance, la prestation des services de santé et les systèmes d'information en santé. Dans le cadre du projet, l'OPS travaillerait à l'établissement de la cohérence entre stratégies nationales, politiques, législation et mécanismes de financement, et collaborerait avec les institutions nationales et locales de soins de santé pour la prestation des services et l'amélioration du recueil des données d'information en santé. Le Canada tiendrait son engagement à réaliser les objectifs du Millénaire pour le développement en 2015, et en tant que voisin dans l'hémisphère, était fier d'appuyer l'OPS dans son travail pour améliorer la santé des peuples des Amériques.

94. Le Dr Margaret Chan (Directeur-général, OMS) a dit que l'OMS était fière de travailler avec le Gouvernement du Canada pour promouvoir l'importance des objectifs du Millénaire pour le développement relatifs à la santé, en particulier l'objectif 5. Au niveau de pays, il était important que les résultats qui amélioraient véritablement la vie des femmes soient démontrés. Il n'y avait aucune raison pour que les femmes continuent à mourir en donnant naissance, alors que les professionnels de la santé savaient comment empêcher ces décès. Mais les dirigeants politiques devaient « être cohérents avec leur propre discours ». Les changements devaient venir dans le statut social et la participation politique des femmes. La violence contre les femmes devait être stoppée, tout comme le mariage des enfants. Il s'agissait là de problèmes que la communauté internationale devait affronter, en travaillant de concert. Le manque relatif de progrès sur l'objectif du Millénaire pour le développement 5 était une réflexion de l'énorme inégalité dont souffraient les femmes. C'était également une réflexion des échecs par de nombreuses parties prenantes : les donateurs ne tenaient pas toujours leurs promesses, pour une raison quelconque, mais dans le même temps ceux qui recevaient les fonds donnés parfois échouaient à tenir ce à quoi ils s'étaient engagés.

95. Il n'y avait pas une seconde à perdre : chaque minute des femmes mouraient et toutes les personnes impliquées ne devaient jamais perdre le sens de l'urgence. L'OMS, l'OPS et les autres organismes des Nations Unies s'acquitteraient tous de leur tâche, mais ils avaient besoin d'un appui financier des pays et des organisations. Dans le même esprit, les pays et les organisations qui recevaient un appui, devaient obtenir les résultats

qu'ils avaient promis. Sans cet engagement double et la solidarité, il ne serait pas possible d'améliorer la santé des femmes et des enfants.

96. Le Dr St. Clair Thomas (Représentant du Comité exécutif) a indiqué que le Comité exécutif avait examiné une version antérieure du plan d'action proposé. Du fait que plusieurs membres du Comité avaient considéré que le plan d'action souffrait de graves faiblesses et aussi parce qu'il n'avait été disponible qu'une semaine seulement avant la session, il avait été suggéré qu'un groupe d'experts techniques soit établi afin de l'améliorer avant de le soumettre au Conseil directeur. Il avait également été recommandé que le budget proposé du plan d'action de \$30 millions soit révisé au niveau de sa faisabilité. L'attention avait été attirée sur plusieurs défauts spécifiques dans le document, et également sur certaines questions générales de politique qui semblaient insuffisamment développées. (Les détails figurent dans le rapport final de la 148<sup>e</sup> session du Comité, document CE148/FR.) Le Comité avait décidé d'adopter la résolution CE148.R14 recommandant que le Conseil directeur avalise le plan d'action, à la condition qu'il soit révisé en tenant compte des commentaires et des suggestions des États Membres. Des consultations électroniques à cet effet avaient été tenues au cours du mois de juillet.

97. Le Conseil a donné un accueil favorable et a appuyé le plan d'action révisé, qui selon les délégués apporterait une contribution précieuse pour assurer que tous les pays de la Région atteignent l'objectif du Millénaire pour le développement 5 et tracerait la voie pour une action continue destinée à améliorer la santé maternelle après l'échéance de 2015 de l'OMD. L'alignement du plan sur la Stratégie mondiale pour la santé des femmes et des enfants et sur les recommandations de la Commission de l'information et de la redevabilité pour la santé de la femme et de l'enfant a également été accueilli favorablement. Les délégués ont exprimé leur soutien à l'accent mis par le plan pour assurer la disponibilité de services de santé de qualité élevée pour les femmes, indépendamment de leur capacité de payer, et pour réduire les inégalités financières, sociales et géographiques qui empêchaient les femmes d'avoir accès à ces soins. Certains délégués étaient heureux du fait que les changements qu'ils avaient demandé lors du Comité exécutif avaient été incorporés, alors que d'autres ont attiré l'attention sur certains changements demandés qui avaient été ignorés. En particulier, ils ont réitéré que le plan devrait souligner le besoin d'accès aux services pour prévenir l'infection par le VIH et traiter les femmes enceintes séropositives. Étant donné que le budget approuvé de l'Organisation pour 2012-2013 (voir paragraphes 27 à 39 ci-dessus) était plus faible que le chiffre présenté au Comité exécutif, il a été suggéré à nouveau que la faisabilité de mobiliser la somme envisagée pour l'exécution du plan fasse l'objet d'une nouvelle évaluation.

98. Ils ont attiré l'attention sur le lien entre maladies non transmissibles et santé maternelle, et ont suggéré que le plan d'action incorpore des activités et des interventions

visant à agir sur les facteurs de risque tels que le diabète, l'hypertension et l'obésité, ainsi que sur les troubles génétiques tels que l'anémie, qui pouvaient donner lieu à des complications pendant la grossesse. Ils ont également remarqué que la récession économique avait obligé beaucoup de femmes à continuer à travailler tout au long de leurs grossesses, négligeant souvent les soins prénatals. Plusieurs délégués ont noté un lien entre la grossesse – en particulier la grossesse non planifiée – et des taux plus élevés de violence conjugale. Ils ont mis l'accent sur l'importance de la sensibilisation et de l'éducation des hommes concernant leur rôle dans l'amélioration de la santé maternelle, ainsi que sur le besoin de rendre l'ensemble de la société consciente du fait que tout en étant naturelles et devant être bienvenues, la grossesse et la naissance avaient le potentiel d'une morbidité sévère si elles n'étaient pas bien prises en charge.

99. Les délégués ont décrit les activités dans leurs pays pour réduire la mortalité maternelle. Plusieurs d'entre eux ont informé que leurs gouvernements avaient des plans d'action nationaux conformes au plan régional proposé. Des caractéristiques importantes de ces plans nationaux comprenaient le renforcement du recueil de l'information, dans quelques cas au moyen de la création d'un observatoire, afin d'améliorer les décisions de politique et l'affectation des ressources et du personnel, et des mécanismes pour la notification immédiate des décès maternels afin de permettre d'en déterminer les causes et d'en tirer rapidement des leçons. Ils ont indiqué qu'un pays avait établi un système de communication radio et un transport d'urgence pour la réaction rapide aux urgences obstétricales, alors qu'un autre avait établi un système de centres de soins maternels au niveau de l'ensemble du pays, afin que les femmes puissent être envoyées rapidement à l'établissement doté de l'expertise requise en cas de complications.

100. Dans quelques pays, l'accent était mis sur l'intensification de la formation et de la capacité pour les agents de santé, y compris les accoucheuses traditionnelles. À cet égard, les pénuries de ressources humaines créées par l'émigration des agents de santé génésique ont été mises en exergue. Ils ont également souligné qu'il faudrait davantage de personnel médical dans les établissements de soins de santé durant les soirées et les nuits, quand une proportion plus élevée de décès maternels avait tendance à se produire, précisément à cause du manque de personnel hautement formé durant ces périodes.

101. Une représentante de la Fédération internationale des associations d'étudiants en médecine a également parlé en faveur du plan d'action, soulignant l'importance de méthodes culturellement sensibles de prestation des soins de santé génésique.

102. Le Dr Gina Tambini (Gérante du Domaine de la santé familiale et communautaire, BSP), a remercié les délégués pour leurs commentaires, qui encourageaient le Bureau à continuer à travailler sur ce thème. Elle a également pris note des changements suggérés à la résolution proposée, ainsi que de la demande de réexaminer la faisabilité du budget proposé pour l'exécution du plan d'action. Elle était

heureuse d'entendre les commentaires sur les liens entre la grossesse et les maladies non transmissibles. Elle a également exprimé sa satisfaction du fait que de nombreuses personnes et organisations promouvaient activement la santé maternelle et en particulier la réduction des avortements dangereux. Comme l'avait fait remarquer le Dr Bachelet, on disposait d'amples connaissances sur ce qui devait être fait pour réduire la mortalité maternelle. Maintenant, il était nécessaire de disséminer ces connaissances et de partager les bonnes pratiques. À cette fin, l'OPS prévoyait un symposium en conjonction avec la Journée internationale de la Femme.

103. La Directrice a dit que la réduction de la mortalité maternelle nécessiterait non seulement une approche impliquant l'ensemble du gouvernement, mais aussi, de la part de l'OPS, une approche impliquant l'ensemble de l'Organisation. Elle a appelé tous les États Membres de la Région à établir le but de mortalité maternelle zéro, car, comme de nombreux orateurs l'avaient noté, avec l'état actuel des connaissances, il n'était pas acceptable que les femmes continuent à mourir lors de l'accouchement.

104. Lors de la discussion du Conseil sur la résolution proposée concernant ce point de l'ordre du jour (contenue dans le document CD51/12), des délégués avaient suggéré que l'objectif de fournir des services de santé maternelle gratuitement aux populations les plus vulnérables pourrait être un fardeau trop lourd pour certaines économies, et que cette idée devrait être retirée de la résolution. Toutefois, d'autres délégués ont estimé qu'elle devait être conservée, comme une aspiration vers laquelle on tendrait. Certains délégués ont suggéré qu'il pourrait être utile d'utiliser une terminologie telle que « dans la mesure du possible. » La Directrice a suggéré que la version anglaise pourrait lire « et également d'envisager de fournir ces services gratuitement pour les populations les plus vulnérables. » Il a également été suggéré de faire mention de l'implication des hommes dans l'amélioration de la santé des femmes.

105. Après avoir examiné une nouvelle version de la résolution proposée incorporant les amendements proposés par divers États Membres, le Conseil a adopté la résolution CD51.R12, avalisant le plan d'action.

106. Le Conseil a également exprimé sa gratitude aux membres du Panel sur la maternité sans risque et l'accès universel à la santé sexuelle et génésique (voir paragraphes 117 à 130 ci-dessous), qui s'est tenu en conjonction avec ce point de l'ordre du jour, et a accueilli favorablement l'opportunité d'entendre la mine de renseignements et d'outils de réflexion sur la façon d'améliorer la santé des femmes et de mettre fin au fléau de la mortalité maternelle.

***Stratégie et Plan d'action sur la cybersanté (document CD51/13)***

107. Le Dr St. Clair Thomas (Représentant du Comité exécutif) a fait savoir que le Comité exécutif avait accueilli favorablement les efforts de l'OPS pour promouvoir l'usage de la technologie de l'information en santé comme moyen d'élargir l'accès aux services de santé, et avait exprimé son soutien à la Stratégie et au Plan d'action proposés sur la cybersanté. Le Comité avait également approuvé la proposition de constituer un forum d'experts pour promouvoir l'usage des technologies de l'information et de la communication pour les applications en santé publique. La reconnaissance par la stratégie de la nature intersectorielle de la cybersanté avait été applaudie, et l'importance du soutien et de la collaboration entre différents secteurs sur des questions d'infrastructure, de financement, d'éducation, d'innovation et d'interopérabilité avait été mise en exergue. Dans le même temps toutefois, il avait souligné que le développement de la cybersanté devait être mené et supervisé par les ministères de la santé, et non par l'industrie de la technologie de l'information ou d'autres parties ayant des intérêts commerciaux. Le Comité avait souligné le besoin de travailler au sein de partenariats et d'initiatives existants plutôt que d'en créer de nouveaux, et avait recommandé que certains des indicateurs proposés pour le plan d'action soient ajustés et mis au clair (les détails figurent dans le rapport final de la 148<sup>e</sup> session du Comité exécutif, document CE148/FR). Le Comité avait adopté la résolution CE148.R4, recommandant que le Conseil directeur avalise la stratégie et approuve le plan d'action.

108. Une vidéo illustrant le développement et les avantages de la cybersanté avait alors été projetée. Dans la discussion qui avait suivi, les États Membres avaient félicité les efforts de l'OPS pour promouvoir et renforcer l'usage des technologies de l'information et de la communication afin d'étendre l'accès aux services de santé et d'améliorer la qualité de ces services, et avait exprimé un soutien solide à la stratégie et au plan d'action proposés, tout en notant également qu'ils devraient être adaptés à la situation et aux besoins de chaque pays. De nombreux délégués ont remarqué que l'usage de la télémédecine et d'autres technologies de communications pourrait aider à étendre les services de santé aux populations éloignées, réduisant ainsi les inégalités de l'accès aux services de soins de santé. Ils ont également noté la valeur de ces technologies pour les pays archipélagiques tels que ceux des Caraïbes. L'interaction entre la stratégie et le plan d'action sur la cybersanté et des efforts plus vastes pour renforcer les systèmes d'information en santé ont été mis en exergue.

109. Les délégués ont rapporté les initiatives en cybersanté dans leurs pays, notant que leurs activités nationales étaient en pleine conformité avec les domaines et les objectifs stratégiques proposés dans la stratégie et le plan d'action régionaux. Les activités entreprises comprenaient la formulation de politiques et de stratégies nationales pour l'usage de la technologie de l'information et de la communication dans le secteur de la santé, le développement de banques de données sur la législation en santé, la

digitalisation des dossiers médicaux, l'établissement de bibliothèques virtuelles de santé et de campus d'apprentissage à distance, et l'usage de réseaux sociaux et de téléphonie mobile pour transmettre l'information en santé (« m-Santé »), y compris l'information sur les flambées de maladies. Ils ont noté que les dispositifs mobiles étaient l'une des technologies de cybersanté les plus prometteuses, du fait que le service de téléphonie mobile était largement répandu dans la plupart des pays de la Région, même dans ceux dont la connectivité Internet était limitée et même dans les zones éloignées. De nombreux délégués ont mis en relief l'importance de l'interopérabilité et du besoin d'une intégration et du transfert sans faille de l'information du patient entre prestataires de soins de santé pour améliorer les soins des patients et prévenir les erreurs médicales et la duplication des services. Le besoin d'être en mesure de saisir l'information en santé de prestataires de soins de santé privés a été souligné, tout comme le besoin de développer des protocoles et des cadres réglementaires pour l'échange de données de patients entre pays, étant donné que dans certains endroits de la Région, il était courant que les patients se rendent dans des pays voisins pour y recevoir des soins médicaux.

110. Comme le Comité exécutif, le Conseil a mis en relief le besoin de travailler avec les initiatives de cybersanté existantes, telles qu'un programme de télémedecine de l'Organisation du Traité de coopération amazonien, et a exhorté l'OPS à appuyer ces initiatives afin d'éviter la duplication et la fragmentation des efforts et le gaspillage des ressources. Le Conseil a également souligné l'importance du partage de l'expérience et des bonnes pratiques et a demandé à l'OPS d'appuyer ces échanges. La Déléguée du Mexique a dit que son pays avait un centre national d'excellence en technologie de la santé (Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud) qui avait développé des cours et des ateliers en télémedecine et en télésanté, et qu'il serait heureux de les mettre à la disposition d'autres pays électroniquement par l'intermédiaire de l'OPS.

111. Les délégués ont noté que les fonctions du laboratoire régional proposé sous l'objectif 1.4 semblaient se chevaucher avec celles du comité consultatif technique proposé sous l'objectif 1.2, étant donné que les deux mécanismes suivraient et évalueraient les politiques de cybersanté dans la Région, et ils ont estimé qu'il pourrait y avoir des interactions plus fortes entre les deux, ainsi que des interactions avec les bibliothèques virtuelles de santé proposées sous l'objectif 4.2.

112. La composante renforcement de la capacité de la stratégie était considérée très importante et l'appui de l'OPS a été demandé dans ce domaine et dans d'autres. En particulier, les États demandaient une assistance dans le renforcement de leur infrastructure d'information et de communication en santé, l'intensification des compétence technologiques et de l'expertise du personnel du secteur de la santé, l'évaluation des technologies d'information en santé, et l'établissement de normes pour la technologie de l'information en santé et pour assurer le respect de la vie privée et le maintien de la confidentialité de l'information du patient. Une déléguée a suggéré que des

directives pour la gouvernance de l'information en santé devraient être établies dans le cadre de l'initiative de cybersanté de l'OPS. La même déléguée a demandé conseil sur les expériences concernant l'usage d'alternatives open-source par rapport aux logiciels de marques déposées, en particulier leurs inconvénients et leurs avantages pour les pays en développement.

113. Monsieur Marcelo D'Agostino (Gérant du Domaine de la gestion des connaissances et de la communication, BSP) a observé que l'une des idées inhérentes au concept de cybersanté et au concept plus vaste de la « société de l'information » était celle de vivre sans frontières, une idée à laquelle plusieurs délégués avaient fait allusion, tout comme à l'idée connexe d'interopérabilité. Il a également noté que de nombreux délégués avaient souligné l'importance de la formation et avaient fait remarquer que la formation devait être fournie non seulement aux professionnels de la santé, mais aussi aux patients. Pour cette raison, l'OPS mettait fortement l'accent sur la formation sur l'alphabétisation numérique. Il a remercié les États Membres de leurs commentaires et suggestions, qui seraient incorporés dans la stratégie et le plan d'action, et il a assuré le Conseil que l'Organisation continuerait à aider les États Membres à évaluer leurs technologies de l'information et de la communication en santé et à renforcer leur infrastructure technologique et continuerait également à appuyer les initiatives de cybersanté existantes dans la Région.

114. Le Dr Najeeb Al-Shorbaji (Directeur du Département de la gestion et du partage des connaissances, OMS) a accueilli avec satisfaction les diverses initiatives en cybersanté décrites par les délégués et il a affirmé que l'OMS ferait tout son possible pour appuyer l'exécution de la stratégie et du plan d'action régionaux. Il a dit que l'OMS considérerait la cybersanté comme un moyen d'améliorer l'équité et l'accès universel aux services de santé et à l'information en santé, ainsi qu'un moyen de renforcer l'efficacité et la qualité des services de santé et de réduire leurs coûts, tous ces points ayant émergé de la discussion du Conseil. L'OMS soutenait les efforts des bureaux régionaux en créant une base de données factuelles pour la cybersanté, dont le but était de démontrer l'impact des interventions de cybersanté sur les résultats en santé de façon à ce que les décideurs et les donateurs potentiels soient convaincus que l'investissement dans des projets de cybersanté était rentable. L'Observatoire mondial pour la cybersanté de l'Organisation offrait un moyen de partager les connaissances et l'information, et les leçons apprises parmi les États Membres. L'OMS appuyait également le développement et l'exécution de normes d'interopérabilité pour la cybersanté.

115. La Directrice, notant les appels du Conseil pour que l'OPS coordonne ses activités de cybersanté avec celles d'autres organisations, a dit que l'un des principaux objectifs de l'Organisation dans le développement de la stratégie et du plan d'action avait été d'assurer que les vues et les besoins du secteur de la santé étaient pris en compte dans les initiatives de cybergouvernement de la Commission économique des Nations Unies

pour l'Amérique latine et les Caraïbes, la Banque mondiale, la Banque interaméricaine de développement et d'autres institutions, ainsi que celles des divers groupes régionaux d'intégration. En particulier, l'OPS souhaitait assurer que les besoins des ministères de la santé des pays dotés d'une capacité économique et technologique limitée étaient pris en compte.

116. Le Conseil a adopté la résolution CD51.R5, avalisant la stratégie et approuvant le plan d'action sur la cybersanté révisé conformément aux suggestions des États Membres.

***Panel de discussion sur la maternité sans risque et l'accès universel à la santé sexuelle et génésique (document CD51/14, Rév. 1)***

117. Le Dr St. Clair Thomas (Représentant du Comité exécutif) a fait savoir que le Comité exécutif avait entendu un rapport en juin sur les objectifs et le programme proposé pour le Panel sur la maternité sans risque et l'accès universel à la santé sexuelle et génésique, et avait fait plusieurs suggestions concernant les thèmes qui devraient y être traités. L'un d'entre eux était le problème de l'avortement thérapeutique et les idées fausses et les préjugés qui l'entouraient, pouvant être des obstacles à des interventions médicales qui pourraient sauver de nombreuses vies. Un autre thème était le besoin d'indicateurs plus flexibles de santé sexuelle et génésique qui feraient apparaître les disparités et les inégalités, tant entre pays au niveau national que dans les pays au niveau infranational, et qui tiendraient compte des circonstances spécifiques des différents pays.

118. Le Président avait présenté les membres du panel : SAR l'Infante Cristina d'Espagne (Directrice du Domaine de la coopération internationale de la Fondation « La Caixa » et Présidente de l'Institut de santé global de Barcelone (ISGlobal) ; le Dr Michelle Bachelet (Sous-secrétaire général et Directeur exécutif, ONU-Femmes) ; le Dr Laura Laski (Chef de la Branche santé sexuelle et génésique, Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA) ; le Dr Aníbal Faúndes (Président du Groupe de travail pour la prévention de l'avortement dangereux et de ses conséquences de la Fédération latino-américaine des Sociétés d'obstétrique et de gynécologie) ; le Dr Margaret Chan (Directeur-général, OMS) ; et le Dr Mirta Roses (Directrice, BSP).

119. La Directrice avait noté qu'au cours des 20 dernières années la mortalité maternelle avait été réduite d'environ 30% pour la Région dans son ensemble, mais que cette baisse avait été inégale entre les pays et au sein des pays, et insuffisante pour réaliser l'objectif du Millénaire pour le développement 5 dans les Amériques pour 2015. Approximativement 95% des cas de mortalité maternelle en Amérique latine et dans les Caraïbes étaient imputables à des causes qui étaient évitables avec les connaissances existantes. De nombreux décès maternels étaient liés à une grossesse non planifiée, à laquelle contribuait souvent un facteur représenté par l'accès limité à la contraception. La législation restrictive sur l'avortement constituait un autre facteur du fait que de

nombreuses femmes avaient recours à l'avortement dangereux. Les services obstétricaux essentiels n'étaient pas disponibles pour toutes les femmes et étaient souvent chers, de mauvaise qualité, ou ils n'étaient pas culturellement acceptables pour les femmes, en partie parce qu'il n'y avait pas de personnel formé de manière adéquate.

120. Un an auparavant, l'OPS, en conjonction avec le Groupe de travail régional sur la réduction de la mortalité maternelle, la Fondation « La Caixa », et d'autres organisations, avait fait appel aux pays de la Région, dans le cadre de l'Initiative maternité sans risque, pour qu'ils redoublent les efforts pour atteindre les cibles de l'OMD 5. Ensemble ces institutions appuyaient les efforts pour assurer l'accès à des services gratuits et globaux de santé sexuelle et génésique ; améliorer la qualité des soins prénatals, de l'accouchement et postpartum ; réduire les avortements dangereux ; et agir sur la violence contre les femmes.

121. SAR l'Infante Cristina d'Espagne a dit que la Fondation La Caixa était heureuse d'avoir pu participer et appuyer l'Initiative maternité sans risque destinée à réduire la mortalité maternelle qui, malgré les progrès accomplis, restait à des niveaux élevés inacceptables. Elle a donné un aperçu du travail de la Fondation La Caixa visant à améliorer la santé de la mère et de l'enfant, notant qu'une grande part de ce travail portait sur la mobilisation sociale, l'éducation et la sensibilisation et soulignant le besoin de promouvoir l'idée que l'investissement dans la maternité sans risque était un investissement non seulement dans la santé des femmes mais aussi dans celle de leurs familles et de leurs communautés. Elle a mis en relief la création de l'Institut de santé global (ISGlobal), une initiative de la Fondation La Caixa, qui entre autres lignes de travail, œuvrait activement dans la santé génésique et néonatale. L'Institut était engagé à la Stratégie mondiale de la santé des femmes et des enfants du Secrétaire général des Nations Unies et il promouvait la coordination de la recherche dans ce domaine entre organes académiques européens. Elle a accueilli avec satisfaction des événements tels que la discussion de panel, qui étaient importants pour renforcer les engagements régionaux et nationaux à améliorer la santé des plus vulnérables et à démontrer le leadership à montrer la voie vers l'avant.

122. Le Dr Bachelet voyait des raisons d'être optimiste sur les perspectives d'amélioration de la situation de la santé des femmes de la Région. Les tendances concernant l'usage de la contraception et la couverture des soins prénatals par exemple, étaient encourageantes, et l'Initiative maternité sans risque constituait une plateforme excellente pour le travail partagé, avec des partenariats se multipliant entre gouvernements, communautés, société civile, et le secteur privé. De plus, les moyens d'éviter les décès maternels étaient maintenant bien connus, signifiant que la réduction de la mortalité maternelle n'était plus une question de connaissance technique ou de découverte, mais une question de volonté politique. Néanmoins, il restait beaucoup à

faire afin d'assurer l'accès à des contraceptifs et à des soins prénatals, ainsi qu'une assistance qualifiée à l'accouchement.

123. Elle a noté que la plupart des statistiques sur la mortalité maternelle étaient des moyennes, qui masquaient de profondes inégalités au sein de la Région, et auxquelles venait s'ajouter dans le cas des femmes l'inégalité dont elles souffraient dans certains pays par le simple fait d'être des femmes. Les femmes devaient être autonomisées dans le sens qu'elles devaient obtenir des opportunités et des droits et devenir une force à considérer lors de la prise de décisions. À cette fin, l'autonomisation économique était essentielle : les femmes qui disposaient de leur propre revenu pouvaient se défendre seules dans le débat politique et pouvaient se consacrer davantage à la santé, l'éducation et la sécurité alimentaire de leurs familles, faisant ainsi progresser les intérêts de leurs familles et de leurs communautés ainsi que les leurs. Il y avait donc un besoin de lier la lutte contre la mortalité maternelle à la lutte pour assurer les droits et l'autonomisation des femmes.

124. Le Dr Laski, notant qu'elle parlait au nom de Marcela Suazo, Directrice du Bureau régional de l'UNFPA pour l'Amérique latine et les Caraïbes, a souligné que la planification familiale constituait l'une des interventions les plus efficaces par rapport au coût pour réduire la mortalité et la morbidité maternelles, et qu'elle contribuait également à améliorer la situation de pauvreté dans les familles et à autonomiser les femmes, ainsi qu'à jouer un rôle majeur dans la prévention des avortements dangereux. Elle a observé que même si la Région faisait des progrès en matière de planification familiale, elle mesurait essentiellement les données concernant les femmes qui étaient mariées ou qui avaient une relation, et négligeait la situation des adolescentes sexuellement actives dans la Région, dont la majorité commençait à utiliser des contraceptifs après la naissance de leur premier enfant. Néanmoins le taux de fertilité des adolescentes demeurait très élevé, deuxième seulement après l'Afrique subsaharienne, avec des variations marquées entre les pays. Traditionnellement, l'éducation avait joué un rôle important en prévenant la grossesse non planifiée et ses conséquences, comme le montrait le fait que les filles ayant des niveaux d'éducation plus élevés avaient tendance à avoir moins de grossesses non planifiées ; toutefois, les statistiques indiquaient maintenant que l'effet bénéfique de l'éducation semblait diminuer. Afin de venir à bout de ces inégalités et de ces lacunes, il était nécessaire de porter les efforts sur des groupes défavorisés spécifiques en promouvant l'usage de la contraception. Il était également essentiel d'assurer l'accès à l'éducation sexuelle complète, en particulier pour les adolescentes.

125. Le Dr Faúndes a noté qu'alors que la mortalité due à l'avortement avait fortement baissé, la Région connaissait encore l'un des taux les plus élevés d'avortements dangereux dans le monde, (10 fois le taux de la Région européenne et en deuxième position juste après l'Afrique subsaharienne). Il a cité des statistiques montrant que le taux des avortements pratiqués était de 6 à 8 fois plus élevé dans les pays où l'avortement

était interdit que dans les pays où il était non seulement légal mais facilement accessible. La différence venait du fait que les pays qui avaient légalisé l'avortement étaient également ceux qui fournissaient des conseils en matière de santé sexuelle et génésique et un accès aux méthodes modernes de contraception.

126. La première mesure pour réduire le nombre d'avortements dangereux était la prévention de la grossesse non planifiée et non souhaitée, qui nécessiterait des programmes complets de planification familiale. Il a cité l'exemple du Chili, qui avait connu une tendance à la baisse des avortements lorsque les contraceptifs étaient devenus disponibles à travers le service national de santé. Un deuxième domaine d'action consistait à assurer que les avortements qui étaient légaux étaient également sans risque. Dans certains pays de la Région, même là où l'avortement était permis dans certaines circonstances, les femmes étaient souvent empêchées de mettre fin à une grossesse. On craignait dans ces pays que le fait de faciliter les avortements ou de faire des changements légaux pour les permettre conduirait à l'usage de l'avortement comme une alternative à la contraception. Mais l'expérience a montré que même s'il s'était produit généralement une légère hausse des avortements immédiatement après que la légalisation les ait autorisés, les nombres avaient ensuite commencé à diminuer régulièrement. Ce paradoxe apparent pouvait s'expliquer par le fait qu'une fois que l'avortement était pratiqué par des prestataires de soins de santé légitimes, les femmes qui recevaient ces avortements recevaient également des services de conseils en planification familiale et des contraceptifs.

127. Le troisième domaine d'action consistait à prévenir les décès et les cas graves de morbidité imputables à l'avortement dangereux en assurant que les femmes qui recherchaient des soins médicaux pour des complications suivant un avortement recevaient véritablement les soins dont elles avaient besoin. Cela signifierait de changer les attitudes discriminatoires de la part de prestataires de soins de santé. Le quatrième domaine d'action impliquait les conseils après avortement et la fourniture d'information en matière de planification familiale dans le but de prévenir de futures grossesses non planifiées et d'empêcher ainsi des avortements répétés.

128. Le Dr Chan a dit que la discussion avait été un échange franc et réaliste, sans illusions, et qu'elle avait même offert quelques bonnes raisons d'optimisme. Les orateurs avaient noté ce qu'il fallait faire et ils avaient identifié la série de barrières à faire tomber. Les efforts en vue de l'accès universel à la série intégrale de services de santé sexuelle et génésique et de maternité sans risque signifiaient qu'il fallait agir sur les inégalités dans l'accès aux soins et comprendre que les barrières à une meilleure santé pour les femmes et les filles n'étaient pas essentiellement médicales et techniques, mais sociales, culturelles et politiques.

129. Pendant trop longtemps, la maternité sans risque avait été un problème discuté avec une grande émotion et une passion rhétorique, mais avec des résultats peu nombreux et très limités. Des décennies s'étaient écoulées sans entamer pratiquement le chiffre monstrueux d'un demi-million de décès maternels. Finalement, les chiffres avaient commencé à baisser, en particulier dans la Région des Amériques. Toutefois, une grande part du travail en cours procédait sur la base d'une information inadéquate : un trop grand nombre de pays ne disposaient pas de cause fiable des statistiques des décès, laissant les programmes de santé baser leurs stratégies sur des estimations approximatives. L'exécution de la Stratégie mondiale de la santé des femmes et des enfants aiderait à agir sur ce problème. Les engagements financiers pour la Stratégie avaient continué à s'ajouter à l'engagement initial d'environ \$40 milliards, qui était un chiffre étonnant par rapport au contexte actuel d'austérité financière. La transparence et la responsabilisation dans l'usage des fonds donnés seraient un facteur clé pour rassembler le soutien en vue de l'effort majeur requis pour améliorer la santé des femmes et des enfants, réduire les inégalités en agissant sur les déterminants sociaux de la santé et renforcer les diverses composantes importantes des systèmes et des services de santé.

130. Suite aux présentations du panel, le Conseil a examiné le Plan d'action régional pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et les cas graves de morbidité maternelle (voir paragraphes 90 à 106 ci-dessus).

***Table ronde sur la résistance aux antimicrobiens (document CD51/15, Rév. 1 et Add. 1)***

131. Le Dr St. Clair Thomas (Représentant du Comité exécutif) a fait savoir que le Comité exécutif avait donné un accueil favorable à la sélection de la résistance aux antimicrobiens comme thème de la table ronde du Conseil, et avait suggéré plusieurs thèmes qui devraient être considérés par les groupes de discussion, y compris : disponibilité actuelle et future des antibiotiques ; contrôle de qualité et usage rationnel des antibiotiques ; renforcement des services pharmaceutiques hospitaliers et des réseaux nationaux de laboratoire ; renforcement de la surveillance, de la prévention et du contrôle des infections nosocomiales ; et amélioration des pratiques de prescription de médicaments.

132. Un discours d'ouverture introduisant le thème de la table ronde a été prononcé par le Dr Patrick W. Kelley, Directeur du Conseil pour le développement de l'Académie de science africaine de l'Institut de Médecine des États-Unis. Le Dr Kelley a observé que l'usage impropre d'antimicrobiens favorisait la résistance aux médicaments et dégradait la santé publique. L'automédication sans prescriptions était courante dans de nombreux endroits dans la Région, mais l'usage sans retenue des antibiotiques était une recette pour les individus pauvres et pour la santé mondiale. Le remède se trouvait dans l'éducation et la sensibilisation, pour permettre à ceux qui utilisaient à mauvais escient ou qui faisaient une utilisation excessive des antibiotiques d'en comprendre les dangers. Il y avait une

supposition persistante selon laquelle l'industrie pharmaceutique viendrait à la rescousse, en produisant constamment de nouveaux antibiotiques pour remplacer ceux qui avaient développé une résistance. Toutefois, il y avait des difficultés croissantes à fournir ces antibiotiques nouveaux et plus puissants. Le développement de médicaments était extrêmement cher, ce qui signifiait que si une compagnie avait l'opportunité de développer des médicaments pour les maladies chroniques non transmissibles qui pouvaient être pris chaque jour pendant des décennies, elle avait moins d'incitation à développer des antibiotiques qui pouvaient n'être pris que pendant une semaine ou deux.

133. De plus, des quantités considérables d'antimicrobiens de contrefaçon pouvaient pénétrer les frontières des pays même les plus vigilants. Un antibiotique de qualité insuffisante qui manquait de puissance encouragerait l'émergence d'organismes résistants quelque soit l'endroit où il entrait dans la logistique d'approvisionnement globale, et causerait également un cours clinique plus difficile pour les patients, ou même la mort. Une autre complication était représentée par la question des droits de propriété intellectuelle. La plupart des problèmes concernant des médicaments de contrefaçon étaient des questions de santé publique non liées à la violation de la marque déposée, mais les problèmes de propriété intellectuelle avaient dominé les négociations internationales pour améliorer l'accès à des médicaments sûrs et efficaces, aboutissant à une impasse. Un autre facteur contribuant à ce problème était l'usage d'antibiotiques comme promoteurs de croissance des animaux comestibles, ayant pour résultat la présence de bactéries résistantes dans les aliments dans les supermarchés européens et américains.

134. En Europe, les bactéries résistantes aux médicaments avaient provoqué environ 400 000 infections et plus de 25 000 décès chaque année, à un coût, en termes de journées passées à l'hôpital, d'au moins 1,5 milliard d'euros. Les chiffres pour les Amériques seraient sans nul doute similaires. Et du fait que la taille des populations âgées grossissait partout dans le monde, et que ces personnes passaient plus de temps à l'hôpital pour y recevoir des soins pour des maladies non transmissibles, le fardeau économique des infections nosocomiales résistantes aux médicaments augmenterait. Une réponse durable et efficace exigeait une approche de l'ensemble du gouvernement, impliquant les ministères de la santé, de l'agriculture, de l'éducation et des finances, la communauté de santé publique, prenant le rôle de chef de file en faisant avancer les programmes de lutte contre les infections hospitalières basés sur la surveillance robuste, l'analyse épidémiologique, la politique clinique, l'hygiène et l'éducation.

135. Le Groupe consultatif technique de la résistance aux antimicrobiens de l'OPS avait examiné la performance des laboratoires et avait constaté des résultats inégaux, qui avaient mis en relief l'importance d'investir dans l'amélioration des diagnostics, les systèmes d'assurance de qualité, la formation de laboratoire et épidémiologique et l'accréditation externe périodique. Sans un bon travail de laboratoire, beaucoup d'argent

serait gaspillé en raison de la faiblesse de la surveillance et de la sélection par tâtonnements des médicaments. Il était également important d'assurer que les cliniciens adhéraient à des directives fondées sur des données factuelles. L'examen des pairs institutionnalisé de la qualité des soins devrait être considéré dans chaque hôpital.

136. Heureusement, l'excellent travail de l'OPS avait clairement défini les problèmes sur lesquels il fallait agir dans le spectre de la santé, et la Région était maintenant en bonne position pour développer et exécuter des plans stratégiques nationaux pour la surveillance de qualité assurée et la lutte contre la résistance aux antimicrobiens. Les prochaines étapes nécessiteraient du courage et des encouragements mutuels. Les États devraient envisager certaines mesures potentiellement impopulaires pour mieux contrôler l'accès aux antibiotiques, ainsi que l'éducation populaire sur l'usage des antibiotiques, afin non seulement d'obtenir des soins de qualité pour les patients, mais aussi de préserver aussi longtemps que possible le miracle des antibiotiques qui avait été l'essence de la santé globale pendant les 70 dernières années.

137. Suite aux remarques du Dr Kelley, le Conseil s'était scindé en trois groupes se concentrant respectivement sur l'impact social et économique de la résistance aux antimicrobiens, l'information épidémiologique et son usage potentiel, et une approche à multiples facettes du confinement de la résistance antimicrobienne.

138. Le Dr Marcos Espinal (Gérant du Domaine de la surveillance de la santé et de la prévention et du contrôle des maladies, BSP) a présenté le rapport des conclusions des différents groupes de discussion, décrites dans le document CD51/15, Rév. 1, Add. I. Il a noté que les groupes avaient observé que la résistance antimicrobienne constituait une menace pour la santé qui impliquait un coût social et économique élevé et demandait une réponse multisectorielle. Le renforcement de la fonction de direction des gouvernements avait par conséquent été considéré essentiel au succès. Dans la pratique, la réponse commençait par un cadre juridique, politique et réglementaire qui englobait tous les aspects du cycle de l'usage des antimicrobiens, la surveillance de la résistance en laboratoire et le contrôle des infections liées aux soins de santé. L'exécution de ce cadre devrait impliquer le partage des expériences réussies et des bonnes pratiques ainsi que la coopération entre les États Membres.

139. Le Conseil avait demandé au Bureau de préparer une stratégie et un plan d'action régionaux pour le confinement de la résistance antimicrobienne qui serviraient de guide aux politiques nationales et aux plans d'opération et qui seraient présentés à la prochaine réunion des Organes directeurs.

## Questions administratives et financières

### *Rapport sur le recouvrement des contributions (documents CD51/16 et Add. I)*

140. Le Dr St. Clair Thomas (Représentant du Comité exécutif) a fait savoir que le Comité exécutif avait été informé qu'au 20 juin 2011 le recouvrement combiné des arriérés et des contributions de l'année en cours s'élevait à \$54,7 millions, par rapport à \$49,3 millions en 2010 et \$38 millions en 2009. Le recouvrement des contributions de l'année en cours s'élevait à \$31 millions, soit 32% du montant total dû pour 2011. Le Comité avait également été informé que deux États Membres avaient potentiellement été sujets aux restrictions de vote prévues dans l'Article 6.B de la Constitution de l'OPS, et que le Bureau avait encouragé ces États Membres à prendre les mesures nécessaires afin de conserver leur droit de vote durant le Conseil directeur.

141. Mme Linda Kintzios (Trésor et Conseillère principale pour les services et systèmes financiers, BSP) a remercié les États Membres de leurs efforts continus pour s'acquitter de leurs contributions d'une manière ponctuelle, assurant ainsi une trésorerie prévisible à l'Organisation. Elle a expliqué que le document CD51/16 reflétait les recettes jusqu'à la date du 31 juillet 2011, et que son Addendum I contenait des données mises à jour sur les paiements reçus jusqu'au 16 septembre 2011. Depuis cette date, l'OPS avait reçu un paiement supplémentaire de \$1 348 981 du Gouvernement du Mexique, qui avait ainsi versé sa contribution intégrale pour 2011.

142. Le total des contributions reçues au 16 septembre 2011 s'élevait à \$85 millions, par rapport à \$81 millions en 2010, \$69 millions en 2009, et \$53 millions en 2008. À la date du 16 septembre 2011, le recouvrement des contributions pour l'année en cours s'élevait à \$57,3 millions, qui ne représentait que 58% seulement de la contribution totale de \$98,3 millions pour 2011. Un total de 20 États Membres s'était acquitté de leurs contributions intégrales pour 2011, cinq avaient effectué des paiements partiels, et 14 États Membres n'avaient pas fait de paiement pour l'année en cours.

143. En date du 1<sup>er</sup> janvier 2011, le total des arriérés des contributions pour les années antérieures à 2011 s'élevait à \$29,7 millions, 90% de ce montant se rapportant à 2010. Les versements reçus sur ces arriérés à la date du 16 septembre 2011 s'élevaient à \$27,7 millions, soit 93% du total des arriérés, le solde de ces arriérés ne s'élevant qu'à \$2 millions seulement. À la date de l'ouverture du Conseil, aucun État Membre n'était sujet aux restrictions de vote prévues par l'Article 6.B de la Constitution de l'OPS.

144. Lors de la discussion qui a suivi les remarques de Mme Kintzios, on a noté que le paiement des contributions des États Membres témoignait de l'engagement majeur qu'ils attachaient aux problèmes de santé publique, ce qui les motivait à s'acquitter de leurs contributions même en période d'austérité financière. À son tour, le Conseil a reconnu les

efforts faits par la Directrice et le personnel du Bureau pour faire un usage optimum des ressources reçues.

145. La Directrice a exprimé sa gratitude aux États Membres de continuer à s'acquitter de leurs contributions à une époque de sérieuses contraintes financières.

146. Le Conseil a pris note du rapport sur le recouvrement des contributions.

***Rapport financier du Directeur et rapport du Commissaire aux comptes externe pour 2010 (document officiel 340)***

147. Le Dr St. Clair Thomas (Représentant du Comité exécutif) a fait savoir que le Comité exécutif avait entendu les présentations sur le Rapport financier du Directeur par Mme Sharon Frahler, Gérante du Domaine de la gestion des ressources financières, BSP, et Mme Helen Freetenby, représentant le Commissaire aux comptes. Mme Frahler a récapitulé le contenu du Rapport financier, notant que le total des ressources financières de l'Organisation continuait à montrer une croissance importante, atteignant un total cumulé de \$932,6 millions en 2010, par rapport aux recettes de trésorerie de \$731 millions en 2009. Les dépenses pour l'année s'étaient élevées à \$927,3 millions, et l'Organisation avait donc terminé l'année 2010 avec un excédent net de revenu par rapport aux dépenses de \$5,3 millions.

148. Les contributions cumulées pour 2010 s'étaient élevées à \$98,3 millions et le revenu divers cumulé à \$5,2 millions. De plus, l'Organisation avait reçu et exécuté un total de \$200 millions en fonds fiduciaires dans le cadre d'accords pluriannuels pour les programmes de santé publique, y compris \$82,8 millions reçus des gouvernements pour des projets financés extérieurement, \$106,8 millions pour des projets financés intérieurement, et près de \$10 millions pour les efforts de réponse d'urgence au Chili et en Haïti.

149. Mme Freetenby avait informé le Comité que le Commissaire aux comptes n'avait pas découvert de points faibles ou d'erreurs compromettant l'exactitude ou l'exhaustivité des comptes de l'Organisation et n'avait par conséquent émis aucune réserve. Elle avait félicité l'Organisation pour son exécution couronnée de succès des normes comptables internationales du secteur public (IPSAS), tout en notant que cette exécution avait fortement resserré l'emploi du temps pour l'achèvement de l'audit. Elle avait également attiré l'attention sur le besoin de rénover ou de remplacer certains systèmes clés de comptabilité financière et d'information pour la gestion de sorte que l'Organisation pourrait bénéficier pleinement des normes IPSAS et elle avait noté le besoin d'un cadre solide de gestion du risque.

150. Le Comité exécutif avait accueilli favorablement l'information sur la solide position financière de l'Organisation et l'opinion du Commissaire aux comptes sur les états financiers au sujet desquels il n'avait émis aucune réserve. La qualité élevée des comptes de l'Organisation et la plus grande transparence fournie par les normes IPSAS avaient été considérées particulièrement importantes au vu de la croissance continue des ressources gérées par l'Organisation. Le Comité avait encouragé le Bureau à accorder une attention particulière aux questions soulevées par le Commissaire aux comptes et ses 12 recommandations, qui figuraient dans le document officiel 340. L'attention avait été attirée sur les recommandations de mise à jour fréquente des données des projets, pour assurer que l'information pour la gestion était à jour, et le développement d'une approche pour traiter le passif non comptabilisé lié aux droits du personnel. Notant que le Commissaire aux comptes avait exprimé des préoccupations sur certaines activités en matière d'achats éventuellement inappropriées, le Comité avait suggéré que les règles deviennent plus strictes.

151. Le Conseil directeur a félicité l'Organisation de son succès à préparer les états financiers conformes aux normes IPSAS et à obtenir une opinion sans réserve. Il a noté que conformément à la recommandation du Commissaire aux comptes, le Bureau devait encore agir sur certains risques de technologie de l'information afin d'assurer que les activités essentielles et les dispositions pour la préparation des rapports étaient respectées, et de continuer à suivre les implications pour l'Organisation du régime d'assurance maladie du personnel qui était partagé avec l'OMS.

152. Des préoccupations avaient également été exprimées concernant un petit nombre de contrats d'achats douteux, sur lesquels l'attention avait été attirée dans le rapport du Commissaire aux comptes, et le Bureau était prié d'exécuter la recommandation du Commissaire aux Comptes consistant à effectuer une évaluation formelle du risque pour les contrats d'achats de valeur élevée et les contrats dans de nouveaux domaines d'activité. Les commentaires du Commissaire aux comptes sur la mise à jour du système d'information pour la gestion du BSP étaient notés, et le Bureau était prié de soumettre des rapports confirmant que l'exécution du nouveau système avait agi sur les risques mis en relief. Les préoccupations du Commissaire aux comptes concernant le passif non comptabilisé pour les prestations de retraite et l'assurance maladie après l'emploi avaient également été notées. Il a également rappelé qu'il avait été souhaité à la réunion du Comité exécutif d'avoir un document détaillant les différentes compétences des diverses fonctions de contrôle et d'audit couvrant l'Organisation.

153. Mme Sharon Frahler (Gérante du Domaine de la gestion des ressources financières, BSP) a exprimé sa satisfaction sur la reconnaissance par le Conseil du travail qui avait été nécessaire pour exécuter les normes IPSAS d'une manière complète et ponctuelle, notant que du fait de son exécution précoce, le Bureau était devenu une source d'information vers laquelle d'autres organes du système des Nations Unies

s'étaient tournés pour conseils et assistance dans leurs propres processus d'exécution des normes IPSAS. Passant à la question du régime d'assurance maladie du personnel, elle a indiqué que du fait que ce régime avait été partagé avec l'OMS pendant des années, il s'avérait difficile de diviser l'actif auquel les deux organisations avaient contribué. Alors que l'OPS avait mis en œuvre les normes IPSAS en 2010, l'OMS n'en ferait autant qu'en 2012, et par conséquent ne ressentait pas la même urgence de résoudre le problème. Les deux organisations s'efforçaient de trouver une solution mutuellement acceptable, et il n'y avait pas de difficulté prévue dans la clôture des comptes de l'année en cours.

154. Alors que le Commissaire aux comptes avait exprimé des doutes sur deux opérations d'achat spécifiques, le Bureau avait été en mesure d'assurer que les achats avaient été exécutés dans le respect de la mission de l'Organisation. L'incident avait rappelé au Bureau l'importance d'assurer que toutes les parties de l'Organisation décentralisée étaient informées des règles en matière d'achats et qu'à partir de maintenant, si une demande d'achat était reçue qui semblait ne pas adhérer à ces règles, elle serait immédiatement rejetée.

155. Pour ce qui était de la question d'évaluation du risque, le Bureau allait de l'avant et espérait disposer d'une solution robuste qui serait présentée au Sous-comité de programme, du budget et de l'administration en mars 2012. Un document serait également préparé pour le Sous-comité sur la question du passif non comptabilisé pour les droits du personnel.

156. La Directrice était d'accord que l'exercice financier antérieur avait été critique, car c'était la première fois que les états financiers de l'Organisation avaient été préparés conformément aux nouvelles normes comptables. Elle était reconnaissante du travail accompli par tous pour atteindre cette réussite et elle a noté que dans une organisation décentralisée telle que l'OPS, des efforts avaient dû être faits dans les bureaux de pays et d'autres lieux, dans les ministères de la santé fournissant les données, ainsi qu'au Siège.

157. Le Conseil avait pris note du rapport.

***Nomination du Commissaire aux comptes de l'OPS pour 2012-2013 et 2014-2015 (document CD51/17)***

158. Le Dr St. Clair Thomas (Représentant du Comité exécutif) a fait savoir que le Comité exécutif avait été informé en juin que trois nominations avaient été reçues pour la position de Commissaire aux comptes : le Gouvernement de Bolivie avait nommé le Contrôleur et Auditeur général de l'Inde ; le Gouvernement du Panama avait nommé la Cour des comptes espagnole et le Gouvernement du Pérou avait nommé l'Institution supérieure d'audit allemande. Une nomination supplémentaire avait été reçue du

Gouvernement de la Jamaïque, mais comme elle était arrivée après l'échéance, elle n'avait pas été éligible pour considération.

159. Mme Linda Kintzios (Trésor et Conseillère principale des services et systèmes financiers, BSP) a ajouté qu'en conformité à l'article 14.1 du Règlement financier, la Conférence sanitaire panaméricaine ou le Conseil directeur nommerait un Commissaire aux comptes de réputation internationale aux fins d'audit financier des comptes de l'Organisation. La durée du mandat était à la discrétion de la Conférence ou du Conseil. Toutefois, il était coutume de nommer le Commissaire aux comptes pour deux périodes biennales. Elle a indiqué que le Commissaire aux comptes devait avoir de l'expérience en matière d'audit professionnel appliquant les normes comptables internationales du secteur public et devait avoir une expérience de travail dans un environnement multiculturel, avec du personnel qualifié ayant la capacité de travailler dans les langues espagnole et anglaise.

160. Une note verbale avait été envoyée à tous les États Membres en octobre 2010, décrivant en détail le processus à suivre dans la nomination du Commissaire aux comptes. La date butoir pour la réception des soumissions avait été fixée au 30 avril 2011, mais avait été par la suite repoussée par la Directrice au 1<sup>er</sup> juin 2011. Les États Membres étaient encouragés à examiner les organes d'audit d'autres agences, fonds et programmes des Nations Unies, ainsi que des institutions supérieures d'audit, en notant que le Commissaire aux Comptes de l'OPS ne devait pas nécessairement être de la Région des Amériques. De plus, du fait que l'OPS n'était pas spécifiquement tenue de nommer une entité nationale en tant que Commissaire aux comptes, les États Membres étaient encouragés à également considérer la possibilité de nommer une compagnie du secteur privé.

161. Elle a confirmé que trois nominations avaient été reçues, comme décrit par le Représentant du Comité exécutif, mais elle a noté que la soumission concernant le Contrôleur et Auditeur général de l'Inde était incomplète, ce qui la rendait inéligible à la considération par le Conseil, laissant seulement en lice deux candidats : l'Institution supérieure d'audit allemande et la Cour des comptes espagnole.

162. M. Michael Schrenk, représentant l'Institution supérieure d'audit allemande, a fait une présentation sur l'offre de service de son institution, et a cité un honoraire d'audit annuel de \$277.000. M. Ciriaco de Vicente, représentant la Cour des comptes espagnole, a également fait une présentation de l'offre de service de son institution, citant un honoraire d'audit annuel de \$240.000.

163. Des questions ont été posées concernant l'approche de la Cour des comptes espagnole de l'audit de la technologie de l'information, son approche des normes IPSAS et son expérience concernant ces normes, et sur ses plans pour affecter des personnes-

mois à l'audit de l'OPS. M. de Vicente a indiqué que son institution se concentrait sur la sécurité, l'accessibilité et la fiabilité des systèmes informatiques et la cohérence interne, et que la Cour avait de l'expérience en matière d'IPSAS ainsi que d'autres normes.

164. Il a été procédé à un vote à bulletin secret. Les représentants de Porto Rico et du Brésil ont été nommés scrutateurs. Les résultats du vote étaient les suivants : 33 bulletins valides ont été votés, 23 en faveur de la Cour des comptes espagnole et 10 en faveur de l'Institution supérieure d'audit allemande.

165. Le Conseil a adopté la résolution CD51.R3, déclarant la nomination de la Cour des comptes espagnole à la fonction de Commissaire aux comptes de l'Organisation panaméricaine de la Santé pour la période 2012 à 2015.

#### ***Traitement du Directeur du Bureau sanitaire panaméricain (document CD51/18)***

166. Le Dr St. Clair Thomas (Représentant du Comité exécutif) a dit que, comme il l'avait indiqué précédemment, le Comité exécutif avait confirmé plusieurs changements au Règlement du personnel lors de sa session de juin. Le Comité avait également fixé les traitements du Sous-directeur et du Directeur adjoint, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2011, et avait recommandé que le Conseil directeur établisse le traitement annuel du Directeur à \$204 391 avant imposition, également à compter du 1<sup>er</sup> janvier. Ces décisions étaient reflétées dans la résolution CE148.R12, qui était jointe en annexe au document CD51/18.

167. Le Conseil directeur a adopté la résolution CD51.R13, fixant le traitement annuel du Directeur à \$204 391 avant imposition, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2011.

#### **Sélection d'États Membres pour faire partie des Conseils ou Comités**

##### ***Élection de deux membres pour faire partie du Comité consultatif du Centre latino-américain et des Caraïbes d'information dans les sciences de la santé (BIREME) (document CD51/19)***

168. Le Conseil a élu la Bolivie et le Suriname membres du Comité consultatif du Centre latino-américain et des Caraïbes d'information dans les sciences de la santé (BIREME) (résolution CD51.R2).

#### **Prix**

##### ***Prix de l'OPS d'administration, 2011 (document CD51/20)***

169. Le Dr St. Clair Thomas (Représentant du Comité exécutif) a fait savoir que le Jury du Prix de l'OPS d'Administration 2011, qui était composé des représentants des États-Unis d'Amérique, de Saint-Vincent-et-les-Grenadines et de la République Bolivarienne du Venezuela, s'était réuni lors de la 148<sup>e</sup> session du Comité exécutif.

Après avoir passé en revue les dossiers de candidature soumis par les États Membres, le Jury avait décidé d'octroyer le Prix de l'OPS d'Administration 2011 au Dr John Edward Greene du Guyana pour sa contribution au développement du secteur de la santé et des ressources humaines dans la Communauté des Caraïbes, et pour sa mobilisation de l'engagement politique envers l'accomplissement de résultats significatifs portant sur un vaste éventail de questions prioritaires de santé publique. Le Jury du Prix de l'OPS avait noté que la sélection parmi les candidats qui avaient tous des qualifications impressionnantes avait été très difficile et il avait suggéré que le processus pourrait être facilité et que toute subjectivité éventuelle pourrait être évitée, si une liste était établie sur les critères pondérés des objectifs à considérer dans la sélection du lauréat du prix.

170. Le Comité exécutif avait félicité le Dr Greene et adopté la résolution CE148.R13, notant la décision du Jury du Prix et transmettant le rapport au 51<sup>e</sup> Conseil directeur.

171. Le Président et la Directrice ont présenté le Prix de l'OPS d'Administration 2011 au Dr John Edward Greene du Guyana, dont le discours de remerciement figure sur la page web du 51<sup>e</sup> Conseil directeur.

#### ***Prix Abraham Horwitz d'excellence en santé interaméricaine 2011***

172. Le Dr Fernando Mendoza (Secrétaire du Conseil d'administration de la Fondation panaméricaine pour la santé et l'éducation), a rappelé que pendant 43 ans la Fondation s'était associée à l'OPS pour faire progresser le but commun de protéger la vie et d'améliorer la santé dans les Amériques. Au titre de ce partenariat, plusieurs prix d'excellence en santé publique interaméricaine étaient présentés chaque année, dont le Prix Abraham Horwitz pour le leadership en santé interaméricaine, établi pour honorer le Dr Abraham Horwitz, ancien Directeur de l'OPS et ancien Président de PAHEF. Le prix reconnaissait le leadership qui avait changé les vies et amélioré la santé des peuples des Amériques.

173. Le Dr Mendoza, le Président et la Directrice ont présenté le Prix Abraham Horwitz pour le leadership en santé interaméricaine 2011 au Dr. Peter J. Hoetz, Doyen de l'École nationale de médecine tropicale, Professeur dans le département de pédiatrie et virologie moléculaire et microbiologie au Baylor College of Medicine à Houston, au Texas, et titulaire de la Chaire en pédiatrie tropicale du Texas Children's Hospital, pour son travail sur les maladies tropicales négligées. Le discours de remerciement du Dr Hoetz figure sur le site web du 51<sup>e</sup> Conseil directeur.

#### ***Prix Manuel Velasco Suárez d'excellence en bioéthique 2011***

174. Le Dr Mendoza a dit que le Prix Manuel Velasco Suárez d'excellence en bioéthique avait été créé en 2002 pour reconnaître la pensée avant-gardiste dans le

domaine de la bioéthique. Le prix honorait le Dr Manuel Velasco Suárez, de nationalité mexicaine, médecin, chercheur et scientifique, qui avait consacré plus de 50 ans de sa vie à la santé publique et avait été l'un des fondateurs de l'Académie mexicaine de bioéthique.

175. Le Dr Mendoza, le Président et la Directrice ont présenté le Prix Manuel Velasco Suárez d'excellence en bioéthique 2011 au Dr Laura Adriana Albarellos, Professeur à l'Université des Amériques à Puebla, et conseillère spéciale en politique de la santé auprès du Gouvernement du Mexique pour sa proposition « Créer et utiliser un système de banques de gènes pour l'établissement des politiques publiques. » Le discours de remerciement du Dr Albarellos figure également sur le site web du 51<sup>e</sup> Conseil directeur.

#### ***Prix Sérgio Arouca d'excellence soins de santé universel 2011***

176. Le Dr Mendoza a rappelé que le Prix Sérgio Arouca d'excellence en santé publique avait été créé en 2010 par le Ministère de la Santé du Brésil et PAHEF en coopération avec l'OPS. Le prix reconnaissait les chefs de file qui avaient travaillé pour faire progresser, influencer et renforcer les programmes universels de soins de santé dans la Région. Médecin brésilien, scientifique et champion inlassable des soins de santé universels, Sérgio Arouca, que ce Prix honorait, avait été l'un de ces chefs de file.

177. Le Dr Mendoza, le Président et la Directrice ont présenté le Prix Sérgio Arouca d'excellence en santé publique 2011 au programme de prise en charge intégrée des maladies de l'adolescent et de l'adulte (PCIMAA) du Ministère de la Santé du Guyana, représenté par le Directeur de l'Unité de santé adolescents et jeunes adultes, le Dr Marcia Paltoo, dont le discours de remerciement figure sur le site web du 51<sup>e</sup> Conseil directeur.

#### ***Autres prix communs PAHEF et OPS***

178. Le Dr Mendoza a annoncé que le Prix Clarence H. Moore pour service bénévole avait été attribué au Réseau d'information des femmes des solutions guatémaltèques, WINGS, représenté par sa fondatrice, Mme Sue Patterson, pour son travail sur l'amélioration des vies des familles guatémaltèques en leur fournissant l'éducation, l'accès et le plaidoyer pour la planification familiale, la santé génésique et d'autres programmes et services en santé publique ; le Prix Pedro N. Acha pour la santé publique vétérinaire a été attribué au Dr Francisca Samsing, pour sa thèse de cursus de licence intitulée « Analyse de risque de dioxine, furane et contamination DL-PCB de la viande de porc par les aliments pour animaux » ; et le Prix Fred L. Soper d'excellence en littérature en santé a été attribué au Dr Ana Lucia Lovadino de Lima, de l'Unité recherche épidémiologique, nutrition et santé de l'Université de São Paulo, pour son article intitulé « Causes de la baisse accélérée de la sous-nutrition infantile dans le Nord-est du Brésil (1986-1996-2006). »

179. Ces prix ont été remis lors d'un dîner organisé pendant la semaine du Conseil directeur.

### **Questions soumises pour information**

#### ***Consultation régionale sur la réforme de l'OMS (document CD51/INF/2, Rév. 1 et Add. I, Rév. 1)***

180. En introduisant ce point de l'ordre du jour, la Directrice a examiné le contexte de l'initiative de réforme de l'OMS, qui avait démarré par des consultations informelles sur l'avenir du financement de l'OMS en janvier 2010 et évolué en un programme exhaustif de réforme agissant sur des questions concernant non seulement le financement mais aussi la gouvernance et les activités essentielles de l'OMS. Elle a noté qu'il y avait une certaine confusion à propos de la signification des mots « activités essentielles » et elle a précisé que l'expression se rapportait aux domaines programmatiques prioritaires de l'Organisation tels que définis dans sa Constitution. La Soixante-quatrième Assemblée mondiale de la Santé avait identifié cinq domaines prioritaires sur lesquels porter les efforts : a) systèmes et établissements de santé, b) santé et développement, c) sécurité sanitaire, d) données factuelles sur les tendances sanitaires et les déterminants de la santé, et e) mobilisation pour une meilleure santé. Elle a ensuite décrit la justification, le but, la portée et les résultats attendus de la réforme (voir document CD51/INF/2, Rév. 1).

181. En sa capacité de Comité régional de l'OMS, le Conseil directeur a été invité à faire des commentaires sur le programme et le processus de la réforme de l'OMS et de donner des orientations sur les questions clés soulevées dans trois documents de concept, l'un sur la gouvernance de l'OMS, un autre sur la portée, les termes de référence et le processus pour une évaluation indépendante de l'OMS et le troisième sur une proposition de créer un Forum mondial de la santé, établi par l'OMS et rassemblant diverses parties prenantes impliquées dans les activités sanitaires mondiales. Les autres comités régionaux étaient également invités à organiser des consultations, dont les résultats seraient rassemblés et soumis à une session spéciale du Conseil exécutif de l'OMS qui se tiendrait en novembre 2011. Un ensemble préliminaire de réformes serait alors préparé et présenté à la session ordinaire du Conseil exécutif en janvier 2012 et à l'Assemblée mondiale de la Santé en mai 2012.

182. Le Dr Margaret Chan (Directeur-général, OMS) a dit que l'objectif principal de la réforme était de faire de l'OMS une organisation plus efficace et rentable qui servirait mieux ses États Membres. Elle a souligné qu'elle n'avait pas lancé le processus de réforme parce que l'OMS était « ruinée. » Toutefois, le monde avait beaucoup changé et de nombreux acteurs nouveaux avaient émergé sur la scène mondiale de la santé dans les 63 ans de son existence, et l'OMS devait renforcer sa capacité à soutenir les États Membres dans ce nouvel environnement.

183. Comme elle l'avait remarqué à d'autres occasions, l'OMS était débordée et insuffisamment financée. Lors de chaque Assemblée mondiale de la Santé depuis plusieurs années, les États Membres avaient adopté plus de 20 résolutions, qui contenaient toutes des mandats pour le Secrétariat, mais ce dernier ne disposait pas des ressources financières et humaines pour les exécuter, en particulier du fait qu'une grande proportion des ressources qu'elle recevait était largement consacrée à des fins déterminées. Donc une question centrale du processus de réforme était : comment l'Organisation pouvait-elle classer par ordre de priorité ses activités et mener à bien les mandats qu'elle avait reçus des États Membres ?

184. La gouvernance constituait un autre aspect fondamental de la réforme. À l'intérieur de l'Organisation, il y avait besoin d'une plus grande cohérence entre les Organes directeurs et un meilleur alignement entre les directions de politique adoptées par les comités régionaux et les décisions prises par l'Assemblée de la Santé. Parallèlement, il fallait trouver un moyen d'entendre et de prendre en considération les vues des nombreux acteurs de la société civile et du secteur privé engagés dans des activités mondiales de santé, tenant compte ainsi des appels répétés des États Membres pour une organisation plus intégrée. Toutefois, cela devait être fait sans saper l'autorité suprême de décision des États Membres, parce que l'OMS devait rester une organisation dont le moteur était les États Membres. Le Forum mondial de la Santé était un mécanisme possible, mais il y en avait d'autres, et elle se réjouissait d'écouter les points de vue de la Région sur ce point et d'autres questions soulevées dans les trois documents de concept.

185. Le Conseil s'est réuni dans trois tables rondes pour discuter les documents de concept et autres documents d'information contenus dans le document CD51/INF/2, Rév. 1. Chaque table ronde a nommé deux rapporteurs, qui ont récapitulé les discussions et, en collaboration avec le personnel du BSP, ont produit un rapport résumé sur la consultation régionale. Ce rapport (document CD51/INF/2, Add. I, Rév. 1, après révision) a été présenté par la suite et discuté en séance plénière.

186. Au cours de la discussion, les États Membres ont bien accueilli l'opportunité d'examiner des moyens pour améliorer la gouvernance de l'OMS, rationaliser ses méthodes de travail et assurer que ses priorités étaient alignées sur les besoins actuels des États Membres. Ils étaient inquiets toutefois que le processus de réforme se déroulait trop rapidement et qu'un temps insuffisant était accordé pour un examen approfondi des réformes proposées par les États Membres. Ils ont souligné que la réforme, en particulier dans le cas d'une organisation aussi vaste et complexe que l'OMS, ne devait pas être entreprise avec une hâte excessive, ou donner l'impression d'être entreprise avec une hâte excessive, et ils ont souligné qu'il serait sans nul doute difficile d'inverser toute réforme qui aurait été instituée et qui par la suite se serait avérée peu judicieuse. Plusieurs délégués ont estimé que les discussions de la réforme de l'OMS devraient avoir lieu non

seulement au niveau régional mais aussi au niveau infrarégional, parmi les membres de CARICOM, d'UNASUR, et les divers autres groupes d'intégration politique et économique dans les Amériques.

187. L'importance du rôle de chef de file des États Membres et de la possession du processus de réforme a été mise en exergue. Plusieurs délégués ont remarqué que le travail du Groupe de travail sur l'OPS au 21<sup>e</sup> siècle pourrait offrir un bon modèle pour une approche de la réforme dont le moteur était les États Membres, et ils ont suggéré que le rapport final<sup>4</sup> du Groupe de travail soit transmis à l'OMS avec le rapport sur la consultation régionale sur la réforme de l'OMS.

188. Alors qu'un soutien général était exprimé en faveur de la création d'un Forum mondial de la Santé ou d'un mécanisme similaire, plusieurs délégations ont noté le besoin d'une plus grande clarté concernant son but, et ils ont voulu savoir ce que serait sa relation avec l'Assemblée mondiale de la Santé, qui y participerait, et d'autres détails. En ce qui concernait l'évaluation externe proposée de l'OMS, ils ont suggéré qu'elle devrait être effectuée non par un consortium indépendant d'experts, mais plutôt par un groupe de travail d'experts nommés par les États Membres. Un délégué a mis en doute le moment choisi de l'évaluation, suggérant qu'elle ne devrait pas précéder le processus de réforme, mais plutôt être entreprise après avoir déterminé ce que les États Membres attendaient exactement de l'OMS.

189. En ce qui concernait les activités essentielles de l'Organisation, ils ont souligné que la fonction principale de l'OMS était d'assurer un leadership solide du secteur de la santé, en particulier au vu de l'influence grandissante des intérêts financiers et politiques dans les affaires de santé. La Déléguée du Paraguay, parlant au nom des ministres de la santé des pays d'UNASUR, a indiqué que le principal objectif de la réforme devait être de maximiser la capacité de chef de file de l'OMS et d'améliorer sa performance technique en tant qu'autorité sanitaire la plus élevée au niveau mondial. L'Organisation ne devait pas être simplement une collection de programmes et de stratégies qui se chevauchaient les uns les autres et qui rivalisaient pour les ressources et employaient des approches morcelées, sans intégralité. Elle a également mis en exergue le besoin d'un rôle de chef de file solide de la part de l'OPS, en tant que bureau régional de l'OMS, et elle a suggéré que le forum des candidats devant avoir lieu avant l'élection d'un nouveau Directeur de l'OPS en 2012 soit considéré comme une opportunité pour identifier les principaux défis pour la santé aux niveaux mondial et régional et pour réfléchir à ce que devrait être le rôle de l'OPS pour relever ces défis.

190. Ils ont souligné que la fonction de l'OMS était de fournir la coopération technique et non la coopération financière, et qu'alors que le financement constituait un aspect du

---

<sup>4</sup> Document CD46/29.

processus de réforme, l'accent principal devrait être de repenser l'Organisation d'un point de vue stratégique, tenant compte des directions stratégiques fournies par les processus en cours aux niveaux régional et mondial, tels que la prochaine Conférence mondiale sur les déterminants sociaux de la santé, et d'établir une distinction claire entre les problèmes sur lesquels il fallait agir au niveau mondial et les problèmes nécessitant une approche régionale. De plus, l'Organisation était incitée à appuyer et coordonner ses activités avec les initiatives de coopération Sud-Sud et d'autres plateformes de coopération bilatérale et multilatérale.

191. Ils ont exprimé leur inquiétude sur le rôle croissant des donateurs dans le choix des priorités de l'OMS en résultat de l'affectation du financement. Dans le même temps, ils ont fait remarquer que le financement des donateurs augmentait la disponibilité globale des ressources et ils ont encouragé l'Organisation à tenir compte des aspects positifs et négatifs de ce financement.

192. Le Dr Chan a observé que le problème n'était pas les contributions bénévoles en soi, mais le fait que le financement bénévole, en particulier les fonds affectés, n'était pas toujours aligné sur les priorités que les États Membres avaient établies pour l'Organisation. Les États Membres dans toutes les régions avaient spécifié clairement qu'ils ne voulaient pas que l'argent devienne un mécanisme de facto d'établissement des priorités et le Secrétariat avait entendu ce message. Elle a noté qu'un autre défi relatif à l'établissement des priorités, était le fait que les priorités dans le secteur de la santé étaient établies principalement par les ministres de la santé lors de l'Assemblée mondiale de la Santé, alors que les décisions concernant le financement pour l'OMS étaient prises essentiellement par les ministères des affaires étrangères, du développement ou de la planification, créant ainsi un décalage sur lequel il fallait agir.

193. Elle a assuré le Conseil directeur que le Secrétariat de l'OMS n'avait pas l'intention de procéder précipitamment aux réformes sur les points critiques qui auraient un impact à long terme et des implications mondiales ou régionales. Toutefois, il y avait certaines réformes gestionnaires qui pourraient être entreprises assez rapidement — réformes qui aideraient à intensifier l'efficacité et la transparence du travail du Secrétariat et à renforcer sa responsabilisation envers les États Membres — et en sa fonction d'administrateur en chef de l'Organisation, elle estimait que c'était sa responsabilité d'entreprendre ces réformes dans les plus brefs délais. Le Secrétariat continuerait à demander les orientations des États Membres sur tous les points et les questions stratégiques ayant trait au financement et à l'établissement des priorités. Une plateforme de consultation avait été établie sur le web afin de recueillir les apports concernant le processus de réforme et elle encourageait tous les États Membres à utiliser cette plateforme pour exprimer leurs opinions et leurs préoccupations.

194. La Directrice du BPS a dit que le Bureau continuerait à faciliter les consultations aux niveaux régional et infrarégional, assurant que tous les documents relatifs à la réforme de l’OMS étaient disponibles dans les quatre langues officielles de l’OPS. L’information sur l’initiative de l’OPS au 21<sup>e</sup> siècle avait déjà été transmise au Groupe de politique mondiale du Directeur-général, mais serait également jointe au document à soumettre à l’OMS pour le rapport devant être compilé pour le Conseil exécutif de l’OMS, avec des informations sur d’autres mécanismes de consultation régionale qui pourraient s’avérer utiles, tels que le Forum de la société civile-CARICOM.

***Rapport d’avancement sur la Modernisation du Système d’information pour la gestion du Bureau sanitaire panaméricain (document CD51/INF/3)***

195. Le Dr St. Clair Thomas (Représentant du Comité exécutif) a fait savoir que le Comité exécutif avait été informé en juin que le projet pour moderniser le Système d’information pour la gestion du BSP était dans une phase préalable, au cours de laquelle le logiciel approprié serait choisi. Le projet serait exécuté en deux phases, d’une durée d’un an chacune. Donc, la date d’achèvement du projet global serait la mi-2014. Le Comité avait également été informé que le Bureau était dans le processus de se doter des services d’un consultant indépendant dont le rôle consisterait à identifier tous les logiciels qui pourraient être appropriés aux besoins de l’Organisation et à assurer qu’il obtiendrait les meilleures conditions possibles avec le prestataire finalement choisi. Tout en accueillant favorablement les progrès réalisés jusqu’à présent, le Comité exécutif avait noté que l’expérience comparable de l’OMS dans l’exécution de son Système mondial de gestion, et les immenses défis qu’elle avait affrontés, devaient servir d’avertissement. Le Comité avait demandé confirmation que les estimatifs de coût pour le projet étaient toujours valables et avait été informé que le Bureau ne prévoyait pas que le coût du projet dépasse l’estimatif initial de \$20,3 millions.

196. Dans la discussion qui a suivi au sein du Conseil, une déléguée a exprimé sa satisfaction sur la mise à jour des progrès accomplis, et elle a demandé s’il y avait eu des révisions aux coûts projetés de l’exécution. Elle a également noté que le Bureau suggérait que la gestion financière et les services d’achat interviendraient dans l’étape 2 de la deuxième phase d’exécution, alors qu’on pourrait faire valoir que leur exécution se fasse plus tôt, étant donné que le Commissaire aux comptes avait suggéré que l’Organisation devrait faire de la mise à jour du système de comptabilité financière et de gestion une priorité stratégique. Par ailleurs, elle demandait que les États Membres soient informés sur la façon dont les mises à jour futures réalisaient l’intégration nécessaire dans le Système de gestion mondiale de l’OMS (GSM).

197. Le Dr Isaías Daniel Gutiérrez (Gérant du Domaine de la planification, du budget et de la coordination des ressources, BSP) a indiqué que le processus était actuellement au stade de l’acquisition du logiciel et des services de l’intégrateur du système ; il était

prévu que les sommes à dépenser resteraient dans les limites du montant établi dans le projet. Pour ce qui était de la question concernant l'ordre des phases d'exécution, il a dit qu'aucune décision finale n'avait été prise à ce sujet. Le document présentait un calendrier provisoire, qui pourrait changer sur le conseil de l'intégrateur du système, qui, outre donner des informations sur les logiciels offerts sur le marché, conseillerait sur l'ordre le plus approprié pour l'installation du logiciel. Il a confirmé que le BSP assurait la coordination avec l'OMS à toutes les étapes du processus. Le comité technique formé pour donner des orientations sur le projet comprendrait un fonctionnaire de l'OMS qui avait une responsabilité principale pour le GSM.

198. La Directrice a ajouté que les achats requis pour la mise à jour du système d'information pour la gestion, tout comme tous les autres achats, seraient effectués en stricte conformité avec les processus et les procédures de contrôle interne.

199. Le Conseil a pris note du rapport d'avancement.

***Rapport sur la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles (document CD51/INF/4)***

200. Le Dr Marcos Espinal (Gérant du Domaine de la surveillance de la santé et de la prévention et du contrôle des maladies, BSP) a passé en revue les événements qui ont abouti à la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles, notamment les initiatives prises par les gouvernements de CARICOM.

201. Le Conseil a exprimé sa satisfaction concernant le rapport de la réunion de haut niveau. L'accord était général sur le fait que les maladies non transmissibles posaient un défi considérable aux systèmes de santé de la Région, un défi qui exigeait une action multisectorielle et un engagement du niveau le plus élevé de gouvernement. Il a noté que ces maladies avaient un impact disproportionnellement élevé sur les pays en développement et les populations à faible revenu, et qu'elles étaient liées à la pauvreté. Il y avait également un lien clair entre l'incidence des maladies non transmissibles et la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement, en particulier l'OMD 5 (Améliorer la santé maternelle), du fait que des maladies telles que l'hypertension, le diabète et les maladies cardiaques étaient des causes indirectes de la mortalité maternelle. Plusieurs délégués ont félicité les pays de CARICOM pour leur rôle de chef de file en attirant l'attention du monde sur le problème des maladies non transmissibles et en insistant pour la réunion aux Nations Unies.

202. Les délégués ont souligné l'importance de l'accès aux médicaments pour traiter les maladies non transmissibles, notant que dans de nombreux endroits, en particulier dans les pays moins développés, la disponibilité de ces médicaments était limitée ou

n'existait pas. Pour cette raison, dans le cadre de la Stratégie mondiale de l'OPS sur la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle, certains pays travaillaient intensément pour faire usage des flexibilités existant au titre de l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchaient au commerce (Accord ADPIC), conformément à la Déclaration de Doha de 2001. Ils ont souligné que la Déclaration de Doha devait s'appliquer aux médicaments pour les maladies non transmissibles tout comme aux médicaments destinés à traiter d'autres catégories de maladies.

203. Ils ont suggéré que l'une des mesures les plus importantes pour l'avenir serait de développer des indicateurs pour mesurer les progrès que les pays accomplissaient contre les maladies non transmissibles. Ils considéraient également qu'il était important de mesurer l'impact économique de ces maladies et d'en identifier leurs déterminants sociaux, et ils ont observé que l'estimation précise de ces coûts nécessiterait l'implication du secteur financier.

204. Ils ont également souligné que les facteurs qui contribuaient aux maladies non transmissibles étaient complexes, ce qui signifiait que la réduction de leur impact exigerait une approche multisectorielle agissant sur les conditions sociales, culturelles et économiques qui aurait un impact important sur la vie quotidienne des gens. Ils ont remarqué que nombre des actions de prévention les plus importantes devraient être entreprises en dehors du secteur de la santé, par exemple, dans l'éducation, le transport, l'agriculture et la fabrication des aliments.

205. Un délégué, parlant au nom d'UNASUR, a attiré l'attention sur les effets nocifs des modes de vie urbains, caractérisés de plus en plus par le manque d'activité physique, les choix de divertissement excessivement passifs et la surconsommation de restauration rapide, de boissons gazeuses et d'autres nourritures malsaines. Le conseil de santé d'UNASUR (UNASUR-Santé) était résolu à inverser ces tendances. Un modèle prometteur pour y arriver était illustré par la réussite obtenue par le biais de la Convention cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, et les approches utilisées dans ce contexte pourraient être adaptées pour donner lieu à la création d'espaces verts, à une augmentation des niveaux d'activité physique des personnes, une réduction des ingrédients malsains dans les aliments, et l'établissement d'un code réglementant la commercialisation des aliments pour les enfants. La réalisation de ces objectifs nécessiterait un appui technique et une coopération régionale et internationale.

206. Une autre déléguée a rappelé qu'un thème majeur de la Réunion de haut niveau avait été le besoin de former des partenariats robustes pour l'échange des bonnes pratiques. L'OPS pourrait assister à la création de ces partenariats au niveau régional, en particulier afin d'établir des indicateurs régionaux. Une autre déléguée a mis en garde que, même si l'établissement d'indicateurs régionaux et de cibles était en principe une bonne idée, il fallait assurer qu'ils étaient conformes au travail de l'OMS qui était déjà en

cours. De nombreux délégués avaient souligné que même si la Réunion de haut niveau des Nations Unies avait marqué une étape importante et satisfaisante, il était important de ne pas la considérer comme une fin, mais plutôt comme un jalon important sur la voie de l'action. Une représentante de la Fédération mondiale du cœur a indiqué qu'alors que les maladies non transmissibles étaient responsables de 36 millions de décès par an, elles n'étaient pas activement incluses dans le programme de développement. Elle a prié instamment que des actions soient prises pour rectifier cette situation.

207. Le Dr Espinal a convenu que la Réunion de haut niveau ne devait pas être considérée comme la fin du voyage mais comme une étape importante à franchir dans la lutte contre les maladies non transmissibles. Il était également d'accord avec les idées exprimées sur l'importance de l'accès aux médicaments et le besoin de cibles et d'indicateurs aux niveaux mondial et régional. En ce qui concernait la question de coût, il a noté qu'au Forum économique mondial, l'impact économique des maladies non transmissibles avait été estimé à \$30 trillions, alors que le coût de l'exécution des bonnes pratiques proposées par l'OMS avait été estimé à \$11 trillions de dollars. Il a ajouté qu'une réunion au Mexique à la mi-novembre à laquelle participeraient des représentants de l'OPS, d'ECLAC, de l'OCDE et des États Membres, examinerait la question des coûts plus en détail.

208. La Directrice a rendu hommage aux efforts des pays CARICOM pour faire de la Réunion à haut niveau une réalité, et au Représentant permanent de la Jamaïque en particulier, qui avait été nommé co-facilitateur. Elle était d'accord que de nombreuses mesures qui pourraient être prises spécifiquement pour cibler les maladies non transmissibles, telles que la construction de centres de cancer ou de dialyse, seraient très coûteuses. Par ailleurs, il existait de nombreuses composantes de l'approche de ces maladies qui étaient déjà en place, et la poursuite de ces composantes serait beaucoup moins onéreuse. Elle a cité en exemples le renforcement de la lutte antitabac, la mise en pratique de la stratégie et du plan d'action sur l'alcool qui venait tout juste d'être approuvée, les progrès dans la réduction du sel et d'acides gras trans, et les politiques commerciales et agricoles destinées à encourager des choix sains.

209. En termes du budget de l'OPS, il était essentiel de ne pas regarder les maladies non transmissibles prises isolément. Il fallait plutôt les considérer dans le contexte des systèmes de santé, des médicaments essentiels, de la lutte antitabac, des questions de genre, des services de laboratoire, de la formation des infirmières, du développement des ressources humaines, de la nutrition, et de l'aménagement urbain et la santé en milieu urbain, pour lesquels le Conseil avait également approuvé un plan d'action. C'était cette approche holistique qui montrait des promesses pour réduire le fardeau des maladies non transmissibles plutôt qu'une quelconque tentative de créer une unité spécifique des MNT.

210. Il fallait continuer à faire œuvre de sensibilisation sur l'importance du problème et le besoin d'une approche intersectorielle. Une série de réunions et de sommets intergouvernementaux attendait les pays, et chacun d'entre eux serait une opportunité de répéter et de renforcer le message de la Réunion de haut niveau. De même, des efforts devaient être entrepris pour intensifier la sensibilisation concernant les maladies non transmissibles dans des organes tels que l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture, l'Organisation internationale du travail et l'UNESCO. Il était important de se rappeler des leçons tirées de la lutte contre le VIH/sida, qui, pendant trente ans de plaidoyer, avait échoué à ce que le monde au-delà du secteur de la santé se penche sérieusement sur le problème. Ce n'était que quand le VIH/sida était passé de son stade de problème de santé pour devenir un problème politique, économique et sociétal qu'avaient pu se produire les récents progrès médicaux qui avaient donné lieu à une réduction de nouveaux cas d'infection dans le monde. La même approche exhaustive devait être appliquée aux maladies non transmissibles.

211. Les maladies non transmissibles constitueraient un axe majeur de l'Organisation dans les années à venir, du fait que le Bureau et les États Membres s'efforceraient de traduire la déclaration politique de la Réunion de haut niveau en une action concrète. Un aspect important du travail serait constitué par l'examen par les Organes directeurs de la Stratégie régionale et du Plan d'action pour une approche intégrée de la prévention des maladies chroniques et de la lutte contre celles-ci, y compris l'alimentation, l'activité physique et la santé.

212. Le Conseil a pris note du rapport de la Réunion de haut niveau.

***Rapports d'avancement sur les questions techniques (document CD51/INF/5, A-F)***

*(A) Immunisation : défis et perspectives ; (B) Mise en œuvre de la stratégie et plan d'action mondial sur la santé publique, innovation et propriété intellectuelle ; (C) Avancées dans la mise en œuvre de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac ; (D) Mise en œuvre du Règlement sanitaire international ; (E) Avancées vers la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement relatifs à la santé dans la Région des Amériques ; et (F) Examen des Centre panaméricains.*

213. Le Dr St. Clair Thomas (Représentant du Comité exécutif) a récapitulé les commentaires faits par le Comité exécutif lors de sa 148<sup>e</sup> session concernant les rapports sur les six] thèmes cités ci-dessus. Les détails figurent dans le rapport final de la 148<sup>e</sup> session du Comité document CE148/FR).

214. Dans la discussion qui a suivi, le Conseil directeur a donné un accueil favorable aux progrès sur l'immunisation mais il a souligné que la Région ne devait pas relâcher ses efforts et devait poursuivre ses activités de surveillance et d'immunisation afin de

maintenir les gains acquis jusqu'à présent en ce qui concernait l'éradication, l'élimination et la maîtrise des maladies évitables par la vaccination. De nombreux délégués ont mis en exergue le besoin de prendre toutes les mesures nécessaires pour maintenir la Région exempte de poliomyélite, de rougeole et de rubéole. Ils ont noté que la Région courait encore le risque de l'introduction de cas importés de ces maladies et ont souligné le besoin d'encourager d'autres régions à s'engager fermement et à intensifier leurs efforts pour éradiquer la poliomyélite et éliminer la rougeole et la rubéole. Ils ont observé que la réussite future dans la maîtrise des maladies évitables par la vaccination dépendrait de la disponibilité de vaccins abordables, et ils ont exprimé leur soutien ferme aux efforts de l'OPS pour négocier des prix de vaccins favorables à travers le Fonds renouvelable pour l'achat de vaccins. Plusieurs délégués ont mis en relief le besoin d'une coordination entre l'OPS, l'OMS et l'Alliance GAVI de sorte qu'un plus grand nombre de pays puisse bénéficier des faibles prix des vaccins disponibles pour les pays éligibles à GAVI.

215. Ils ont rendu hommage à la Directrice pour le lancement de la Semaine de la vaccination aux Amériques, qui avait augmenté considérablement la couverture vaccinale dans toute la Région et avait également aidé à renforcer les programmes nationaux de vaccination et à faire œuvre de sensibilisation sur l'importance de l'immunisation. Un appui solide a été exprimé en faveur de l'établissement d'une Semaine mondiale de la vaccination.

216. Le Conseil a également bien accueilli les progrès sur la mise en œuvre de la Stratégie et plan d'action mondial sur la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle. Soulignant l'importance de garantir l'accès aux médicaments à des prix abordables, en particulier pour le traitement des maladies non transmissibles, les délégués ont décrit les efforts entrepris dans leurs pays pour faire baisser les prix des médicaments, au moyen de négociations avec les détenteurs de licences et de droits de propriété intellectuelle. Une déléguée a observé que les petits pays dotés d'une capacité humaine limitée n'étaient pas en mesure de capitaliser sur certaines des initiatives qui avaient été mentionnées dans le rapport d'avancement. Ce fait était illustré par les prix relativement élevés des médicaments dans ces pays. Ils ont suggéré que les efforts nationaux pour obtenir des prix plus faibles devraient être conjugués au niveau régional, afin d'avoir un plus grand poids. Une autre déléguée a préconisé une plus grande transparence dans les prix des produits pharmaceutiques, citant des cas dans lesquels certains produits étaient offerts au Fonds stratégique de l'OPS à des prix plus élevés que ceux en cours sur le marché local. Ils ont considéré qu'il était important que l'OPS continue à appuyer les pays en poursuivant la recherche et l'innovation dans le domaine pharmaceutique et qu'elle devrait aider à renforcer l'interaction et la coopération entre les parties prenantes clés au sein des pays. L'importance de l'assistance de l'OPS dans la lutte contre les médicaments de contrefaçon a également été mise en exergue.

217. En ce qui concernait le rapport d'avancement sur la mise en œuvre de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, les délégués ont exprimé leur reconnaissance à l'OPS pour son appui à leurs efforts pour réduire l'usage du tabac et l'exposition à la fumée du tabac, plusieurs d'entre eux décrivant les mesures que leurs gouvernements avaient prises à cette fin. De nombreux pays avaient augmenté les taxes sur les produits du tabac, de montants variant entre 10% et 100%, et dans certains cas, le revenu supplémentaire était consacré à des initiatives en santé ou à la promotion des sports et d'autres activités physiques. Certains pays avaient mis en vigueur une nouvelle législation pour interdire la vente de produits du tabac aux mineurs. De nombreux pays avaient adopté une législation sur l'interdiction de fumer dans les lieux publics ou dans certains espaces fermés. Des matériels pédagogiques sur les dangers de l'usage du tabac avaient été mis à la disposition des écoles, des médias, et du grand public. Des gouvernements avaient interdit la publicité du tabac et la sponsorship d'événements par l'industrie du tabac ; certains avaient établi des commissions spécialisées pour coordonner les efforts antitabac. Certains pays prenaient des mesures contre le commerce illicite des produits du tabac qui, avaient noté quelques délégués, était aux mains d'organisations puissantes qui avaient plus de chance d'être vaincues au moyen de la coopération régionale.

218. Certains gouvernements avaient mis en vigueur une législation exigeant des avertissements, souvent illustrés, sur les emballages des produits du tabac, et d'autres pays prévoyaient d'en faire de même, alors que d'autres continuaient à débattre de la taille que devraient avoir ces avertissements sur les emballages. Toutefois, ils avaient noté qu'une opposition existait à certaines de ces mesures, et non seulement de la part de l'industrie du tabac. Par exemple, la taxe sur les produits du tabac avait été déclarée anticonstitutionnelle au Guatemala, même si maintenant des efforts étaient entrepris pour la rétablir. Un délégué a décrit une initiative m-Santé impliquant la dissémination par téléphone mobile des bonnes pratiques pour arrêter de fumer.

219. En ce qui concernait le rapport d'avancement sur la mise en œuvre du Règlement sanitaire international (2005), plusieurs délégués avaient loué l'aide et l'appui de l'OPS à leurs pays alors qu'ils travaillaient à la mise en place des capacités essentielles requises. Ils ont souligné que la flambée de grippe pandémique de 2009 et le séisme et la flambée de choléra qui avait suivi en Haïti avaient servi de catalyseurs pour mobiliser les ressources et renforcer la capacité afin de satisfaire aux conditions du Règlement sanitaire international (RSI). Toutefois, ils avaient fait part par ailleurs de faiblesses dans les systèmes de certains pays, et ils avaient noté que plusieurs pays devraient demander une prorogation au-delà de la date cible de juin 2012 afin d'établir les capacités essentielles, en particulier en ce qui concernait les diagnostics de laboratoires et la préparation à la réponse.

220. Ils ont suggéré que la Conférence Rio + 20 en 2012 et la Coupe du Monde de la Fédération Internationale des Football Association (FIFA) en 2014, qui se tiendraient toutes les deux au Brésil, seraient des opportunités de développer et tester des plans pour générer des événements de masse dans la Région en conformité au Règlement sanitaire international. Ils ont noté également que l'opération intégrale du RSI exigerait une contribution de nombreux organes dans les pays et non seulement des ministères de la santé. Cette implication généralisée permettrait aux points focaux du RSI national de fonctionner en tant que circuits d'information efficaces entre les divers secteurs intervenant dans la gestion d'événements de santé publique qui pourraient donner lieu à d'éventuelles préoccupations internationales.

221. En ce qui concernait le rapport d'avancement sur la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement, le Conseil a estimé que le message du rapport était clair et donnait à réfléchir : des progrès avaient été accomplis dans l'ensemble de la Région, mais sous-tendant les moyennes régionales et nationales, il y avait des disparités importantes sur lesquelles il fallait agir. Ce fait mettait en relief le besoin d'une information solide, qui à son tour exigeait une forte capacité dans les pays pour recueillir les données, afin d'être en mesure tout d'abord de déterminer où il fallait faire les investissements et si les progrès étaient suffisants, et ensuite de porter plus efficacement les efforts sur les populations vulnérables. Les délégués ont noté que les données nationales sur l'état de santé seraient faussées par les chiffres sur les segments plus instruits et prospères de la population, qui tendaient à mieux profiter des programmes et des services de santé, et que l'impression serait donc donnée que les pays se portaient mieux qu'ils ne l'étaient en réalité.

222. Ils ont également noté que les progrès étaient inégaux entre les objectifs eux-mêmes, avec des réalisations importantes enregistrées dans des domaines tels que la faim et l'état nutritionnel, le VIH, y compris la transmission de la mère à l'enfant, la lutte contre le paludisme et les indicateurs de santé environnementale, mais avec des progrès moindres dans la mortalité maternelle et la mortalité infantile. Une déléguée a encouragé l'OPS à retenir les leçons des conclusions et recommandations de la Commission de l'information et de la redevabilité pour la santé de la femme et de l'enfant, qui se rapportaient directement à la réalisation de certains des objectifs du Millénaire pour le développement.

223. Répondant aux commentaires relatifs au rapport d'avancement sur l'immunisation, le Dr Gina Tambini (Gérante du Domaine de la santé familiale et communautaire, BSP), a indiqué que le personnel du Bureau était prêt à aider les six États Membres représentant les Amériques au Conseil exécutif de l'OMS à préparer une proposition pour la Semaine mondiale de la vaccination. Le Bureau travaillait également avec le Secrétariat de l'OMS pour agir sur le risque de cas importés et promouvoir l'élimination mondiale de la poliomyélite, la rougeole et la rubéole. En outre, le Bureau

travaillait au renforcement de la capacité du Fonds renouvelable pour négocier les meilleurs prix possibles des vaccins. Il fallait espérer que la réussite de l'Alliance GAVI à négocier des prix des vaccins plus faibles aiderait à exercer une pression à la baisse sur les prix des vaccins achetés par le biais du Fonds renouvelable et à promouvoir une plus grande transparence dans les prix.

224. Le Dr Rubén Torres (Gérant a.i. du Domaine des systèmes de santé fondés sur les soins de santé primaires, BSP), répondant aux observations du Conseil sur le rapport d'avancement relatif à la mise en œuvre de la Stratégie et Plan d'action mondial sur la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle, a noté que le Réseau panaméricain pour l'évaluation de la technologie en santé était maintenant opérationnel et disponible pour tous les États Membres. En ce qui concernait le Réseau panaméricain de l'harmonisation de la réglementation des médicaments, il a informé que la Région disposait maintenant de quatre autorités réglementaires de référence, ce qui serait important dans le renforcement du travail dans ce domaine. Répondant aux commentaires sur les prix élevés des médicaments et la transparence du marché, il a ajouté que dans un avenir proche une plateforme serait lancée pour donner aux États Membres les prix de référence des médicaments vendus dans tous les pays de la Région.

225. Le Dr Luiz Augusto Galvão (Gérant du Domaine du développement durable et de la santé environnementale, BSP) a accueilli favorablement les rapports des délégués sur les progrès accomplis par leurs pays dans la mise en œuvre de la Convention-cadre pour la lutte antitabac. Il a souligné le besoin de mettre en œuvre une législation pour mettre la Convention-cadre en pratique et il a indiqué que l'OPS était prête à assister les pays dans ce domaine. En ce qui concernait le commerce illicite, il a noté que l'Organe intergouvernemental de négociation d'un protocole sur le commerce illicite des produits du tabac tiendrait sa réunion finale en mars 2012 et a exhorté tous les États Membres à y participer. Il restait encore beaucoup à faire, en particulier du fait que l'industrie du tabac préparait des contre-attaques et cherchait à inverser les progrès qui avaient été faits. Les pays devaient par conséquent demeurer tenaces dans leur résolution de continuer à mettre en œuvre la Convention-cadre.

226. Le Dr Marcos Espinal (Gérant du Domaine de la surveillance de la santé et de la prévention et du contrôle des maladies, BSP), faisant référence au rapport d'avancement sur la mise en œuvre du Règlement sanitaire international (2005), a indiqué que la question de proroger l'échéance pour assurer les capacités essentielles était une décision que prendraient les États Membres en tant que nations souveraines. Quelle que soit la décision qu'ils prendraient, le Bureau continuerait à appuyer les pays pour renforcer leurs capacités essentielles. Étant d'accord avec les pensées exprimées sur le besoin de se préparer pour des événements sportifs ou des événements politiques de masse dans le contexte du RSI, en particulier en investissant dans la formation et le renforcement de la capacité, il a suggéré qu'il serait utile, quand un pays accueillait un événement de masse,

que le personnel de santé d'autres pays soit présent à titre d'observateur pour apprendre comment se préparer à leurs propres événements à venir.

227. Pour ce qui était du rapport d'avancement sur la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement, il était d'accord sur les commentaires faits sur l'importance du recueil des données pour mesurer les progrès et orienter le travail futur.

228. Faisant référence au rapport d'avancement sur les Centres panaméricains, la Directrice a noté que l'un de ces centres, le Centre panaméricain de la fièvre aphteuse, coordonnerait la 16<sup>e</sup> Réunion interaméricaine, au niveau ministériel, sur la santé et l'agriculture (RIMSA16), qui se tiendrait les 26 et 27 juillet 2012. La réunion, qui serait organisée par le Gouvernement du Chili et qui se tiendrait à Santiago, offrait une possibilité unique aux représentants des secteurs de la santé et de l'agriculture de se réunir et de discuter d'une série de thèmes, dont les maladies zoonotiques, l'innocuité des aliments, la sécurité alimentaire et la nutrition.

229. Le Conseil a pris note des rapports d'avancement contenus dans le document CD51/INF/5, A-F.

*(G) Initiative régionale pour la sécurité transfusionnelle et Plan d'action pour 2006-2010 : évaluation finale (document CD51/INF/5, G)*

230. Le Dr Rubén Torres (Gérant a.i. du Domaine des systèmes de santé fondés sur les soins de santé primaires, BSP), a présenté le rapport sur l'évaluation finale de l'Initiative régionale pour la sécurité transfusionnelle et Plan d'action pour 2006-2010, adoptée par le 46<sup>e</sup> Conseil directeur en 2005, et a mis en exergue certaines des conclusions présentées dans le rapport, notant que le Canada, les États-Unis d'Amérique (y compris Porto Rico) et les territoires français dans les Amériques n'avaient pas été inclus dans l'analyse. L'évaluation avait observé que quatre pays seulement de la sous-région des Caraïbes avaient un cadre juridique pour les services de transfusion sanguine, alors que tous les pays latino-américains sauf trois disposaient d'un cadre similaire. Toutefois, un grand nombre d'entre eux n'avait pas les ressources suffisantes pour assurer que leurs services de transfusion sanguine fonctionnent de manière adéquate. Les données indiquaient que la seule manière d'atteindre une disponibilité de sang suffisante et d'assurer un accès équitable était le don de sang volontaire. Toutefois, de nombreux hôpitaux de la Région continuaient à utiliser du sang de remplacement, ce qui constituait un obstacle principal à la réalisation de 100% de dons volontaires. L'évaluation avait également montré une inefficience généralisée dans les systèmes de transfusion sanguine de la Région, dont le résultat faisait que de grandes quantités de sang devaient être jetées soit parce qu'elles contenaient des marqueurs de maladies infectieuses soit parce qu'elles avaient dépassé la date d'expiration.

231. Au vu des conclusions de l'évaluation, il a été recommandé qu'un nouveau plan d'action régional sur la sécurité transfusionnelle couvrant la période 2012-2017 soit également compris dans les thèmes devant être discutés par les Organes directeurs en 2012.

232. Dans la discussion qui a suivi, plusieurs délégués ont décrit les efforts de leurs gouvernements pour étendre la disponibilité et assurer la sécurité transfusionnelle et des produits du sang et pour encourager le don de sang volontaire, l'un d'entre eux notant que le Ministère de la Santé de son pays avait conclu un accord avec le Ministère de l'Éducation pour inclure le contenu relatif au don de sang volontaire dans le programme scolaire. Une autre a dit que son Ministère de la Santé travaillait avec les églises, les universités et diverses autres institutions publiques et privées pour recruter des donneurs de sang volontaires. Le manque de systèmes d'information pour suivre la collecte, le traitement, le stockage et l'usage du sang et pour le suivi des patients a été cité comme un obstacle majeur à l'assurance de qualité dans les systèmes de transfusion sanguine, tout comme l'était le manque de communication et de coordination entre les services de transfusion sanguine des hôpitaux et les banques du sang dans la notification de résultats négatifs. Le Délégué de l'Argentine a noté qu'en 2011, son pays avait été le premier hôte latino-américain de la Journée mondiale du don de sang observée le 14 juin de chaque année.

233. Le Dr Torres a bien accueilli les progrès mentionnés et a remercié tous les États Membres pour leur participation à l'Initiative régionale pour la sécurité transfusionnelle.

234. La Directrice a félicité le Gouvernement de l'Argentine pour son organisation de la célébration mondiale de la Journée mondiale du don de sang, un événement qui a attiré des participants distingués du monde entier, dont Ban Soon-taek, l'épouse du Secrétaire-général des Nations Unies Ban Ki-moon, et qui avait aidé à sensibiliser la communauté sur l'importance du don de sang volontaire. Elle a également remercié les membres de l'équipe d'évaluation externe qui avaient effectué l'évaluation finale des progrès accomplis au titre de l'Initiative régionale et qui aideraient le Bureau à formuler le prochain plan d'action régional sur la sécurité transfusionnelle.

235. Le Conseil a pris note du rapport d'avancement contenu dans le document CD51/INF/5, G.

***Rapports d'avancement sur les questions administratives et financières (document CD51/INF/6, A-B)***

*(A) État de la mise en œuvre des normes comptables internationales du secteur public (IPSAS)*

236. Le Dr St. Clair Thomas (Représentant du Comité exécutif) a fait savoir que le Comité exécutif avait été informé en juin que le Bureau avait terminé la mise en œuvre des normes IPSAS, bien que des travaux supplémentaires seraient requis alors que de nouvelles normes étaient émises. Il avait été noté que deux des phases les plus difficiles du processus de mise en œuvre des normes avaient été la création d'improvisations pour permettre au système d'information financière de l'Organisation de travailler avec les nouvelles normes, et la détermination de la valeur de tous les actifs de l'Organisation à compter de la date de la mise en œuvre. Le Comité avait félicité l'OPS de sa mise en œuvre réussie et ponctuelle des normes IPSAS, reconnaissant l'importance de la transition aux nouvelles normes pour l'OPS et le système des Nations Unies tout entier, et accueillant favorablement la disponibilité d'une information financière qui ne pouvait pas être fournie dans le passé dans le cadre des normes comptables antérieures. Le niveau élevé de passifs non comptabilisés pour les droits du personnel avait été noté, et le Bureau avait été prié d'informer le Comité périodiquement des progrès sur la comptabilisation de ces passifs. Il avait été suggéré de demander l'avis des Services de supervision et d'évaluation internes concernant les options de capitalisation proposées dans le rapport qui seraient les plus appropriées et qui auraient un moindre impact sur les activités de coopération technique de l'Organisation.

237. Dans la discussion du Conseil sur le rapport d'avancement, la réussite du Bureau dans la mise en œuvre intégrale et ponctuelle des normes IPSAS a été applaudie ainsi que l'opinion sans réserve sur les états financiers sous le format des normes IPSAS. Toutefois, il a exprimé sa préoccupation concernant les passifs non comptabilisés pour les droits du personnel et l'assurance maladie après l'emploi. Alors que les moyens potentiels de capitaliser ce déficit, cités dans le paragraphe 15 du document CD51/INF/6 étaient considérés adéquats pour éviter de sérieux problèmes budgétaires sur le long terme, la suggestion émise lors de la session du Comité exécutif a été réitérée, à savoir que le Bureau devait faire rapport sur la situation périodiquement aux Organes directeurs, et qu'il fallait demander l'avis des Services de supervision et d'évaluation internes et d'experts financiers internes pour assurer qu'il n'y ait pas de risque d'impact sur les activités de coopération technique de l'Organisation. Des informations ont été demandées sur l'amortissement linéaire en année pleine utilisé pour les actifs de l'Organisation. Ils ont fait part de leur satisfaction concernant la session de formation sur les normes IPSAS qui avait été donnée durant la session du Comité exécutif en juin, et qui avait véritablement permis aux membres de comprendre les complexités du système. Ils ont

suggéré qu'une formation similaire soit donnée au personnel dans les États Membres et les bureaux de pays de l'OPS et que le manuel de comptabilité IPSAS soit affiché sur le site web de l'Organisation de façon à ce que tous les États Membres puissent facilement y avoir accès.

238. Mme Sharon Frahler (Gérante du Domaine de la gestion des ressources financières, BSP) a observé que le Commissaire aux comptes avait donné l'opinion que du fait que les coûts des droits du personnel et de l'assurance maladie après l'emploi n'arriveraient à échéance que sur une période de 30 ou 40 ans, il n'était pas nécessaire que l'Organisation montre qu'elle avait les fonds nécessaires immédiatement, simplement qu'elle avait un plan pour couvrir ces dépenses en temps voulu. Le Bureau ferait une présentation sur ce thème lors de la prochaine session du Sous-comité de programme, budget et administration. Elle a convenu du besoin de consulter les Services de supervision et d'évaluation internes, et également le Commissaire aux comptes.

239. En ce qui concernait les bâtiments et autres actifs de l'Organisation, elle a expliqué qu'une évaluation détaillée de leur valeur était requise tous les trois ans. Dans les deux années intermédiaires, une évaluation plus superficielle serait réalisée, à moins qu'il ne devienne évident que les valeurs sur le marché de l'immobilier avaient changé de plus de 5% en un an, auquel cas une évaluation plus poussée serait effectuée. Elle a indiqué qu'il pouvait être envisagé de placer le manuel de comptabilité sur le site web de l'OPS, mais elle a averti qu'il changerait régulièrement avec l'émission de nouvelles normes IPSAS.

240. Le Conseil a pris note du rapport.

*(B) Plan-cadre d'investissement*

241. Le Dr St. Clair Thomas a également fait savoir qu'en juin le Comité exécutif avait examiné un rapport d'avancement sur le travail accompli jusqu'alors au titre du Plan directeur d'investissement, y compris une mise à jour sur les projets de rénovation et de reconstruction entrepris, notamment en Haïti et au Chili, à la suite des séismes dans ces pays. Il avait été informé que dans certains pays, plutôt que de réparer un bâtiment fortement endommagé ou de rénover un bâtiment ancien, le Bureau avait choisi de déplacer le bureau de pays dans un bâtiment différent, dans plusieurs cas un bâtiment appartenant au Gouvernement hôte et fourni gratuitement, ce qui avait eu pour résultat une économie considérable pour l'Organisation. Le Comité avait également été informé que le contrat pour la construction du Centre des opérations d'urgence devait être signé sous peu et que le travail sur la réhabilitation des ascenseurs au Siège avait commencé.

242. Le Comité exécutif avait observé qu'il se produirait des dépenses substantielles au cours de l'exercice biennal actuel et que le Sous-fonds des technologies de l'information

serait par conséquent presque totalement épuisé, ce qui représenterait un défi pour l'avenir. Le Comité avait également demandé des mises au clair sur certaines divergences apparentes dans les chiffres du rapport d'avancement, et il avait été informé que dans la plupart des cas, ces divergences étaient imputables au fait que la signature de certains contrats avait été reportée de 2010 à 2011.

243. La Directrice a noté qu'il y avait eu quelque retard dans le démarrage du travail sur le Centre des opérations d'urgence, mais qu'il était prévu qu'au moment de la session de mars 2012 du Sous-comité de programme. budget et administration, il serait possible de constater des progrès réels.

244. Le Conseil a pris note du rapport.

***Résolutions et autres actions d'organisations intergouvernementales revêtant un intérêt pour l'OPS (document CD51/INF/7, A-C)***

*(A) Soixante-quatrième Assemblée mondiale de la Santé, (B) Quarante-et-unième session ordinaire de l'Assemblée générale de l'Organisation des États américains, et (C) Organisations sous-régionales*

245. Le Dr St. Clair Thomas (Représentant du Comité exécutif) a fait savoir que le Comité exécutif avait reçu un rapport en juin sur les résolutions et autres actions de la Soixante-quatrième Assemblée mondiale de la Santé et la 129<sup>e</sup> session du Conseil exécutif de l'OMS revêtant un intérêt particulier pour les Organes directeurs de l'OPS. Une attention spéciale avait été accordée aux résolutions de l'Assemblée mondiale de la Santé ayant trait au renforcement des soins infirmiers et obstétricaux, à la prévention et au contrôle du choléra, aux objectifs du Millénaire pour le développement relatifs à la santé, et aux préparatifs de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles. Le Comité avait été informé que la 129<sup>e</sup> session du Conseil exécutif de l'OMS avait établi un mécanisme consultatif sur la réforme de l'OMS et avait demandé au Directeur-général de préparer trois documents de concept portant sur les thèmes suivants : la gouvernance de l'OMS, une évaluation indépendante de l'OMS, et le Forum mondial de la santé, comme stipulé dans la résolution WHA64.2. Les comités régionaux avaient été priés de discuter les documents et le processus de la réforme de l'OMS en général avant la session spéciale du Conseil exécutif qui se tiendrait en novembre 2011. En conséquence, la question de la réforme de l'OMS avait été inscrite à l'ordre du jour du Conseil directeur (voir paragraphes 180 à 194 ci-dessus).

246. Le Dr Manuel Sotelo (Gérant du Domaine des relations externes, de la mobilisation des ressources et des partenariats, BSP) a présenté le document CD51/INF/7, qui contenait un résumé des résolutions et autres actions de la Soixante-

quatrième Assemblée mondiale de la Santé, de la Quarante-et-unième session ordinaire de l'Assemblée générale de l'Organisation des États américains, et d'un nombre d'organisations sous-régionales revêtant un intérêt particulier pour les Organes directeurs de l'OPS. Il a également attiré l'attention sur le grand nombre de réunions internationales et intergouvernementales qui se tiendraient dans les mois à venir, qui seraient toutes des opportunités pour l'OPS d'exprimer ses préoccupations et de mettre en avant ses buts, et en particulier, de renforcer la nouvelle importance accordée aux maladies non transmissibles par la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale à New York.

247. Dans la discussion qui a suivi, le Bureau a été félicité pour son appui aux diverses activités entreprises conformément aux résolutions de l'OEA, en particulier les conseils qu'il prodiguait au groupe de travail chargé de rédiger un projet de Convention interaméricaine contre le racisme et toutes les formes de discrimination et d'intolérance et ses contributions au travail de l'OEA dans le domaine de la protection des droits de l'homme des personnes âgées.

248. Le Conseil a pris note du rapport.

### **Autres questions**

#### ***Vingt-cinquième anniversaire du Programme sanitaire international de l'OPS***

249. Le Conseil a célébré le 25<sup>e</sup> anniversaire du Programme sanitaire international de l'OPS et a rendu hommage aux fondateurs du Programme, en particulier le Dr María Isabel Rodríguez (Ministre de la Santé, El Salvador), première coordinatrice du Programme, qui s'est adressée au Conseil. Le texte de ses remarques et de celles de la Directrice figurent sur le site web du 51<sup>e</sup> Conseil directeur.

#### ***Lancement de l'Atlas régional de la vulnérabilité sociale infranationale et de son impact sur la santé et du supplément sur la rubéole du Journal of Infectious Diseases***

250. Le Conseil a été informé de la sortie récente de deux publications : l'*Atlas régional de la vulnérabilité sociale infranationale et son impact sur la santé*<sup>5</sup>, résultat d'un projet conjoint de l'OPS et du Centre démographique d'Amérique latine et des Caraïbes d'ECLAC (CELADE) dont le but est de montrer les vulnérabilités sociales et les disparités dans les progrès sur la voie des OMD au niveau municipal, et un supplément spécial du *Journal of Infectious Diseases* sur l'élimination de la rubéole et du

---

<sup>5</sup> PAHO/CELADE. *Regional Atlas of Subnational Social Vulnerability and Its Impact on Health*. Washington, DC: Pan American Health Organization; 2011.

syndrome de la rubéole congénitale<sup>6</sup>, rédacteurs invités Dr Jon Kim Andrus (Directeur adjoint, BSP), Dr Carlos Castillo-Solórzano (Conseiller régional, vaccins et immunisation, BSP) et Dr Cuauhtémoc Ruiz Matus (Conseiller principal, immunisation familiale, BSP), avec des contributions de nombreux autres membres de l'OPS ainsi que de membres de l'OMS et des Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis.

251. Le Délégué de Cuba a indiqué que, malheureusement, la majorité de la délégation du Ministère de la Santé de son pays n'avait pas été en mesure de participer au 51<sup>e</sup> Conseil directeur parce que le Gouvernement des États-Unis d'Amérique ne leur avait pas accordé de visa. Il a assuré le Conseil que les autorités sanitaires de Cuba avaient néanmoins suivi les débats avec attention par le biais des représentants diplomatiques de Cuba à Washington, D.C., qui avaient également représenté le Ministère à la session.

252. La Directrice a annoncé le départ à la retraite imminent de Mme Sharon Frahler (Gérante du Domaine de la gestion des ressources financières, BSP), du Dr Isaías Daniel Gutiérrez (Gérant du Domaine de la planification, du budget et de la coordination des ressources, BSP) et du Dr Juan Manuel Sotelo (Gérant du Domaine des relations externes, de la mobilisation des ressources et des partenariats, BSP) et les a remerciés de leurs longues années de service dévoué à l'Organisation.

### **Clôture de la Session**

253. Suivant l'échange habituel de politesses, le Président a déclaré la clôture du 51<sup>e</sup> Conseil directeur.

### **Résolutions et décisions**

254. Les résolutions et décisions suivantes ont été adoptées par le 51<sup>e</sup> Conseil directeur :

#### ***Résolutions***

***CD51.R1 Élection de trois États membres au Comité exécutif au terme des mandats de l'Argentine, du Guatemala et d'Haïti***

#### ***LE 51<sup>e</sup> CONSEIL DIRECTEUR,***

Ayant à l'esprit les dispositions des articles 9.B et 15.A de la Constitution de l'Organisation panaméricaine de la Santé ;

---

<sup>6</sup> Rubella and congenital rubella syndrome elimination in the Americas. *Journal of Infectious Diseases* (2011) 204(suppl 2): S571-S578. Available at: <http://jid.oxfordjournals.org/content/204/6.toc>

Considérant que le Brésil, le Chili et El Salvador ont été élus pour faire partie du Comité exécutif au terme des mandats de l'Argentine, le Guatemala et Haïti,

**DÉCIDE :**

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

*(Cinquième réunion, le 28 septembre 2011)*

**CD51.R2 Élection de deux membres du Comité consultatif du Centre latino-américain et des caraïbes d'information dans les sciences de la santé (BIREME)**

**LE 51<sup>e</sup> CONSEIL DIRECTEUR,**

Prenant en compte l'article VI du nouveau Statut du Centre latino-américain et des Caraïbes d'information sur les sciences de la santé (BIREME), lequel établit que son Comité consultatif 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 que les cinq membres non permanents sont sélectionnés et nommés par le Conseil directeur ou par la Conférence sanitaire panaméricaine de l'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 sanitaire panaméricaine de l'OPS peut stipuler une période d'alternance plus courte si nécessaire, afin de maintenir l'équilibre entre les membres du Comité consultatif ;

Considérant que la Bolivie et le Suriname ont été élus membres du Comité consultatif du BIREME pour exercer un mandat commençant le 1<sup>er</sup> janvier 2012, lors de l'expiration des mandats de la Jamaïque et du Mexique,

**DÉCIDE :**

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

*(Cinquième réunion, le 28 septembre 2011)*

**CD51.R3      *Nomination du Commissaire aux comptes de l'Organisation panaméricaine de la Santé pour 2012-2013 et 2014-2015***

**LE 51<sup>e</sup> CONSEIL DIRECTEUR,**

Ayant considéré le rapport de la Directrice, *Nomination du Commissaire aux comptes de l'OPS pour 2012-2013 et 2014-2015* (document CD51/17) ;

Notant les règlements, règles et pratiques de l'Organisation panaméricaine de la Santé, ainsi que les pratiques de l'Organisation mondiale de la Santé,

**DÉCIDE :**

1. De nommer la Court des Comptes d'Espagne comme Commissaire aux comptes de l'Organisation panaméricaine de la Santé pour la période 2012-2015, conformément aux principes et conditions stipulés à l'article XIV du Règlement financier.
2. De demander à la Directrice :
  - a) d'établir les termes et conditions générales d'un contrat entre l'Organisation et le Commissaire aux comptes nommé pour couvrir les modalités du travail du Commissaire aux comptes dans l'accomplissement de son mandat conformément à l'annexe B du document CD51/17 qui offre des informations de référence sur la nomination du Commissaire aux comptes, avec des références particulières sur les conditions des Normes comptables internationales du secteur public.
  - b) d'exprimer son appréciation au Contrôleur et Auditeur général du Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord pour les nombreuses années de service auprès de l'Organisation panaméricaine de la Santé, en particulier en ce qui concerne l'appui à l'adoption réussie récente par l'Organisation des Normes comptables internationales du secteur public.

*(Cinquième réunion, le 28 septembre 2011)*

**CD51.R4      *Stratégie et Plan d'action sur la santé en milieu urbain***

**LE 51<sup>e</sup> CONSEIL DIRECTEUR,**

Ayant examiné la *Stratégie et Plan d'action sur la santé en milieu urbain* (document CD51/5) ;

Reconnaissant qu'il existe de nombreux mandats des Organes directeurs datant de 1992 qui mettent en évidence la nécessité d'aborder les questions de santé en milieu urbain et les inégalités en matière de santé causées par l'urbanisation dans la Région, en plus de l'opportunité offerte par le Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017 et le Plan stratégique de l'OPS 2008-2012 ;

Reconnaissant que la mégatendance à l'urbanisation s'est rapidement accélérée dans la Région et que les pays n'ont pas été en mesure de réagir et d'adapter leurs programmes à la grande diversité de défis culturels, communautaires, familiaux, migratoires et socio-économiques posés par ce processus d'urbanisation ;

Ayant étudié l'opportunité offerte de s'attaquer à la plupart des problèmes les plus ardues de santé publique auxquels nos pays sont aujourd'hui confrontés dans les domaines des maladies non transmissibles, des traumatismes, des maladies transmissibles par vecteurs et autres maladies transmissibles, ainsi que le défi que constituent les différents besoins de la population en milieu urbain, tel qu'il a été souligné dans la Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles ;

Considérant que le fait de ne pas systématiquement et adéquatement prendre en considération le critère de la santé publique dans la croissance largement non planifiée des villes de la Région a entraîné une augmentation de la morbidité et de la mortalité ainsi qu'un accroissement de l'écart au sein des villes en matière d'équité ;

Comprenant que, pour parvenir à promouvoir la santé publique dans la Région, les ministères de la santé devront incorporer dans leurs systèmes de surveillance sanitaire des informations qui différencient le gradient des inégalités de santé et leurs causes ainsi que leurs implications dans les politiques, les programmes et les services de santé nationaux et municipaux ;

Reconnaissant que la réalisation de la santé urbaine constitue un effort multisectoriel qui implique une action concertée pour promouvoir l'activité physique ; concevoir des options de transport public efficaces et accessibles ; prévenir et réduire les blessures ; réduire la consommation nocive de l'alcool ; et prendre en compte l'accès

particulier et les besoins de bien-être des plus vulnérables, y compris les enfants, les personnes âgées et les personnes avec de besoins particuliers ;

Reconnaissant que les pays qui adoptent cette approche holistique, de façon coordonnée et synergique avec d'autres plans d'action, y compris ceux des organismes spécialisés des Nations Unies, ont réussi non seulement à améliorer la santé de leurs citoyens, mais ils ont réalisé également des progrès importants en matière de l'environnement et de la pérennité ;

Ayant à l'esprit que la mise en œuvre de la Stratégie et le Plan d'action implique une canalisation atypique des efforts visant à administrer le système de santé et son réseau de service tout en invitant la participation des autres acteurs sociaux en milieu urbain pour défendre et régler tous les aspects des services de santé urbains qui peuvent répondre aux besoins particuliers du gradient social et de l'hétérogénéité des populations urbaines ;

Ayant demandé, lors du 50<sup>e</sup> Conseil directeur, au Bureau sanitaire panaméricain de préparer une stratégie et un plan d'action préliminaires qui seront présentés au 51<sup>e</sup> Conseil directeur,

***DÉCIDE :***

1. D'appuyer la Stratégie et approuver le Plan d'action sur la santé en milieu urbain et de soutenir sa mise en œuvre dans le contexte des conditions spécifiques de chaque pays afin de répondre adéquatement aux tendances et besoins actuels et futurs en matière de santé en milieu urbain dans la Région.
2. De prier instamment les États Membres :
  - a) d'adopter les lignes directrices, les outils et les méthodes développés par le BSP et les Centres d'excellence pour soutenir leur rôle administratif intersectoriel, la promotion de la participation sociale, et la réorientation des services de santé ;
  - b) d'appuyer les politiques et programmes nationaux, infranationaux et locaux de promotion de la santé, y compris le renforcement de la participation sociale, avec des cadres juridiques et des mécanismes de financement appropriés ;
  - c) d'adapter les systèmes de surveillance selon les priorités nationales afin d'inclure des déterminants et des indicateurs ayant trait à la santé urbaine, tels que le genre, l'âge, l'orientation sexuelle, la situation socio-économique, le statut migratoire, la race, l'origine ethnique, les populations autochtones, les personnes sans-abri et les conditions du logement ;

- d) de consolider l'engagement des autorités municipales et métropolitaines en faveur de la planification et du développement urbain, en tenant compte de la santé urbaine et de l'équité en matière de santé dans les politiques et plans sanitaires nationaux et internationaux ;
- e) de collaborer avec les autorités municipales et métropolitaines au développement de politiques et de systèmes de transport qui favorisent la marche, le cyclisme et le transport public sûrs ; et aux réglementations de l'urbanisation et de l'infrastructure qui offrent un accès équitable et sûr à l'activité physique de loisir durant le cycle de la vie ;
- f) d'aider les autorités municipales et métropolitaines dans l'emploi d'outils d'évaluation et d'action pour aborder la planification et la programmation urbaines en tenant compte de la santé et de l'équité de manière plus efficace ;
- g) de sensibiliser les intervenants clés et d'élaborer des plans et programmes de marketing social ;
- h) d'établir tous les deux ans des rapports sur les progrès réalisés, avec des données d'évaluation à mi-parcours à cinq ans et une évaluation finale à dix ans ;
- i) de favoriser des projets communautaires spéciaux de promotion de la santé et de développement durable, centrés sur les populations vulnérables, afin d'encourager la participation sociale et les activités intersectorielles.

3. De demander à la Directrice :

- a) de produire et diffuser des critères, des lignes directrices, des modèles de politiques et cadres juridiques en santé publique pour la planification de la santé en milieu urbain, des services de santé en milieu urbain et des méthodes pour atteindre une action multisectorielle, y compris les études d'impact sur la santé, les évaluations de l'impact de l'équité en santé et la collecte et l'analyse de données entre les différents secteurs ;
- b) de recueillir et diffuser de nouvelles informations sur les expériences, les leçons apprises et les meilleures pratiques obtenues à travers des forums régionaux, la recherche, les observatoires, la documentation et le partage des expériences et des processus prometteurs ;
- c) de développer de façon plus approfondie la promotion de la santé et les déterminants de la santé dans les approches de coopération technique en matière

de santé en milieu urbain et l'exécution de la stratégie de coopération avec les pays dans les États Membres ;

- d) de promouvoir le renforcement des capacités de planification, de mise en œuvre, de surveillance et le renforcement des systèmes d'information de la santé en milieu urbain dans toute la Région ;
- e) de soutenir l'engagement des ministères de la santé auprès des autorités municipales et métropolitaines et d'autres secteurs concernés, à l'instar des questions détaillées dans le rapport final des tables rondes du 50<sup>e</sup> Conseil directeur, le rapport final des Forums de la santé en milieu urbain et de promotion de la santé ainsi que l'Appel mondial à l'action sur l'urbanisation et la santé.

*(Cinquième réunion, le 28 septembre 2011)*

### ***CD51.R5            Stratégie et Plan d'action sur la cybersanté***

#### ***LE 51<sup>e</sup> CONSEIL DIRECTEUR,***

Ayant examiné la *Stratégie et Plan d'action sur la cybersanté* (document CD51/13) ;

Reconnaissant que l'examen de la situation actuelle a indiqué que deux des conditions de base pour la mise en œuvre de la cybersanté (utilisation des technologies de l'information et de la communication sanitaires) dans les pays des Amériques existent, à savoir : la disponibilité de moyens efficaces pour formuler et mettre en œuvre des stratégies et des politiques de cybersanté (faisabilité technique) et de méthodes pratiques pertinentes au niveau local, ainsi que des instruments simples, abordables et durables (viabilité programmatique et financière) ;

Comprenant la nécessité d'améliorer la coordination et la prestation des services dans le domaine de la santé pour accroître leur efficacité, disponibilité, accessibilité et caractère abordable, permettant ainsi leur adaptabilité à de nouveaux contextes sanitaires ;

Considérant que dans le document de 1998, « Politique de la santé pour tous pour le XXI<sup>e</sup> siècle », commandé par l'OMS, l'utilisation appropriée de la télématique de la santé dans la politique et la stratégie générales de santé pour tous a été recommandée ; la résolution de l'Assemblée mondiale de la santé WHA51.9 (1998) sur la publicité, la promotion et la vente transfrontalière de produits médicaux par Internet ; le Programme de connectivité dans les Amériques et le Plan d'action de Quito (2003) ; les Sommets

Mondiaux des Nations Unies sur la Société de l'information (Genève 2003 et Tunis 2005) ; la résolution du Conseil exécutif de l'OMS, EB115.R20 (2004), sur la nécessité d'élaborer des stratégies sur la cybersanté ; la résolution WHA58.28 de la Assemblée mondiale de la Santé, dans laquelle ont été établis les axes de la stratégie sur la cybersanté de l'OMS, et la Stratégie e-LAC 2007-2010 de la Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes (CEPAL) ;

Considérant la vaste expérience de la Région des Amériques dans les programmes de santé publique vétérinaire, qui peuvent désormais contribuer à atteindre la pérennité des systèmes sanitaires nationaux ;

Relevant que l'OPS a coopéré avec les pays de la Région dans l'établissement de bases conceptuelles, techniques et d'infrastructure pour le développement de politiques et de programmes nationaux en matière de cybersanté ;

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

Considérant l'importance d'avoir une stratégie et un plan d'action sur la cybersanté qui permettent aux États Membres d'améliorer, de manière efficace et efficiente, la santé publique dans la Région grâce à l'utilisation d'outils et de méthodologies novateurs propres aux technologies de l'information et de la communication,

### ***DÉCIDE :***

1. De soutenir la Stratégie et d'approuver le Plan d'action sur la cybersanté, ainsi que de promouvoir sa considération au sein des politiques, plans et programmes de développement, ainsi que dans les propositions et les discussions des budgets nationaux pour que les conditions propices pour relever le défi d'améliorer la santé publique dans la Région, grâce à l'utilisation des outils et des méthodologies novateurs des technologies de l'information et de la communication, dans chacun des pays puissent être atteintes.

2. Exhorter les États Membres à :

- a) donner la priorité à l'utilisation de méthodologies et d'outils novateurs propres aux technologies de l'information et de la communication pour améliorer la santé publique humaine et vétérinaire dans la Région, y compris l'administration de la santé ;
- b) élaborer et appliquer des politiques, plans, programmes et interventions interministériels, guidés par la Stratégie et le Plan d'action, avec les ressources et

- le cadre juridique nécessaires, en se concentrant sur les besoins des populations à risque et en situation vulnérable ;
- c) mettre en œuvre la Stratégie et le Plan d'action, le cas échéant, dans un cadre intégré par le système de santé et les services de technologie et de la communication, en mettant l'accent sur la collaboration inter-programmes et l'action intersectorielle, tout en garantissant le suivi et l'évaluation de l'efficacité du programme et l'allocation des ressources ;
  - d) promouvoir le renforcement des capacités des personnes responsables des politiques, de ceux qui dirigent les programmes et les prestataires de soins de santé et de services de technologies de l'information et de la communication, pour élaborer des politiques et des programmes qui simplifient la mise en place des services de santé, centrés sur la personne, efficaces et de qualité ;
  - e) promouvoir le dialogue interne et la coordination entre les ministères et autres institutions du secteur public, ainsi que les partenariats des secteurs public, privé et de la société civile pour parvenir à un consensus national et assurer l'échange de connaissances sur des modèles rentables qui garantissent la disponibilité des normes de qualité, de sécurité, d'interopérabilité, d'éthique et le respect des principes de confidentialité de l'information, l'équité et l'égalité ;
  - f) soutenir la capacité à produire de l'information et de la recherche pour le développement de stratégies et de modèles fondés sur des preuves scientifiques pertinentes ;
  - g) mettre en place un système intégré de contrôle, d'évaluation et de responsabilisation des politiques, plans, programmes et interventions qui permette d'améliorer la capacité de surveillance et de réaction rapide aux maladies et aux urgences de santé publique humaine et vétérinaire ;
  - h) mettre en place des processus d'examen et d'analyse internes sur la pertinence et la faisabilité de la Stratégie et le Plan d'action sur la base des priorités, des besoins et des capacités nationales.
3. De demander à la Directrice :
- a) d'appuyer la coordination et la mise en œuvre de la Stratégie et du Plan d'action sur la cybersanté aux niveaux national, sous-régional, régional et interinstitutionnel et de fournir la coopération technique nécessaire aux pays et entre eux, pour la préparation et la mise en œuvre des plans d'action nationaux ;

- b) de collaborer avec les États Membres dans la mise en œuvre et la coordination de la Stratégie et du Plan d'action, en veillant à la poursuite de la coopération transversale entre les secteurs des programmes et les différents contextes régionaux et sous-régionaux de l'Organisation ;
- c) de faciliter la dissémination d'études, de rapports et de solutions qui puissent servir de modèle pour la cybersanté pour que, grâce aux modifications appropriées, ils puissent être utilisés par les États Membres ;
- d) de favoriser la conclusion de partenariats nationaux, municipaux et locaux avec d'autres organismes internationaux, scientifiques et techniques, des ONG et des organisations de la société civile, du secteur privé et autres pour permettre le partage de compétences et de ressources et l'amélioration de la compatibilité entre les différentes solutions administratives, technologiques et juridiques dans le domaine de la cybersanté ;
- e) de promouvoir la coordination entre la Stratégie et le Plan d'action et des initiatives similaires d'autres organisations internationales de coopération technique et de financement ;
- f) d'informer périodiquement les Organes directeurs de l'OPS sur les progrès et les contraintes de la mise en œuvre de la Stratégie et le Plan d'action ainsi que de leur adéquation aux contextes et de leurs besoins spécifiques.

*(Sixième réunion, le 28 septembre 2011)*

**CD51.R6      *Plan d'action sur la sécurité routière***

**LE 51<sup>e</sup> CONSEIL DIRECTEUR,**

Ayant examiné le *Plan d'action sur la sécurité routière* (document CD51/7) ;

Reconnaissant le fardeau que représentent les traumatismes dus aux accidents de la route dans la Région des Amériques, qui constituent la première cause de mortalité chez les personnes âgées de 5 à 14 ans, et la seconde cause de mortalité chez les personnes âgées de 15 à 44 ans, ainsi que la nécessité urgente d'adopter des mesures de santé publique et de promouvoir des politiques publiques en coordination avec d'autres secteurs pour réduire le fardeau dû à la perte de vies et la souffrance provoquée par les accidents de la route ;

Rappelant la résolution WHA57.10 (2004) de l'Assemblée mondiale de la Santé sur la sécurité routière et la santé et la résolution A/RES/58/289 (2004) de l'Assemblée générale des Nations Unies sur l'amélioration de la sécurité routière mondiale ; la célébration de la Journée mondiale de la Santé 2004, consacrée à la sécurité routière ; et le lancement du *Rapport mondial sur la prévention des traumatismes dus aux accidents de la route*, le *Rapport sur la situation mondiale de la sécurité routière*, et le rapport sur l'état de la sécurité routière dans la Région des Amériques ;

Rappelant également la résolution CD48.R11 (2008) du Conseil directeur de l'Organisation panaméricaine de la Santé, *Prévention de la violence et des traumatismes et promotion de la sécurité : un appel à l'action dans la Région* ;

Rappelant en outre qu'en mars 2010, l'Assemblée générale des Nations Unies a proclamé la Décennie d'action pour la sécurité routière 2011-2020 (A/RES/64/255) ;

Reconnaissant les opportunités offertes par l'adoption d'une approche de santé publique qui favorise l'action multisectorielle dans laquelle le secteur de la santé assume une fonction de coordination pour faire face à la nécessité urgente de protéger efficacement la population pauvre, marginalisée et plus vulnérable qui est la plus affectée par les accidents de la route dans la Région,

### ***DÉCIDE :***

1. D'approuver le Plan d'action sur la sécurité routière.
2. De prier instamment les États Membres d'adopter des politiques publiques intersectorielles qui envisagent, entre autres, les mesures suivantes :
  - a) de donner la priorité à la sécurité routière au moyen de la formulation de plans nationaux, infranationaux et locaux pour la Décennie d'action pour la sécurité routière ;
  - b) d'améliorer l'infrastructure des voies urbaines et des routes ;
  - c) d'améliorer les politiques et les lois sur le transport public de masse au moyen de l'intégration de la sécurité, de l'équité et des critères d'accessibilité afin de promouvoir la sécurité et de protéger les droits de l'homme pour toutes les personnes ;
  - d) de réduire l'incidence des facteurs de risque (vitesse et consommation d'alcool) dans les traumatismes dus aux accidents de la route et d'augmenter le taux

- d'usage des équipements de protection (casques, ceintures de sécurité et systèmes de retenue pour les enfants dans les automobiles) ;
- e) d'établir des limites de vitesse dans les zones urbaines qui ne dépassent pas les 50 km/h, de promouvoir la décentralisation pour permettre que les administrations locales puissent modifier les limites de vitesse et promouvoir la sensibilisation du public à la nécessité de fixer des limites de vitesse ;
  - f) d'adopter la limite d'alcoolémie pour les conducteurs, d'une valeur inférieure ou égale à 0,05 g/dl ;
  - g) de faire respecter les lois sur le port obligatoire de casques, tenant en compte les normes de qualité et de sécurité ;
  - h) de faire respecter les lois sur l'usage obligatoire de la ceinture de sécurité, tenant en compte les normes de qualité et de sécurité et d'encourager l'usage de la ceinture de sécurité ;
  - i) de faire respecter les lois sur l'usage obligatoire de systèmes de retenue pour les enfants dans les automobiles, tenant en compte la qualité et les normes de sécurité, et d'encourager l'utilisation de ces systèmes ;
  - j) de créer ou de renforcer un système d'inspection et d'examen technique des véhicules ;
  - k) de renforcer la capacité technique et institutionnelle des soins aux victimes de traumatismes dus aux accidents de la route, en particulier dans la phase préhospitalière, les soins hospitaliers et la réhabilitation ;
  - l) d'améliorer les données sur les accidents de la route en mettant sur pied des services de surveillance permettant d'améliorer la compréhension et la prise de conscience du fardeau, des causes et des conséquences des traumatismes dus aux accidents de la route, afin de mieux cibler, contrôler et évaluer les programmes et les investissements en faveur de la prévention, des soins et de la réhabilitation des victimes ;
  - m) de promouvoir des études qui permettent de produire une information scientifique et technique sur les risques associés aux éléments de distraction, tant dans le véhicule qu'à l'extérieur du véhicule, qui peuvent provoquer des accidents de la circulation (par exemple, l'usage d'appareils électroniques comme des téléphones portables et des systèmes de navigation, manger, boire ou fumer en conduisant, et des panneaux publicitaires sur les routes, entre autres).

3. De demander à la Directrice :
  - a) d'appuyer les États Membres dans leurs initiatives de renforcement de la sécurité routière et dans la formulation de plans nationaux et infranationaux pour la Décennie d'action pour la sécurité routière ;
  - b) de faciliter l'identification et l'échange de bonnes pratiques dans la prévention des traumatismes dus aux accidents de la route ;
  - c) de stimuler et d'appuyer le réseau de points focaux nationaux et d'encourager la collaboration avec d'autres réseaux d'experts, de professionnels et d'organisations non gouvernementales ;
  - d) de fournir la coopération à la création de capacités au niveau technique et de politiques pour faciliter le recueil et la diffusion d'information et de promouvoir des systèmes d'investigation et de surveillance liés à la prévention des traumatismes dus aux accidents de la route ;
  - e) de fournir la coopération technique pour améliorer le traitement et les soins préhospitaliers aux victimes des accidents de la route ;
  - f) de promouvoir les associations et la collaboration avec des organismes internationaux, des réseaux d'experts, la société civile, les fondations, le secteur privé et des autres acteurs sociaux pour favoriser une approche intersectorielle.

*(Sixième réunion, le 28 septembre 2011)*

***CD51.R7 Plan d'action sur l'usage de substances psychoactives et la santé publique***

***LE 51<sup>e</sup> CONSEIL DIRECTEUR,***

Ayant examiné le Plan d'action sur l'usage de substances psychoactives et la santé publique (document CD51/9) ;

Reconnaissant le fardeau de morbidité, de mortalité et d'incapacité associé aux troubles liés à l'usage de substances psychoactives dans le monde et dans la Région des Amériques en particulier, de même que le fossé qui existe sur le plan du traitement et de la prise en charge des personnes touchées par ces troubles de santé ;

Comprenant que les approches liées à la prévention, le dépistage, l'intervention précoce, le traitement, la réhabilitation, la réintégration sociale et les services de soutien constituent des actions nécessaires pour réduire les conséquences néfastes de l'usage de substances psychoactives ;

Reconnaissant que ces approches exigent d'améliorer l'accès aux services de soins de santé, de promouvoir la santé et le bien-être social des personnes, des familles, et des communautés, tout en protégeant et en promouvant le droit de toutes les personnes à jouir du degré maximum de santé physique et mentale ;

Considérant le contexte et le cadre d'action offerts par le Programme d'action sanitaire pour les Amériques ; le Plan stratégique 2008-2012 de l'OPS ; la Stratégie hémisphérique sur la drogue et le Plan hémisphérique d'action de la Commission interaméricaine de lutte contre l'abus des drogues de l'Organisation des États Américains (OEA/CICAD) ; la stratégie et le plan d'action sur la santé mentale (CD49/11 [2009]), et le *Programme d'action combler : les lacunes en santé mentale. Élargir l'accès aux soins pour lutter contre les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives* (mhGAP, par ses sigles en anglais) de l'Organisation mondiale de la Santé, lesquels reflètent l'importance du problème de l'usage de substances psychoactives et établissent des objectifs stratégiques visant à traiter de ce problème ;

Observant que la Stratégie sur l'usage de substances psychoactives et la santé publique approuvé en 2010 présente les principaux domaines de travail qui doivent être abordés et identifie des domaines de coopération technique permettant de répondre aux différents besoins des États Membres quant à l'usage de substances psychoactives,

### **DÉCIDE :**

1. D'approuver le Plan d'action sur l'usage de substances psychoactives et la santé publique et d'en appuyer la mise en œuvre dans le contexte des conditions spécifiques à chaque pays de manière à répondre de façon adéquate aux besoins présents et futurs en ce qui concerne l'usage de ces substances.
2. De prier instamment les États Membres de :
  - a) définir l'usage de substances psychoactives comme une priorité de santé publique et de mettre en œuvre des plans nationaux visant à traiter les problèmes liés à ses répercussions en matière de santé publique, en particulier quant à la réduction des lacunes existantes en matière de traitement ;
  - b) contribuer et de participer au processus de mise en œuvre du Plan d'action.

3. De demander à la Directrice :
  - a) de suivre et d'évaluer la mise en œuvre du Plan d'action après cinq ans et à l'issue de la période de mise en œuvre ;
  - b) d'appuyer les États Membres dans la préparation et la mise en œuvre de plans nationaux relatifs à l'usage de substances psychoactives dans le cadre de leurs conditions spécifiques et politiques de santé publique, en tenant compte des dispositions de la Stratégie sur l'usage de substances psychoactives et la santé publique ;
  - c) de promouvoir les partenariats avec des organisations gouvernementales et non gouvernementales, de même qu'avec des organisations internationales et d'autres acteurs concernés régionaux, à l'appui de la réponse multisectorielle requise pour mettre en œuvre ce Plan d'action.

*(Septième réunion, le 29 septembre 2011)*

***CD51.R8 Stratégie et plan d'action sur l'épilepsie***

***LE 51<sup>e</sup> CONSEIL DIRECTEUR,***

Ayant examiné la *Stratégie et plan d'action sur l'épilepsie* (document CD51/10) ;

Reconnaissant la charge que représente l'épilepsie, en termes de morbidité, mortalité et handicap, à travers le monde et dans la Région des Amériques en particulier, ainsi que l'écart qui existe entre le nombre de personnes malades et le nombre de personnes qui ne reçoivent des soins ;

Comprenant qu'il s'agit d'un problème pertinent de santé publique, qui peut être abordé sous l'angle de la prévention, du traitement et de la rééducation au moyen de mesures concrètes fondées sur des données scientifiques ;

Considérant le contexte et le fondement pour la prise de mesures que nous offrent le Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017, le Plan stratégique de l'OPS 2008-2012, le Programme d'action : combler les lacunes en santé mentale. Élargir l'accès aux soins pour lutter contre les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives (mhGAP) de l'Organisation mondiale de la Santé, ainsi que la Campagne mondiale contre l'épilepsie « Sortir de l'ombre » ;

Constatant que la *Stratégie et le Plan d'action sur l'épilepsie* abordent les sphères d'intervention principales et définissent les lignes de coopération technique à suivre pour répondre aux divers besoins des pays,

**DÉCIDE :**

1. D'appuyer la Stratégie et approuver le Plan d'action sur l'épilepsie ainsi que leur application conformément à la situation particulière de chaque pays afin de répondre de manière adéquate aux besoins actuels et futurs.
2. De prier instamment les États Membres :
  - a) d'accorder à l'épilepsie le rang de priorité dans les politiques nationales de santé, au moyen de l'exécution de programmes nationaux spécifiques, conformes à la situation de chaque pays, afin de maintenir les réalisations et de progresser vers de nouveaux buts, en particulier la réduction des écarts de traitement existant actuellement ;
  - b) de renforcer les cadres légaux, le cas échéant, dans le but de protéger les droits humains des personnes atteintes d'épilepsie et d'appliquer les lois de manière efficace ;
  - c) de renforcer l'accès universel et équitable aux soins médicaux de toutes les personnes atteintes d'épilepsie, au moyen du renforcement des services médicaux dans le cadre des systèmes fondés sur les soins primaires de santé et les réseaux intégrés de services ;
  - d) d'assurer qu'ils disposent des quatre médicaments anti-épileptiques qui sont considérés comme essentiels pour le traitement des personnes atteintes d'épilepsie, en particulier au niveau des soins primaires ;
  - e) de promouvoir les services de neurologie pour soutenir la tâche d'identification et de gestion des cas au niveau primaire, en veillant à une répartition adéquate des moyens auxiliaires de diagnostic nécessaires ;
  - f) de soutenir la participation efficace de la communauté et des associations d'utilisateurs et de leurs familles aux activités qui visent à améliorer les soins prodigués aux personnes atteintes d'épilepsie ;
  - g) d'envisager le renforcement des ressources humaines comme composante clé de l'amélioration des programmes nationaux de traitement de l'épilepsie, au moyen de la réalisation d'activités systématiques de formation, en particulier celles qui visent le personnel de soins primaires de santé ;

- h) d'impulser des initiatives intersectorielles et éducatives à l'intention de la population, dans le but de contrer la stigmatisation et la discrimination dont souffrent les personnes atteintes d'épilepsie ;
  - i) de réduire l'écart d'information existant dans le domaine de l'épilepsie au moyen de l'amélioration de la production, de l'analyse et de l'exploitation de l'information, y compris celle issue des travaux de recherche ;
  - j) de consolider les partenariats du secteur santé avec d'autres secteurs, ainsi qu'avec des organisations non gouvernementales, des établissements d'enseignement supérieur et des acteurs sociaux essentiels.
3. De demander à la Directrice :
- a) d'appuyer les États Membres dans l'élaboration et l'exécution de programmes nationaux de traitement de l'épilepsie dans le cadre de leurs politiques de santé, en tenant compte de la Stratégie et du Plan d'action, en s'efforçant de corriger les inégalités et en accordant la priorité aux soins prodigués aux groupes vulnérables et ayant des besoins particuliers, y compris les populations autochtones ;
  - b) de collaborer à l'évaluation et la restructuration des services de neurologie et de santé mentale des pays ;
  - c) de faciliter la diffusion d'information et l'échange de données d'expériences positives et novatrices, et de promouvoir la coopération technique entre les États Membres ;
  - d) de favoriser les partenariats avec la Ligue internationale contre l'épilepsie (ILAE) et le Bureau international pour l'épilepsie (IBE), ainsi qu'avec des institutions internationales, des organisations gouvernementales et non gouvernementales, et d'autres acteurs régionaux au service de la réponse large et intersectorielle qui s'avère nécessaire dans le processus d'exécution de la Stratégie et le Plan d'action ;
  - e) d'évaluer la mise en œuvre de la Stratégie et son Plan d'action et d'en faire rapport au Conseil directeur de l'OPS dans un délai de cinq ans.

*(Septième réunion, le 29 septembre 2011)*

**CD51.R9      *Stratégie et Plan d'action contre le paludisme***

**LE 51<sup>e</sup> CONSEIL DIRECTEUR,**

Ayant examiné la *Stratégie et Plan d'action contre le paludisme* (document CD51/11) ;

Rappelant la résolution CD46.R13 (2005) du 46<sup>e</sup> Conseil directeur sur le paludisme et les objectifs de développement internationalement convenus, incluant ceux contenus dans la Déclaration du Millénaire ;

Notant l'existence d'autres mandats et résolutions pertinentes de l'Organisation panaméricaine de la Santé, tels le document CD49/9 (2009), *Élimination des maladies négligées et autres infections liées à la pauvreté*, qui comprenait le paludisme parmi les maladies qui peuvent être éliminées dans certaines zones, et le document CD48/13 (2008), *Gestion intégrée des vecteurs : une réponse globale aux maladies à transmission vectorielle*, qui promeut la gestion vectorielle intégrée comme partie intégrante de la gestion des maladies à transmission vectorielle dans la Région ;

Conscient du fait que la baisse continue de cas et de décès dus au paludisme confirme le progrès de la Région dans la lutte antipaludique, mais reconnaissant aussi que la Région doit toujours relever un ensemble unique de défis importants et en constante évolution ;

Reconnaissant que la diversité du contexte du paludisme et des difficultés rencontrées par les pays de la Région nécessite l'engagement dans un programme complet avec différents types de composantes, ainsi que des interventions innovantes et fondées sur des preuves ;

Appréciant les efforts des États Membres ces dernières années pour répondre à leurs défis respectifs vis-à-vis du paludisme, mais conscient de la nécessité de poursuivre l'action,

***DÉCIDE :***

1. De soutenir la Stratégie et d'approuver le Plan d'action contre le paludisme.
2. De prier instamment les États Membres :
  - a) d'examiner les plans nationaux ou en créer de nouveaux pour la prévention, le contrôle et l'élimination du paludisme, en utilisant une approche intégrée qui tienne compte des déterminants sociaux de la santé et qui envisage une collaboration inter-programmes et une action intersectorielle ;

- b) de soutenir les efforts pour consolider et mettre en œuvre des activités afin de réduire davantage l'endémicité, ainsi que les progrès réalisés pour atteindre les objectifs indiqués dans la Stratégie et le Plan d'action contre le paludisme, y compris l'élimination du paludisme si cela est envisageable ;
- c) de renforcer l'engagement dans les efforts visant à lutter contre le paludisme, y compris la coordination avec d'autres pays et les initiatives infrarégionales en matière de surveillance épidémiologique du paludisme, la surveillance de la résistance aux médicaments antipaludiques et aux insecticides, ainsi que le suivi et l'évaluation ;
- d) de renforcer l'engagement tant des pays où le paludisme est endémique que de ceux où il est non endémique et de divers secteurs pour lutter contre la maladie, notamment en termes d'investissements soutenus ou d'augmentation et de mise à disposition des ressources nécessaires ;
- e) d'établir des stratégies intégrées de prévention, de surveillance, de diagnostic, de traitement et de lutte antivectorielle avec une large participation communautaire, de manière à ce que le processus contribue à renforcer les systèmes de santé nationaux, y compris les soins de santé primaires, la surveillance et les systèmes d'alerte et d'intervention, avec une attention particulière aux facteurs liés au genre et à l'ethnicité ;
- f) de renforcer l'accent sur les populations et les groupes de travailleurs extrêmement vulnérables ;
- g) de soutenir l'engagement dans le développement et la mise en œuvre d'un programme de recherche qui comble les importantes lacunes en connaissances et en technologie dans divers contextes de travail contre le paludisme dans la Région, par exemple, la relation entre le paludisme et l'agriculture.

3. De demander à la Directrice :

- a) de soutenir l'exécution de la Stratégie et du Plan d'action contre le paludisme et de fournir la coopération technique nécessaire aux pays pour développer et mettre en œuvre des plans d'action nationaux ;
- b) de continuer le plaidoyer pour atteindre une mobilisation active de ressources et encourager une collaboration étroite pour forger des partenariats qui soutiennent la mise en œuvre de la présente résolution ;
- c) de promouvoir et renforcer la coopération technique entre les pays, les entités sous-régionales et les institutions et de créer des partenariats stratégiques pour

- réaliser des activités visant à surmonter les obstacles aux efforts de lutte antipaludique dans les zones frontalières et les populations isolées ;
- d) de promouvoir la coopération entre les pays en vue de la production et l'accès aux médicaments antipaludiques que répondent aux critères reconnues au niveau international quant à l'assurance des normes de qualité et qui répondent aux recommandations de l'OPS/OMS.

*(Septième réunion, le 29 septembre 2011)*

**CD51.R10 Programme et budget de l'OPS 2012–2013**

**LE 51<sup>e</sup> CONSEIL DIRECTEUR,**

Ayant examiné le projet de Programme et budget de l'OPS pour la période financière 2012–2013 (Document officiel 338 et Addendum IV) ;

Ayant examiné le rapport du Comité exécutif (document CD51/2) ;

Ayant considéré les scénarios D et E, selon la recommandation du 148<sup>e</sup> Comité exécutif, et après avoir présenté un scénario agréé par consensus qui propose une augmentation de 3,2% des contributions (Addendum IV) ;

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

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

**DÉCIDE :**

1. D'approuver le programme de travail pour le Bureau tel que décrit dans le projet de Programme et budget de l'OPS 2012–2013 (Document officiel 338 et Addendum IV).
2. De demander à la Directrice de continuer les efforts pour augmenter l'efficacité et réduire les coûts, dans la mesure du possible.
3. De créditer pour la période financière 2012–2013 le montant de US\$ 310.637.902, de la manière suivante : a) \$285.100.000 pour le Budget de Travail Effectif (sections 1 à 16) requérant une augmentation des contributions des États Membres, des États participants et des Membres associés de l'OPS de 3,2% par rapport à la période biennale

2010-2011 ; et b) \$25.537.902 comme transfert au Fonds de péréquation des impôts (section 17), tel que cela est décrit dans le tableau suivant :

<b>SECTION</b>	<b>TITRE</b>	<b>MONTANT</b>
1	Réduire le fardeau sanitaire, social et économique des maladies transmissibles	23.139.000
2	Lutter contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme	6.479.000
3	Prévenir et réduire la maladie, le handicap et les décès prématurés imputables à des conditions chroniques non transmissibles, aux troubles mentaux, à la violence et aux blessures	11.618.000
4	Réduire la morbidité et la mortalité et améliorer la santé durant les étapes clés de la vie, y compris la grossesse, l'accouchement, la période néonatale, l'enfance et l'adolescence, et améliorer la santé sexuelle et génésique ainsi que promouvoir un vieillissement actif et sain pour toutes les personnes	11.613.000
5	Réduire les conséquences sanitaires des situations d'urgence, des catastrophes, des crises et des conflits, et minimiser leur impact social et économique	4.469.000
6	Promouvoir la santé et le développement, et prévenir ou réduire les facteurs de risque pour les conditions de santé associées à l'usage du tabac, de l'alcool, des drogues et autres substances psychoactives, aux régimes alimentaires malsains, à l'inactivité physique et aux relations sexuelles non protégées	7.757.000
7	Traiter les déterminants sociaux et économiques sous-jacents de la santé à l'aide de politiques et de programmes qui renforcent l'équité en santé et qui intègrent des approches pro-pauvres, réactives au genre et fondées sur les droits humains	8.012.000
8	Promouvoir un environnement plus sain, intensifier la prévention primaire et influencer les politiques publiques dans tous les secteurs de façon à atteindre les causes profondes des menaces environnementales pour la santé	11.717.000
9	Améliorer la nutrition, l'innocuité des aliments et la sécurité alimentaire tout au long du cours de la vie et à l'appui de la santé publique et du développement durable	10.750.000
10	Améliorer l'organisation, la gestion et la prestation des services de santé	8.253.000
11	Renforcer le leadership, la gouvernance et les systèmes de santé fondés sur les données probantes	30.386.000
12	Assurer l'amélioration de l'accès, de la qualité et de l'usage des produits et des technologies médicaux	7.115.000
13	Assurer un personnel de santé disponible, compétent, réactif et productif, capable de répondre aux besoins afin d'améliorer les	9.439.000

SECTION	TITRE	MONTANT
	résultats en santé	
14	Étendre la protection sociale au moyen d'un financement équitable, adéquat et durable	5.171.000
15	Assurer le leadership, renforcer la gouvernance et encourager les partenariats et la collaboration avec les pays, le système des Nations Unies et d'autres parties prenantes afin de réaliser le mandat de l'OPS/OMS de faire progresser le programme mondial de la santé tel qu'établi dans le onzième Programme général de travail de l'OMS et dans le Programme d'action sanitaire pour le Amériques	65.426.000
16	Développer et maintenir l'OPS/OMS comme une organisation flexible et érudite, lui permettant de mener à bien son mandat plus efficacement et plus rentablement	63.756.000
	Budget de travail effectif pour 2012-2013 (sections 1-16)	285.100.000
17	Contribution du personnel (Virement au Fonds de péréquation des impôts)	25.537.902
	Total : Toutes les sections	310.637.902

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

(a) Les contributions :

Des États Membres, des États participants et des Membres associés  
dont la quote-part aura été calculée en fonction du barème adopté ..... 217.937.902

(b) Les recettes diverses..... 12.000.000

(c) La part d'AMRO approuvée par la Soixante-quatrième  
Assemblée mondiale de la Santé..... 80.700.000

TOTAL..... 310.637.902

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

6. De veiller à ce que, conformément au Règlement financier de l'OPS, les montants qui n'excèdent pas les crédits indiqués au paragraphe 2 soient utilisés pour le règlement d'obligations encourues pendant la période du 1<sup>er</sup> janvier 2012 au 31 décembre 2013 inclusivement. Nonobstant les dispositions du présent paragraphe, les obligations encourues pendant l'exercice financier 2012-2013 seront limitées aux crédits disponibles dans le budget effectif de travail, i.e., les sections 1 à 16 du tableau des allocations au paragraphe 2.

7. D'établir que la Directrice sera autorisée à effectuer des virements de crédits entre les sections du budget effectif de travail, étant entendu que de tels virements n'excéderont pas 10% de la section de laquelle le crédit est viré; les virements de crédits entre sections du budget qui dépassent 10% de la section de laquelle le crédit est viré peuvent être effectués avec le consentement du Comité exécutif, et tous les virements de crédits budgétaires feront l'objet d'un rapport adressé au Conseil directeur ou à la Conférence sanitaire panaméricaine.

8. D'établir qu'un montant à hauteur de 5% du budget alloué au niveau de pays soit réservé en tant « qu'allocation variable de pays » comme stipulé dans la politique de budget programme régional. Les dépenses au titre de l'allocation variable de pays seront autorisées par la Directrice conformément aux critères approuvés par la 2<sup>e</sup> session du Sous-comité du programme, du budget et de l'administration présentés à la 142<sup>e</sup> session du Comité exécutif dans le document CE142/8. Les dépenses effectuées avec l'allocation variable de pays seront indiquées dans les sections de crédit 1-16 correspondants au moment de l'établissement des rapports.

9. D'estimer le montant des dépenses dans le programme et le budget pour la période 2012-2013 devant être financé par d'autres sources à \$328.300.000, comme indiqué dans le *Document officiel 338 et Addendum IV*.

*(Septième réunion, le 29 septembre 2011)*

***CD51.R11, Rév. 1 Contributions des États Membres, des États Participants et des Membres Associés de l'organisation Panaméricaine de la Santé pour la période financière 2012-2013***

***LE 51<sup>e</sup> CONSEIL DIRECTEUR,***

Considérant que le Conseil directeur par le biais de la résolution CD51.R10 a approuvé le *Programme et Budget de l'OPS 2012-2013 (Document officiel 338 et Addendum IV)* ;

Gardant à l'esprit que le Code sanitaire panaméricain stipule que le barème de contributions à appliquer aux États Membres de l'Organisation panaméricaine de la Santé sera fondé sur le barème de contributions adopté par l'Organisation des États américains (OAS) pour les contributions de ses membres, et que par la résolution CD51.R10 le Conseil directeur a adopté le nouveau barème des contributions pour les membres de l'OPS pour la période financière 2012-2013,

***DÉCIDE :***

D'établir les contributions des États Membres, des États participants et des Membres associés de l'Organisation panaméricaine de la Santé pour la période financière 2012-2013 en accord avec le barème des contributions présenté ci-dessous et selon les montants correspondants, ce qui représente une augmentation de 3,2% par rapport à la période financière 2010-2011.

Membres	Barème ajusté aux Membres de l'OPS		Contribution brute		Crédit au titre du Fonds de péréquation d'impôts		Ajustement au titre d'impôts prélevés par les États Membres sur les traitements du personnel du BSP		Contribution nette	
	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013
	%	%	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$
<b>États Membres:</b>										
Antigua-et-Barbuda	0,022	0,022	23.973	23.973	2.809	2.809			21.164	21.164
Argentina	2,408	2,408	2.623.972	2.623.972	307.476	307.476			2.316.496	2.316.496
Bahamas	0,062	0,062	67.561	67.561	7.917	7.917			59.644	59.644
Barbades	0,045	0,045	49.036	49.036	5.746	5.746			43.290	43.290
Belize	0,022	0,022	23.973	23.973	2.809	2.809			21.164	21.164
Bolivie	0,049	0,049	53.395	53.395	6.257	6.257			47.138	47.138
Brésil	9,941	9,941	10.832.603	10.832.603	1.269.361	1.269.361			9.563.242	9.563.242
Canada	11,972	11,972	13.045.763	13.045.763	1.528.699	1.528.699	45.000	45.000	11.562.064	11.562.064
Chili	1,189	1,189	1.295.641	1.295.641	151.823	151.823			1.143.818	1.143.818
Colombie	1,049	1,049	1.143.084	1.143.084	133.946	133.946			1.009.138	1.009.138
Costa Rica	0,221	0,221	240.821	240.821	28.219	28.219			212.602	212.602
Cuba	0,183	0,183	199.413	199.413	23.367	23.367			176.046	176.046
Dominique	0,022	0,022	23.973	23.973	2.809	2.809			21.164	21.164
Rép.dominicane	0,257	0,257	280.050	280.050	32.816	32.816			247.234	247.234
Équateur	0,258	0,258	281.140	281.140	32.944	32.944			248.196	248.196
El Salvador	0,114	0,114	124.225	124.225	14.557	14.557			109.668	109.668
Grenada	0,022	0,022	23.973	23.973	2.809	2.809			21.164	21.164
Guatemala	0,168	0,168	183.068	183.068	21.452	21.452			161.616	161.616
Guyana	0,022	0,022	23.973	23.973	2.809	2.809			21.164	21.164
Haïti	0,034	0,034	37.049	37.049	4.341	4.341			32.708	32.708
Honduras	0,051	0,051	55.574	55.574	6.512	6.512			49.062	49.062
Jamaïque	0,093	0,093	101.341	101.341	11.875	11.875			89.466	89.466
Mexique	8,281	8,281	9.023.719	9.023.719	1.057.397	1.057.397			7.966.322	7.966.322
Nicaragua	0,034	0,034	37.049	37.049	4.341	4.341			32.708	32.708
Panama	0,158	0,158	172.171	172.171	20.175	20.175			151.996	151.996
Paraguay	0,093	0,093	101.341	101.341	11.875	11.875			89.466	89.466
Pérou	0,688	0,688	749.706	749.706	87.850	87.850			661.856	661.856

Membres	Barème ajusté aux Membres de l'OPS		Contribution brute		Crédit au titre du Fonds de péréquation d'impôts		Ajustement au titre d'impôts prélevés par les États Membres sur les traitements du personnel du BSP		Contribution nette	
	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013
	%	%	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$
Saint-Kitts-et-Nevis	0,022	0,022	23.973	23.973	2.809	2.809			21.164	21.164
Sainte Lucie	0,022	0,022	23.973	23.973	2.809	2.809			21.164	21.164
Saint-Vincent-et-les-Grenadines	0,022	0,022	23.973	23.973	2.809	2.809			21.164	21.164
Suriname	0,034	0,034	37.049	37.049	4.341	4.341			32.708	32.708
Trinité-et-Tobago	0,180	0,180	196.144	196.144	22.984	22.984			173.160	173.160
États-Unis d'Amérique	59,445	59,445	64.776.593	64.776.593	7.590.503	7.590.503	10.000.000	10.000.000	67.186.090	67.186.090
Uruguay	0,214	0,214	233.194	233.194	27.326	27.326			205.868	205.868
Venezuela	2,186	2,186	2.382.061	2.382.061	279.129	279.129	0	0	2.102.932	2.102.932
Sous-total	99,583	99,583	108.514.547	108.514.547	12.715.701	12.715.701	10.045.000	10.045.000	105.843.846	105.843.846
<b>Membres Participants :</b>										
France	0,219	0,219	238.642	238.642	27.964	27.964			210.678	210.678
Royaume des Pays-Bas	0,068	0,068	74.099	74.099	8.683	8.683			65.416	65.416
Royaume-Uni	0,046	0,046	50.126	50.126	5.874	5.874			44.252	44.252
Sous-total	0,333	0,333	362.867	362.867	42.521	42.521			320.346	320.346
<b>Membres Associés :</b>										
Porto Rico	0,084	0,084	91.534	91.534	10.726	10.726			80.808	80.808
Sous-total	0,084	0,084	91.534	91.534	10.726	10.726			80.808	80.808
TOTAL	100,000	100,000	108.968.948	108.968.948	12.768.948	12.768.948	10.045.000	10.045.000	106.245.000	106.245.000

\* Les États Membres sont présentés d'après l'ordre alphabétique de l'anglais.

(Septième réunion, le 29 septembre 2011)

***CD51.R12 Plan d'action pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et les cas graves de morbidité maternelle***

***LE 51<sup>e</sup> CONSEIL DIRECTEUR,***

Ayant examiné le rapport de la Directrice, *Plan d'action pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et les cas graves de morbidité maternelle*, (document CD51/12) ;

Tenant compte des mandats internationaux proposés dans le Plan d'action régional pour la réduction de la mortalité maternelle dans les Amériques (document CSP23/10 [1990]) ; de la résolution sur *Population et santé génésique* (CSP25.R13 [1998]) ; de la Stratégie régionale sur la réduction de la mortalité et de la morbidité maternelles (CSP26/14 (2002)) ; de la Stratégie et Plan d'action pour l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis congénitale (document CD50/15 (2010)); des résolutions WHA55.19 (2002), WHA57.13 (2004) et EB113.R11 (2004) sur la santé génésique approuvées par l'Assemblée mondiale de la Santé et le Conseil exécutif de l'OMS, respectivement; des forums de Nairobi, Kenya (1987), du Caire, Égypte (1994), et de Beijing, Chine (1995) ; de la Déclaration du Millénaire (2000) et du Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017 ;

Tenant compte de la résolution R11/8 du Conseil des droits de l'homme des Nations Unies (2009), de la résolution CD50.R8 du 50<sup>e</sup> Conseil directeur de l'OPS (2010) et du document technique *La santé et les droits de l'homme* (CD50/12), ainsi que du degré élevé de complémentarité entre ce plan et les autres objectifs établis dans la *Plan stratégique 2008-2012 de l'OPS modifié* (Document officiel 328 [2009]) ;

Considérant la Stratégie mondiale pour la santé de la femme et de l'enfant lancée par le Secrétaire général des Nations Unies en 2010 et les recommandations de la Commission d'information et de responsabilisation pour la santé de la femme et de l'enfant ;

Ayant à l'esprit la nécessité d'améliorer la prise en charge des maladies non transmissibles (MNT), ainsi que des facteurs de risque (diabète, hypertension, obésité, tabagisme) dans les protocoles des soins de santé maternelle, tel qu'il a été discuté lors de la Réunion de Haut Niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles ;

Soulignant que la mortalité maternelle est une manifestation d'inégalité qui affecte tous les pays de la Région et qu'il existe des interventions efficaces par rapport au coût dans ce secteur qui peuvent avoir un impact réel et à court terme pour sa diminution ;

Considérant l'importance de disposer d'un plan d'action qui permette aux États Membres de répondre de façon efficace et efficiente,

***DÉCIDE :***

1. Approuver le Plan d'action pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et les cas graves de morbidité maternelle et sa considération dans les politiques, plans et programmes de développement, ainsi que dans les propositions et la discussion des budgets nationaux et qui leur permettent de répondre à l'amélioration de la santé maternelle.
2. De prier instamment les États Membres :
  - a) de considérer le Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017 et l'appel du Secrétaire général des Nations Unies en 2010 en faveur d'un plan qui contribue à la réduction de la mortalité maternelle ;
  - b) d'adopter des politiques, stratégies, plans et programmes nationaux qui augmentent l'accès des femmes à des services de santé de qualité adaptés à leurs besoins, avec une adéquation interculturelle, y compris en particulier, les programmes de promotion et de prévention fondés sur les soins de santé primaires prodigués par du personnel qualifié, qui intègrent les soins antérieurs à la conception (y compris la planification familiale), les soins de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum (y compris la prévention et le traitement de l'infection par le VIH), et qui envisagent en outre la gratuité de tous ces services pour les populations les plus vulnérables ;
  - c) de promouvoir un dialogue entre institutions du secteur public, du secteur privé et de la société civile, afin d'accorder un degré de priorité élevé à la vie des femmes, comme une question de droits et de développement humains ;
  - d) de promouvoir l'autonomisation des femmes, ainsi que la participation et la responsabilité partagée de l'homme, en matière de santé sexuelle et reproductive ;
  - e) d'adopter une politique des ressources humaines en termes de recrutement, formation et rétention qui apporte une réponse aux besoins des femmes et des nouveau-nés ;
  - f) de renforcer la capacité de produire des informations et des recherches sur la santé sexuelle et reproductive, la mortalité maternelle et les cas graves de morbidité maternelle pour le développement de stratégies fondées sur des données probantes qui permettent le suivi et l'évaluation de leurs résultats, conformément aux

- recommandations de la Commission d'information et de responsabilisation pour la santé de la femme et de l'enfant ;
- g) de mettre en marche des processus de révision et d'analyse du Plan d'action, pour son exécution dans le contexte national ;
  - h) de plaider pour des budgets publics spécifiques, où applicable, en fonction de résultats stratégiques tendant à améliorer la couverture et la qualité des soins de la femme et de l'enfant ;
  - i) de promouvoir le développement de programmes de protection sociale pour les femmes et les enfants.
3. De demander à la Directrice :
- a) d'appuyer les États Membres dans l'exécution du présent Plan d'action, conformément à leurs besoins et leur contexte démographique et épidémiologique ;
  - b) de promouvoir l'exécution et la coordination de ce Plan d'action, en garantissant son intégration dans les programmes ;
  - c) de stimuler et de renforcer les systèmes d'information et de surveillance de la santé maternelle, y compris un repository régional à la disposition de toutes les personnes directement concernées et de promouvoir le développement de recherches opérationnelles pour concevoir des stratégies destinées à mettre en pratique des interventions fondées sur les besoins spécifiques des contextes de la Région ;
  - d) d'appuyer les États Membres dans le développement et la création de capacités en vue de la préparation et de la distribution appropriées des ressources humaines en santé maternelle et néonatale ;
  - e) de consolider et de renforcer la collaboration technique avec les comités, les organes et les réunions des Nations Unies sur les grossesses non désirées et les avortements à risque et les organismes interaméricains, en plus de promouvoir des alliances avec d'autres organismes internationaux et régionaux, des institutions scientifiques et techniques, la société civile organisée, le secteur privé et autres, dans le cadre du groupe de travail régional pour la réduction de la mortalité maternelle ;

- f) d'informer périodiquement les Organes directeurs de l'OPS sur les progrès et les limitations dans l'exécution du Plan d'action, ainsi que des adaptations de ce dernier à de nouveaux contextes et besoins, si la nécessité s'en faisait sentir.

*(Huitième réunion, le 29 septembre 2011)*

**CD51.R13      *Traitement du Directeur du Bureau sanitaire panaméricain***

**LE 51<sup>e</sup> CONSEIL DIRECTEUR,**

Ayant examiné le document CD51/18, *Traitement du Directeur du Bureau sanitaire panaméricain* ;

Considérant la révision du barème des traitements de base minima pour les catégories professionnelles et de rang supérieur du Bureau sanitaire panaméricain, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2011 ;

Tenant compte de la décision du Comité exécutif à sa 148<sup>e</sup> session d'ajuster les traitements du Directeur adjoint et du Sous-directeur du Bureau sanitaire panaméricain (résolution CE148. R12),

***DÉCIDE :***

De fixer le traitement annuel du Directeur du Bureau sanitaire panaméricain, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2011, à US\$ 204.391 avant déduction des contributions du personnel, soit un traitement net modifié de \$145.854 (avec personnes à charge) ou de \$131.261 (sans personnes à charge).

*(Huitième réunion, le 29 septembre 2011)*

**CD51.R14      *Plan d'action pour réduire l'usage nocif de l'alcool***

**LE 51<sup>e</sup> CONSEIL DIRECTEUR,**

Ayant examiné le *Plan d'action pour réduire l'usage nocif de l'alcool* (document CD51/8, Rév. 1) ;

Reconnaissant le fardeau de morbidité, de mortalité et d'incapacité associé à l'usage nocif de l'alcool dans le monde et dans la Région des Amériques, ainsi que les lacunes actuelles sur le plan du traitement et des soins pour les personnes affectées par l'usage nocif de l'alcool ;

Envisageant le contexte et le cadre d'action offert par le Programme d'action sanitaire pour les Amériques, le Plan stratégique 2008-2012 de l'OPS et la résolution de l'Assemblée mondiale de la Santé WHA63.13 (2010) sur une stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool et fixant des objectifs pour traiter ce problème ;

Observant que la stratégie mondiale de l'OMS visant à réduire l'usage nocif de l'alcool délimite les principaux domaines d'intervention et identifie les domaines de la coopération technique en vue de répondre aux besoins divers des États Membres sur le plan de la consommation nocive de l'alcool ;

Tenant compte des recommandations de la réunion de l'OMS des homologues nationaux pour la mise en œuvre de la *Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool* et la réunion de consultation sur l'avant-projet du plan d'action régional ;

Reconnaissant la nécessité d'une coordination et d'un leadership au niveau régional venant soutenir les efforts nationaux en vue de réduire l'usage nocif de l'alcool,

***DÉCIDE :***

1. D'approuver le Plan d'action pour réduire l'usage nocif de l'alcool.
2. De mettre en œuvre la *Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool* par le biais du Plan d'action dans le contexte des situations spécifiques de chaque pays, afin de répondre adéquatement aux besoins actuels et futurs concernant l'usage nocif de l'alcool et sa consommation en dessous de l'âge autorisé.
3. De prier instamment les États Membres :
  - a) de retenir au titre d'une priorité de santé publique l'usage nocif de l'alcool et sa consommation en dessous de l'âge autorisé et de formuler des plans et/ou mettre en place des mesures pour réduire son impact sur la santé publique ;
  - b) de reconnaître que l'usage nocif de l'alcool survient tant chez des personnes avec ou sans accoutumance à l'alcool et que la diminution des problèmes liés à l'alcool demande des politiques variées s'appliquant à la population dans son ensemble et des interventions destinées à des groupes particuliers, ainsi qu'un accès à des services de santé de qualité ;
  - c) de promouvoir des politiques publiques qui protègent et préservent les intérêts de santé publique ;
  - d) de promouvoir des politiques et des interventions reposant sur des données probantes et déployées dans un esprit d'équité, et qui sont soutenues par des

- mécanismes de mise en œuvre durables engageant les diverses parties concernées ;
- e) de promouvoir des programmes de prévention qui éduquent les enfants, les jeunes et ceux qui décident de ne pas boire, sur la façon de résister à la pression sociale à consommer d'alcool et de les protéger de cette pression ainsi que de supporter le choix de ne pas boire ;
  - f) de vérifier que des services efficaces de prévention, de traitement et de soins soient disponibles, accessibles et d'un prix abordable pour ceux affectés, y compris les familles, par l'usage nocif de l'alcool ;
  - g) d'octroyer des ressources financières, techniques et humaines envers la mise en œuvre des activités au niveau national telles que décrites dans le plan d'action.
4. De demander à la Directrice :
- a) de suivre et d'évaluer la mise en œuvre du Plan d'action lors de sa cinquième année et à la fin de la période de la mise en œuvre ;
  - b) de soutenir les États Membres au niveau de la mise en œuvre de leurs plans et/ou interventions nationaux et infranationaux pour réduire l'usage nocif de l'alcool, dans le cadre de leurs politiques sociales et de santé publique, en tenant compte de la *Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool* ;
  - c) de collaborer à l'évaluation des politiques et services de lutte contre la consommation nocive de l'alcool dans le contexte national des pays, en vue de vérifier que les mesures correctives appropriées, fondées sur des données probantes, soient adoptées ;
  - d) de faciliter la diffusion de l'information et le partage d'expériences positives et novatrices et de promouvoir la coopération technique entre les États Membres ;
  - e) de promouvoir des partenariats avec des organisations internationales et l'OMS, organisations gouvernementales et non gouvernementales et la société civile, prenant en considération tout conflit d'intérêt qui pourrait exister pour certaines organisations non gouvernementales ;
  - f) établir le dialogue avec le secteur privé sur la meilleure manière qu'il pourrait contribuer à la réduction des méfaits liés à l'alcool, en tenant compte dûment des intérêts commerciaux et le possible conflit avec les objectifs de la santé publique.

(Huitième réunion, le 29 septembre 2011)

***CD51.R15 Stratégie et Plan d'action sur le changement climatique***

***LE 51<sup>e</sup> CONSEIL DIRECTEUR,***

Ayant pris connaissance la *Stratégie et Plan d'action sur le changement climatique* (document CD51/6) ;

Reconnaissant que le changement climatique représente une menace actuelle et prévue pour la santé et qu'il pose des défis à la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le développement ;

Sachant que le changement climatique représente une menace actuelle et prévue pour la santé publique dans la Région des Amériques et que les impacts de ce changement seront ressentis le plus durement par les populations vulnérables vivant dans les régions et plaines côtières, les petites îles, les régions montagneuses, les régions arides ainsi que par les personnes défavorisées en milieu rural et urbain ;

Notant que la Convention-Cadre des Nations Unies sur les Changements Climatiques a défini comme «effets néfastes des changements climatiques» les modifications de l'environnement physique ou des biotes dues à des changements climatiques et qui exercent des effets nocifs significatifs sur la composition, la résistance ou la productivité des écosystèmes naturels et aménagés, sur le fonctionnement des systèmes socio-économiques ou sur la santé et le bien-être de l'homme ;

Prenant en compte la *Table ronde sur le changement climatique et son impact sur la santé publique : une perspective régionale* (document CD48/16) de 2008 et son rapport final (document CD48/16, Add. II), ainsi que le plan d'action proposé pour protéger la santé contre les effets néfastes du changement climatique dans la Région des Amériques ;

Prenant en compte la résolution WHA61.19 (2008) sur le changement climatique et la santé et le Plan de travail de l'OMS sur le changement climatique et la santé, présenté à la 62<sup>e</sup> Assemblée mondiale de la Santé en 2009 (document A62/11) ;

Réalisant l'impératif pour le secteur de la santé dans les Amériques de protéger la santé face aux conséquences du changement climatique,

***DÉCIDE :***

1. D'appuyer la Stratégie et approuver le Plan d'action sur le changement climatique et la santé.

2. De prier instamment les États Membres :
  - a) de renforcer leur capacité de mesurer les impacts du changement climatique sur la santé, aux niveaux national et local, en se penchant essentiellement sur les inégalités sur le plan socio-économique, ethnique et de genre ;
  - b) de renforcer la capacité des systèmes de santé de suivre et d'analyser l'information sur le climat et la santé afin de prendre dans les délais indiqués des mesures de prévention efficaces ;
  - c) de renforcer les capacités et la sensibilisation chez les dirigeants de la santé publique de fournir des directives techniques pour formuler et appliquer des stratégies visant à traiter les effets du changement climatique sur la santé ;
  - d) de soutenir la mise au point de matériel, méthodes et outils de formation pour renforcer les capacités à l'intérieur et à l'extérieur du secteur de la santé de formuler des mesures d'atténuation et d'adaptation face au changement climatique ;
  - e) de promouvoir l'engagement du secteur de la santé avec tous les secteurs et organismes connexes et avec les partenaires nationaux et internationaux clés pour mettre en œuvre des interventions qui réduisent les risques actuels et prévus sur la santé provenant du changement climatique ;
  - f) de mettre en œuvre progressivement les activités proposées dans le Plan d'action pour habiliter et renforcer les systèmes de santé, nationaux et locaux, pour qu'ils aient les moyens de protéger efficacement la santé humaine contre les risques actuels et prévus liés au changement climatique.
3. De demander à la Directrice :
  - a) de continuer l'étroite collaboration avec les États Membres pour soutenir des réseaux qui facilitent le recueil et la diffusion de l'information et de promouvoir des systèmes de recherche et de surveillance concernant le climat et la santé ;
  - b) de soutenir les activités des pays visant à déployer des campagnes de sensibilisation au changement climatique, réduire l'empreinte carbone du secteur de la santé et préparer les professionnels de la santé pour qu'ils mettent en œuvre des interventions efficaces d'adaptation ;

- c) de collaborer avec les pays, les mécanismes d'intégration sous-régionaux, les organismes internationaux, les réseaux d'experts, la société civile ainsi que le secteur privé pour forger des partenariats qui encouragent des actions écologiques durables qui tiennent compte de l'effet sur la santé à tous les niveaux ;
- d) de soutenir les États Membres dans l'évaluation de la vulnérabilité de leur population au changement climatique et la formulation d'options d'adaptation basées sur ces évaluations ;
- e) d'aider les États Membres à mettre en œuvre le Plan d'action, à formuler des plans nationaux répondant aux besoins locaux et à informer des progrès faits à cet égard lors de forums à haut niveau comme le Sommet de la terre de 2012.

*(Neuvième réunion, le 30 septembre 2011)*

### ***Décisions***

#### ***Décision CD51(D1) Constitution de la Commission de vérification des pouvoirs***

Conformément à l'Article 31 du règlement intérieur du Conseil directeur, le Conseil a nommé Antigua et Barbuda, le Canada et le Honduras en tant que membres de la Commission de vérification des pouvoirs.

*(Première séance, 26 septembre 2011)*

#### ***Décision CD51(D2) Élection du Bureau***

Conformément à l'Article 16 du Règlement intérieur du Conseil directeur, le Conseil a élu Panama comme Président, les Bahamas et l'Uruguay comme Vice-présidents et la Bolivie comme Rapporteur du 51<sup>e</sup> Conseil directeur.

*(Première séance, 26 septembre 2011)*

#### ***Décision CD51(D3) Constitution de la Commission générale***

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

*(Première séance, 26 septembre 2011)*

***Décision CD51(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, avec les amendements qui lui ont été apportés (document CD51/1, Rév. 1).

*(Première séance, 26 septembre 2011)*

EN FOI DE QUOI, le Président du 51<sup>e</sup> Conseil directeur, Délégué du Panama, et le Secrétaire de droit, Directrice du Bureau sanitaire panaméricain, signent le présent Rapport final en espagnol.

FAIT à Washington, D.C., Etats-Unis d'Amérique, ce trentième jour de septembre de l'an deux mille onze. Le Secrétaire déposera le texte original dans les archives du Bureau sanitaire panaméricain.

---

Franklin Vergara Jaén  
Président du 51<sup>e</sup> Conseil directeur  
Délégué du Panama

---

Mirta Roses Periago  
Secrétaire de droit du 51<sup>e</sup> Conseil directeur  
Directrice du Bureau sanitaire  
panaméricain

## **ORDRE DU 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 Président, des deux Vice-présidents et du Rapporteur
- 2.3 Établissement 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 de l'Argentine, du Guatemala et d'Haïti

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

- 4.1 Programme et budget de l'OPS 2012-2013
- 4.2 Stratégie et Plan d'action sur la santé en milieu urbain
- 4.3 Stratégie et Plan d'action sur le changement climatique
- 4.4 Plan d'action sur la sécurité routière
- 4.5 Plan d'action pour réduire l'usage nocif de l'alcool

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

- 4.6 Plan d'action sur l'usage de substances psychoactives et la santé publique
- 4.7 Stratégie et Plan d'action sur l'épilepsie
- 4.8 Stratégie et Plan d'action sur le paludisme
- 4.9 Plan d'action pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et les cas graves de morbidité maternelle
- 4.10 Stratégie et Plan d'action sur la cybersanté
- 4.11 Panel sur la maternité sans risque et l'accès universel à la santé sexuelle et génésique
- 4.12 Table ronde sur la résistance aux antimicrobiens

**5. QUESTIONS ADMINISTRATIVES ET FINANCIÈRES**

- 5.1 Rapport sur le recouvrement des contributions
- 5.2 Rapport financier du Directeur et rapport du Commissaire aux comptes externe pour 2010
- 5.3 Nomination Commissaire aux comptes de l'OPS pour 2012-2013 et 2014-2015
- 5.4 Traitement du Directeur du Bureau sanitaire panaméricain

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

- 6.1 Élection de deux membres pour faire partie du Comité consultatif du Centre latino-américain et des caraïbes d'information dans les sciences de la santé (BIREME)

**7. PRIX**

7.1 Prix de l'OPS d'administration, 2011

**8. QUESTIONS SOUMISES POUR INFORMATION**

8.1 [SUPPRIMÉ]

8.2 Consultation régionale sur la Réforme de l'OMS

8.3 Rapport d'avancement sur la Modernisation du système d'information pour la gestion du Bureau sanitaire panaméricain

8.4 Rapport sur la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles

8.5 Rapports d'avancement sur les questions techniques :

- A. Immunisation : défis et perspectives
- B. Mise en œuvre de la stratégie et plan d'action mondial sur la santé publique, innovation et propriété intellectuelle
- C. Avancées dans la mise en œuvre de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac
- D. Mise en œuvre du Règlement sanitaire international
- E. Avancées vers la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement relatifs à la santé dans la Région des Amériques
- F. Examen des Centres panaméricains
- G. Initiative régionale pour la sécurité transfusionnelle et Plan d'action pour 2006-2010 : évaluation finale

**8. QUESTIONS SOUMISES POUR INFORMATION** *(suite)*

8.6 Rapports d'avancement sur les questions administratives et financières :

- A. État de la mise en œuvre des Normes comptables internationales du secteur public (Normes IPSAS)
- B. Plan-cadre d'investissement

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

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

**9. AUTRES QUESTIONS**

**10. CLOTURE DE LA SESSION**

## LISTE DE DOCUMENTS

### Documents officiels (ci-joint en anglais)

<i>Official Document 338 ; Add. I ; Add. II, Rév. 1 ; Add. III et Add.IV</i>	Programme et budget de l'OPS 2012-2013
<i>Official Document 340</i>	Rapport financier du Directeur et rapport du Commissaire aux comptes externe pour 2010

### Documents de politique des programmes

CD51/1, Rév. 1	Ordre du jour
CD51/2	Rapport annuel du Président du Comité exécutif
CD51/3	Rapport annuel du Directeur du Bureau sanitaire Panaméricain
CD51/4	Élection de trois États membres au Comité exécutif au terme des mandats de l'Argentine, du Guatemala et d'Haïti
CD51/5	Stratégie et Plan d'action sur la santé en milieu urbain
CD51/6, Rév. 1	Stratégie et Plan d'action sur le changement climatique
CD51/7, Rév. 1	Plan d'action sur la sécurité routière
CD51/8, Rév. 1	Plan d'action pour réduire l'usage nocif de l'alcool
CD51/9	Plan d'action sur l'usage de substances psychoactives et la santé publique

CD51/10, Rév. 1	Stratégie et Plan d'action sur l'épilepsie
CD51/11	Stratégie et Plan d'action sur le paludisme
CD51/12	Plan d'action pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et les cas graves de morbidité maternelle
CD51/13	Stratégie et Plan d'action sur la cybersanté
CD51/14, Rév. 1	Panel sur la maternité sans risque et l'accès universel à la santé sexuelle et génésique
CD51/15, Rév. 1 et Add. I	Table ronde sur la résistance aux antimicrobiens
CD51/16 et Add. I	Rapport sur le recouvrement des contributions
CD51/17	Nomination Commissaire aux comptes de l'OPS pour 2012-2013 et 2014-2015
CD51/18	Traitement du Directeur du Bureau sanitaire panaméricain
CD51/19	Élection de deux membres pour faire partie du Comité consultatif du Centre latino-américain et des caraïbes d'information dans les sciences de la santé (BIREME)
CD51/20	Prix de l'OPS d'administration 2011

**Documents d'information**

CD51/INF/1	[SUPPRIMÉ]
CD51/INF/2, Rév. 1 et Add. I, Rév. 1	Consultation régionale sur la Réforme de l'OMS

- CD51/INF/3                      Rapport d'avancement sur la Modernisation du système d'information pour la gestion du Bureau sanitaire panaméricain
- CD51/INF/4                      Rapport sur la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles
- CD51/INF/5                      Rapports d'avancement sur les questions techniques :
- A.    Immunisation : défis et perspectives
  - B.    Mise en œuvre de la stratégie et plan d'action mondial sur la santé publique, innovation et propriété intellectuelle
  - C.    Avancées dans la mise en œuvre de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac
  - D.    Mise en œuvre du Règlement sanitaire international
  - E.    Avancées vers la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement relatifs à la santé dans la Région des Amériques
  - F.    Examen des Centres panaméricains
  - G.    Initiative régionale et Plan d'action pour la sécurité transfusionnelle 2006-2010 : évaluation finale
- CD51/INF/6                      Rapports d'avancement sur les questions administratives et financières :
- A.    État de la mise en œuvre des Normes comptables internationales du secteur public (Normes IPSAS)
  - B.    Plan-cadre d'investissement

CD51/INF/7

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

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

## LIST OF PARTICIPANTS/LISTA DE PARTICIPANTES

### MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS

#### **ANTIGUA AND BARBUDA/ANTIGUA Y BARBUDA**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. Wilmoth Daniel  
Minister of Health, Social Transformation and  
Consumer Affairs  
Ministry of Health, Social Transformation and  
Consumer Affairs  
St. John's

Delegate – Delegado

Mr. Edson Joseph  
Permanent Secretary  
Ministry of Health, Social Transformation and  
Consumer Affairs  
St. John's

#### **ARGENTINA**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Daniel Yedlin  
Jefe de Gabinete del Ministerio  
Ministerio de Salud  
Buenos Aires

Delegates – Delegados

Lic. Sebastian Tobar  
Director Nacional de Relaciones  
Internacionales  
Ministerio de Salud  
Buenos Aires

Lic. Anahí Navarro  
Asesora  
Secretaría de Determinantes de la Salud  
y Relaciones Sanitarias  
Ministerio de Salud  
Buenos Aires

#### **ARGENTINA (cont.)**

Alternates – Alternos

Dr. Oscar Balverdi  
Ministro de Salud de la Provincia  
de San Juan  
Ministerio de Salud  
San Juan

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

Dr. Aldo Dománico  
Coordinador del Programa de Alcoholismo  
Ministerio de Salud  
Buenos Aires

Dra. Laura Waynsztok  
Coordinadora del Programa de Municipios  
y Comunidades Saludables  
Ministerio de Salud  
Buenos Aires

Sr. Ministro Martín Gómez Bustillo  
Representante Permanente Interino  
de Argentina ante la Organización de los  
Estados Americanos  
Washington, D.C.

Sr. Luciano Escobar  
Tercer Secretario, Representante Alterno  
de Argentina ante la Organización de los  
Estados Americanos  
Washington, D.C.

#### **BAHAMAS**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. Dr. Hubert Alexander Minnis, MP  
Minister of Health  
Ministry of Health and Social Development  
Nassau

**MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)**

**BAHAMAS (cont.)**

Delegates – Delegados

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

Dr. Delon Brennen  
Deputy Chief Medical Officer  
Ministry of Health and Social Development  
Nassau

Alternates – Alternos

Dr. Pearl McMillan  
Director, Department of Public Health  
Ministry of Health and Social Development  
Nassau

Ms. Alarice Grant  
Attaché  
Embassy of The Bahamas  
Washington, D.C.

**BARBADOS**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. Donville Inniss  
Minister of Health  
Ministry of Health  
St. Michael

Delegates – Delegados

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

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

**BARBADOS (cont.)**

Alternates – Alternos

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

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

Mr. Ricardo Kellman  
First Secretary, Alternate Representative  
of Barbados to the Organization of  
American States  
Washington, D.C.

**BELIZE/BELICE**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

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

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dra. Nila Heredia  
Ministra de Salud y Deportes  
Ministerio de Salud y Deportes  
La Paz

Delegates – Delegados

Dra. Janette Vidaurre Prado  
Coordinadora del Proyecto GAVI  
Ministerio de Salud y Deportes  
La Paz

**MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)**

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

Delegates – Delegados (cont.)

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

Alternate – Alterno

Sra. Fiorella Caldera Gutiérrez  
Primera Secretaria, Permanente Alternata  
de Bolivia ante la Organización de los  
Estados Americanos  
Washington D.C.

**BRAZIL/BRASIL**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Alexandre Padilha  
Ministro de Estado da Saúde  
Ministério da Saúde  
Brasília

Delegates – Delegados

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

Ministro Eduardo Botelho Barbosa  
Assessor Especial do Ministro  
para Assuntos Internacionais  
Ministério da Saúde  
Brasília

Alternates – Alternos

Ministro Silvio José Albuquerque e Silva  
Chefe da Divisão de Temas Sociais  
Ministério da Saúde  
Brasília

**BRAZIL/BRASIL (cont.)**

Alternates – Alternos (cont.)

Dr. Augusto Gadelha  
Diretor do Departamento de Informática do  
SUS (DATASUS)  
Ministério da Saúde  
Brasília

Dr. Dirceu Brás Aparecido Barbano  
Diretor-Geral da Agência de Vigilância  
Sanitária  
Ministério da Saúde  
Brasília

Dra. Ana Paula Juca da Silveira e Silva  
Chefe do Núcleo de Assuntos Internacionais  
Agência Nacional de Vigilância Sanitária  
Ministério da Saúde  
Brasília

Sr. Felipe Amaral  
Assessor do Gabinete do Ministro  
Ministério da Saúde  
Brasília

Sra. Fátima Gomes  
Chefe da Assessoria de Comunicação Social  
Ministério da Saúde  
Brasília

Sr. Milton Vasconcelos  
Chefe do Cerimonial  
Ministério da Saúde  
Brasília

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

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

**MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)**

**BRAZIL/BRASIL (cont.)**

Alternates – Alternos (cont.)

Sra. Gabriela Resendes  
Primeira Secretária  
Missão Permanente do Brasil junto à  
Organização dos Estados Americanos  
Washington, D.C.

**CANADA/CANADÁ**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Paul Gully  
Senior Medical Advisor  
Deputy Minister's Office  
Health Canada  
Ottawa

Delegates – Delegados

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

Ms. Kate Dickson  
Senior Policy Advisor  
PAHO/Americas  
International Affairs Directorate  
Health Canada  
Ottawa

Alternates – Alternos

Ms. Elaine Chatigny  
Director General  
Strategic Policy and International  
Health Division  
Public Health Agency  
Ottawa

**CANADA/CANADÁ (cont.)**

Alternates – Alternos (cont.)

Mr. Jamie Baker  
Manager  
Bilateral and Regional Affairs International  
Division  
Public Health Agency  
Ottawa

Mr. Julian Murray  
Senior Director, Americas  
Geographic Programs Branch  
Canadian International Development  
Agency  
Gatineau

Ms. Briggittee D'Aoust  
Program Manager  
Inter-American Program, Americas  
Geographic Programs Branch  
Canadian International Development  
Agency  
Gatineau

Ms. Jocelyne Galloway  
Team Leader (Health)  
Thematic and Sectoral Specialists Division  
Geographic Programs Branch  
Canadian International Development Agency  
Gatineau

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

Dr. André Dontigny  
Director  
Public Health Protection  
Ministry of Health and Social Services  
Quebec

**MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)**

**CHILE**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

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

Sr. Darío Paya  
Embajador, Representante Permanente  
de Chile ante la Organización de los  
Estados Americanos  
Washington, D.C.

Alternate – Alterno

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

**COLOMBIA**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Sra. Carmen Angulo Chaparro  
Asesora Despacho Viceministra  
Ministerio de la Protección Social  
Santa Fe de Bogotá

Delegate – Delegado

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

**COSTA RICA**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Her Excellency Rita María Hernández  
Ambassador, Alternate Representative  
of Costa Rica to the Organization of  
American States  
Washington, D.C.

Delegate – Delegado

Mr. David Li Fang  
Minister Counselor, Alternate Representative  
of Costa Rica to the Organization of  
American States  
Washington, D.C.

**CUBA**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

**DOMINICA**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. Julius Timothy  
Minister of Health  
Ministry of Health  
Roseau

Delegate – Delegado

Dr. David Johnson  
Chief Medical Officer  
Ministry of Health  
Roseau

**MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)**

**DOMINICAN REPUBLIC/REPÚBLICA  
DOMINICANA**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dra. Tirsis Quesada  
Viceministra de Desarrollo Estratégico  
Institucional  
Ministerio de Salud Pública y Asistencia  
Santo Domingo

Delegates – Delegados

Su Excelencia Roberto B. Saladín  
Embajador, Representante Permanente de la  
República Dominicana ante la  
Organización de los Estados  
Americanos  
Washington, D.C.

Sr. Ricardo Pérez Fernández  
Ministro Consejero, Representante Alterno  
de la República Dominicana ante la  
Organización de los Estados  
Americanos  
Washington, D.C.

Alternates – Alternos

Sr. José Luis Domínguez Brito  
Consejero, Representante Alterno de la  
República Dominicana ante la  
Organización de los Estados  
Americanos  
Washington, D.C.

Sr. Luis Fernández Guzmán  
Ministro Consejero, Representante Alterno  
de la República Dominicana ante la  
Organización de los Estados  
Americanos  
Washington, D.C.

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

Alternates – Alternos (cont.)

Sra. Laura Brea  
Consejera, Representante Alterno de la  
República Dominicana ante la  
Organización de los Estados  
Americanos  
Washington, D.C.

**ECUADOR**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dra. Fátima Franco  
Subsecretaria Regional Costa Insular  
Ministerio de Salud Pública  
Quito

Delegates – Delegados

Sra. Verónica Poveda  
Asesora Ministerial  
Ministerio de Salud Pública  
Quito

Sra. Claire Lammens  
Asesora Ministerial  
Ministerio de Salud Pública  
Quito

**EL SALVADOR**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dra. María Isabel Rodríguez  
Ministra de Salud Pública  
y Asistencia Social  
Ministerio de Salud Pública  
y Asistencia Social  
San Salvador

**MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)**

**EL SALVADOR (cont.)**

Delegate – Delegado

Dr. Eduardo Espinoza  
Viceministro de Salud Pública  
y Asistencia Social  
Ministerio de Salud Pública  
y Asistencia Social  
San Salvador

**GRENADA/GRANADA**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. Ann Peters  
Minister of Health  
Ministry of Health  
St. George's

Delegate – Delegado

Ms. Patricia D. M. Clarke  
Counsellor, Alternate Representative of  
Grenada to the Organization of  
American States  
Washington, D.C.

**GUATEMALA**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dra. Silvia Palma de Ruiz  
Viceministra de Salud Pública  
y Asistencia Social  
Ministerio de Salud Pública  
y Asistencia Social  
Guatemala

Delegate – Delegado

Sra. Nila Carolina Chavez de Paz  
Psicóloga  
Ministerio de Salud Pública  
y Asistencia Social  
Guatemala

**GUYANA**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. Dr. Leslie Ramsammy, M. P.  
Minister of Health  
Ministry of Health  
Georgetown

Delegates – Delegados

Dr. Marcia Paltoo  
Director of Adolescent Health  
Ministry of Health  
Georgetown

Dr. Vishalya Sharma  
Government Medical Officer  
Ministry of Health  
Georgetown

**HAITI/HAITÍ**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr Ariel Henry  
Membre du Cabinet  
Ministère de la Santé publique  
et de la Population  
Port-au-Prince

**HONDURAS**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Sra. Dra. Yolanda Batres  
Viceministra de Redes y Servicios  
Secretaría de Estado en el Despacho de  
Salud  
Tegucigalpa, M. D.C.

**JAMAICA**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. Rudyard Spencer  
Minister of Health  
Ministry of Health  
Kingston

**MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)**

**JAMAICA (cont.)**

Delegates – Delegados

Dr. Jean Dixon  
Permanent Secretary  
Ministry of Health  
Kingston

Dr. Eva Lewis-Fuller  
Chief Medical Officer  
Ministry of Health  
Kingston

Alternate – Alterno

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

**MEXICO/MÉXICO**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Mtro. Salomón Chertorivsky Woldenberg  
Secretario de Salud  
Secretaría de Salud  
México, D. F.

Delegates – Delegados

Dr. Mauricio Hernández Ávila  
Subsecretario de Prevención  
y Promoción de la Salud  
Secretaría de Salud  
México, D.F.

Dra. Alma Eunice Rendón Cárdenas  
Directora General de Relaciones  
Internacionales  
Secretaría de Salud  
México, D.F.

**MEXICO/MÉXICO (cont.)**

Alternates – Alternos

Dr. José Ángel Córdova Villalobos  
Invitado Especial, ex Secretario de Salud  
Secretaría de Salud  
México, D. F.

Dr. Eduardo Jaramillo Navarrete  
Asesor del Secretario de Salud  
Secretaría de Salud  
México, D.F.

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

Lic. Karen Aspuru Juárez  
Subdirectora  
Subdirección de Gestión Interamericana  
Secretaría de Salud  
México, D.F.

Lic. Marevna García Arreola  
Jefa del Departamento de  
Cooperación Internacional  
Secretaría de Salud  
México, D.F.

Sr. Arturo Parra  
Jefe de Información  
Secretaría de Salud  
México, D.F.

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

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

**MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)**

**MEXICO/MÉXICO (cont.)**

Alternates – Alternos (cont.)

Mr. Miguel Alonso Olamendi  
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.

Delegate – Delegado

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

**PANAMA/PANAMÁ**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Franklin Vergara Jaén  
Ministro de Salud  
Ministerio de Salud  
Ciudad de Panamá

Delegates – Delegados

Sr. Félix Bonilla  
Secretario General  
Ministerio de Salud  
Ciudad de Panamá

Lic. Gabriel Cedeño  
Director de Asuntos Internacionales  
Ministerio de Salud  
Ciudad de Panamá

**PARAGUAY (cont.)**

Alternates – Alternos

Su Excelencia Guillermo Cochez  
Embajador, Representante Permanente  
de Panamá ante la Organización de los  
Estados Americanos  
Washington D.C.

Sr. Milton Ruiz  
Consejero, Representante Alterno  
de Panamá ante la Organización de los  
Estados Americanos  
Washington D.C.

Sra. Menitza Mandiche  
Segunda Secretaria, Representante Alternata  
de Panamá ante la Organización de los  
Estados Americanos  
Washington D.C.

**PARAGUAY**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dra. Esperanza Martínez  
Ministra de Salud Pública y  
Bienestar Social  
Ministerio de Salud Pública y  
Bienestar Social  
Asunción

Delegates – Delegados

Lic. Enrique García de Zuñiga  
Director General de Relaciones  
Internacionales  
Ministerio de Salud Pública y  
Bienestar Social  
Asunción

Dra. Felicia Cañete  
Directora de Enfermedades  
no Transmisibles  
Ministerio de Salud Pública y  
Bienestar Social  
Asunción

**MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)**

**PARAGUAY (cont.)**

Alternates – Alternos

Dr. Cesar Ramón Cabral Mereles  
Director Técnico UNASUR SALUD  
Ministerio de Salud Pública y  
Bienestar Social  
Asunción

Sr. Juan Miguel González  
Ministro  
Representante Alternativo de Paraguay  
ante la Organización  
de los Estados Americanos  
Washington, D.C.

Sr. Luis Carlos García  
Segundo Secretario  
Representante Alternativo de Paraguay ante la  
Organización de los Estados Americanos  
Washington, D.C.

**PERU/PERÚ**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Alberto Tejada Noriega  
Ministro de Salud  
Ministerio de Salud  
Lima

Delegates – Delegados

Excelentísimo Sr. Hugo De Zela Martínez  
Embajador, Representante Permanente  
del Perú ante la Organización de los  
Estados Americanos  
Washington, D.C.

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

**PERU/PERÚ (cont.)**

Alternate – Alternativo

Sr. Giancarlo Gálvez  
Segundo Secretario, Representante Alternativo  
del Perú ante la Organización de los  
Estados Americanos  
Washington, D.C.

**SAINT LUCIA/SANTA LUCÍA  
(absent - ausente)**

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

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. Marcella Liburd  
Minister of Health  
Social Services, Community Development,  
Culture & Gender Affairs  
Basseterre

Delegate – Delegado

Mr. Elvis Newton  
Permanent Secretary  
Health & Social Services  
Basseterre

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

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. St. Clair Thomas  
Chief Medical Officer  
Ministry of Health and the Environment  
Kingstown

**MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)**

**SURINAME**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Marthelise Eersel  
Director of Health  
Ministry of Health  
Paramaribo

Delegate – Delegado

Dr. Robert Brohim  
Policy Advisor  
Ministry of Health  
Paramaribo

**TRINIDAD AND TOBAGO/TRINIDAD Y TABAGO**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Mrs. Antonia Popplewell  
Permanent Secretary  
Ministry of Health  
Port-of-Spain

Delegates – Delegados

Dr. Anton Cumberbatch  
Chief Medical Officer  
Ministry of Health  
Port-of-Spain

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

Alternates – Alternos

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

Ms. Dana Wallace  
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 Kathleen Sebelius  
Secretary of Health and Human Services  
Department of Health and Human Services  
Washington, D.C.

Delegates – Delegados

Dr. Howard Koh  
Assistant Secretary for Health  
Department of Health and Human Services  
Washington D.C.

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

Alternates – Alternos

Ms. Sonia Angel  
Special Advisor  
Center for Global Health  
Centers for Disease Control and Prevention  
Department of Health and Human Services  
Washington, D.C.

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

Dr. Nerissa Cook  
Deputy Assistant Secretary for Global  
and Economic Issues  
Bureau of International Organizations Affairs  
Department of State  
Washington, D.C.

**MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)**

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

Alternates – Alternos (cont.)

Dr. Isabella Danel  
Associate Director for Program Development  
Center for Global Health  
Centers for Disease Control and Prevention  
Department of Health and Human Services  
Washington, D.C.

Mr. Edward Faris  
Program Analyst/Senior Advisor  
Office of Management Policy and Resources  
Bureau of International Organization Affairs  
Department of State  
Washington, D.C.

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

Ms. Natalia Machuca  
Advisor for Infectious Diseases  
Bureau for Latin America and the Caribbean  
US Agency for International Development  
Washington, D.C.

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

Ms. Peg Marshall  
Senior Advisor for Maternal and Child Health  
US Agency for International Development  
Washington, D.C.

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

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

Alternates – Alternos (cont.)

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

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

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

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

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

Ms. Alyson Rose-Wood  
International Health Analyst  
Office of Global Health 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.)

Dr. Jay McAuliffe  
Latin America and Regional Coordinator  
Center for Global Health  
Center for Diseases Control and Prevention  
Department of Health and Human Services  
Atlanta

**URUGUAY**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

Sra. Olga Graziella Reyes  
Representante Interina del Uruguay  
ante la Organización de los  
Estados Americanos  
Washington, D.C.

Sra. Adriana Isabel Rodríguez  
Consejera, Representante Alternas  
del Uruguay ante la Organización de los  
Estados Americanos  
Washington, D.C.

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

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

Lic. Pedro Albarrán Depablos  
Oficina de Cooperación Técnica  
y Relaciones Internacionales  
Ministerio del Poder Popular para la Salud  
Caracas

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

Alternate – Alternos

Srita. Valentina Martínez  
Abogada  
Misión Permanente de la República  
Bolivariana de Venezuela ante la  
Organización de los Estados Americanos  
Washington, D.C.

## **PARTICIPATING STATES/ESTADOS PARTICIPANTES**

### **FRANCE/FRANCIA**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

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

Mr. Philippe Damie  
Manager  
Health Regional Agency  
French Antilles and Guiana

Alternate – Alterno

Mr. Cyril Cosme  
Counselor, Labor and Social Affairs  
Embassy of France  
Washington, D.C.

### **NETHERLANDS/PAÍSES BAJOS**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. Richard Wayne Milton Visser  
Minister of Health and Sport  
Ministry of Health and Sport  
Oranjestad, Aruba

### **NETHERLANDS/PAÍSES BAJOS (cont.)**

Delegate – Delegado

Ms. Jocelyne Croes  
Minister Plenipotentiary of Aruba  
The Royal Netherlands Embassy  
Washington, D.C.

Alternates – Alternos

Dr. Ángel Caballero  
Senior Advisor  
Ministry of Health and Sport  
Oranjestad, Aruba

Ms. Monique Kuiperi-van Embden  
Personal Assistant  
Ministry of Health and Sport  
Oranjestad, Aruba

Mr. Peter Bootsma  
Ministry of Health, Welfare and Sport  
Punda, Curaçao

### **UNITED KINGDOM/REINO UNIDO**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Mr. Nicholas Tomlinson  
Deputy Director  
European Affairs & Global Health  
Department of Health  
London

## **ASSOCIATE STATES/ESTADOS ASOCIADOS**

### **PUERTO RICO**

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

## OBSERVER STATES/ESTADOS OBSERVADORES

### PORTUGAL

*(absent - ausente)*

### SPAIN/ESPAÑA

Sra. Carmen Amela Heras  
Directora General de Salud Pública  
y Sanidad Exterior  
Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad  
Madrid

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

### SPAIN/ESPAÑA *(cont.)*

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

Sr. Fernando Fernández-Monje  
Becario, Misión Permanente de  
España ante la Organización de los  
Estados Americanos  
Washington, D.C.

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

Dr. Daniel Yedlin  
Jefe de Gabinete del Ministerio  
Ministerio de Salud  
Buenos Aires, Argentina

Dr. St. Clair Thomas  
Chief Medical Officer  
Ministry of Health and the Environment  
Kingstown, St. Vincent and the Grenadines

## AWARD WINNERS/ GANADORES DE LOS PREMIOS

### PAHO Award for Administration, 2011/ Premio OPS en Administración, 2011

Dr. Edward Greene  
Guyana

### Abraham Horwitz Award for Excellence in Leadership in Inter-American Public Health, 2011/

Premio Abraham Horwitz a la excelencia en  
liderazgo en la salud pública  
interamericana, 2011

Dr. Peter Hoetz  
United States of America

### Clarence H. Moore Award Excellence for Voluntary Service, 2011/ Premio Clarence H. Moore a la excelencia en el servicio voluntario, 2011

Dr. Sue Patterson  
Guatemala

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

**Manuel Velasco Suárez Award for  
Excellence in Bioethics, 2011/  
Premio Manuel Velasco Suárez a la  
excelencia en la bioética, 2011**

Dra. Laura Adriana Albarelos  
México

**Pedro N. Acha Award for Excellence in  
Veterinary Public Health, 2011/  
Premio Pedro N. Acha a la excelencia en la  
salud pública veterinaria, 2011**

Dra. Francisca Samsing  
Chile

**Sérgio Arouca Award for Excellence in  
Universal Health Care, 2011/  
Premio Sérgio Arouca a la excelencia en la  
atención sanitaria universal, 2011**

Integrated Management of Adolescents and  
Adult Illness Program  
Ministry of Health  
Guyana

**Fred L. Soper Award for Excellence in  
Public Health Literature, 2011/  
Premio Fred L. Soper a la excelencia en la  
bibliografía de salud pública, 2011**

Dra. Ana Lucia Lovadino  
Brasil

**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

**UN Women/ONU Mujeres**

Dr. Michelle Bachelet  
Under-Secretary General  
and Executive Director

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

Dr. Laura Laski

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

**Caribbean Community/  
Comunidad del Caribe**

Mrs. Myrna Bernard  
Dr. Rudolph O. Cummings

**Hipólito Unanue Agreement/  
Convenio Hipólito Unanue**

Dra. Caroline Chang Campos  
Dr. Ricardo Cañizares

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

Ambassador Albert R. Ramdin

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

Ms. Kei Kawabata

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

Mr. David Hatch

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

**Latin American Federation of Hospitals/  
Federación Latinoamericana de Hospitales**

Dr. Norberto Larroca

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

Ms. Marcela Gaitán

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

Dr. Rubén Abete

**U.S. Pharmacopeial Convention**

Dr. 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. Michael Splaine

**International Council for Control of Iodine  
Deficiency Disorders/  
Consejo Internacional para la Lucha contra  
los Trastornos por Carencia de Yodo**

Dr. Eduardo Pretell

**International Alliance of Patients'  
Organizations/ Alianza internacional de  
organizaciones de pacientes**

Ms. Eva Ruiz de Castilla  
Mr. Julio Campos

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

**International Bureau for Epilepsy  
Oficina Internacional para la Epilepsia**

Dr. Carlos Acevedo

Ms. Elizabeth Wiley  
Ms. Gabriela Irem Noles Cotito  
Ms. Anne-Sophie Thommeret-Carrière  
Ms. Sandra Sofia Tang Herrera

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

Ms. Corry Jacobs  
Mr. Andrew Rudman  
Mr. Mark Grayson  
Mr. Jorge Carrion  
Ms. María del Pilar Rubio  
Ms. Shira Kilcoyne  
Ms. Jacqueline Anne Keith

**International Society of Radiographers and  
Radiological Technologists**

Mrs. Rita Eyer

**World Heart Foundation**

Ms. Diana Vaca McGhie  
Ms. Kelly Worden

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

**International League Against Epilepsy  
Liga Internacional Contra la Epilepsia**

Dr. Marco A. Medina

**World Self Medication Industry**

Dr. Héctor Bolaños

**SPECIAL GUESTS/  
INVITADOS ESPECIALES**

S.A.R. La Infanta Doña Cristina  
Directora del Área Internacional de la  
Fundación "la Caixa" y Presidenta del  
Instituto de Salud Global de Barcelona  
(ISGlobal)

Dr. Aníbal Faúndes  
Coordinator  
Latin American Federation of Obstetrics  
and Gynecology Societies

Dr. Patrick Kelley  
Institute of Medicine

Dr. Susan Foster  
Alliance for the Prudent Use of Antibiotics

Dr. José G. Orozco  
ReAct Latin America

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

Dr. Margaret Chan  
Director-General

Dr. Carissa F. Etienne  
Assistant Director-General, HSS,  
Health Systems and Services

Dr. Mario Raviglione  
Director, STB Stop TB

Dr. Shekhar Saxena  
Director, Mental Health and Substance  
Abuse, MSD

Dr. Najeeb Mohamed Al Shorbaji  
Director, Knowledge Management and  
Sharing, KMS

Dr. Ian Michael Smith  
Advisor to Director-General, DGO

**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. Mirta Roses Periago

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

Dr. Jon Kim Andrus  
Deputy Director  
Director Adjunto

Dr. Socorro Gross  
Assistant Director  
Subdirectora

Mr. Guillermo Birmingham  
Director of Administration  
Director de Administración

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

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

- - -