



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ  
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



**50<sup>e</sup> CONSEIL DIRECTEUR**  
**62<sup>e</sup> SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL**

*Washington, D.C., ÉU, 27 septembre-1<sup>er</sup> octobre 2010*

---

CD50/FR (Fr.)  
1<sup>er</sup> octobre 2010  
ORIGINAL : ANGLAIS

**RAPPORT FINAL**

## TABLE DES MATIERES

	<i>Page</i>
Ouverture de la session .....	6
<b>Questions relatives au Règlement</b>	
Constitution de la Commission de vérification des pouvoirs .....	6
Élection du Président, des deux Vice-présidents et du Rapporteur .....	6
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>	
Évaluation du Budget programme 2008–2009 en fin de période biennale/Rapport de situation intérimaire sur le Plan stratégique 2008- 2012 de l'OPS .....	12
Évaluation de la politique de budget programme Régional .....	15
Modernisation du système d'information pour la gestion du BSP .....	17
Institutions nationales associées à l'OPS en matière de coopération technique .....	19
Examen des Centres panaméricains .....	21
Plan d'action sur la sécurité des hôpitaux .....	21
Stratégie pour le développement des compétences du personnel de santé dans les systèmes de santé fondés sur les soins de santé primaires .....	23
La santé et les droits de l'homme .....	26
Stratégie et Plan d'action pour la réduction de la malnutrition chronique .....	29
Renforcement des programmes de vaccination .....	31
Stratégie et Plan d'action pour l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis congénitale .....	33
Stratégie et Plan d'action pour la prévention de la maladie de Chagas, son contrôle et sa prise en charge .....	35
Santé, sécurité humaine et bien-être .....	37
Stratégie sur la consommation de substances psychoactives et la santé publique .....	39
Table ronde sur l'urbanisme et la vie saine .....	41
Renforcement des autorités de réglementation nationales en matière de médicaments et produits biologiques .....	46
Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac : opportunités et défis concernant sa mise en œuvre aux Amériques .....	49

**TABLE DES MATIERES (suite)**

	<i>Page</i>
<b>Questions administratives et financières</b>	
Rapport sur le recouvrement des contributions .....	52
Rapport financier du Directeur et rapport du commissaire aux comptes externe pour 2008-2009 .....	53
Commission prélevée sur les achats de fournitures de santé publique effectués pour le compte des États membres .....	54
Traitement du Directeur du Bureau sanitaire panaméricain et amendements au Règlement du personnel .....	55
<b>Sélection d'États membres pour faire partie des Conseils ou Comités</b>	
Sélection d'un État Membre de la Région des Amériques habilité à désigner une personne au Conseil conjoint de coordination du Programme spécial de recherche et formation de l'UNICEF/PNUD/Banque mondiale/OMS concernant les maladies tropicales (TDR).....	55
<b>Prix</b>	
Prix de l'OPS d'administration 2010 .....	55
Prix Abraham Horwitz pour l'excellence en matière de leadership en santé publique inter-américaine 2010.....	56
Prix Manuel Velasco Suárez pour l'excellence en bioéthique 2010.....	56
Prix Sérgio Arouca pour l'excellence en soins de santé universels 2010.....	57
Autres prix PAHEF/OPS .....	57
Reconnaissance du champion de la santé OPS.....	57
<b>Questions soumises pour information</b>	
Budget programme de l'OMS.....	58
A. Budget programme 2008-2009 : rapport sur l'appréciation de l'exécution .....	58
B. Avant-projet de Budget programme 2012-2013 .....	59
Cadre de gestion fondée sur les résultats de l'OPS .....	62
Processus de nomination du commissaire aux comptes externe de l'OPS pour 2012-2013 et 2014-2015 .....	63
Système de l'OPS pour l'intégrité et la gestion des conflits.....	64
30 <sup>e</sup> anniversaire de l'éradication de la variole et de la création du Fonds renouvelable de l'OPS pour l'achat de vaccins.....	64
Rapports d'avancement sur les questions techniques.....	66
A. Mise en œuvre du Règlement sanitaire (2005).....	66
B. Mise à jour sur la grippe pandémique (H1N1) 2009.....	68

## TABLE DES MATIERES (suite)

Page

### Questions soumises pour information (suite)

C. Plan d'action pour le renforcement du recueil des données d'état civil et de santé .....	70
D. Initiative régionale sur les données sanitaires de base et profils des pays .....	71
E. [A été placé sous la rubrique « Questions relatives à la politique des programmes » en tant que CD50/26]	
F. Mise en œuvre de la stratégie régionale et 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.....	72
G. Élimination de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale.....	74
Résolutions et autres actions d'organisations intergouvernementales revêtant un intérêt pour l'OPS .....	76
A. Soixante-troisième Assemblée mondiale de la Santé.....	76
B. Quarantième session ordinaire de l'Assemblée générale de l'Organisation des États américains .....	76
Rapports d'avancement sur les questions administratives et financières .....	77
A. État de la mise en œuvre des Normes comptables internationales du secteur public (Normes IPSAS) .....	77
B. Plan-cadre d'investissement.....	78
C. Statut du Comité d'audit de l'OPS .....	79
<b>Autres questions .....</b>	<b>80</b>
<b>Clôture de la session.....</b>	<b>80</b>

### Résolutions et décisions

#### *Résolutions*

CD50.R1	Commission prélevée sur les achats de fournitures de santé publique effectués pour le compte des États membres .....	81
CD50.R2	Stratégie relative à l'usage de substances psychoactives et la santé publique.....	82
CD50.R3	Élection de trois États membres au Comité exécutif au terme des mandats de la Bolivie, du Mexique et du Suriname .....	85
CD50.R4	Traitement du Directeur du Bureau sanitaire panaméricain et amendements au Statut du personnel.....	85

**TABLE DES MATIERES (suite)**

	<i>Page</i>
CD50.R5	Renforcement des programmes de vaccination .....86
CD50.R6	Renforcement de la capacité des États membres pour mettre en œuvre les dispositions et les directives de la Convention-cadre de l’OMS pour la lutte antitabac ..... 88
CD50.R7	Stratégie pour le développement des compétences du personnel de santé dans les systèmes de santé fondés sur les soins de santé primaires ..... 90
CD50.R8	La santé et les droits de l’homme ..... 92
CD50.R9	Renforcement des autorités de réglementation nationales en matière de médicaments et produits biologiques ..... 94
CD50.R10	Modernisation du système d’information pour la gestion du BSP ..... 97
CD50.R11	Stratégie et Plan d’action pour la réduction de la malnutrition chronique..... 98
CD50.R12	Stratégie et Plan d’action pour l’élimination de la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis congénitale ..... 101
CD50.R13	Institutions nationales associées à l’OPS en matière de coopération technique ..... 105
CD50.R14	Centres panaméricains ..... 107
CD50.R15	Plan d’action sur la sécurité des hôpitaux..... 109
CD50.R16	Santé, sécurité humaine et bien-être ..... 111
CD50.R17	Stratégie et Plan d'action pour la prévention, le contrôle et les soins contre la maladie de Chagas ..... 112
 <b><i>Décisions</i></b>	
CD50(D1)	Constitution de la Commission de vérification des pouvoirs ..... 115
CD50(D2)	Election du Bureau..... 115
CD50(D3)	Constitution de la Commission générale ..... 115
CD50(D4)	Adoption de l’ordre du jour ..... 116
CD50(D5)	Sélection d’un État membre de la Région des Amériques habilité à désigner une personne au Conseil conjoint de coordination du Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales (TDR) de l’UNICEF/PNUD/Banque mondiale/OMS à l’expiration du mandat du Costa Rica ..... 116

**Annexes**

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

## RAPPORT FINAL

### Ouverture de la session

1. Le 50<sup>e</sup> Conseil directeur de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS), 62<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 à Washington, D.C., du 27 septembre au 1<sup>er</sup> octobre 2010. Le Conseil a adopté 17 résolutions et 5 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. Le Dr Esperanza Martínez (Paraguay, Présidente sortante) 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), le M. José Miguel Insulza (Secrétaire général, Organisation des États américains), et M. Bill Corr (Secrétaire adjoint des Services humains et de santé, Etats-Unis d'Amérique, Pays hôte). Le Dr Margaret Chan (Directeur-général, Organisation mondiale de la Santé) a également pris la parole via vidéo devant le Conseil. Le texte de leurs allocutions se trouve sur la page web du 50<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 le Chili, la Jamaïque et le Nicaragua en tant que membres de la Commission de vérification des pouvoirs (décision CD50(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 CD50(D2)) :

<i>Président :</i>	Mexique	(Dr José Angel Córdoba Villalobos)
<i>Vice-Président :</i>	Pérou	(Dr Oscar Ugarte Ubilluz)
<i>Vice-Président :</i>	Sainte Lucie	(Hon. Keith Mondesir)
<i>Rapporteur :</i>	Canada	(Dr Karen Dodds)

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

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

6. Conformément à l'Article 32 du Règlement intérieur, le Conseil a nommé Cuba, le Panama et l'Uruguay en tant que membres de la Commission générale (décision CD50(D(3))).

### ***Adoption de l'ordre du jour (document CD50/1, Rév. 2 et 3)***

7. Le Conseil a adopté l'ordre du jour provisoire figurant dans le document CD50/1, Rév. 2, avec un seul changement : le rapport d'avancement de la convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac (point 8.6(E)) a été déplacé des Questions d'information aux Questions relatives à la politique des programmes (décision CD50(D4)). Le Conseil a également adopté un programme des réunions (document CD50/WP/1, Rév.1).

### **Questions relatives à la constitution**

#### ***Rapport annuel du Président du Comité exécutif (document CD50/2)***

8. Le Dr Celsius Waterberg (Suriname, Rapporteur du Comité exécutif) a fait le compte rendu des activités exécutées par le Comité exécutif et son Sous-comité de programme, budget et administration, entre septembre 2009 et septembre 2010, 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 50<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 : les Organisations non gouvernementales en relations officielles avec l'OPS, le Rapport annuel du Bureau d'éthique, le Rapport sur le statut des projets financés par le Compte de réserve, la Mise à jour de la réforme contractuelle à l'OPS, les Amendements au Règlement et au Statut du personnel du Bureau sanitaire panaméricain, la Déclaration du Représentant de l'Association du personnel de l'OPS/OMS. Les détails de ces discussions et les actions prises concernant ces points de l'ordre du jour se trouvent dans le rapport final de la 146<sup>e</sup> Session du Comité (document CE146/FR).

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

---

<sup>1</sup> [http://new.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&task=view&id=3149&Itemid=2401&lang=en](http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=3149&Itemid=2401&lang=en)

***Rapport annuel du Directeur du Bureau sanitaire panaméricain (document CD50/3, Rév. 1)***

10. Suivant la projection d'une vidéo présentant 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 promotion de la santé, du bien-être et de la sécurité humaine dans les Amériques. » Elle a mis en exergue certaines des manières dont la coopération technique de l'OPS avait contribué à la sécurité humaine dans les États membres, sur les sept grands plans suivants : économie de la santé, sécurité alimentaire, environnement, sécurité personnelle, sécurité communautaire, protection sociale et contrôle des maladies, citant des exemples spécifiques d'activités réalisées dans chaque domaine. Les principaux problèmes en santé publique qu'avait connus la Région en 2009 et en 2010 – dont la grippe pandémique et les séismes dévastateurs en Haïti et au Chili – étaient des rappels poignants tant de l'importance que des liens entre la santé et la sécurité humaine. De tels événements nous rappellent avec acuité que la sécurité humaine est à chaque égard aussi importante que la sécurité nationale et la propriété.

11. Lors de cette année, l'OPS a appuyé les efforts faits par les États Membres pour confronter les effets de la crise économique mondiale en se donnant des solutions financières durables, en visant une distribution plus équitable des modiques ressources et en réorganisant les systèmes de santé à l'aide de l'approche des soins de santé primaires. L'OPS avait notamment collaboré avec des instituts et des fonds de sécurité sociale, abordant l'approche des soins de santé primaires, pour améliorer la gestion et l'affectation des ressources aux services de santé dans le but de réduire les demandes pour des soins hospitaliers, en augmentant les soins ambulatoires et soins à domicile, en veillant à un dépistage précoce et traitement rapide des maladies chroniques et en intégrant la promotion de la santé à tous les niveaux de soins.

12. Dans le domaine de la sécurité alimentaire, l'OPS avait soutenu les efforts faits pour améliorer le dépistage précoce, le traitement rapide et le suivi de la malnutrition aiguë sévère et l'Organisation avait également apporté son appui à des projets visant à améliorer la sécurité alimentaire et nutritionnelle d'enfants et à lutter contre l'anémie chez les enfants et les femmes enceintes. Veillant à l'innocuité des aliments, l'Organisation avait prêté son assistance aux efforts visant à harmoniser la législation, la réglementation et l'inspection liées à la sécurité alimentaire et avait apporté une coopération technique pour la mise au point de politiques et de plans pour la sûreté alimentaire au niveau des pays.

13. Concernant la sécurité environnementale, personnelle et communautaire, l'OPS avait collaboré avec d'autres organismes des Nations Unies pour soutenir la publication d'un atlas sur les risques sur les risques environnementaux de l'enfance en Argentine. L'Organisation participait également à l'heure actuelle à la réalisation d'un manuel de

procédures pour combattre la contamination environnementale et d'outils pour dépister et prendre en charge les problèmes sanitaires connexes au niveau local. La méthodologie serait mise à la disposition des autres États membres pour encourager la production d'outils analogues. Les initiatives se rapportant à la sécurité personnelle et communautaire avaient notamment aidé les autorités sanitaires locales à renforcer les capacités sur le plan de la santé au travail et la lutte contre la violence sur les lieux du travail et autres formes de violence, notamment la violence sexospécifique et la violence parmi les jeunes. De plus, l'Organisation avait travaillé avec des autorités nationales et départementales pour élargir l'accès aux soins de santé et améliorer la qualité de la vie et l'état nutritionnel des personnes déplacées suite à la violence et aux catastrophes.

14. Grâce au soutien apporté ces dernières années par l'OPS aux activités de préparatifs à la pandémie, une solide réponse avait pu être montée en 2009 pour enrayer la pandémie du H1N1. L'Organisation avait mobilisé rapidement des équipes interdisciplinaires d'experts et avait apporté une assistance en matière de surveillance des maladies respiratoires, contrôle des infections, diagnostic en laboratoire et communication des risques. L'Organisation avait également cherché à élargir l'accès des États membres au vaccin contre la grippe pandémique par le biais du Fonds renouvelable de l'OPS pour l'achat de vaccins.

15. Le soutien apporté par l'OPS à Haïti et au Chili après leurs tremblements de terre figure au premier plan des activités de l'Organisation sur le plan de la promotion de la sécurité humaine cette année. En effet, dans les deux pays, l'OPS a été le chef de file de la coordination des activités de secours et d'aide dans le secteur de la santé. En Haïti, l'OPS a coordonné les activités des équipes médicales et des cliniques mobiles étrangères. Au Chili, la contribution essentielle de l'OPS s'est faite sous forme de soutien au développement et à la mise en œuvre d'un plan complet de santé environnementale, d'un plan d'action en santé mentale et d'une stratégie et manuel sur les soins post-catastrophe des personnes souffrant d'infirmités.

16. La sécurité humaine restera fort probablement une des grandes priorités de la coopération technique de l'OPS à l'avenir, surtout au vu de l'interdépendance croissante entre les gens et les pays de la Région et dans le monde. Les écarts entre les privilégiés et ceux qui le sont moins continuera de créer des situations d'instabilité qui doivent être équilibrées en accordant l'attention nécessaire à toutes les composantes de sécurité humaine, cherchant avant tout à réduire les inégalités, car aucune personne, aucune famille ni aucune communauté ou pays ne saurait être complètement sûr si la sécurité des autres continue d'être à risque. Tel est le message que les autorités sanitaires doivent mettre en avant lorsqu'ils préconisent un investissement accru dans la santé publique, le renforcement des systèmes de santé et les efforts intersectoriels pour traiter tous les aspects de la sécurité humaine. Pour sa part, l'OPS continuera à promouvoir la santé en

tant que facteur clé contribuant à la sécurité humaine et à une meilleure qualité de la vie pour tous les peuples des Amériques.

17. Le Conseil a félicité l'OPS pour son travail pendant l'année et a remercié la Directrice pour son rapport qui fait ressortir bien le rôle d'importance critique que joue la santé dans la sécurité humaine et dans les programmes de développement national et régional. A l'avis de tous, il existe effectivement une plus grande interdépendance à l'heure actuelle entre les niveaux locaux et mondiaux concernant les questions de santé et une plus grande reconnaissance de l'ampleur des problèmes de santé qui ne respectent pas les frontières nationales, tel que l'a amplement démontré la pandémie du H1N1 2009, qui s'est propagée rapidement et pose une menace à la sécurité humaine dans le monde entier. Les délégués ont noté avec plaisir la réponse rapide et décisive de l'OPS face à la pandémie et ont souligné le besoin de mettre en commun les efforts et de se donner des réponses internationales coordonnées aux maladies à risque de propagation mondiale. On a également félicité les efforts faits par l'OPS pour faciliter l'accès au vaccin contre la pandémie. On a noté que la réponse à la pandémie avait permis de faire ressortir l'importance de la vaccination contre d'autres maladies comme la rougeole et la rubéole. Et on a également souligné l'importance de maintenir une couverture vaccinale élevée contre ces maladies pour atteindre les buts régionaux et mondiaux de l'élimination de ces maladies.

18. Aux yeux de nombreux délégués, il était essentiel de se donner une réponse globale à l'épidémie croissante des maladies chroniques non transmissibles et ils ont vivement recommandé aux responsables de la santé de tous les États membres de participer à la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles, qui se tiendra au siège des Nations Unies à New York en septembre 2011. Les maladies chroniques représentent une grave menace pour la sécurité humaine et le développement et ce n'est qu'en faisant appel à l'engagement politique et à l'approche multisectorielle—y compris les secteurs financiers, des affaires étrangères, de l'éducation, du commerce et de l'agriculture—qu'on pourra lutter contre ces maladies. On a jugé particulièrement urgent de traiter les taux à la hausse de l'obésité et d'autres facteurs de risque pour les maladies chroniques chez les enfants. Parallèlement, on a noté l'existence continue de graves menaces d'infections dans la Région dont certaines comme la dengue sont aggravées par le changement climatique et environnemental. Une étroite collaboration entre les pays s'avère nécessaire pour endiguer la montée de ces maladies et mitiger les facteurs environnementaux et sociaux qui contribuent à leur persistance. Le Délégué du Brésil a noté que son pays serait l'hôte de la Conférence mondiale sur les déterminants sociaux de la santé en Octobre 2011. Cette conférence sera l'occasion pour les pays de se réunir et de faire ensemble une évaluation détaillée de l'impact des déterminants sociaux sur la santé et la qualité de la vie.

19. Les délégués ont mentionné un certain nombre d'autres questions de santé exigeant une attention continue de la part du Bureau et des États Membres dont un grand nombre figurent au programme de l'ordre du jour du Conseil. S'agissant notamment de la réforme du système de santé et de la difficulté à arriver à la couverture universelle. Autre défi connexe : le financement des soins de santé. Les délégués ont demandé à l'OPS de prêter main-forte aux États membres pour les aider à mettre en place des systèmes qui leur permettraient de faire l'utilisation la plus efficace possible des ressources limitées. On a également insisté sur l'importance d'augmenter le transfert de technologies et de développer la capacité technologique des pays de la Région, surtout en ce qui concerne la fabrication de vaccins et d'autres produits pharmaceutiques. Et il est particulièrement important d'assurer le suivi et l'évaluation des progrès faits en vue d'atteindre les Objectifs 4 (réduire la mortalité infantile) et 5 (améliorer la santé maternelle) du Millénaire pour le développement. A cet égard, on encourage les États membres à adopter le cadre global de responsabilisation qui en train d'être mis au point par les Nations Unies en partenariat avec les gouvernements et d'autres parties concernées pour faciliter le compte rendu et le suivi des progrès sur le plan de la santé maternelle et infantile. Plusieurs délégués ont souligné l'importance de la lutte contre le tabagisme, surtout pour contrer les efforts faits par l'industrie du tabac pour promouvoir les produits de tabac auprès des enfants et des jeunes. Il est également important, comme l'ont souligné plusieurs délégués, de persévérer dans les efforts faits pour éliminer des maladies négligées comme la maladie de Chagas, l'onchocercose et le trachome et ils ont attiré l'attention sur le besoin de continuer à lutter contre le VIH/SIDA et la stigmatisation et discrimination liées à cette maladie.

20. La Directrice a remercié les délégués de leurs commentaires et de l'information fournie sur les initiatives de santé en cours dans leurs pays respectifs. Elle reconnaît l'importance croissante de la question des maladies chroniques et a indiqué qu'une information supplémentaire sur les activités de l'Organisation à cet égard serait donnée lors de la discussion sur les rapports de progrès concernant la mise en œuvre de la Stratégie et du Plan d'action, à l'échelle régionale, pour une approche intégrée à la prévention et au contrôle des maladies chroniques, dont le régime alimentaire, l'activité physique et la santé (voir paragraphes 257 à 266 ci-après)

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

***Election de trois États membres au Comité exécutif au terme des mandats de la Bolivie, du Mexique et du Suriname (document CD50/4)***

22. Le Conseil a élu la Grenade, le Pérou et les États Unis d'Amérique au Comité exécutif, remplaçant la Bolivie, le Mexique et le Suriname dont les mandats auprès du Comité avaient expiré.

23. Le Conseil a adopté la résolution CD50.R3, déclarant que la Grenade, le Pérou et les États-Unis d'Amérique ont été élus comme membres auprès du Comité exécutif pour une période de trois ans et a remercié la Bolivie, le Mexique et le Suriname pour leur service.

**Questions relatives à la politique des programmes**

***Évaluation du Budget programme 2008–2009 en fin de période biennale/Rapport de situation intérimaire sur le Plan stratégique 2008-2012 de l'OPS (document CD50/5)***

24. Le Dr Celsius Waterberg (Représentant du Comité exécutif) a fait savoir que le Comité exécutif avait examiné la méthodologie d'évaluation de la mise en œuvre du budget programme 2008-2009 et le Plan stratégique pour la période 2008-2012, et a pris note des résultats préliminaires de l'évaluation. Le Comité était heureux d'entendre que la majorité des objectifs stratégiques et des résultats escomptés sur l'ensemble de la Région (RER) étaient sur la bonne voie, et a vivement recommandé au Bureau de redoubler d'efforts concernant ceux jugés à risque de ne pas être atteints d'ici la fin de 2012.

25. Plusieurs délégués ont remarqué que l'information présentée dans le rapport d'évaluation semblait contenir plusieurs incongruités. On a remarqué, par exemple, que les Objectifs stratégiques 5 et 9 étaient classés en dernier du point de vue priorité programmatique alors qu'ils étaient pourtant dans la catégorie des « sur financés » alors que les objectifs stratégiques qui étaient classés en tant que premier, second et troisième étaient tous « sous financés. » On avait pensé qu'il serait judicieux de revoir l'approche utilisée pour conférer un ordre prioritaire aux objectifs stratégiques au vu des problèmes de financement indiqués dans le rapport. On avait largement approuvé les efforts par le Bureau en vue d'obtenir des contributions volontaires non spécifiées pour combler les déficits de financement identifiés dans le rapport. Le Comité avait encouragé le Bureau à appliquer les leçons retenues en 2008-2009 à son travail dans les exercices biennaux actuels et futurs et de continuer à intégrer les perspectives interculturelles et du genre à tous ses programmes et à toutes ses activités. Le Comité avait également félicité le Bureau des progrès faits dans l'adoption de la gestion axée sur les résultats.

26. Le Dr Isaías Daniel Gutiérrez (Gérant, planification, budget et coordination des ressources, BSP) a indiqué que l'Organisation était en bonne position pour atteindre tous les objectifs stratégiques fixés dans le Plan stratégique 2008-2012. A la fin de la première période de mise en œuvre du Plan stratégique (période biennale 2008-2009), seuls 4 des 16 objectifs présentaient un certain risque de ne pas être atteints d'ici la fin de 2012 et aucun n'était jugé en « en danger » (probablement ne sera pas atteint). A la fin de la période biennale, le taux d'exécution du budget total était de 94% : 99% pour le budget ordinaire et 89% pour la partie du budget provenant d'autres sources (surtout des contributions volontaires). Un total de \$281 million<sup>2</sup> avait été mobilisé à partir d'autres sources, ce qui a permis de couvrir 81% du déficit de financement pour la période biennale.

27. Au vu des commentaires du Comité exécutif, le Bureau avait mis au clair l'information dans le rapport concernant l'alignement entre le classement prioritaire programmatique des objectifs stratégiques et l'octroi de crédits. Cette relation était montrée dans la Figure 9 du document CD50/5, expliquant clairement qu'il existait un déséquilibre notable dans l'alignement. Cette situation était imputable à deux facteurs : 65% du budget ordinaire était consacré aux frais du personnel et la majorité des contributions volontaires reçues par l'Organisation était réservée à des fins spécifiques. Ces deux facteurs barraient la route à la redistribution des ressources entre les objectifs stratégiques en vue de combler les déficits.

28. Le Conseil directeur était heureux de noter les progrès faits en vue d'atteindre les objectifs stratégiques et félicite la transparence et l'engagement face à la gestion axée sur les résultats qui se dégagent du rapport. Ces progrès sont particulièrement louables au vu des défis imprévus qui se sont présentés lors de la période biennale, notamment la crise économique et financière, la grippe pandémique du H1N1 en 2009 et plusieurs catastrophes naturelles dans la Région. Les délégués ont également noté avec plaisir la structure et le souci du détail dans le document qui leur a permis d'analyser les activités entreprises en rapport avec les divers objectifs stratégiques et le budget, y compris les contributions volontaires. Les délégués souhaitent savoir comment le Bureau accordait l'ordre prioritaire aux contributions volontaires (par exemple, par pays, par sous-région, par charge de morbidité, sur la base d'autres critères). On espère que le Bureau gardera la même approche à l'évaluation des futures périodes biennales pour s'assurer que l'information présentée soit d'un caractère comparable et pour faciliter l'évaluation des progrès par rapport aux bases initiales en 2007.

---

<sup>2</sup> A moins qu'il n'en soit indiqué autrement, tous les chiffres monétaires dans ce rapport sont exprimés en dollars américains.

29. Le manque apparent d'alignement entre l'allocation des crédits budgétaires et le classement prioritaire des objectifs stratégiques a soulevé des préoccupations et on a vivement recommandé au Bureau de continuer ses efforts en vue de combler les déficits, surtout par voie de mobilisation d'une proportion plus élevée des contributions volontaires non réservées ainsi que par l'identification des barrières freinant la mise en œuvre et en redirigeant les ressources le cas échéant. On était notamment préoccupé par l'Objectif stratégique 4 (Réduire la morbidité et la mortalité et améliorer la santé pendant les principales étapes de la vie, y compris la grossesse, l'accouchement, la période néonatale, l'enfance et l'adolescence et améliorer la santé sexuelle et génésique et promouvoir le vieillissement actif et en bonne santé pour tous les individus) qui est une des priorités programmatiques de premier rang et pourtant le rapport indique que cet objectif est sous-financé et qu'il n'est pas aligné. On a proposé d'augmenter également la proportion du budget octroyé au renforcement des systèmes de santé et à la réalisation de la couverture universelle. Par ailleurs, le Bureau devrait revoir certains indicateurs pour s'assurer que les objectifs visés se traduisent en progrès réels, surtout en ce qui concerne les Objectifs du Millénaire pour le développement, sur le plan de la santé. On a encouragé les États membres à prêter une grande attention aux recommandations du rapport concernant l'application des politiques et plans nationaux pour atteindre les cibles du Plan stratégique.

30. Le Dr Gutiérrez a indiqué que des crédits du budget régulier ont été affectés conformément à la Politique du Budget programme régional (voir paragraphes 33 à 40 ci-après). Quant aux contributions volontaires, si elles étaient de nature souple, elles pourront être distribuées entre les divers objectifs stratégiques en fonction des besoins et, si elles étaient réservées à des fins spécifiques, elles pourront être utilisées dans le but indiqué par le donateur. Les décisions concernant l'affectation des ressources sont prises tous les six mois lorsque des évaluations sont faites pour juger de l'avancée dans la mise en œuvre des plans de travail biennaux adoptés par les autorités nationales en collaboration avec le représentant de l'OPS/OMS. Si certaines ressources pourraient être redistribuées en principe lors de cette évaluation pour combler les déficits du financement, la capacité du Bureau à cet effet était pourtant limitée par le fait que pratiquement les deux tiers du budget ordinaire servent à couvrir les coûts liés aux postes du personnel et qu'il est difficile de transférer les postes d'un domaine à un autre. Le Bureau est pleinement conscient du problème que représente le manque d'alignement entre les crédits et les priorités programmatiques et cherchait diverses solutions pour remédier à ce problème.

31. Le Dr Gina Tambini (Gérante, Santé familiale et communautaire, BSP), en réponse aux commentaires concernant l'Objectif stratégique, a indiqué que les équipes techniques dans son domaine travaillaient avec les équipes des homologues aux niveaux sous-régional et national pour faire la meilleure utilisation possible des outils de suivi et d'évaluation, vérifiant ainsi que la coopération technique de l'Organisation contribuait

aussi efficacement que possible à la réduction de la morbidité et de la mortalité parmi les enfants et autres groupes vulnérables.

32. Le Conseil a pris note du rapport.

***Evaluation de la politique de budget programme Régional (document CD50/6)***

33. Le Dr Celsius Waterberg (Représentant du Comité exécutif) a fait savoir que le Comité exécutif avait revu la méthodologie et la procédure proposées pour évaluer la Politique du Budget programme régional (PBPR) adoptée en 2004 et qu'il avait pris connaissance du rapport sur les résultats préliminaires de l'évaluation. Le Comité avait été informé du fait que la politique est mise en œuvre correctement et que, dans l'ensemble, sa formulation et exécution représente un succès tant pour le Bureau que pour les États membres. Toutefois, il a été recommandé que le seuil minimum de financement soit revu car, dans certains cas, il s'est avéré à un niveau trop bas pour assurer un niveau minimal d'opérations. Il a également été recommandé de donner à la politique un caractère plus flexible et une plus grande liberté donc au niveau de l'allocation des ressources. Pour le Comité, cette évaluation était la preuve de l'engagement pris par l'Organisation au niveau de la gestion axée sur les résultats. Pour les délégués, il était de toute première importance que l'évaluation examine la formulation de l'affectation des ressources au vu de nouveaux problèmes et de circonstances changeantes et que les ressources soient octroyées en cherchant à s'assurer qu'il existe un financement suffisant pour les objectifs stratégiques dont on a déterminé qu'ils étaient sous-financés et/ou à risque de ne pas être atteints d'ici 2012. Les délégués ont également relevé l'importance de vérifier des allocations suffisantes aux États membres pour leur permettre d'atteindre les cibles des indicateurs du Plan stratégique et plus généralement de participer efficacement au travail de l'Organisation.

34. M. David O'Regan (Auditeur général, Services de supervision et d'évaluation internes, BSP) a récapitulé les grandes conclusions de l'évaluation de la Politique du budget programme régional, à savoir : la politique a été mise en œuvre correctement dans la ligne des critères énoncés par le 45<sup>e</sup> Conseil directeur dans la résolution CD45.R6 et sa stricte formule d'allocation a introduit une méthodologie claire, transparente et constante dans les allocations du budget ordinaire aux niveaux régional, sous-régional et national. Par ailleurs, l'évaluation constate également que la formule d'allocation ne permettait guère de flexibilité dans les affectations de ressource et le Service d'évaluation et de surveillance internes (IES) recommandait donc d'envisager l'introduction de facteurs qualitatifs dans la politique pour lui conférer une plus grande flexibilité. Il a rappelé que lors de la discussion par le Comité exécutif de ce point de l'ordre du jour, il avait proposé d'intégrer des « éléments discrétionnaires » dans la politique au sein mais, après avoir terminé l'évaluation, l'IES était à présent d'avis que cette discrétion dans la prise de décisions budgétaire risquait de nuire à la transparence et à la clarté et recommandait

donc d'introduire à la place des facteurs qualitatifs bien définis (par exemple, les besoins spéciaux des états en développement qui sont de petites îles).

35. Tel que noté par le représentant du Comité exécutif, l'évaluation a montré que le seuil minimum de l'allocation destinée à certains pays était trop bas, puisqu'il fallait mobiliser des ressources extrabudgétaires pour assurer un niveau minimal d'opérations. L'évaluation a également constaté que les variables utilisées dans la formule de l'indice des besoins en santé (espérance de vie et revenus par habitant) devaient être mis à jour au moins après deux périodes biennales pour s'assurer qu'elles restent pertinentes. L'IES recommandait que le facteur de neutralisation de l'impact de la taille de la population soit revu et que soient envisagées d'autres méthodes de neutraliser l'impact des différences dans la taille de la population. On pourra également envisager l'introduction de plafonds dans les allocations, en plus des seuils actuels. Il n'existe par vraiment de possibilités de promouvoir les Objectifs du Millénaire pour le développement dans le cadre de la politique du budget dans sa forme actuelle puisqu'elle n'est de nature programmatique. Par contre, la variable de l'affectation pour un pays était conçue pour encourager les pays à faire des efforts spéciaux en vue d'atteindre les Objectifs. L'affectation variable des pays ne représentait que 2% du budget ordinaire total, ce qui était peut-être trop faible.

36. L'évaluation a montré que la mise en œuvre de la politique au niveau sous-régional avait tendance à être plus faible qu'aux niveaux régional et national. L'IES pense qu'il serait de trouver un seul « propriétaire institutionnel » au sein du Bureau qui assumera la responsabilité de l'allocation des ressources sous-régionales. L'IES a également recommandé d'envisager s'il était faisable et souhaitable de transférer des postes de personnel régional et sous-régional aux pays avec de faibles allocations du budget ordinaire et d'en étudier l'impact. Cela aurait d'importantes implications pour la distribution des ressources dans toute l'Organisation. Il faut également envisager d'étendre la politique budgétaire actuelle au prochain exercice biennal (2012-2013) pour donner à l'Organisation le temps nécessaire pour formuler et adopter la prochaine politique qui sera ensuite mise en œuvre de 2014-2015.

37. Dans la discussion qui a suivi la présentation de M. O'Regan, la Déléguée de la Barbade a souligné la nécessité d'assurer un financement suffisant pour la mise en œuvre de la stratégie de coopération sous-régionale, adoptée récemment pour la sous-région des Caraïbes. Elle a noté qu'un tel soutien serait d'importance critique pour la transition réussie à l'Agence de santé publique des Caraïbes (CARPHA) (voir paragraphes 55 à 58 ci-après).

38. M. O'Regan a remercié la déléguée d'avoir fait ressortir la question de la coopération sous-régionale. En effet, la composante sous-régionale de la politique du budget programme régional s'est avérée difficile à mettre en œuvre sous l'angle programmatique et budgétaire. Comme il l'avait dit, l'IES pensait que la désignation d'un

seul « propriétaire institutionnel » au sein du Bureau permettrait d'apporter plus de clarté à la question des allocations sous-régionales.

39. Le Dr Socorro Gross-Galiano (Sous-directrice, BSP) a indiqué que le Bureau allait formuler la prochaine Politique du budget programme régional conformément aux délais et procédure indiqués dans le document CD50/6.

40. Le Conseil a pris note du rapport.

***Modernisation du système d'information pour la gestion du BSP (document CD50/7)***

41. Mme Miriam Naarendorp (Représentant du Comité exécutif) a fait savoir que le Comité exécutif avait examiné les diverses options de modernisation du système de gestion du Bureau, qui avaient été proposées par un comité nommé par la Directrice chargé de superviser le projet de modernisation. Ces options sont expliquées dans le document CD50/7. Le Comité avait jugé fort utile la comparaison détaillée entre les principes directeurs de l'OPS et de l'OMS puisqu'elle avait montré que l'OPS avait des besoins uniques qui ne pouvaient pas être entièrement satisfaits par le Système de gestion globale de l'OMS (GSM). Certes, on avait convenu de la nécessité d'intégrer pleinement avec le GSM et pourtant il était évident que la mise en œuvre du GSM sans quelques modifications ne serait pas faisable.

42. Les membres du Comité étaient arrivés au consensus suivant : les deux options 1(c) et 3 éviteraient les problèmes ou inconvénients liés à l'adoption du GSM sans modifications. Les deux options permettraient à l'OPS de garder son autonomie tout en facilitant le partage d'information avec l'OMS. Par ailleurs, les délégués se sont montrés préoccupés par le financement du processus de modernisation et ont objecté à l'idée d'augmenter les contributions des membres pour couvrir les coûts. Le Comité avait demandé au Bureau de fournir des mises à jour régulières du coût du processus.

43. Tenant compte du statut juridique séparé de l'OPS et d'autres facteurs, le Comité a décidé de recommander les options 1(c) et 3 comme celles qui sont les plus avantageuses pour la modernisation du système d'information pour la gestion du BSP (PMIS) et avait demandé qu'une analyse plus détaillée soit faite de ces deux options, notamment des risques et des coûts liés à leur mise en œuvre. Le Comité avait également demandé un dialogue approfondi avec l'OMS et d'autres entités participant au GSM ainsi qu'avec d'autres organismes des Nations Unies utilisant un progiciel de gestion intégrée (ERP) et avait demandé à la Directrice de présenter un plan de financement comprenant les sources proposées de financement pour le processus de modernisation.

44. Le Dr Isaías Daniel Gutiérrez (Gérant, planification, budget et coordination des ressources, BSP) a fait la mise à jour du travail supplémentaire réalisé depuis la réunion

du Comité exécutif en juin 2010, notamment une visite d'une semaine à l'OMS pour examiner les aspects du système GSM, des visites à d'autres organismes qui utilisaient le GSM (par exemple, l'ONUSIDA) ; à d'autres organismes des Nations Unies utilisant des systèmes différents d'information sur la gestion et aux vendeurs de tels systèmes. En fonction de ce travail et de l'analyse subséquente, le Bureau a recommandé d'adopter l'option 3, à savoir un progiciel de gestion intégrée (ERP), combiné avec une fonctionnalité spécifique de l'OPS. Les raisons de cette recommandation sont données dans le paragraphe 14 du document CD50/7. La mise en œuvre de cette option démarrerait en juillet 2012 et prendrait environ deux ans, pour un coût approximatif de \$20 millions dont on proposait que la moitié environ soit financé par le Compte de réserve et l'autre moitié par un mécanisme de charge d'occupation de poste (COP) imposée à tous les postes financés de l'OPS. Une description détaillée des étapes de la mise en œuvre est donnée au paragraphe 15 du document CD50/7.

45. Le Conseil a noté avec satisfaction l'information supplémentaire donnée sur les diverses options et les implications des choix qui devront être faits, observant que le rapport répondait à maintes des préoccupations soulevées par le Comité exécutif. On a convenu de la nécessité de préserver le statut juridique spécial du BSP. On a souligné parallèlement que le système du BSP devait être pleinement intégré au GSM et on a indiqué que le BSP et l'OMS en retireraient chacun des avantages si leurs systèmes respectifs d'information pour la gestion étaient aussi étroitement alignés que possible. Le Conseil a décidé que, pour les raisons données par le Bureau, l'option 3 était effectivement la meilleure formule pour répondre à ces conditions. Par ailleurs, plusieurs délégués ont demandé des informations plus détaillées sur le concept de la charge d'occupation de poste.

46. Le Dr Gutiérrez a remercié le Conseil pour le soutien qu'il apporte à la proposition du Bureau et a assuré les États Membres que le système d'information en gestion du BSP serait entièrement aligné sur le GSM. A l'instar d'autres régions, l'OPS notifiait déjà toute l'information que demandait l'OMS et le futur système d'information pour la gestion de l'OPS répondrait à toutes les demandes du GSM. L'intégration complète ne serait probablement pas possible car les deux systèmes étaient très différents mais, par le biais des interfaces, le BSP serait en mesure de répondre à tous les besoins de notification et de compte rendu de l'OMS.

47. Il a expliqué que le concept de charge d'occupation de poste avait déjà été utilisé au sein de l'OMS pour financer certaines de ses fonctions et qu'il était de fait déjà appliqué à tous les postes financés par l'OMS dans les Amériques. On prévoyait d'appliquer une charge analogue, de peut-être 8% à 12%, à tous les postes de l'OPS, ce qui apporterait des ressources financières pour financer l'option 3.

48. La Directrice a observé que la question des systèmes informatiques était une question complexe parce qu'il avait fallu trouver la meilleure manière d'arriver à une décision quant à la meilleure option alors qu'un grand nombre de ceux participant au processus décisionnel, elle-même comprise, n'étaient pas des experts de l'informatique. Elle savait que les États membres étaient conscients de la complexité de la question et leur savait gré de leur soutien et aide au Bureau alors qu'il cherchait à prendre la bonne décision d'aller de l'avant. Comme elle l'avait dit à maintes occasions précédentes, elle était quelque peu préoccupée par le concept de l'intégration du BSP à l'OMS. Et pourtant, elle savait que l'Article 54 de la Constitution de l'OMS envisageait une telle intégration et elle était parfaitement consciente du fait que son rôle, en tant que Directrice, était un rôle administratif et gestionnaire et qu'elle était tenue de respecter les décisions sur le plan politiques prises par les États membres. C'est la raison pour laquelle elle avait été tellement prudente quand il avait fallu prendre une décision sur le bon système d'information pour la gestion du Bureau.

49. Le Conseil avait adopté la résolution CD50.R10, approuvant la modernisation du Système d'information pour la gestion du BSP en adoptant un progiciel de gestion intégrée, et en approuvant l'utilisation de \$10 millions du Compte de réserve pour la modernisation, demandant à la Directrice de commencer les préparations détaillées du projet, de rechercher d'autres éventuelles sources de financement et de rendre compte des progrès auprès du Conseil directeur en 2011.

***Institutions nationales associées à l'OPS en matière de coopération technique (document CD50/8)***

50. Le Dr Marthelise Eersel (Représentante du Comité exécutif) a fait savoir que le Comité exécutif avait fait bon accueil à la proposition d'une procédure standardisée pour formaliser les relations entre l'OPS et les institutions nationales par le biais de leurs désignation comme institutions nationales avec lesquelles l'OPS était associée en matière de coopération technique. Par ailleurs, plusieurs délégués étaient d'avis que le terme « institutions nationales associées à l'OPS en matière de coopération technique », tel qu'il est défini dans le document CE146/12 ne s'appliquait pas à certaines des institutions mentionnées. Par exemple, les instituts privés, les associations professionnelles et universitaires et les organisations de la société civile étaient des entités autonomes et, bien qu'elles travaillent efficacement en coordination avec les ministères de la santé, elles ne pouvaient pas être assujetties à leurs directives. D'autres délégués n'étaient pas du même avis, soulignant que toutes les activités entrant dans la santé publique devraient relever des directives de l'autorité nationale de la santé. Plusieurs délégués avaient également souligné que les institutions ne devaient pas être autorisées à se nommer elles-mêmes pour la désignation d'institutions nationales associées à l'OPS en matière de coopération technique. Il revenait aux ministères de la santé de les désigner. On a proposé que le concept de suivi soit intégré à la procédure proposée et que les ministères de la

santé soient en charge du suivi des activités des institutions nationales reconnues dans le cadre de la politique et de la procédure proposées.

51. Le Comité a adopté la résolution CE146.R17, recommandant que le 50<sup>e</sup> Conseil directeur approuve une nouvelle catégorie de relation avec des institutions qui seront désignées comme étant des institutions nationales associées à l'Organisation panaméricaine de la Santé en matière de coopération technique. La définition du terme « institutions nationales associées à l'OPS en matière de coopération technique » avait été modifiée au vu des commentaires du Comité.

52. Le Conseil avait également approuvé la procédure proposée pour reconnaître les institutions nationales associées à l'OPS en matière de coopération technique. On pensait qu'en formalisant les relations entre l'OPS et de telles institutions, on aiderait à renforcer les capacités au niveau national d'atteindre les Objectifs du Millénaire pour le développement, sur le plan santé, et d'autres buts de santé. Les délégués avaient toute confiance dans le rôle de catalyseur et de coordinateur de l'OPS pour de telles initiatives conjointes entre les secteurs public, privé et de la société civile tout en remarquant par ailleurs qu'il fallait encore mettre au point certains des détails de la proposition alors que les dispositions étaient formalisées avec les institutions nationales. Par exemple, la relation entre les lettres d'accord et la procédure de formalisation devait être expliquée plus clairement : est-ce que les lettres d'accord couvraient l'allocation des ressources ou la formalisation effective de la relation entre l'OPS et l'institution nationale. Il était tout aussi important d'expliquer clairement la relation de travail entre l'OPS et de telles relations institutions nationales et les centres collaborateurs de l'OMS, surtout en ce qui concerne les institutions qui servent dans les deux capacités. Plusieurs délégués ont indiqué qu'ils se réjouissaient à l'idée de la formalisation des relations entre l'OPS et des institutions données dans leur pays.

53. Le Dr Juan Manuel Sotelo (Gérant, relations externes, mobilisation des ressources et partenariats, BSP) a observé que la recherche de procédures en vue d'identifier des institutions nationales associées à l'OPS en matière de coopération technique s'inspirait de la politique de coopération technique du Bureau qui était axée sur les pays et son souhait d'utiliser le talent national et d'exploiter les synergies dans son travail avec les pays. Le Bureau veillerait à éviter tout conflit pouvant surgir entre les relations avec les institutions nationales dans le cadre du nouvel arrangement et ses relations existantes avec les centres collaborateurs de l'OMS et s'assurerait que le travail des institutions nationales aux termes de ce nouvel arrangement complète et ne répète pas le travail des centres collaborateurs de l'OMS. La nouvelle procédure serait revue régulièrement et tout ajustement nécessaire serait fait.

54. Le Conseil a adopté la résolution CD50.R13, approuvant les procédures pour l'identification, la désignation et le suivi des institutions nationales associées à l'OPS en matière de coopération technique.

***Examen des Centres panaméricains (document CD50/9)***

55. Le Dr Marthelise Eersel (Représentante du Comité exécutif) a noté que certaines préoccupations avaient été exprimées, lors de la discussion par le Comité exécutif de ce point de l'ordre du jour, concernant le rôle du Centre d'épidémiologie des Caraïbes (CAREC) au niveau du soutien en laboratoire aux Etats des Caraïbes, surtout pour la fusion de cinq institutions de santé publique sous-régionales dans les Caraïbes, y compris CAREC, donnant lieu à la création de l'Agence de santé publique dans les Caraïbes (CARPHA) qui assumera toutes les fonctions de CAREC, y compris celles se rapportant au soutien laboratoire.

56. Le Comité avait adopté la résolution CE146.R9, recommandant que le 50<sup>e</sup> Conseil directeur adopte une résolution prenant note du transfert réussi de l'administration de l'Institut de nutrition d'Amérique centrale et du Panama (INCAP) au Conseil de direction de cet institut et a vivement recommandé aux États membres d'évaluer si les Centres panaméricains continuent d'offrir la modalité la plus efficace et la appropriée de coopération technique et, si tel est le cas, de transférer leur administration et opérations aux États membres ou aux organisations sous-régionales.

57. Dans la discussion qui s'en est suivie au sein du Conseil, plusieurs délégations ont indiqué leur soutien pour la création de CARPHA, reconnaissant le soutien continu de l'OPS dans ce processus de transition. On a fait remarquer que la transition s'était déroulée en plein milieu de la crise économique et financière mondiale, rendant le soutien de l'Organisation d'autant plus critique. Le Délégué du Pérou a indiqué que, le 2 octobre 2010, l'OPS et son gouvernement avait conclu un accord sur la transformation du Centre panaméricain de génie sanitaire et des sciences de l'environnement (CEPIS) devenant l'Equipe technique régionale de l'eau et de l'assainissement (ETRAS) et a noté qu'il fallait donc modifier en voie de conséquence le paragraphe 3(d) de la résolution proposée sur ce point de l'ordre du jour (contenue dans le document CD50/9).

58. Le Conseil a adopté la résolution CD50.R14 avec l'amendement concernant CEPIS.

***Plan d'action sur la sécurité des hôpitaux (document CD50/10)***

59. Mme Miriam Naarendorp (Représentant du Comité exécutif) a fait savoir que le Comité exécutif avait exprimé un solide soutien pour le Plan d'action proposé pour la sécurité des hôpitaux et avait félicité l'OPS pour ses efforts en vue d'améliorer la

résistance aux catastrophes dans les hôpitaux de la Région. Plusieurs délégués ont décrit les activités en cours dans leurs pays pour renforcer la sécurité des structures hospitalières et d'autres ont décrit les exercices concernant l'évaluation des hôpitaux sur la base de l'Indice de sécurité des hôpitaux, notant que l'Indice avait apporté la crédibilité nécessaire pour convaincre les politiciens et les responsables financiers de l'urgence de procéder à des changements et améliorations. Les délégués ont insisté sur l'importance d'apporter une coopération technique et une formation pour permettre aux États membres de mettre en œuvre le Plan d'action. Tout aussi nécessaire est la recherche pour construire des hôpitaux qui peuvent résister aux ouragans et aux tremblements de terre.

60. Le Comité avait adopté la résolution CE146.R6, recommandant que le 50<sup>e</sup> Conseil directeur approuve le Plan d'action.

61. Le Conseil directeur a noté avec satisfaction le Plan d'action sur la sécurité des hôpitaux. Plusieurs délégués ont fait l'éloge de l'Indice de sécurité des hôpitaux indiquant qu'il s'agissait d'un outil très utile pour évaluer les vulnérabilités des hôpitaux. Certains pays l'avaient déjà utilisé, d'autres allaient l'appliquer, avec l'aide du Bureau, à leurs hôpitaux dans les années à venir. Plusieurs délégués ont décrit les structures administratives qu'ils avaient mises en place pour coordonner l'évaluation de la sécurité des hôpitaux et les entités administratives qui étaient chargées de prendre les mesures pour améliorer cette sécurité. Ils ont parlé de l'estime qu'avaient pour l'OPS les politiciens et les responsables financiers et comment cela avait aidé à vérifier que les mesures de sécurité soient intégrées aux plans de construction des hôpitaux. D'autres ont expliqué les normes réglementaire auxquelles devaient se conformer les hôpitaux nouveaux et existants pour obtenir l'approbation nécessaires et ils ont décrit les systèmes de formation qui étaient en place ou en train d'être mis en place pour les évaluateurs de la sécurité des hôpitaux.

62. Il a été proposé d'élargir les termes de référence du plan d'action au-delà des hôpitaux pour couvrir toutes les structures sanitaires et, qu'en plus des catastrophes naturelles dans le sens usuel, le plan pourrait également couvrir la protection contre les incendies dans les hôpitaux. On a également remarqué que le Plan d'action devait s'appliquer non seulement aux nouvelles formations sanitaires mais aussi à celles existantes, afin de vérifier que celles-ci également seraient en mesure de résister à une catastrophe. Un délégué a observé qu'il fallait non seulement former le personnel de santé aux procédures en cas de catastrophe mais sensibiliser aussi la population dans son ensemble pour qu'elle sache comment réagir dans le cas d'une catastrophe.

63. Le Dr Jean Luc Poncelet (Gérant, Préparatif en cas d'urgence et secours aux catastrophes, BSP) a remercié les États membres pour le soutien qu'ils ont apporté au plan d'action. Il a assuré le Conseil que le Plan visait essentiellement à couvrir tous les formes de structures sanitaires pas simplement les hôpitaux au sens strict et, comme le

montrait clairement l'Objectif 6 du plan, il couvrait les établissements existants, pas simplement les nouveaux établissements ou ceux qui seront construits à l'avenir. Il priait les délégations de rentrer chez elle et de partager l'enthousiasme qu'elles avaient exprimée pour le plan d'action et ainsi, fort du soutien des experts techniques et des autorités politiques au niveau national, le plan d'action pourrait être mis en œuvre et 18 000 hôpitaux dans la Région deviendront des hôpitaux véritablement sûrs.

64. Le Conseil a adopté la résolution CD50.R15, approuvant le Plan d'action.

***Stratégie pour le développement des compétences du personnel de santé dans les systèmes de santé fondés sur les soins de santé primaires (document CD50/11)***

65. Le Dr Celsius Waterberg (Représentant du Comité exécutif) a fait savoir que le Comité exécutif avait noté avec satisfaction la stratégie pour le développement des compétences du personnel de santé dans les systèmes de santé fondés sur les soins de santé primaires, observant qu'elle aiderait les pays à aligner la formation de leurs professionnels de soins de santé sur les besoins de la population en matière de santé. Plusieurs délégués ont souligné l'importance d'apporter une formation au personnel au niveau des soins de santé primaires portant sur la prise en charge des maladies chroniques non transmissibles. La place centrale donnée à l'utilisation de nouvelles méthodes pédagogiques et aux technologies d'enseignement a fait l'éloge. Les délégations ont notamment apprécié la création de réseaux d'apprentissage sur l'ensemble de la Région, qui permettront aux pays de partager en ligne des cours et des programmes, à peu de frais ou même gratuitement, bien qu'on ait noté par ailleurs que la langue puisse être une barrière à l'utilisation de tels réseaux.

66. Plusieurs délégués ont noté que le document sur ce point de l'ordre du jour ne faisait pas mention de la nécessité de renforcer les sensibilités culturelles et sociales parmi le personnel des soins de santé primaires travaillant par exemple dans les communautés autochtones. Un délégué s'est préoccupé de la référence dans le document des biens publics mondiaux et du partage de ressources éducatives de source ouverte, observant qu'il était important de respecter les droits d'auteurs et autres aspects de la protection de la propriété intellectuelle. La référence aux "biens publics mondiaux" a été enlevée par la suite de la résolution proposée sur ce point de l'ordre du jour, que le Comité a adoptée comme la résolution CE146.R8.

67. Le Conseil a approuvé la stratégie, affirmant qu'elle contribuait à la réalisation des soins de santé universels et de nombreux objectifs de santé, tels que les niveaux souhaités de vaccination, qui ne pouvaient pas être atteints sans un personnel formé en matière de soins de santé primaires. Le renforcement des systèmes de santé reposant sur les concepts centraux de l'approche des soins de santé primaires passera par la transformation de la main-d'œuvre existante et des changements dans la gamme de

compétences et combinaison d'aptitudes disponibles, dans les méthodologies de formation des agents de soins de santé ainsi que dans la manière dont ils sont déployés et gérés. On a insisté sur le fait que les agents de santé à tous les niveaux du système de soins de santé devaient comprendre pleinement le concept des soins de santé primaires. Ce concept avait tendance à être mal compris et souvent interprété comme simplement des soins de santé de base et on a noté à cet effet un aspect important qui manquait dans la stratégie, celui de la formation du personnel de santé au niveau tertiaire, en matière de l'approche de soins de santé primaires. La stratégie devait également vérifier que les compétences étaient alignées sur le niveau de complexité des tâches devant être exécutées par les agents de santé, car les différents niveaux de travail exigeaient différentes compétences, exigeant à son tour différentes méthodes d'apprentissage.

68. Plusieurs délégués ont indiqué que leurs ministères de la santé évaluaient à l'heure actuelle les déficits de compétences dans leur personnel de santé et avaient demandé l'aide de l'OPS pour faire des estimations exactes de ces manques et formuler un plan des ressources humaines en santé couvrant des domaines tels que l'évaluation des besoins, la planification de la main-d'œuvre, le recrutement, la formation à échelle nationale et internationale et la rétention du personnel. Les délégués ont également décrit les cours et systèmes de formation mis en place dans leur pays pour former un personnel de santé à divers niveaux. Certains ont mentionné des campagnes encourageant les professionnels de la santé à travailler au niveau des soins de santé primaires. Une représentant de la Fédération internationale des Associations des étudiants en médecine a indiqué que son organisation encourageait la participation des étudiants en médecine dans les projets de soins à base communautaire et extension rurale, dès les premières années de leurs études pour leur donner une connaissance plus globale de l'approche de soins de santé primaires et attirer ainsi un plus grand nombre de médecins vers des carrières dans la médecine familiale et communautaire. D'après elle, une plus diversité parmi les étudiants en médecine, faisant du médecin de demain le représentant de la diversité culturelle et géographique d'un pays, servirait à augmenter le nombre de médecins qui choisissent de travailler dans les contextes ruraux et vulnérables. Plusieurs délégués ont décrit les activités de leur pays concernant la formation d'étudiants en médecine d'autres pays de la Région ou, dans le cas de Cuba, la présence d'équipes de médecins d'un pays travaillant comme formateurs dans d'autres pays.

69. Certains délégués pensaient que la stratégie et la résolution proposée sur ce point de l'ordre du jour devaient insister davantage sur la nécessité de cultiver la sensibilité culturelle parmi le personnel de santé et reconnaître qu'il existait différentes visions de la santé et les moyens de les réaliser, y compris l'utilisation de la médecine traditionnelle. On a souligné l'importance d'intégrer la connaissance des aspects multiculturels de la santé à la formation de tout le personnel médical et on a proposé que les groupes autochtones et autres groupes ethniques travaillent aux côtés des agents de soins de santé

primaires pour renforcer la capacité de prestation de soins appropriés dans leurs communautés. La résolution proposée a été amendée en voie de conséquence par la suite.

70. La Conseil a jugé que la formation par le biais du *e-learning* comptait bien des avantages. La Région disposait d'une pléthore de matériel et de cours de formation qu'elle pouvait partager et l'utilisation des réseaux permettra un tel partage, à peu de coûts voire aucun. Par ailleurs, la méthode du *e-learning* risque d'être difficile à établir dans certains pays où la connectivité à l'internet n'est pas toujours fiable. Les délégués ont décrit des initiatives de *e-learning* qui fonctionnaient déjà ou qui étaient en train d'être développées : par exemple, le Suriname avait mis en place un programme en ligne de maîtrise en santé publique en coordination avec Tulane University aux Etats-Unis, et le Brésil venait de lancer récemment une université ouverte financée par le ministère de la Santé qui dispensait une formation en soins de santé primaires et en santé familiale. Cette université est reliée au Campus virtuel de santé publique de l'OPS. On a proposé que le Campus virtuelle organise également des cours en anglais.

71. Plusieurs délégués, surtout ceux des pays des Caraïbes, ont indiqué que le recrutement international du personnel de santé était une grave menace pour leurs systèmes de santé. Les pays aux modiques ressources dépensaient des sommes considérables pour la formation du personnel de santé et ensuite, se trouvaient dans l'incapacité de les retenir. Il était de toute première importance que tous les États membres adhèrent au Code de pratique de l'OMS sur le recrutement international du personnel de santé, qui avait été adopté récemment. Les États membres avaient demandé l'aide du Bureau et d'autres pays pour éviter que ne s'affaiblissent leurs systèmes de santé à cause d'un personnel de santé aux rangs décimés. Parallèlement, on a noté que les gouvernements devaient créer les conditions encourageant le personnel à rester dans son pays, notamment en lui offrant un contexte de travail favorable qui le motiverait et en encourageant son développement professionnel.

72. Un délégué a objecté à une mention faite dans le paragraphe 19 du document CD50/11 se rapportant à la formulation d'une politique « destinée à toutes les entités du système de santé ». Il a noté que la mise en œuvre de cet aspect de la stratégie serait difficile pour les États membres dotés d'un système fédéral du gouvernement puisque les décisions concernant le programme de formation seraient prises au niveau sous-national. Il a également noté que le concept des « biens publics mondiaux » devait être supprimé dans le paragraphe 20(e), pour tenir compte des changements faits par le Comité exécutif à la résolution proposée et a insisté sur le fait qu'il fallait respecter les droits d'auteur et autres protections de la propriété intellectuelle.

73. Le Dr José Luis Di Fabio (Gérant, Systèmes de santé basés sur les soins de santé primaires, BSP) a remercié les délégués pour leurs contributions sous forme de connaissance et d'expérience. Il était d'accord avec les commentaires sur l'intégration du

multiculturalisme dans la formation du personnel de santé et a indiqué que le BSP soutenait le réseau des établissements d'enseignement des agents de santé autochtones dans la Région et continuerait dans cette voie en élargissant ce processus.

74. Le Dr Charles Godue (Conseiller senior, Ressources humaines pour le développement de la santé, BSP) a observé que la stratégie reposait sur un réseau de ressources d'apprentissage et devait être non seulement un moyen de faciliter l'accès aux programmes de formation mais un mécanisme composite pour soutenir le personnel de santé dans tous les aspects de l'éducation, lui permettant de partager les connaissances et l'expérience. Cette approche non seulement permettrait de disposer d'un personnel mieux équipé mais pouvait également aider les pays à garder leur personnel de santé. Le réseau de formation devrait aider les étudiants aussi bien sur le plan des connaissances théoriques que de la connaissance pratique des questions et problèmes que rencontrent les pays de la Région sur le plan des soins de santé, y compris les besoins spéciaux des communautés autochtones, les problèmes liés au départ du personnel de santé et autres questions mentionnées par le Conseil.

75. Le Bureau était conscient de la nécessité de fournir des ressources de formation en anglais et cherchait à soutenir les réseaux d'apprentissage dans la sous-région anglophone des Caraïbes. En ce qui concerne les commentaires sur les « biens publics mondiaux » et la question des droits d'auteur, il a expliqué que si la référence aux biens publics mondiaux avait été enlevée de la résolution, elle devait pourtant rester dans le document de la stratégie car celle-ci était axée sur le partage des ressources d'éducation de source ouverte. S'il existait des droits d'auteur, ils seraient bien sûr respectés mais la stratégie cherchait essentiellement à permettre aux pays de partager les ressources par le biais de réseaux ouverts, plutôt que de réinventer constamment le même matériel de formation, et d'utiliser des licences telles que celles par l'Organisation Creative Commons.

76. Le Conseil a adopté la résolution CD50.R7.

### ***La santé et les droits de l'homme (document CD50/12)***

77. Le Dr Celsius Waterberg (Représentant du Comité exécutif) a fait savoir que le Comité exécutif avait donné un accueil favorable au document conceptuel sur la santé et les droits humains qui vient éclairer l'analyse de la relation complexe entre la santé et les droits humains ainsi que la protection des droits en matière de santé. Le Comité a pensé que le document guiderait la réponse de l'OPS à la demande croissante pour une coopération avec les États membres sur des questions concernant la santé et les droits de l'homme. Les délégués ont affirmé l'engagement de leur gouvernement au principe, contenu dans la Constitution de l'OMS, voulant que chacun ait le droit au meilleur état de santé possible. Par ailleurs, on a reconnu que si certains pays reconnaissent effectivement ce droit dans leurs constitutions et législations, ce n'était pourtant pas un droit avec force

d'application juridique, au regard de la loi nationale dans les pays, surtout dans ceux dont la responsabilité de la santé entre dans la compétence du niveau local du gouvernement. On a également noté que les instruments de droits humains mentionnés dans le document ne s'appliquaient uniformément à tous les États membres.

78. Le Comité avait exprimé son accord avec le contenu du document conceptuel et avait appuyé la résolution proposée sur ce point de l'ordre du jour. Les délégués n'en ont pas moins proposé un certain nombre de modifications et améliorations. Au vu des nombreux amendements proposés, le Comité avait décidé de mettre sur pied un groupe de rédaction, sous la direction de la Délégation du Mexique, pour arriver ensuite à un consensus sur une version revue de la résolution. Le texte revu qui a été rédigé par ce groupe a ensuite été adopté par le Comité comme la résolution CE146.R16.

79. Le Conseil a également accueilli favorablement le document conceptuel et a félicité l'OPS de ses efforts pour attirer l'attention sur les liens entre la santé et les droits humains. On a applaudi à l'importance qu'accordait le document aux droits des groupes dans des situations de vulnérabilité. De nombreuses délégations ont décrit les mesures prises dans leur pays pour protéger les droits de tels groupes et pour assurer leur accès à des services de santé appropriés. Plusieurs ont également indiqué que les droits de tels groupes étaient défendus dans la Constitution. D'autres délégués ont également noté que leur pays avait créé des départements spécifiques au sein de leur ministère de la santé ou autres agences gouvernementales pour traiter des questions concernant la santé et les droits humains. Et pourtant, tel qu'on l'a observé, en dépit de telles mesures, des femmes et des enfants dans la Région continuent de mourir de causes évitables et les personnes infirmes, les personnes âgées, les migrants, les personnes vivant avec le VIH/SIDA, les prostituées et d'autres groupes vulnérables continuaient de souffrir de stigmatisation et de discrimination de la part des agents de santé.

80. Les délégués ont également souligné que les gens ne pourront profiter du meilleur état de santé possible que s'ils ont accès à l'assainissement et à l'eau salubre, à une nutrition adéquate et à de bonnes conditions d'habitat, à une bonne sécurité sur les lieux du travail, à l'éducation et à l'information sur la santé et à d'autres déterminants socioéconomiques de la santé. Plusieurs délégués ont souligné l'importance d'assurer l'accès des femmes à l'information sur leurs droits sexuels et reproductifs, y compris le droit de décider du nombre d'enfants qu'elles veulent avoir ainsi que l'accès aux méthodes de planification familiale et de les protéger contre la violence sexuelle. A également été relevée l'importance de services de santé sensibles à la culture afin de respecter les droits sur le plan santé de populations autochtones et d'autres groupes ethniques ainsi que la meilleure santé pour ces groupes. L'importance d'une approche axée sur les droits dans le cadre de la réforme des soins de santé a également été mise en relief. A cet égard, il est nécessaire d'éliminer les pratiques discriminatoires au niveau de l'assurance-maladie, par exemple le refus de soins à des personnes avec des maladies

préexistantes. La participation des habitants à la prise de décision était un bon moyen de garantir le respect des droits en matière de santé.

81. Les délégués ont indiqué qu'il était important de sensibiliser aux dispositions sur le plan santé dans les instruments des droits humains internationaux, ayant force juridique, non seulement chez les professionnels de la santé mais aussi chez les décideurs, les avocats, les juges, le personnel veillant à l'application des lois et autres autorités. Il est important, à leur avis, de mettre en place des lois et des politiques au niveau national pour veiller à l'application des instruments avalisés par les États. Plusieurs délégués ont souligné la valeur de la collaboration et des échanges d'expérience entre les pays pour identifier les meilleures pratiques concernant les droits humains et de santé et pour apporter une formation et une coopération technique portant sur le renforcement des capacités et la création d'environnements au sein des États membres afin de suivre et d'évaluer le respect des instruments de droits humains internationaux. On pensait que la proposition contenue dans le document conceptuel constituait une solide base d'une telle collaboration et du travail continu de l'Organisation sur le plan de la santé et des droits humains.

82. M. Javier Vásquez (Conseiller, Office du genre, de la diversité et des droits humains, BSP) a remercié le Conseil pour sa solide expression de soutien pour le travail de l'OPS en ce domaine et a exprimé sa reconnaissance aux membres du Comité exécutif pour leurs efforts ardues qui ont permis de peaufiner le document conceptuel et la résolution proposée, dans le but final d'arriver à l'équité sur le plan de la santé. La formation du personnel de santé afin de le sensibiliser à ses obligations aux termes des instruments de droits humains est une mission extrêmement importante de l'Organisation. De fait, les ateliers de formation portant sur de nombreuses questions spécifiques mentionnées par le Conseil, dont les droits des personnes infirmes et des personnes âgées ainsi que les droits sexuels et reproducteurs des femmes ont déjà été réalisés dans de nombreux pays de la Région. Le défi à venir qu'il faudra relever consiste à dépister des indicateurs confirmant l'impact positif des approches axées sur les droits, par exemple, pour réduire les infirmités et prévenir les maladies. Allant dans cette direction, l'OPS a entrepris récemment une analyse exhaustive de l'application des instruments des droits humains dans le contexte des services de santé mentale dans 18 pays de la Région et l'Organisation publierait sous peu les résultats d'un document intitulé "Supporting the Implementation of Mental Health Policies in the Americas : A Human Rights Law-based Approach. Findings, Trends, and Targets for Public Health Action" [Résultats, tendance et mesures stratégiques aux fins d'action].

83. Le Conseil a adopté la résolution CD50.R8 sur ce point de l'ordre du jour.

***Stratégie et Plan d'action pour la réduction de la malnutrition chronique (document CD50/13)***

84. Mme Miriam Naarendorp (Représentante du Comité exécutif) a fait savoir que le Comité exécutif avait applaudi à l'action menée par l'OPS en vue de réduire la malnutrition chronique et a soutenu l'approche multisectorielle factuelle contenue dans la stratégie. Le Comité pensait que la stratégie traiterait aussi bien des déterminants que des effets de la malnutrition chronique et aiderait à éliminer un problème de santé qui persistait de manière préoccupante dans certaines parties de la Région. Par ailleurs, le Comité a également proposé un certain nombre d'améliorations à la stratégie et au plan d'action. Il a notamment été proposé de spécifier la norme de référence utilisée pour définir la petite taille-pour-âge et de traiter aussi bien la surnutrition que la sous-nutrition au vu de la hausse alarmante de l'obésité chez les enfants dans la Région. Le Comité avait également fait un certain nombre de suggestions concernant les buts, les objectifs et les indicateurs dans le plan d'action.

85. On a mis en relief l'importance du suivi et de l'évaluation des progrès faits dans le cadre du plan d'action et des initiatives et programmes nationaux, et on a proposé que les processus d'évaluation engagent plusieurs institutions pour en assurer le caractère objectif et indépendant. On a encouragé le Bureau à mettre sur pied une équipe technique interne pour soutenir les pays à réaliser leurs processus de planification, de mise en œuvre, de suivi et d'évaluation. Plusieurs amendements, dont des références aux problèmes du poids excessif et de l'obésité, ont été introduits à la résolution proposée sur ce point de l'ordre du jour, que le Comité exécutif a adoptés comme résolution CE146.R12, recommandant au 50<sup>e</sup> Conseil directeur d'avaliser la stratégie et d'approuver le plan d'action.

86. Dans la discussion qui s'en est suivie au sein du Conseil, les États membres ont pleinement appuyé la stratégie et le plan d'action et ils ont affirmé leur engagement à la réalisation des buts stipulés dans le plan d'action. Un soutien tout particulier a été accordé aux composantes de la stratégie se concentrant sur le renforcement des capacités et la consolidation des systèmes de santé sur la base de l'approche des soins de santé primaires. On était d'avis que la stratégie et le plan d'action aideraient à atteindre plusieurs des Objectifs du Millénaire pour le développement. On a fait ressortir les conséquences à long terme de la malnutrition sur la santé, le développement et la productivité économique ainsi que le besoin de traiter les déterminants socio-économiques qui sont des facteurs qui contribuent à la malnutrition et on a mis en avant à cet effet les approches intersectorielles et interdisciplinaires. Il est important d'arriver à l'autosuffisance alimentaire et de revenir aux régimes alimentaires traditionnels et aux aliments locaux. La promotion de l'allaitement maternel et de l'alimentation complémentaire appropriée était également vue comme une stratégie clé de la réduction de la malnutrition.

87. Les délégués ont insisté sur l'importance des soins prénatals et postnatals et du suivi régulier de la croissance et du développement de l'enfant pour dépister ceux à risques et prendre rapidement les actions nécessaires pour traiter tout problème nutritionnel identifié, surtout pendant les cinq premières années de la vie, époque vitale pour briser le cycle intergénérationnel de la malnutrition. On a reconnu qu'une petite taille-pour-âge était le meilleur indicateur de la malnutrition chronique et un bon indicateur supplétif des conditions de vie de la population et de l'effet à moyen et à long termes de la réduction de la pauvreté. On a indiqué par ailleurs qu'il était tout aussi important de suivre d'autres aspects de la malnutrition, comme l'anémie et la carence en iode, qui sont encore répandus dans la Région, même dans les pays où la sous-nutrition n'est pas un problème. On a également remarqué que le plan d'action fixait le but de la prévention ou de la réduction de la prévalence du poids excessif et de l'obésité sans toutefois se donner une cible en termes de pourcentage et n'identifiant pas non une population cible pour le but. On a suggéré que le plan se donne des cibles intermédiaires pour qu'une évaluation à mi-parcours puisse être entreprise et que toutes mesures correctives puissent être prises à temps.

88. Les délégués ont remarqué que les interventions gouvernementales à elles seules ne sauraient résoudre le problème de la malnutrition chronique et qu'il fallait donc forger des partenariats publics-privés et renforcer la collaboration entre les pays. Le partenariat international et la coordination internationale des activités de lutte contre la malnutrition s'inscrivent au premier plan et on a applaudi au travail de l'Alliance panaméricaine pour la nutrition et le développement. Les délégations se sont montrées reconnaissantes pour le soutien que leur pays avait reçu de l'Institut des Caraïbes pour l'alimentation et la nutrition. On a proposé de mettre sur pied un groupe technique, coordonné par l'OPS, pour soutenir les processus nationaux de planification et apporter une aide pour la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation subséquents de la stratégie et du plan d'action.

89. Plusieurs délégations ont souligné la nécessité de s'attaquer non seulement à la sous-nutrition mais aussi à la surnutrition pour réduire les problèmes du poids excessif et de l'obésité, surtout chez les enfants, afin d'enrayer la montée des maladies chroniques dans la Région et la grimpée des coûts des soins de santé. Il est également de première importance de promouvoir des régimes alimentaires équilibrés et des styles de vie sains et d'éduquer le public pour qu'il adopte des comportements sains et une bonne nutrition. On a souligné le rôle que pouvaient jouer les mass médias dans la promotion de tels comportements. Les programmes scolaires de santé et de nutrition ont également été vus comme une bonne filière pour combler les déficits nutritionnels et encourager de bonnes habitudes alimentaires. Le Délégué des Pays-Bas a proposé de tenir un forum panaméricain sur l'obésité, surtout l'obésité chez l'enfant, à Aruba du 8 au 11 juin 2011.

90. Le Dr Manuel Peña (Coordinateur, Alliance panaméricaine pour la nutrition et le développement) a indiqué qu'il avait pris note attentivement des commentaires du Conseil et que ceux-ci seraient intégrés à la stratégie et au plan d'action.

91. Le Conseil a adopté la résolution CD50.R11, avalisant la stratégie et le plan d'action.

***Renforcement des programmes de vaccination (document CD50/14)***

92. Le Dr Celsius Waterberg (Représentant du Comité exécutif) a fait savoir que le Comité avait affirmé l'importance et l'efficacité de la vaccination en tant qu'outil capital de bien public, appuyant pleinement le Programme élargi de vaccination et le Fonds renouvelable de l'OPS pour l'achat de vaccins. Le Comité avait également soutenu les efforts faits par l'OPS pour renforcer les programmes nationaux de vaccination en vue d'arriver à de niveaux de couverture de 95% ou plus et de maintenir les gains déjà acquis dans le contrôle des maladies évitables par vaccin toute en continuant d'avancer pour arriver à de nouvelles réussites. A également été mis en avant le besoin de renforcer la surveillance des effets indésirables liés à la vaccination ou à l'immunisation (EVASI). Une telle surveillance est jugée nécessaire pour apaiser les craintes du public à propos des vaccins et maintenir sa confiance dans les programmes de vaccination. Un délégué a suggéré qu'on supprime la référence à la vaccination en tant que bien public dans la résolution proposée sur ce point de l'ordre du jour puisqu'il n'existe pas de définition acceptée internationalement du terme « bien public ». D'autres citant les réussites spectaculaires de la Région sur le plan de l'éradication, de l'élimination et du contrôle des maladies évitables par vaccin portaient du principe que l'immunisation qualifiait sans question aucune de bien public. En fin de compte, le Comité a convenu de maintenir la référence à la vaccination comme un bien public mais l'a qualifié en changeant les termes du troisième paragraphe en préambule. Le Comité avait adopté la résolution CE146.R7 sur ce point de l'ordre du jour.

93. Le Conseil directeur a fait un accueil enthousiaste au document conceptuel sur le renforcement des programmes de vaccination. On a rappelé que les Amériques avaient été la première Région ayant mis sur pied un programme de soutien technique et administratif pour les États membres axé sur la prévention des maladies par le biais d'une vaccination abordable, programme qui était devenu l'exemple même à suivre pour d'autres régions. Grâce aux vaccinations par des agents de santé bien formés et très engagés, la Région avait été la première par exemple à éradiquer la poliomyélite et a éliminé la rougeole autochtone et était en bonne voie d'éliminer la rubéole et le syndrome de rubéole congénitale. Pour certains délégués, la vaccination devait être définie comme un bien public et, pour un certain d'entre eux, la santé des populations devait toujours passer avant les intérêts commerciaux des producteurs de vaccins. On a également mentionné l'enseignement retiré de la pandémie du H1N1 2009, se rapportant par

exemple à la nécessité d'améliorer les données sur la couverture vaccinale pour identifier les zones à faible couverture au niveau sous-national et pour éviter les erreurs dans l'interprétation des données sur la couverture, les États membres ayant d'ailleurs demandé l'assistance de l'OPS à cet égard. Il est également de première importance, tel qu'il a été souligné, de renforcer la surveillance épidémiologique des maladies évitables par vaccin, y compris par l'intermédiaire des sites sentinelles au même titre qu'il faut évaluer la capacité nationale de production de vaccins et renforcer les capacités de laboratoire de diagnostic. On a suggéré de mettre en place des réseaux stratégiques pour encourager l'innovation, le développement et la production d'agents biologiques au niveau régional.

94. Tous les délégués qui ont pris la parole ont souligné l'importance du Programme élargi de vaccination du Fonds renouvelable pour l'achat de vaccins, louant ces mécanismes qui ont grandement facilité l'accès aux vaccins, surtout les nouveaux vaccins onéreux. Certains délégués ont demandé si le vaccin conjugué antipneumococcique 13 valent serait disponible par le biais du Fonds renouvelable. D'autres délégués se sont montrés préoccupés du fait qu'il n'existait toujours pas de vaccins contre la dengue, préoccupation à laquelle a répondu le Délégué du Mexique indiquant que les phases 2 et 3 des essais cliniques du vaccin contre la dengue étaient en cours dans son pays et qu'il espérait que le vaccin serait disponible d'ici 2014. Les délégués de deux pays des Caraïbes ont noté que le fait qu'ils ne présentaient pas les conditions requises pour le financement de l'Alliance GAVI leur rendait la tâche bien difficile pour assurer une couverture vaccinale universelle, d'autant plus que leur pays connaissait une charge de morbidité élevée et que ces maladies étaient ciblées par certains des vaccins plus novateurs et plus onéreux. Ils espéraient que l'OPS aiderait à rendre ces vaccins plus disponibles pour tous les États membres. Un délégué a remarqué qu'il était encouragé d'apprendre que l'OPS avait tenu des discussions avec l'Alliance GAVI en vue de s'assurer que les populations de la Région avaient un accès complet aux nouveaux vaccins importants à un coût abordable.

95. Les délégués ont décrit les activités réalisées dans le cadre de leurs programmes nationaux de vaccination ainsi que leurs réussites concernant le contrôle et l'élimination des maladies. On a attiré l'attention sur l'importance des campagnes pour sensibiliser aux avantages de la vaccination et aux dangers des maladies en question. Une déléguée a indiqué que le mouvement anti-vaccination s'était infiltré même parmi les professionnels de la santé de son pays, ce qui avait entravé le programme de vaccination du H1N1. On a suggéré que la résolution proposée traite de cette question.

96. Le Dr Cuauhtémoc Ruiz Matus (Conseiller senior, Vaccinations familiales complètes, BSP) a indiqué que le Bureau rédige un alinéa supplémentaire concernant les campagnes anti-vaccinations pour la résolution proposée. Il a souligné l'importance d'apporter une information opportune et exacte aux professionnels de la santé et au

public pour contrer de telles campagnes. Concernant le vaccin conjugué contre le pneumocoque, il a indiqué que le Fonds renouvelable avait lancé un appel d'offres et avait reçu des soumissions pour le 10-valent et le 13-valent vaccins. Ces propositions étaient à l'étude et les résultats seraient communiqués en temps voulu.

97. Le Dr Socorro Gross-Galiano (Sous-directrice, BSP) a assuré le Conseil que l'OPS continuerait de renforcer son soutien pour les activités de vaccination, afin que les générations à venir puissent vivre exemptes de moult maladies du passé.

98. Le Conseil a adopté la résolution CD50.R5.

***Stratégie et Plan d'action pour l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis congénitale (document CD50/15)***

99. Mme Miriam Naarendorp (Représentante du Comité exécutif) a fait savoir que le Comité exécutif avait noté avec satisfaction la stratégie et le plan d'action proposés pour l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis congénitale. Les membres du comité ont avalisé le but de l'élimination, en espérant que l'adoption de la résolution proposée sur cette question aiderait à mobiliser l'action et permettrait d'atteindre le but d'ici 2015, contribuant également à la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le développement. Le Comité a adopté la résolution CE146.R15, recommandant que le 50<sup>e</sup> Conseil directeur avalise la stratégie et donne son approbation au plan d'action.

100. Le Conseil a également fait un accueil favorable à la stratégie et au plan d'action proposés et a avalisé le but de l'élimination de la transmission mère-à-enfant du VIH et de la syphilis congénitale d'ici 2015, jugée faisable d'un point de vue biologique, programmatique et financier. On a noté toutefois que le but ne saurait être atteint que s'il existait un solide engagement et que tous les efforts nécessaires seraient faits, surtout par les agents de soins de santé dans les services de soins primaires et de santé maternelle et périnatale. On a également noté que le climat économique actuel et la perte de financement du Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme pour certains États membres risquaient de ralentir les progrès faits en vue d'atteindre le but de l'élimination. Les délégués ont recommandé de déterminer le coût de la stratégie et de se concentrer davantage sur l'engagement et la participation des hommes. On a encouragé l'OPS à s'inspirer de l'enseignement tiré d'autres initiatives d'élimination des maladies pour la mise en œuvre de la stratégie et du plan d'action.

101. Les délégués ont exprimé leur reconnaissance à l'OPS pour son rôle de leader des efforts régionaux faits pour réduire la syphilis congénitale et l'infection à VIH, demandant que l'Organisation et d'autres organismes de coopération bilatérale continuent à apporter leur appui aux États membres alors qu'ils mettent en œuvre la stratégie et le

plan d'action. La Déléguée du Suriname a fait savoir que les médecins chefs de la sous-région des Caraïbes s'étaient rencontrés au début de l'année pour discuter de la question et avaient cerné plusieurs domaines d'importance critique qui avaient besoin d'être renforcés, dont les algorithmes de test et de traitement, la validation et la disponibilité des test de diagnostic rapide, les systèmes de tenue de dossier des patients, les systèmes de suivi et d'évaluation et les programmes spéciaux ciblant les hommes. Un soutien devait également être accordé à d'autres domaines, notamment pour l'expansion des services de santé maternelle et infantile au niveau des soins de santé primaires, le renforcement de la surveillance du VIH et de la syphilis, l'amélioration des services de dépistage et traitement précoce du VIH et de la syphilis pour les femmes enceintes et les nouveau-nés et l'amélioration également des tests en laboratoire. La Déléguée des Bahamas a vivement recommandé l'accréditation du laboratoire de référence au Centre d'épidémiologie des Caraïbes (CAREC) pour lui permettre de vérifier l'élimination de la transmission mère-à-enfant du VIH et de la syphilis congénitale.

102. Plusieurs délégations ont noté que les activités entreprises dans le cadre du plan d'action, à l'instar de la stratégie et du plan sur la malnutrition chronique (voir paragraphes 84 à 91 ci-dessus) et d'autres initiatives discutées par le Conseil, contribueront probablement à la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le développement et à la maternité sans risques ainsi qu'à une meilleure santé néonatale. L'importance d'une approche multidisciplinaire, en étroite collaboration entre les services de santé maternelle et infantile et les programmes de prévention et de contrôle du VIH et d'autres infections sexuellement transmissibles a été mise en exergue. Toute aussi importante est l'approche intégrée avec l'engagement communautaire au niveau local. Il est capital d'assurer le traitement des hommes atteints de syphilis pour prévenir l'infection ou la réinfection de leurs partenaires féminines. Les délégués ont souligné la nécessité d'adapter la stratégie et le plan d'action aux conditions, besoins et structures du système de santé de chaque pays tout en tenant également compte des perspectives multiethniques, multilingues et multiculturelles. La valeur du partage d'expériences entre les pays a été reconnue et soulignée, surtout entre les pays qui ont déjà éliminé la syphilis congénitale et qui sont proches de l'élimination de la transmission mère à enfant du VIH et les pays qui ont fait moins de progrès à cet égard. De nombreux délégués ont affirmé que leur Gouvernements étaient prêts à collaborer avec d'autres États membres et avec le Bureau pour mettre en œuvre la résolution afférente à ce point de l'ordre du jour. On a encouragé les États membres à envisager de signer l'énoncé d'engagement adopté lors d'une consultation technique de l'OMS sur la syphilis congénitale, tenue en juillet 2007.

103. Le Dr Gina Tambini (Gérante, Santé familiale et communautaire, BSP) a remercié le Conseil pour le soutien qu'il apporte à la stratégie et au plan d'action. Elle a assuré aux États membres qu'elle avait pris soigneusement note de leurs commentaires et recommandations et que le Bureau continuerait à travailler en étroite collaboration avec

eux et d'autres partenaires pour atteindre le but de l'élimination de la transmission mère-à-enfant du VIH et de la syphilis congénitale.

104. Le Dr Socorro Gross-Galiano (Sous-directrice, BSP) a observé que la mise en œuvre réussie de la stratégie et du plan d'action permettrait aux Amériques de devenir la première région à éliminer la transmission verticale du VIH et de la syphilis. Elle a souligné que l'OPS faisait tous les efforts possibles pour assurer la durabilité des activités de prévention et de contrôle du VIH/SIDA dans la Région, surtout au vu de la crise économique et financière actuelle, du coût élevé des médicaments antirétroviraux et des changements dans les politiques d'éligibilité du Fonds mondial.

105. Le Conseil a adopté la résolution CD50.R12, avalisant la stratégie et approuvant le plan d'action.

***Stratégie et Plan d'action pour la prévention de la maladie de Chagas, son contrôle et sa prise en charge (document CD50/16)***

106. Le Dr Marthelise Eersel (Représentante du Comité exécutif) a fait savoir que le Comité exécutif avait pleinement appuyé la stratégie et le plan d'action pour la prévention, le contrôle et les soins contre la maladie de Chagas et a félicité l'OPS pour son rôle de leader des efforts régionaux faits pour prévenir et contrôler la maladie de Chagas. Le Comité avait noté avec plaisir les progrès dans la lutte contre cette maladie dans la Région tout en indiquant qu'il fallait continuer l'effort conjoint pour arriver au but de l'élimination de la maladie de Chagas en tant que problème de santé publique d'ici 2015. A été mise en évidence l'importance à cette fin d'une vigilance continue dans les régions de non-endémicité et d'endémicité antérieure. Les délégués avaient souligné l'importance de prêter attention aux déterminants sociaux et environnementaux qui contribuent à la persistance de la maladie. Ils ont également souligné la nécessité de redoubler d'efforts pour prévenir la transmission de *Trypanosoma cruzi* par le biais de modes autres que le mode par vecteur. Plusieurs délégués ont indiqué que la transmission par les aliments était un problème dans leur pays.

107. Le Comité avait mis en relief l'importance de la recherche, surtout sur la résistance aux insecticides et sur les méthodes de diagnostic rapides et abordables. On a également souligné l'importance de la formation des ressources humaines et on a proposé de rajouter au plan d'action un troisième but concernant le renforcement de la formation des ressources humaines. La promotion de la recherche et de la formation a été retenue comme un rôle important de l'OPS au même titre que le soutien et la coopération pour améliorer la disponibilité et l'accès aux médicaments utilisés pour traiter la maladie de Chagas. L'OPS devait toutefois vérifier que sa coopération vienne augmenter les efforts et ne soit pas répétitive, faisant un double emploi des ressources. Le Comité exécutif a

adopté la résolution CE146.R14, recommandant que le 50<sup>e</sup> Conseil directeur avalise la Stratégie et approuve le Plan d'action pour la prévention, le contrôle et les soins contre la maladie de Chagas.

108. Le Conseil a applaudi à la stratégie et au plan d'action et a appuyé le but de l'interruption de la transmission domestique par vecteur de *Trypanosoma cruzi* d'ici 2015, bien que, pour une déléguée, 2020 soit une cible plus réaliste, au vu de l'évolution et de la prévalence continue de la maladie dans la Région et des progrès relativement lents qui sont faits à ce jour au niveau de son contrôle et de son élimination éventuelle. De nombreuses délégations ont fait ressortir les liens entre la maladie de Chagas et la pauvreté et ont insisté sur la nécessité de déployer une action multisectorielle pour arriver à traiter les déterminants socioéconomiques contribuant à la maladie. A l'instar du Comité exécutif, le Conseil avait mis en exergue l'importance de la surveillance et du dépistage dans les régions de non-endémicité et d'endémicité antérieure, puisque la maladie risquait de se propager ou de réapparaître dans ces régions suite à la migration de la population, à la déforestation et aux changements dans l'habit du vecteur. Le dépistage des femmes enceintes a été jugé particulièrement important pour prévenir la transmission congénitale de l'infection. Il est également très important de mener une action conjointe entre les pays et de coordonner les activités entre les départements des ministères de la santé (y compris les services en charge de la santé maternelle et infantile, des soins de santé primaires et de la surveillance des maladies). Autre priorité : la formation du personnel médical pour qu'il dispose des compétences nécessaires pour reconnaître la maladie.

109. De meilleurs tests de diagnostic de la maladie et une plus grande disponibilité des médicaments pour son traitement sont des moyens qui ont été jugés de première importance dans la lutte contre cette maladie. A cette fin, on a convenu que la résolution proposée sur ce point de l'ordre du jour demande aux États membres d'explorer et de promouvoir le cas échéant une gamme de plans d'incitation à la recherche et au développement, comprenant si nécessaire une séparation entre les coûts de la recherche et du développement et le prix des produits de santé (avec remise de prix par exemple). On a noté que les États membres devaient formuler le programme de recherche et de développement pour la Région. Les pays où la maladie est endémique devraient chercher à estimer leurs besoins en médicaments pour traiter la maladie de Chagas afin que les producteurs sachent combien ils doivent produire et ainsi les médicaments pourraient devenir disponibles à des prix abordables. De plus, on a suggéré qu'il serait probablement utile de créer un stock régional de médicaments auquel auraient les pays en cas de besoin et d'augmenter la disponibilité des tests de diagnostic et de médicaments pour le traitement par le biais du fonds renouvelable régional pour les fournitures stratégiques de santé publique.

110. Le Délégué du Pérou a indiqué que l'interruption de la transmission de *T. cruzi* avait été certifiée récemment dans un département en plus de son pays et a demandé que les données sur le Pérou présentée en Annexe A du document CD50/16 soient mises à jour en voie de conséquence.

111. Le Conseil a adopté la résolution CD50.R17, avalisant la stratégie et approuvant le plan d'action.

***Santé, sécurité humaine et bien-être (document CD50/17)***

112. Mme Miriam Naarendorp (Représentante du Comité exécutif) a fait savoir que le Comité exécutif avait été heureux de discuter du sujet de la santé, de la sécurité humaine et du bien-être bien qu'il ait également soulevé des objections et des questions concernant certaines des idées et des propositions avancées dans le document conceptuel et dans la résolution proposée sur ce point de l'ordre du jour. Les membres ont convenu de l'importance et de l'actualité du thème de la sécurité humaine mais, à leur avis, il fallait chercher à élucider davantage le concept et sa relation à la santé et mettre au clair le rôle de l'OPS à cet égard. Plusieurs délégués ont noté que certaines des questions et des actions mentionnées dans le document débordaient la sphère de l'action en santé publique et ont fait remarquer qu'un grand nombre des questions de santé publique dont traitait le document avaient déjà été pris en compte par le Plan stratégique 2008-2012 ainsi que par des résolutions, des stratégies et des plans d'action adoptés par les Organes directeurs ces dernières années.

113. Certains membres du Comité pensaient donc que la que la mise au point d'une politique, d'une stratégie et d'un plan d'action, proposés dans la résolution, pourrait double emploi et répéter des efforts déjà faits. On a proposé à la place d'intégrer le concept de la sécurité humaine dans les divers domaines du travail de l'Organisation, en notant qu'une telle approche maintiendrait la nature multidimensionnelle et multisectorielle de la question. Par ailleurs, certains délégués pensaient qu'il serait de fait indiqué de mettre au point une politique sur la santé et la sécurité humaine afin de faciliter une meilleure compréhension du concept et son intégration aux stratégies et plans d'action existants Le Comité a adopté la résolution CE146.R18 sur ce point de l'ordre du jour.

114. Le Conseil a appuyé le concept du lien entre la santé et la sécurité humaine, notamment au vu des nouvelles menaces de santé partagées dans la communauté internationale, dont nombreuses sont d'une nature très complexe et transnationale, l'exemple étant la pandémie du H1N1 en 2009. Les délégués se sont montrés d'accord avec la vue exprimée dans le document voulant que la santé était un phénomène multidimensionnel dont la production et la protection dépendaient d'un amalgame de divers facteurs économiques, politiques, environnementaux, sociaux et culturels. Ils

étaient également d'accord avec la notion selon laquelle la santé était directement liée à la sécurité humaine puisqu'elle encourageait la responsabilisation sociale et traitait d'incertitudes fondamentales allant au-delà de la sécurité que pouvait fournir l'Etat. Le Conseil a retenu de nombreuses formes de menaces à la sécurité humaine : maladies transmissibles, changement de climat, violence, catastrophes naturelles, abus de drogues et autres. On a indiqué que ces menaces risquaient d'inverser les accomplissements de santé des Etats et partant de miner la sécurité humaine de leurs populations.

115. Les délégués étaient d'avis que le document éclairait bien la compréhension du concept de la sécurité humaine. Ils étaient d'accord pour dire qu'il n'existait pas de définition non ambiguë ou universellement acceptée du concept et ils ont noté qu'un groupe de travail de l'Assemblée générale des Nations Unies travaillait actuellement à une telle définition. Toutefois, même s'il n'existe pas encore une définition acceptée à l'échelle internationale, l'OPS continuera son travail d'étude et d'élucidation de la relation entre la santé et la sécurité humaine. On a également noté que le concept de la sécurité humaine risquerait à une rhétorique creuse tant qu'aucune action décisive ne serait prise pour aider des millions de gens à sortir de la pauvreté, pour nourrir des millions qui souffrent de la faim et traiter des facteurs socioéconomiques et environnementaux qui viennent menacer jusqu'à la survie même de la race humaine.

116. Certains délégués étaient en faveur des directives d'actions futures données dans le document alors que d'autres pensaient que tous les aspects se rapportant à ce thème étaient couverts sous une forme ou une autre dans les activités et programmes existants de l'OPS. On a noté, par exemple que plusieurs des objectifs stratégiques dans le Plan stratégique 2008-2012 comprenaient déjà des domaines de travail se rapportant à la sécurité humaine. Plusieurs délégués ont insisté sur la nécessité de mettre au clair et de délimiter le rôle spécial qu'assume l'OPS face au thème et de déterminer comment l'Organisation pouvait intégrer au mieux les diverses facettes de la sécurité humaine dans son travail. Si certains soutenaient la mise au point d'une stratégie et d'un plan d'action, le consensus pourtant entre les délégués qui ont pris la parole sur ce point de l'ordre du jour, était le suivant : au lieu de chercher à confier de nouvelles missions à l'Organisation, le Bureau devait plutôt tenter d'intégrer une dimension de la sécurité humaine dans ses politiques, plans et programmes existants. En un temps d'austérité économique, on pensait qu'il valait mieux ne pas consacrer des ressources à la formulation d'une stratégie ou d'un plan d'action. De même, il a jugé prématuré d'apporter une formation en sécurité humaine au personnel de l'OPS et aux Etats membres, tel que l'envisage la résolution proposée sur ce thème.

117. Plusieurs propositions ont été avancées pour améliorer et affiner la résolution proposée. Certains délégués pensaient qu'il fallait discuter et analyser davantage le concept de la sécurité humaine dans le contexte de la santé, en tenant compte des idées exprimées dans les documents des diverses conférences des Nations Unies. Une déléguée

a proposé que la résolution tienne compte de la nécessité de promouvoir le développement économique et social, la participation communautaire, l'inclusion sociale, l'équité, et l'éducation et de la lutte contre la pauvreté, la maladie et la faim dans le but d'arriver à la sécurité humaine.

118. Le Dr Luiz A. Galvão (Gérant, développement durable et santé environnementale, BSP), répondant aux réserves émises sur la question de la formation, a expliqué que l'idée consistait uniquement à clarifier pour le personnel de l'OPS et des États membres la relation entre la santé et la sécurité humaine, car une grande confusion entourait le concept dans le secteur de la santé, bien qu'il ait fait l'objet de maintes discussions depuis un certain nombre d'années.

119. La Directrice a ajouté que le concept de la "sécurité", signifiant réduction des risques et des vulnérabilité, avait toujours été une composante essentielle des activités de santé publique, par exemple dans la relation avec la sécurité alimentaire et la sécurité sociale. Elle a indiqué au Conseil que le Bureau ne proposait pas une nouvelle mission ou un nouveau plan d'action mais qu'il cherchait plutôt à mettre au clair la relation entre la santé et la sécurité humaine et à étudier comment les stratégies fondamentales de l'Organisation comme celles de la promotion de la santé, les soins de santé primaires et la protection sociale pouvaient contribuer à la sécurité humaine.

120. Le Conseil a adopté la résolution CD50.R16 sur ce point de l'ordre du jour.

***Stratégie sur la consommation de substances psychoactives et la santé publique (document CD50/18, Rév. 1)***

121. Le Dr Celsius Waterberg (Représentant du Comité exécutif) a fait savoir que le Comité exécutif, tout en notant avec satisfaction, les efforts de l'OPS pour traiter le problème de la toxicomanie, sous l'angle de la santé publique, avait pourtant exprimé des réservations sur certains aspects de la stratégie proposée. On a proposé que la stratégie prenne une approche plus générale et plus intégrée et traite du problème plus général de l'utilisation novice des substances psychoactives, en fonction du modèle de la stratégie mondiale de l'OMS pour réduire l'utilisation novice de l'alcool. Certains délégués pensaient qu'une clarification conceptuelle était nécessaire pour cerner de manière plus précise la sphère d'action en santé et le rôle de l'OPS face au problème. On a remarqué que certaines des activités envisagées par la stratégie proposée en juin n'entraient nullement dans la portée de la réduction de la demande et que c'était bien ce dernier aspect conjugué au traitement qui représentait l'activité prioritaire dont devait s'occuper l'OPS.

122. Le Comité a souligné que la stratégie accordait une bien plus grande importance au traitement de l'abus de drogues sous l'angle de la santé publique et qu'elle devait

traiter de problèmes comme le manque d'accès au traitement indiqué pour les personnes qui sont dépendantes ainsi que la stigmatisation et l'exclusion sociale de telles personnes. Il est important de se donner une approche intersectorielle et des approches à base communautaire en matière de prévention, de traitement et de récupération. Le Comité a fait ressortir l'importance du caractère conforme et complémentaire entre la stratégie proposée de l'OPS et des initiatives connexes d'autres organisations dans les Nations Unies et les systèmes interaméricains, surtout la stratégie continentale sur les drogues, adoptée par la Commission interaméricaine pour le contrôle de l'abus de drogues (CICAD) de l'Organisation des Etats américains en mai 2010.

123. Au vu des réservations exprimées, le Comité n'avait pas pensé qu'il était en position d'avaliser la stratégie telle qu'elle était proposée dans le document CE146/13, Rév. 1. Il avait donc décidé de créer un groupe de travail chargé d'entreprendre un examen plus rigoureux de la proposition et de faciliter un consensus sur une proposition revue qui serait présenté au 50<sup>e</sup> Conseil directeur. Le résultat du travail du groupe est expliqué dans le document CD50/18, Rév. 1.

124. Le Conseil a noté avec satisfaction la stratégie revue et a remercié le Comité exécutif de ses efforts. A l'exemple du Comité, le Conseil a souligné la nécessité d'aborder le problème de la toxicomanie sous l'angle de la santé publique, notamment à l'aide d'interventions ciblées pour des groupes à haut risques et des programmes à base communautaire. De tels programmes sont jugés particulièrement importants pour les jeunes et les femmes, On a noté que les femmes refusaient souvent un traitement en milieu hospitalier car elles ne voulaient pas laisser leur famille. On a insisté sur l'importance d'un dépistage et traitement précoces des problèmes d'abus de substances psychoactives au même titre que l'augmentation du nombre de personnel formé adéquatement pour prendre en charge le traitement et la récupération et donner des conseils aux personnes souffrant de tels problèmes. On espérait que la Stratégie pour le renforcement des compétences du personnel de santé (voir paragraphes 65 à 76 ci-dessus) aiderait à répondre à ce besoin.

125. Plusieurs délégués ont relevé le besoin de se donner des stratégies en vue de réduire la demande ainsi que l'offre de substances psychoactives. Il est également de toute première importance de faire respecter les lois existantes interdisant la vente d'alcool et de produits de tabac aux mineurs et de prendre des sanctions plus sévères contre les entreprises qui visent les jeunes dans leur publicité et promotion de tels produits. Les délégués ont souligné l'importance de la collaboration entre les pays et de la coopération intersectorielle au niveau des activités de réduction de la demande et de l'offre. La coopération avec les programmes et les autorités de santé mentale a été jugée particulièrement importante.

126. De nombreuses délégations ont parlé de leurs plans, programmes et stratégies de prévention et de contrôle de l'abus des substances psychoactives, notant l'alignement entre ces activités et la stratégie régionale proposée. Plusieurs délégués ont mentionné des campagnes de sensibilisation et des initiatives de prévention en milieu scolaire ciblant les jeunes dans leurs pays. D'autres ont décrit des programmes à base communautaire utilisant des approches de soins de santé primaires. Plusieurs ont fait référence au travail législatif visant à contrôler l'offre de substances psychoactives et à vérifier la disponibilité du traitement pour les personnes souffrant de ce problème. Un grand nombre de délégués ont indiqué que l'alcool était la substance psychoactive la plus consommée dans leur pays et ont insisté sur le besoin de se donner une approche coordonnée et intégrée aux problèmes de l'abus de substances psychoactives et à l'utilisation novice de l'alcool.

127. L'importance de la collaboration entre l'OPS et d'autres organisations, surtout l'OEA, pour formuler le plan d'action de la mise en œuvre de la stratégie a également été soulignée. Il faut compléter et non pas répéter les objectifs et les priorités fixés dans la stratégie continentale de lutte contre les drogues de la Commission interaméricaine du contrôle de l'abus de drogues.

128. Le Dr Luiz A. Galvão (Gérant, développement durable et santé environnementale, PBS) a indiqué que la collaboration entre le Bureau et le Comité exécutif, pour revoir la stratégie, avait permis d'arriver à un résultat qui témoignait véritablement de l'effort collectif et qui était un modèle de collaboration avec les États membres pour la formulation des futures stratégies et des futurs documents positionnels. Il a remercié les délégués de leurs contributions, qui ont aidé à améliorer la stratégie. Il a assuré le Conseil que l'OPS travaillait en étroite collaboration avec l'OEA dans le cadre d'efforts régionaux pour enrayer l'abus de substances psychoactives et continuer de le faire à l'avenir.

129. Le Dr Socorro Gross-Galiano (Sous-directrice, BSP) a également remercié les membres du Comité exécutif et autres États membres qui avaient participé à la révision de la stratégie et a encouragé une participation similaire à la formulation du plan d'action qui intégrera les meilleures pratiques tirées des expériences des pays de la Région.

130. Le Conseil a adopté la résolution CD50.R2, avalisant la stratégie et demandant à la Directrice de préparer un plan d'action de 10 ans pour sa mise en œuvre.

***Table ronde sur l'urbanisme et la vie saine (document CD50/19, Add. I et Add. II)***

131. Une discussion en table ronde a été organisée pour que les pays puissent se pencher sur les solutions possibles aux problèmes de santé associés à l'urbanisation. Le Président a ouvert la discussion, observant que le monde s'urbanisait à un rythme jamais

vu. Si 13% de la population du monde vivait dans des villes en 1900, cette proportion passera à 49% en 2005. Les villes attirent les migrants car elles offrent le potentiel d'améliorer la qualité de la vie des gens et leur bien-être grâce aux économies d'échelle et à la disponibilité de l'éducation et offre d'emplois, d'aliments et de soins médicaux. Par ailleurs, vu que les soins médicaux sont généralement davantage disponibles dans les zones urbaines que dans les zones rurales, la croissance urbaine extrêmement rapide dans la Région des Amériques a dépassé la capacité des villes à fournir les services et obère les services de soins de santé qui ont de plus en plus de mal à prendre en charge les gens souffrant de maladies chroniques non transmissibles comme le cancer, le diabète, les troubles respiratoires et cardiovasculaires alors qu'il faut déployer parallèlement une lutte contre les maladies transmissibles qui se propagent facilement dans les environnements urbains, comme les infections sexuellement transmissibles, le VIH/SIDA, la dengue, la fièvre jaune et la tuberculose.

132. La santé dans les zones urbaines est également très affectée par le changement climatique. Si le changement climatique se répercute aussi sur les zones rurales, il n'en reste pas moins que son impact sur les personnes des zones urbaines est tout simplement plus prononcé car un pourcentage plus élevé de la population vit dans les villes. Le secteur de la santé dans les Amériques doit être préparé à faire face aux effets du changement climatique sur la santé, surtout dans les zones urbaines. En décembre 2010, le Mexique accueillera la seizième session de la Conférence des Parties auprès de la Convention cadre des Nations Unies sur le changement climatique et ce sera l'occasion idéale pour les pays de la Région de partager les préoccupations du secteur de la santé concernant le changement climatique.

133. Le Dr Jacob Kumaresan (Directeur, Centre OMS pour le développement de la santé, Kobe, Japon) a introduit le thème, notant que plus de la moitié de la population du monde vit dans des villes de nos jours et que, d'ici 2050, sept sur 10 personnes seront des citadins. En Amérique latine et aux Caraïbes, 80% de la population vit actuellement dans un contexte urbain. Environ 110 millions de personnes, soit le quart de la population de la Région, vit dans des bidonvilles. Les villes font face à trois menaces : les maladies infectieuses exacerbées par de mauvaises conditions de vie ; les maladies non transmissibles et les conditions créées par des régimes alimentaires malsains ou le manque d'activité physique, la consommation de tabac et d'alcool ; les traumatismes, les accidents de la route, la violence et les crimes. Certes, l'urbanisation et la croissance des villes ont été associées à la prospérité économique, et pourtant au niveau agrégé, c'est dans les populations urbaines qu'on note les plus grandes disparités du monde entre la classe inférieure, moyenne et supérieure. Les Objectifs du Millénaire pour le développement ne sauront être atteints si on ne cherche pas rapidement à combler de tels écarts et de telles inégalités sur le plan de la santé.

134. L'OMS a mis au point une évaluation de l'équité en santé urbaine et un outil de réponse permettant aux décideurs d'analyser les inégalités sur le plan de la santé et de donner un ordre prioritaire aux actions appropriées. En novembre 2010, un Forum mondial des responsables municipaux et des ministres nationaux de multiples secteurs se tiendra à Kobe pour étudier et convenir des actions permettant de réduire les inégalités sur le plan santé dans les villes. Sera également disponible à ce moment là le Rapport OMS/UN-HABITAT sur les inégalités de la santé dans les villes, dégageant des données probantes pour aider les dirigeants nationaux et municipaux à prendre les actions pertinentes.

135. Le Dr Nils Daulaire (Directeur, Office santé globale, Département des Etats-Unis pour les services humains et de santé) a fait le discours principal montrant que l'urbanisation était l'événement démographique dominant des temps actuels. Alors que 80% de la population de la Région des Amériques vit dans des zones urbaines, il devient inévitable pour les activités de santé publique de ne pas traiter les questions de santé urbaine. Les villes offrent de bonnes possibilités d'éducation et d'emploi ainsi qu'un accès élargi aux services comme les soins de santé. Aussi, pensait-on que les citadins étaient en meilleure santé que leurs camarades des campagnes. Et pourtant, les taux de morbidité et de mortalité étaient souvent plus élevés dans les zones urbaines et l'urbanisation en elle-même présentait des menaces pour la santé et le bien-être sous forme de maladies infectieuses susceptibles à une transmission de haute densité, du style de vie et des maladies environnementales ainsi que des traumatismes intentionnels et non intentionnels.

136. Les mégavilles ont obéré la capacité des collectivités locales à fournir des services. Notamment dans les quartiers marginaux, les barrios et les bidonvilles, l'accès aux soins de santé et autres services de base, notamment l'assainissement, est limité ou non existant. Même dans les zones urbaines plus aisées de pays développés, on constate des disparités marquées sur le plan de la santé. Plutôt que par la biologie ou la génétique, de telles différences de santé s'expliquent par les inégalités sociales et les différences dans le niveau de stress, le comportement, le style de vie et autres facteurs environnementaux. Les ministères de la santé doivent utiliser une combinaison de stratégies et d'interventions car les situations locales sont différentes mais qu'elle que soit la stratégie, le rôle du gouvernement local est essentiel pour réduire les disparités sur le plan de la santé.

137. En 2009 le Ministère de la santé des Etats-Unis a lancé un appel à l'action auprès des collectivités locales leur demandant de se doter des politiques et de plans pour des foyers sains et a apporté une formation au personnel de santé, organisant également des visites à domicile, pour détecter les carences et aider les familles qui vivent dans des foyers insalubres. De simples listes de vérification ont été mises au point pour guider les

individus, les familles et les propriétaires à prendre des mesures qui rendraient les foyers plus sûrs et plus sains.

138. Au niveau mondial, au début des années 80, l'OMS a lancé l'initiative Villes saines, responsabilisant les communautés et les villes pour qu'elles prennent en main les problèmes de santé locaux. Les Centers for Disease Control and Prevention des Etats-Unis ont appliqué les éléments de l'initiative Villes saines de l'OMS dans le cadre de leur initiative Conception communautaire saine. Les objectifs consistent à promouvoir l'activité physique, à élargir l'accès aux aliments sains, à améliorer la qualité de l'air et de l'eau, à minimiser les effets du changement climatique, à diminuer le stress de santé mentale et à donner accès à l'éducation et aux ressources professionnelles. Les CDC ont mis au point des kits d'outils aidant les municipalités à appliquer les conceptions des communautés saines. De tels outils peuvent être partagés facilement avec les parties intéressées d'autres pays du monde. L'évaluation de l'impact sur la santé est un outil important de la Conception communautaire saine, utilisée pour évaluer objectivement une politique de santé avant qu'elle ne soit mise en œuvre. Cet outil est utilisé pour intégrer l'éventuel impact sur la santé publique dans le processus décisionnels concernant les projets et politiques dans le secteur de la santé et en dehors, pour des domaines tels que les transports et l'utilisation des sols.

139. En général, les étapes prises par les Etats-Unis correspondent à celles mentionnées par le Directeur général de l'OMS le jour de la Santé dans le monde en 2010. S'agissant d'une planification urbaine favorisant des comportements sains et la sécurité, l'amélioration des conditions de vie urbaine, d'une gouvernance urbaine participative, de la construction de villes incluses et accessibles et de la protection des zones urbaines pour les rendre résistantes aux urgences et catastrophes. Certaines de ces actions relèvent de l'autorité des ministères de la santé et d'autres entrent dans la portée de secteurs différents. Par le biais de la coordination et de la planification conjointe, les ministères de la santé doivent devenir des catalyseurs poussant ces autres secteurs à tenir compte des impacts sur la santé de leurs propres plans et programmes.

140. Suivant les remarques d'introduction susmentionnées, les délégués ont participé à l'un des trois panels de discussion. Tous les panels ont discuté des quatre questions suivantes : 1) Comment développer des initiatives intersectorielles pertinentes en vue de modifier les déterminants de la santé en milieux urbains ? 2) Quel serait le rôle du Ministère de la santé en matière de planification préalable dans la perspective d'un avenir sain pour les villes ? 3) Comment les services de santé et d'autres secteurs pertinents doivent-ils agir en ce qui a trait à la gestion des villes en vue de prévenir et de contrôler les risques que pose le changement climatique pour la santé ? et 4) Que faut-il faire pour appuyer et effectuer le suivi de ce thème par le Bureau sanitaire panaméricain et les États membres ?

141. Le Dr Socorro Gross-Galiano (Directrice adjointe, BSP) a présenté le rapport final des groupes de discussion (document CD50/19, Add.II), mettant en exergue les points saillants des discussions. Les groupes de discussion ont reconnu que la réalisation des objectifs de santé dans les environnements urbains exigera de solides instruments et stratégies pour renforcer les liens entre le secteur de la santé et d'autres secteurs, vu que les secteurs autres que celui de la santé pourraient avoir une plus grande capacité de traiter les déterminants de la santé au sein des populations urbaines. Les autorités nationales et locales devront déterminer quelles sont les interventions clés avec lesquels la collaboration intersectorielle s'avère essentielle et créer des mécanismes qui encouragent le maintien de ces liens et l'inclusion d'aspects importants de la santé dans toutes les politiques. Des critères de santé publique seront intégrés aux plans urbains, et la santé figurera dans toutes les politiques par le biais de l'utilisation de l'outil d'évaluation de l'équité en santé urbaine.

142. La table ronde a également retenu les changements nécessaires dans la conception et la structure des services de santé, surtout les soins de santé primaires, qui sont dispensés aux populations urbaines. Les barrières qui entravent le travail des ministères de la santé et leur capacité à réorienter les services de santé doivent être reconnus pour les adapter à la dynamique sociale, économique et démographique des villes, rapprochant le service de l'utilisateur et étendant la couverture. Des changements sont également nécessaires dans leur conception et organisation concernant les soins de santé primaires pour les adapter à la dynamique démographique, sociale et économique des villes.

143. Les délégués ont également demandé au BSP de renforcer la collaboration sur le plan de la formulation des outils nécessaires, notamment l'adaptation de la surveillance sanitaire/épidémiologique, l'évaluation de l'impact sur la santé, les instruments de suivi pour la prise de décision urbaine et de faciliter le partage des meilleures pratiques et de l'enseignement retiré. Les groupes de discussion ont fait ressortir le besoin de disposer d'outils permettant de détecter les effets du changement climatique puisque cela se répercutait sur la persistance, la réapparition ou la propagation des maladies infectieuses transmises par vecteur ou la propagation de maladies chroniques non transmissibles. Les groupes de discussion se sont également penchés sur la nécessité pour l'OPS de formuler une stratégie et un plan d'action régionaux préliminaires dans le domaine de la santé urbaine et une résolution aux fins de présentation au 51<sup>e</sup> Conseil directeur.

144. Les États membres ont été invités à avaliser une déclaration régionale attirant l'attention sur les implications du changement climatique pour la santé, qui serait présentée au Secrétariat de la santé du Mexique lors de la seizième session de la Conférence des Parties à la convention cadre des Nations Unies sur le changement climatique, qui se tiendra à Cancún, au Mexique, du 29 novembre au 10 décembre 2010. Les ministres de la santé et autres représentants du secteur de la santé sont invités à participer à la conférence sur le changement climatique.

145. Le Conseil a pris note de la discussion et du rapport.

***Renforcement des autorités de réglementation nationales en matière de médicaments et produits biologiques (document CD50/20, Rév. 1)***

146. Le Dr José Luis Di Fabio (Gérant, Systèmes de santé basés sur les soins de santé primaires, BSP) a rappelé que la délégation de l'Argentine, avec de le soutien de maintes autres, avait mis en relief lors de la 146<sup>e</sup> Session du Comité exécutif le besoin de renforcer la capacité des autorités réglementaire pour assurer la qualité, l'innocuité et l'efficacité des médicaments. Le Comité avait demandé au Bureau de préparer un document sur la question aux fins d'examen lors du 50<sup>e</sup> Conseil directeur. Les commentaires sur une version préliminaire avaient été reçus électroniquement par les États membres, et avaient servi à préparer la version revue présentée au Conseil.

147. Il a observé que si la responsabilité principale de la qualité, de l'innocuité et de l'efficacité des médicaments ou des produits biologiques incombe au fabricant, il revenait par contre aux autorités de réglementation nationales de vérifier que cette responsabilité est assumée, et qu'à cette fin, ces autorités devaient réaliser toute une série d'activités de suivi et de supervision. Le document et la résolution visaient à renforcer ces fonctions réglementaires, à promouvoir l'harmonisation et la standardisation des pratiques réglementaires sur l'ensemble de la Région et à encourager la coopération entre les autorités réglementaires qui étaient déjà dotées de solides procédures et celles qui avaient encore du chemin à parcourir à cet égard.

148. Le document présente un processus pour évaluer la capacité réglementaire dans chaque pays et noter les faiblesses dans le but de progresser vers une situation dans laquelle les résultats et les compétences de l'organisme de réglementation de chaque pays pouvaient être reconnus par d'autres, optimisant ainsi les ressources humaines et financières et permettant par la suite la mise sur pied d'une seule autorité réglementaire de référence pour la Région entière. Divers outils avaient été mis au point par l'OMS pour ce processus d'évaluation, notamment un outil pour évaluer la capacité des autorités de réglementation nationales concernant les médicaments et un autre pour la préqualification des vaccins. Ce travail de développement continuerait pour aboutir à la création d'un seul outil qui servirait à l'évaluation de tous les aspects du processus réglementaire. La proposition contenue dans le document vise également à renforcer la capacité des autorités de réglementation nationales à participer à l'assurance de la qualité, de la sûreté et de l'efficacité des produits achetés par l'OPS pour le compte des États membres, surtout lorsque ces produits n'ont pas été préqualifiés par l'OMS.

149. Le Conseil directeur a fait bon accueil au document et à la résolution proposée, avalisant le but de l'uniformité des normes et des pratiques sur l'ensemble de la Région, ce qui aiderait à éliminer les retards inutiles dans la mise au point et de la disponibilité de

nouveaux médicaments, tout en assurant leur qualité, leur innocuité et leur efficacité. Le Conseil a également soutenu la proposition sur le développement et la mise en œuvre d'un processus d'évaluation de la performance des autorités de réglementation nationale sur le plan des fonctions de base établies par l'OMS. Ainsi les pays compteraient-ils un cadre pour vérifier que les fonctions de réglementation et d'application répondent aux normes fixées et peuvent donc obtenir l'acceptation aux niveaux régional et international.

150. On a observé qu'en cette époque de progrès techniques rapides et également en un temps où les profits pouvant être obtenus de nouveaux produits médicaux sont considérables, il était capital de vérifier que ces produits soient soumis à un strict processus d'assurance de la qualité et certifiés par des autorités de réglementation compétentes avant d'être mis sur le marché. La diversité des ingrédients pharmaceutiques actifs, le fait qu'un grand nombre des populations de la Région consomme des produits médicaux venant de sources à l'extérieur des frontières nationales et la complexité toujours plus grande des chaînes mondiales de l'approvisionnement font de la réglementation des médicaments et des produits biologiques une question de santé publique internationale à laquelle doivent travailler ensemble les États membres.

151. Plusieurs délégués ont décrit les systèmes d'approbation et d'assurance de la qualité des médicaments dans leur propre pays et ont remercié le BSP de son aide au niveau de la mise en place de tels systèmes et pour rehausser et moderniser les entités réglementaires dans leur pays. Ils espéraient qu'un tel soutien continuerait et qu'il serait dynamisé par l'initiative proposée. Certes, la création d'autorités réglementaires de référence serait très utile aux pays dont les propres capacités réglementaires étaient encore relativement faibles. Un délégué, tout en convenant généralement des procédures pour désigner les autorités de réglementation dont il est question dans l'Annexe A du document CD50/20, Rév.1, a encouragé le BSP à mettre en place un système transparent et robuste, non seulement pour la désignation initiale des agences de référence régionales mais aussi pour les évaluations de qualité continues à l'avenir. Il a noté que de tels efforts demanderaient un engagement de ressources importantes, tant sur le plan financier que technique. Un certain nombre de délégation ont insisté sur la nécessité de disposer de solides autorités réglementaires pour superviser la qualité des grandes quantités de médicaments achetés par l'OPS par le biais de ses mécanismes d'achat pour le compte des États Membres.

152. On a fait remarquer que CARICOM avait passé plus d'une décennie à faire des consultations et des recherches sur la mise en place d'un cadre réglementaire qui tiendrait compte des différences culturelles et organisationnelles parmi les pays des Caraïbes et à vérifier la qualité des médicaments et des produits biologiques tout en évitant la circulation de produits contrefaits. Ces efforts seraient renforcés par l'initiative de l'OPS. On a également noté que, dans de nombreuses petites îles des Caraïbes, les autorités de réglementation nationales étaient non existantes ou rudimentaires. Vient remédier à cette

situation en partie l'existence du Service d'achat pharmaceutique de l'Organisation des Etats des Caraïbes orientales (OECS), qui garantit la qualité et l'innocuité des médicaments et des produits biologiques achetés dans le secteur public. Par ailleurs, il existait un secteur public en pleine croissance entièrement déréglementé. Un délégué a recommandé de créer, avec les autorités de l'OECS, un groupe de fournisseurs accrédités, qui seraient facilement accessibles au public et aux autorités nationales.

153. Un autre délégué a remarqué que l'Amérique du Sud dépendait en grande partie de produits pharmaceutiques importés et qu'il n'y avait pratiquement pas de mise au point de nouveaux médicaments dans la sous-région. La croissance dans le marché pharmaceutique sous-régional était de 12% par an mais elle était due davantage à la hausse des prix qu'au volume accru des ventes. C'était également un marché où l'utilisateur manquait d'accès à l'information. Dans un tel contexte, le renforcement des entités de réglementation des médicaments était d'importance vitale pour assurer la qualité, l'innocuité et l'efficacité des médicaments. Il était également important de mettre au point des médicaments répondant aux besoins épidémiologiques spécifiques de la sous-région, de conclure des accords avec des laboratoires de biotechnologie pour avoir accès à leurs nouveaux produits, se donner des mécanismes d'achat régionaux et créer un observatoire de la qualité et des prix sur l'ensemble des Amériques, analogue à l'observatoire des prix des médicaments pour la communauté des Andes, mis en place récemment, basé au Pérou.

154. Le Dr Di Fabio a remercié les délégués pour leurs commentaires et a félicité le Comité exécutif d'avoir soulevé ce thème important. En réponse au commentaire sur l'importance de se donner des processus transparents, il a noté que l'Annexe A du document présentait une proposition pour la mise au point de procédures qui étaient standardisées et, par conséquent, transparentes. Répondant aux commentaires des délégués des Caraïbes anglophones, il a reconnu qu'il ne serait pas possible pour tous les pays de la sous-région de remplir toutes les fonctions de réglementation des médicaments et qu'il serait donc nécessaire de travailler en collaboration pour définir le niveau minimum des fonctions que chaque pays serait en mesure d'exécuter tout en envisageant parallèlement la création d'une autorité de réglementation sous-régionale. Concernant l'idée d'un groupe de fournisseurs, il a suggéré de créer à la place des autorités de réglementation de référence dont on reconnaîtrait la qualité, d'une manière semblable à la liste des produits et des vaccins préqualifiés par l'Organisation mondiale de la Santé.

155. Le Dr Socorro Gross (Sous-directrice, BSP) a indiqué que la capacité de production et d'innovation de la Région grandissait et qu'il était donc nécessaire de renforcer sa capacité de réglementation. Elle a remercié les États membres qui apportaient un soutien technique et financier à cette fin et a affirmé que la coopération entre les pays servirait à renforcer la capacité des autorités de réglementation dans des pays où un tel renforcement était nécessaire.

156. Le Conseil a adopté la résolution CD50.R9.

***Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac : opportunités et défis concernant sa mise en œuvre aux Amériques (document CD50/26)***

157. Le Dr Celsius Waterberg (Représentant du Comité exécutif) a fait savoir que le Comité exécutif avait revu un rapport d'avancement sur la mise en œuvre de la Convention-cadre pour la lutte antitabac dans la Région. Le Comité avait félicité le Bureau pour le soutien qu'il a apporté aux pays concernant la mise en œuvre de la Convention-cadre et plusieurs délégués ont fait des mises à jour sur les progrès faits par leur pays à cet effet. On a insisté sur l'importance de traiter des questions liées au genre dans ce contexte, au vu de l'augmentation préoccupante de l'utilisation du tabac chez les filles. La Déléguée du Canada a indiqué que son gouvernement collaborait avec d'autres pays à la rédaction de directives sur l'application des articles 9 et 10 de la Convention qui concernent la réglementation et la communication de l'information, en préparation à la session de novembre 2010 de la Conférence des Parties à la convention.

158. Le Conseil directeur a accueilli favorablement le rapport et à la résolution proposée. Cette dernière était vue comme un signe de la détermination des États membres de l'OPS à ne pas ralentir le rythme des avances jusqu'à présent dans l'application de la Convention-Cadre. Le Conseil a vivement recommandé aux États membres qui n'avaient pas encore ratifié la Convention d'envisager de le faire. Certains délégués ont indiqué que les États qui ne cherchaient pas à atteindre les buts de la Convention-Cadre rendaient la tâche plus difficile aux autres, encourageant également le commerce illicite des produits du tabac.

159. De nombreuses délégations ont indiqué les mesures prises par leur pays pour appliquer les dispositions de la Convention, notamment les interdictions ou limitations de la publicité et des parrainages sur les produits du tabac, les avertissements sur les paquets de cigarettes, l'interdiction de fumer dans les endroits publics et les moyens de transport, l'interdiction de vente des cigarettes bonbons, l'interdiction de vente de cartouches contenant moins de 10 paquets pour garder trop élevé le prix d'une cartouche et l'élimination de la franchise de droits sur les produits du tabac. Ils ont également mentionné des initiatives éducatives, par exemple par le biais des groupes qui se rendent dans les écoles et universités pour présenter l'information sur les effets nocifs du tabac pour la santé et également sur les amendes pour violation des lois anti-tabac.

160. Des programmes d'éducation visant à empêcher les gens et surtout les jeunes de commencer de fumer et d'autres à arrêter de fumer sont également réalisés dans divers pays. Ces programmes utilisent toute une gamme de techniques médiatiques et de communication, y compris les sketches pour communiquer leurs messages. Certains pays ont limité l'utilisation de termes risquant d'être trompeurs, comme les étiquettes de

cigarettes « légères » ou « ultra légères » dans la description des produits de tabac. D'autres ont décrété une interdiction de fumer dans tous les lieux de travail, y compris ceux du secteur privé. Une formation est donnée au personnel des soins de santé primaires sur les manières d'arrêter de fumer et des manuels techniques sont mis au point sur certains articles spécifiques de la Convention-Cadre. Les délégués ont recommandé d'être vigilants et de faire attention aux manigances de l'industrie du tabac qui cherchent à introduire de nouvelles formes de produit de tabac dans leur pays, les bonbons à base de tabac ou ce qu'on appelle les « e-cigarettes » qui sont vendues comme un produit sans danger et ne causant aucune accoutumance, évitant ainsi les interdictions de fumer dans les endroits publics.

161. Certains pays ont trouvé qu'il était difficile de diminuer l'utilisation du tabac en augmentant les taxes sur ce produit car des prix élevés ne semblent pas avoir un effet dissuasif. Dans d'autres cas, de nouvelles lois dicteraient une hausse des prix pour créer des revenus supplémentaires pour soutenir les nouvelles structures de santé mises en place pour traiter des effets de l'utilisation du tabac. L'expérience des pays qui ont adopté une législation anti-tabac nous montre qu'une révision constante est nécessaire pour bloquer les échappatoires que trouve l'industrie du tabac pour échapper aux lois et réglementation contrôlant l'utilisation du tabac. On a suggéré que le Bureau joue un rôle dans ce processus en distribuant une information sur les lois, les politiques et les directives, peut-être par un site web ou un portail spécial.

162. L'assistance du Bureau a également été demandée pour appliquer les mesures à l'appui de l'Article 13 de la Convention-Cadre, traitant de la publicité, promotion et parrainage des produits du tabac. On a noté que, dans ce domaine, une approche régionale était nécessaire au vu de la mondialisation, de la portée de la télévision câblée, de l'Internet et d'autres médias. Aussi fallait-il trouver des partenaires régionaux pour guider ce processus. Les discussions sur ce point avaient fait partie de l'ordre du jour de la quatrième session de la Conférence des Parties, qui envisageait également un avant-projet de protocole sur le commerce illicite des produits du tabac. Une déléguée a émis un certain nombre de réserves quant à un tel protocole car son mécanisme d'application et de contrôle étendu demanderait que des ressources supplémentaires soient octroyées au service des douanes.

163. La Déléguée du Canada a fait une mise à jour sur la préparation des directives d'application des Articles 9 et 10 de la Convention que le Canada présentera à la Conférence des Parties et à laquelle on attendait une vigoureuse opposition de la part de certaines parties concernées.

164. Certains délégués ont noté qu'ils étaient engagés actuellement dans des poursuites juridiques avec l'industrie du tabac qui cherchait à étouffer leurs efforts de contrôle. La Déléguée du Paraguay a indiqué que deux décrets présidentiels avaient été promulgués

sur l'interdiction de fumer dans certains endroits et sur l'étiquetage des produits de tabac, mais qu'ils étaient suspendus actuellement à cause de droits constitutionnels soulevés par l'industrie du tabac, aidée par certains législateurs qui cherchent à annuler par voie d'un avant-projet de loi les mesures de contrôle du tabac prises jusqu'à présent. Le Ministère de la santé comptait sur le Président pour mettre un veto à cette législation. La controverse a donné lieu à une discussion animée de la question au sein du public et on espérait que la réponse de la population convaincrerait le Sénat de soutenir le veto présidentiel.

165. Le Délégué de l'Uruguay a indiqué que Philip Morris International avait entamé une poursuite judiciaire contre son Gouvernement, prétendant que les mesures que l'Uruguay avait prises pour appliquer la Convention étaient en violation des termes d'un ancien traité bilatéral d'investissement entre l'Uruguay et la Suisse, où est situé le centre d'opération de la société. Son gouvernement était en train d'organiser sa défense et avait reçu des expressions de soutien de nombreux gouvernements et ONG. Il espérait obtenir un plus grand soutien encore lors de la quatrième session de la Conférence des Parties à la Convention-cadre. Il a insisté sur le fait que l'Uruguay ne céderait en aucune manière. Bien au contraire, le Gouvernement avait l'intention de renforcer son arsenal de lois antitabac.

166. Le Dr Luiz Galvão (Gérant, Développement durable et santé environnementale, BSP) a noté avec plaisir les mises à jour sur les mesures prises pour mettre en œuvre la Convention. Il a pris note de la suggestion concernant le rôle de l'OPS comme facilitateur de l'échange d'information sur la législation et a assuré au Conseil que le Bureau apporterait ce soutien. Le BSP espérait un niveau élevé de participation de la Région à la quatrième session de la Conférence des Parties, qui serait l'occasion de continuer la discussion sur les manières de continuer à contribuer à la mise en œuvre de la Convention-Cadre.

167. La Directrice a indiqué que le Bureau continuerait à soutenir les États membres dans leurs efforts en vue de mettre en œuvre la Convention-Cadre, notamment en apportant une information sur les lois adoptées dans les divers pays et en dépistant les échappatoires dans les lois qui pouvaient donner lieu au genre de litige judiciaire comme celui rencontré actuellement en Uruguay.

168. Le Conseil a adopté la résolution CD50.R6, exprimant son soutien à l'Uruguay dans ses efforts d'application de la Convention-Cadre et exhortant les États membres à s'opposer à toute tentative faite par l'industrie du tabac pour bloquer la mise en œuvre de mesures de santé publique conçues pour protéger la population des conséquences découlant de la consommation de tabac.

## **Questions administratives et financières**

### ***Rapport sur le recouvrement des contributions (documents CD50/21 et Add. I)***

169. Le Dr Celsius Waterberg (Représentante du Comité exécutif) a fait savoir que le Comité exécutif avait été informé en juin que le recouvrement des contributions de 2010 s'élevait à un total de \$24,1 millions et que, depuis cette date, des contributions supplémentaires s'élevant à légèrement plus de \$12,9 millions avaient été reçues. Seize États membres s'étaient acquittés de leurs paiements de 2010, 11 d'entre eux les avaient versés en entier. Plus de 78% des arriérés avaient été payés, laissant un solde en cours de \$7,1 millions seulement. Le recouvrement combiné des arriérés et des contributions de l'année actuelle, en date de mi-juin, s'élevait à \$49,3 millions, comparé à \$38 millions à la même époque en 2009.

170. Mme Sharon Frahler (Gérante, Gestion des ressources financières, BSP) a expliqué que le document CD50/21 indiquait la situation du versement des contributions en date du 31 juillet 2010, et que le document CD50/21, Add. I le mettait à jour en date du 20 septembre 2010. Depuis cette date, \$1 000 000 avait été reçus en plus de l'Argentine. Les contributions totales exigibles en date du 1<sup>er</sup> janvier 2010 pour l'année actuelle et les années antérieures s'élevaient à \$131 millions dont \$81 millions avaient été reçus à présent. C'est le deuxième meilleur niveau dans le recouvrement des contributions au mois de septembre de plus de 10 années. Cette somme de \$81 millions comprenait \$54,4 millions au titre des recouvrements pour 2010 et \$26,4 millions au titre des arriérés. Aussi, le solde en cours des contributions n'était-il que de \$6 millions, le niveau le plus faible dans les contributions depuis de nombreuses années.

171. Un total de 20 États membres ont versé leurs contributions intégrales pour 2010, 9 ont fait des paiements partiels et 10 États membres n'ont pas fait de paiement pour l'année courante. Tous les États membres avec des plans de paiements échelonnés se conformaient aux termes de ces accords et aucun État membre n'était exposé au risque d'être sujet à l'Article 6.B de la Constitution de l'OPS. Cinq États membres avaient fait des contributions volontaires d'un total de \$236 505 au fonds fiduciaire établie pour soutenir les priorités identifiées dans les divers scénarios de budget présentés au 46<sup>e</sup> Conseil directeur.

172. La Directrice, rappelant combien on s'était préoccupé au début de la période biennale des répercussions qu'aurait la crise financière mondiale sur la capacité des pays à s'acquitter de leurs engagements financiers, a remercié les États membres de leurs efforts en vue de s'acquitter de leurs contributions à l'OPS, ce qui montrait bien, à ses yeux, l'importance que les gouvernements attachaient à la santé de leurs populations.

173. Le Conseil a pris note du rapport.

***Rapport financier du Directeur et rapport du commissaire aux comptes externe pour 2008-2009 (document officiel 337)***

174. Le Dr Celsius Waterberg (Représentant du Comité exécutif) a fait savoir que le Comité exécutif avait pris connaissance de diverses communications sur le Rapport financier du Directeur faites par le Chef comptable du BSP et un représentant du Commissaire aux comptes externe. Le Chef comptable avait récapitulé le contenu du Rapport financier, notant que l'Organisation avait terminé la période biennale 2008-2009 avec un excédent des recettes du budget ordinaire par rapport aux dépenses, de l'ordre de \$4,2 millions. Les dépenses du budget ordinaire pour l'exercice biennal s'élevaient à \$195,4 millions. Les dépenses totales du budget ordinaire, des fonds fiduciaires et autres fonds s'élevaient à \$547 millions. Les revenus nets provenant des contributions pendant la période biennale s'élevaient à un total de \$183,1 millions. Les revenus divers étaient de l'ordre de \$23,5 millions et le total des revenus provenant de l'achat de vaccins et autres fournitures de santé publique, par le biais des divers mécanismes d'achat de l'Organisation, s'élevait à \$745,7 millions.

175. Le représentant du Commissaire aux comptes externe a informé le Comité que le Commissaire aux comptes externe n'avait trouvé aucune lacune ou erreur qui aurait pu entacher l'exactitude ou l'intégralité des états financiers et avait donc émis une opinion d'audit non qualifiée. Le Commissaire aux comptes interne avait également déterminé que l'Organisation avait pris les mesures adéquates concernant les recommandations des audits précédents et avait su répondre adéquatement à la turbulence des marchés financiers et sauvegarder son capital excédentaire destiné à l'investissement. De plus, le Commissaire aux comptes externe avait constaté que l'OPS progressait bien vers la mise en œuvre des normes comptables internationales du secteur public (IPSAS) et produisait déjà des états financiers entièrement conformes aux normes IPSAS. Le Comité avait été informé que le passif le plus significatif concernait la couverture de l'assurance-maladie pour les personnes à la retraite, estimée à un coût de \$181 millions.

176. Le Comité exécutif a noté avec plaisir l'opinion d'audit non qualifiée ainsi que la bonne situation financière de l'Organisation. Par ailleurs, le Comité s'est montré préoccupé par la somme très importante qu'il lui faudrait mettre de côté pour les futures indemnités du personnel et avait demandé si l'OPS envisageait de créer un compte de réserve à cette fin. Le Comité avait encouragé le Bureau à agir rapidement pour appliquer les recommandations du Commissaire aux comptes externe concernant les normes de l'IPSAS, la supervision et les contrôles internes ainsi que d'autres questions.

177. Au vu de l'excédent de \$4,2 millions des recettes par rapport aux dépenses pendant l'exercice biennal, on avait demandé au Comité d'autoriser le transfert de \$2 millions en plus du Compte de réserve au Fonds d'investissement, tel que stipulait par la résolution CSP27.R19 de la Vingt-septième Conférence sanitaire panaméricaine. Le

Comité avait été informé que les \$2 millions de l'excédent avaient déjà été transférés au Fonds d'investissement, conformément à la même résolution. Le Comité avait adopté la résolution CE146.R2, autorisant le transfert demandé.

178. Suivant le rapport du Dr Waterberg, un délégué a su gré des recommandations faites par le Commissaire aux comptes externe, surtout sur le plan de la supervision et du contrôle, surtout pour les bureaux de pays, où son rapport avait noté certaines irrégularités au niveau des achats et également en ce qui concerne la mise en œuvre des normes de l'IPSAS.

179. Le Conseil a pris note du rapport.

***Commission prélevée sur les achats de fournitures de santé publique effectués pour le compte des États membres (document CD50/22)***

180. Le Dr Celsius Waterberg (Représentant du Comité exécutif) a indiqué que le Comité exécutif avait discuté d'un changement proposé dans la charge évaluée sur l'achat de fournitures de santé publique. On avait expliqué qu'une augmentation dans la commission actuelle, de 3% à 3,5%, était jugée nécessaire pour aider à couvrir le coût du personnel consacré aux achats pour le compte des États membres. Le Comité avait été informé que les frais de 3% n'étaient pas utilisés pour le personnel et les autres coûts : ils étaient utilisés exclusivement aux comptes de capitalisation des divers fonds d'achat.

181. Le Comité exécutif a reconnu la valeur des services d'achat de l'OPS et a soutenu en général l'augmentation proposée de la commission bien que certains délégués se soient demandé si un accroissement de 0,5% serait suffisant. Un délégué a proposé d'augmenter à 4% la commission et d'utiliser la seconde moitié de 0,5% de l'augmentation pour aider à financer la modernisation du système d'information pour la gestion du BSP.

182. Suivant des explications supplémentaires par le personnel du Bureau, le Comité exécutif avait convenu de recommander une augmentation de 0,5%, tel que proposé, et avait adopté la résolution CE146.R3, recommandant que le Conseil directeur approuve une augmentation de la commission à 3,5%, avec entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2011.

183. Suivant le rapport du Dr Waterberg, une déléguée a indiqué qu'elle soutenait l'augmentation, soulignant que les budgets ordinaires des organisations internationales ne devaient pas être subventionnés de manière disproportionnée par des revenus extra-budgétaires. Elle a donc proposé que le Conseil approuve l'augmentation proposée de 0,5% mais demande également au Bureau de faire une étude pour déterminer les véritables frais généraux des activités d'achat de l'OPS et faire des projections sur les futurs accroissements de coût. Le thème pourra à nouveau être étudié à l'avenir.

184. Le Conseil a adopté la résolution CD50.R1, faisant passer la commission actuelle de 3% à 3,5%, avec entrée en vigueur le 1er janvier 2011, en créditant la hausse de 0,5% au Fonds spécial des coûts de soutien au programme pour prendre en charge les frais administratifs des activités d'achat.

***Traitement du Directeur du Bureau sanitaire panaméricain et amendements au Règlement du personnel (document CD50/23)***

185. Le Dr Celsius Waterberg (Représentant du Comité exécutif) a fait savoir que le Comité avait avalisé un amendement proposé à l'article 4.3 du Règlement du personnel, indiquant que les principes de la diversité et de l'inclusion devront être pris en compte lors du recrutement du personnel et qu'il avait également établi les salaires du Sous-directeur et du Directeur adjoint, avec entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2010. Le Comité avait recommandé que le Conseil directeur approuve l'amendement proposé à l'Article 4.3 du Règlement du personnel et établisse le salaire annuel brut du Directeur à \$201 351.

186. Le Conseil a adopté la résolution CD50.R4, fixant le salaire du Directeur du Bureau sanitaire panaméricain avec entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2010 et approuvant les amendements à l'Article 4.3 du Règlement du personnel.

**Sélection des États membres pour faire partie des Conseils ou Comités**

***Sélection d'un État membre de la Région des Amériques habilité à désigner une personne au Conseil conjoint de coordination du Programme spécial de recherche et formation de l'UNICEF/PNUD/Banque mondiale/OMS concernant les maladies tropicales (TDR) à l'expiration du mandat du Costa Rica (document CD50/24)***

187. Le Conseil a choisi le Pérou comme État Membre habilité à désigner une personne à siéger auprès du Conseil conjoint de coordination. (décision CD50(D5)).

**Prix**

***Prix de l'OPS d'administration 2010 (document CD50/25)***

188. Le Dr Celsius Waterberg (Représentant du Comité exécutif) a fait savoir que le Jury du Prix de l'OPS pour l'administration, 2010, composé des délégués de la Colombie, du Guatemala et du Suriname s'est réuni lors de la 146<sup>e</sup> Session du Comité exécutif et, après avoir passé en revue les dossiers de candidature soumis par les États membres a décidé de décerner le prix au Dr Elsa Yolanda Palou, du Honduras, en reconnaissance de l'importance de l'impact national et infrarégional de ses activités administratives, médicales, pédagogiques et de recherche concernant la qualité des soins aux patients

souffrant de maladies transmissibles, en particulier les personnes vivant avec le VIH/SIDA.

189. Le Président et la Directrice ont présenté le Prix de l'OPS pour l'administration 2010 au Dr Elsa Yolanda Palou, dont le discours d'acceptation se trouve sur la page web du 50<sup>e</sup> Conseil directeur.

***Prix Abraham Horwitz pour l'excellence en matière de leadership en santé publique interaméricaine 2010***

190. Le Dr Benjamin Caballero (Président du Conseil d'administration, Fondation panaméricaine de la santé et de l'éducation) a rappelé que cela fait 42 ans que la Fondation est le partenaire de l'OPS à la quête d'un même but qui est de protéger la vie et d'améliorer la santé dans les Amériques. Plusieurs prix ont été décernés chaque année pour l'excellence en santé publique interaméricaine, dont le prix Abraham Horwitz Award pour le leadership en santé interaméricaine, créé pour rendre hommage au Dr Abraham Horwitz, ancien Directeur de l'OPS et Président par la suite de PAHEF. Ce prix reconnaît le leadership qui a changé des vies et qui a amélioré la santé des peuples des Amériques.

191. Le Dr Caballero, le Président et la Directrice ont présenté le prix Abraham Horwitz pour le leadership en santé interaméricaine 2010 au Dr Carlos Monteiro, du Brésil pour son travail sur les modes de consommation alimentaire et l'épidémiologie de l'obésité au Brésil et dans d'autres pays. Le discours d'acceptation du Dr Monteiro se trouve sur la page web du 50<sup>e</sup> Conseil directeur.

***Prix Manuel Velasco Suárez pour l'excellence en bioéthique 2010***

192. Le Dr Caballero a fait savoir que le Prix Manuel Velasco Suárez pour l'excellence en bioéthique avait été créé en 2002 pour reconnaître les idées du caractère le plus novateur dans le domaine de la bioéthique. Il avait été créé en honneur du Dr Manuel Velasco Suárez, ressortissant mexicain, médecin, chercheur et universitaire qui avait consacré plus de 50 ans de sa vie à la santé publique et qui avait été l'un des fondateurs de l'Académie mexicaine de bioéthique.

193. Le Dr Caballero, le Président et la Directrice ont présenté le Prix Manuel Velasco Suárez pour l'excellence en bioéthique 2010 au Dr Paulina Taboada du Chili pour son travail sur les questions éthiques concernant la sédation palliative des patients vers la fin de la vie. Le discours d'acceptation du Dr Taboada se trouve également sur la page web du 50<sup>e</sup> Conseil directeur.

***Prix Sérgio Arouca pour l'excellence en soins de santé universels 2010***

194. Le Dr Caballero a rappelé que le prix Sérgio Arouca pour l'excellence en soins de santé universels avait été créé au début de 2010 par le Ministère de la Santé du Brésil et PAHEF en coopération avec l'OPS. Le prix reconnaît les leaders qui ont travaillé pour faire avancer, influencer et renforcer les programmes de soins de santé universels dans la Région. Médecin brésilien, chercheur et défenseur infatigable de la couverture universelle en soins de santé, Sérgio Arouca, auquel ce prix rend hommage, avait été un tel leader.

195. Le Dr Caballero, le Président et la Directrice ont présenté le prix Sérgio Arouca pour l'excellence en soins de santé universels au Dr Maria Fátima de Sousa, du Brésil pour ses efforts en vue de renforcer le système de santé de son pays, par le biais de la création d'un réseau de formation et d'éducation permanentes pour des professionnels de la santé familiale. Le discours d'acceptation du Dr de Sousa se trouve sur la page web du 50<sup>e</sup> Conseil directeur.

***Autres prix PAHEF/OPS***

196. Le Dr Caballero a annoncé que le prix Clarence H. Moore pour l'excellence en service volontaire avait été décerné à la Liga Peruana de Lucha Contra el Cáncer, organisation basée à Lima au Pérou pour ses activités de prévention, éducation et traitement du cancer dans ce pays et le prix Pedro N. Acha pour l'excellence en santé publique vétérinaire au Dr Luisa Zanolli Moreno, étudiante à la Faculté de médecine vétérinaire et science animale de l'Université de São Paulo School, pour sa thèse intitulée "Epidémiologie moléculaire de *Listeria monocytogenes* isolé de différentes sources au Brésil." Ces prix ont été présentés lors d'un dîner organisé pendant la semaine du Conseil directeur. Aucun récipiendaire du Prix Fred Soper pour l'excellence en littérature de santé publique n'a été choisi pour 2010.

***Reconnaissance du champion de la santé OPS***

197. Le Président a annoncé que M. Fernando Javier Sendra, humoriste et caricaturiste de l'Argentine, a été reconnu comme le champion de santé de l'OPS pour sa collaboration avec l'Organisation pour la promotion de l'allaitement maternel. L'OPS a conféré la distinction de "Champion de la santé" à des personnes proéminentes qui ont utilisé leur influence et prestige pour sensibiliser le public à des questions de santé publique comme la vaccination, la santé maternelle et infantile, le VIH/SIDA, l'utilisation du tabac et de l'alcool et la violence conjugale.

## **Questions soumises pour information**

### ***Budget programme de l’OMS (document CD50/INF/1)***

#### *Budget programme de l’OMS 2008-2009 : rapport sur l’appréciation de l’exécution (document CD50/INF/1-A)*

198. Mme Miriam Naarendorp (Représentant du Comité exécutif) a fait savoir que le Comité exécutif avait discuté du rapport sur l’évaluation du budget programme de l’OMS 2008-2009 après avoir pris connaissance d’une communication par le Dr Mohamed Abdi Jama (Sous-directeur général, Administration, OMS). Le Dr Jama a expliqué que le rapport évaluait la performance du Secrétariat de l’OMS en vue d’atteindre les résultats escomptés sur l’ensemble de l’Organisation, figurant dans le Budget Programme 2008-2009. Le rapport présente également les progrès et les principaux accomplissements en relation avec les objectifs stratégiques fixés dans le Plan stratégique à moyen terme 2008-2013. Il brosse en plus un récapitulatif financier, en dégageant l’enseignement retiré ainsi que les défis se rapportant à chaque objectif stratégique.

199. Le Dr Jama avait informé le Comité que 42 des 81 résultats escomptés sur l’ensemble de la Région avaient été pleinement atteints et que 39 avaient été partiellement atteints. Il a expliqué que si un résultat escompté particulier n’avait pas été atteint dans toutes les régions, l’Organisation entière aurait un classement indiquant qu’elle n’avait que partiellement atteint ce résultat. Aucun n’avait été noté comme « non atteint ». Le rapport a également montré la mesure dans laquelle les ressources nécessaires pour atteindre chaque objectif stratégique avaient été mobilisées. Le Dr Jama a indiqué au Comité que la distribution du financement parmi les objectifs stratégiques et l’alignement des ressources sur les priorités restaient très problématiques pour l’OMS car une grande partie du financement était réservée à des fins spécifiques.

200. Selon le Dr Jama, l’évaluation a montré, et c’est probablement l’un des enseignements les plus valides qu’elle dégage, que la création d’objectifs ambitieux déterminés dans le temps, comme les Objectifs du Millénaire pour le développement, ainsi que la création de nouveaux mécanismes de financement, comme le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme ont permis de mobiliser des ressources considérables et d’attirer l’attention sur la réalisation de ces objectifs. L’évaluation a également fait ressortir le besoin de renforcer les systèmes de santé car on a constaté que c’étaient les faiblesses dans les systèmes de santé et dans la gouvernance qui étaient en grande partie responsables de la non réalisation de plusieurs des objectifs. Par ailleurs, le Dr Jama a également noté que l’exercice biennal 2008-2009 avait connu un solide renouveau de l’engagement face aux valeurs et aux principes des soins de santé primaires dans toutes les régions et c’est de bon augure pour l’avenir.

201. Suivant le rapport de Mme Naarendorp, un délégué a applaudi aux efforts faits par l'OMS en vue de formuler des budgets qui sont alignés sur les objectifs stratégiques de l'Organisation tels qu'ils sont indiqués dans le Plan stratégique à moyen terme 2008-2013 et qui contribueraient à la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le développement. Il a également reconnu les efforts faits par l'Organisation en vue d'améliorer la gestion des modiques ressources dans un contexte international de crise économique. Attirant l'attention sur l'augmentation proposée dans le budget programme de 2012-2013, il pensait qu'il ne fallait pas compter forcément sur une mobilisation de ressources supplémentaires dans le contexte financier actuel et maintenir donc la possibilité d'une croissance zéro dans le budget.

202. La Directrice a indiqué que les Amériques, à l'instar des autres régions de l'OMS, avaient participé activement à l'évaluation de l'exécution du budget programme OMS pour 2008-2009, ce qui avait renforcé la capacité des diverses régions tant pour le suivi de la performance que pour l'obtention des résultats, sur le plan programme et sous l'angle de l'utilisation correcte des ressources et identification des déficits du financement pour faciliter la mobilisation de ressources extrabudgétaires. En outre, cet effort collectif guidé par l'OMS avait abouti à une distribution plus équitable des ressources entre les pays et les régions, aux fins d'atteindre les objectifs mondiaux de la santé.

203. Le Conseil directeur a pris note du rapport.

*Avant-projet de Budget programme 2012-2013 (document CD50/INF/1-B)*

204. Le Dr Elil Renganathan (Directeur, planification, coordination des ressources et suivi de la performance, OMS) a introduit l'avant-projet de budget programme pour 2012-2013, notant qu'il était examiné en un temps d'une crise économique mondiale, avec toutes les implications que cela supposait pour maintenir les gains de santé obtenus à ce jour et pour atteindre les objectifs futurs, y compris les Objectifs du Millénaire pour le développement. Aussi, l'avant-projet du budget programme était-il présenté avec un certain degré d'aspiration puisqu'il n'était pas encore entièrement financé et pouvait exiger des ajustements en fonction des circonstances.

205. Sous l'angle programmatique, l'avant-projet du Budget programme devait faire une contribution ponctuelle et capitale à la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement, renforcer la gouvernance pour la santé et répondre aux demandes des États membres en vue d'une plus grande transparence et responsabilisation. Dans l'ensemble, la direction des 13 objectifs stratégiques fixés dans le cadre du Plan stratégique à moyen terme de l'OMS resterait inchangée. Aucun nouveau résultat escompté sur l'ensemble de l'Organisation ne serait introduit, bien que certaines priorités aient été légèrement réorientées pour tenir compte de l'évolution de la situation de la

santé dans le monde et que certains indicateurs et leurs cibles aient été peaufinés en fonction des résultats de l'appréciation de l'exécution du budget de 2008-2009. Il a insisté sur le fait que les objectifs stratégiques ne pouvaient pas être vus comme des programmes verticaux indépendants puisqu'ils se recoupaient largement entre eux.

206. L'avant-projet du budget programme avait été présenté dans un format unifié, montrant le financement provenant des contributions fixées et des contributions volontaires. Parallèlement, il était divisé en trois segments : les programmes de base, les programmes spéciaux et dispositifs de collaboration et les interventions en cas d'épidémies ou de crises. L'OMS exerce des degrés différents de contrôle sur ces trois segments, tel que discuté de manière approfondie dans le document CD50/INF/1. Il a attiré l'attention sur les concepts de l'intégration, de la continuité et de la consolidation et du changement qui étaient également discutés dans le document.

207. Le budget général pour le segment des programmes de base restait inchangé dans l'ensemble. Si la proposition de cette composante indiquait une augmentation de \$51 millions par rapport au montant de 2010-2011, en termes réels il s'agissait pourtant d'une réduction une fois qu'on tient compte de l'inflation et des coûts plus élevés pour réaliser les activités. De petites augmentations avaient été faites pour la composante des programmes spéciaux et dispositifs de collaboration et dans le segment des interventions en cas d'épidémies ou de crises.

208. L'OMS proposait une croissance nominale zéro dans les contributions des États membres; et cette portion se maintenait donc à \$944 million. Par conséquent, tel que l'indiquait le document, 20% seulement du Budget programme de 2012-2013 serait financé par les contributions fixées et 80% par des contributions volontaires, la plupart de ces dernières étant versées à des fins spécifiées. On espérait qu'en réponse aux efforts déployés par le Directeur général, les États membres s'écarteraient des contributions à des fins spécifiées et feraient des contributions plus flexibles. L'Organisation continuera également à améliorer l'efficacité organisationnelle par le biais de la gestion axée sur les résultats, la réduction des coûts et une plus grande efficacité.

209. Dans la discussion qui s'en est suivie, une déléguée a noté avec satisfaction l'attention qu'accordée l'avant-projet du budget programme à l'objectif stratégique se rapportant à la santé maternelle, répondant ainsi aux préoccupations exprimés par les États membres concernant la réalisation des objectifs pertinents. Sur le plan de la gouvernance et des partenariats, la même déléguée a rappelé qu'un thème qui était revenu souvent dans les discussions précédentes était celui de la gestion des relations de l'OMS avec ses nombreux partenaires dont chacun était doté d'une structure de gouvernance différente. Elle souhaitait savoir si l'avant-projet du budget programme avait tenu compte des souhaits exprimés par le Conseil exécutif de l'OMS à cet égard. Elle demandait également si l'augmentation projetée dans le financement flexible allait se matérialiser et

si cet accroissement donnerait lieu à un alignement différent sur les objectifs stratégiques. De plus, elle a noté que si la performance était liée au financement, alors l'histoire n'était guère favorable à la Région des Amériques qui semble avoir été pénalisée par le passé pour sa bonne performance. Elle se demandait ce qui était fait pour rectifier cette situation.

210. Une autre déléguée se demandait si l'OMS serait effectivement en mesure de mobiliser certaines des contributions volontaires projetées. La question est particulièrement préoccupante pour les Objectifs stratégiques 4 et 6, pour lesquels les fonds disponibles pendant l'exercice 2008-2009 avaient été nettement plus faibles que les montants envisagés. On ne savait pas non plus si l'OMS avait l'intention de maintenir le financement pour des objectifs stratégiques pour lesquels les États membres avaient fait des contributions supplémentaires en réponse à des événements spécifiques, comme la pandémie du H1N1 en 2009. La question pèsera de tout son poids sur les Objectifs stratégiques 1 et 5. Elle a également observé que si l'appréciation de l'exécution de 2008-2009 avait noté un manque de constance dans l'obtention des résultats ciblés entre les six régions de l'OMS, l'avant-projet du budget ne traitait pourtant pas de cette question.

211. Le Dr Renganathan a indiqué que la question de la gouvernance des partenariats avait tenue une place spéciale dans les discussions sur le financement futur de l'OMS et qu'on espérait que ces discussions éclaireraient la question et informeraient le budget programme pour 2012-2013. En ce qui concerne le financement flexible, l'OMS faisait tous les efforts possibles avec les contributeurs concernés pour que le montant reçu de \$200 millions des États membres en 2008-2009 soit augmenté à \$300 millions pendant l'exercice biennal actuel et, si les discussions aboutissaient sur le financement futur, l'OMS avait de bonnes chances de recevoir \$400 millions pour 2012-2013. Si tel était le cas, avec \$940 millions au niveau des contributions fixées et environ \$400 millions des contributions volontaires à des fins non spécifiées, le Directeur général aurait environ \$1,3 milliard, soit 30% du budget de \$4,8 milliards, à sa disposition pour mieux aligner les ressources de l'Organisation sur les besoins sanitaires mondiaux. De plus, un financement plus flexible aiderait l'Organisation à distribuer plus également les ressources entre les régions. La distribution des fonds reposait sur trois critères : le déficit de financement, le risque de financement et la performance. Lors de la dernière distribution, la performance avait représenté 20% de la pondération à cause des importants déficits du financement et des risques du financement. Par ailleurs, l'aspect performance pouvait être ajusté conformément aux conseils du Groupe consultatif sur les ressources financières.

212. En ce qui concerne les flux de financement, il a indiqué que, dans le cadre de la gestion axée sur les résultats, la planification des recettes serait un volet capital de la planification opérationnelle pour 2010-2011. Aussi, quand les départements proposaient des plans, ils devront aussi identifier les sources des revenus nécessaires et ne pourront

s'engager à réaliser les activités que lorsque les ressources sont disponibles ou s'il existe une bonne chance de les obtenir.

213. Le Dr Jama a ajouté que la présentation sur l'avant-projet du budget programme ne montrait pas tous les partenaires de l'OMS mais seulement ceux qui étaient inclus dans le budget programme. L'OMS comptait un certain nombre d'autres partenaires, comme le Programme conjoint des Nations Unies pour la lutte contre le SIDA (ONUSIDA) et le Partenariat Faire reculer le paludisme. Certes, le Directeur général ne pouvait pas déterminer le montant exact qu'un partenariat donné pouvait mobiliser lors d'un exercice biennal bien que l'Organisation, de par sa participation aux structures de gouvernance de ces partenariats, puisse préconiser un meilleur alignement des ressources sur les priorités identifiées par les États membres.

214. Le Conseil directeur a pris note du rapport.

***Cadre de gestion fondée sur les résultats de l'OPS (document CD50/INF/2)***

215. Le Dr Celsius Waterberg (Représentant du Comité exécutif) a revu un rapport sur les progrès faits par le Bureau pour mettre en œuvre les quatre éléments du cadre de la gestion axée sur les résultats de l'OPS : planification ; exécution et suivi et évaluation de la performance ; évaluation indépendante et apprentissage ; et responsabilisation. Le Comité a noté avec plaisir les diverses politiques données en annexe du rapport, notamment celles sur la délégation des pouvoirs et sur la coordination des ressources, notant que cette dernière politique permettrait le transfert de ressources entre les entités au sein de l'Organisation et entre les objectifs stratégiques identifiés dans le Plan stratégique 2008-2012. Le Plan stratégique a retenu de nombreux résultats escomptés sur l'ensemble de la Région pour lesquels les États membres partagent la responsabilité avec le Bureau et on a proposé de chercher à réduire ces résultats escomptés à un nombre plus gérable.

216. Le Conseil directeur a également noté avec plaisir les progrès faits par l'Organisation au niveau de la mise en œuvre de la gestion axée sur les résultats en tant que véritable outil de prise de décisions programmatique et d'allocation des ressources et pas simplement un concept théorique. Le Conseil était également d'avis que la gestion axée sur les résultats renforcerait la conception et l'évaluation des plans stratégiques futurs. Les délégués étaient contents de noter que le cadre comprenait une fonction d'évaluation des ressources, puisque la capacité d'évaluer la performance organisationnelle et de déterminer dans quelle mesure chacune des entités de l'OPS progressait vers les objectifs stratégiques de l'Organisation était d'importance capitale pour une bonne gestion axée sur les résultats.

217. On a noté que le personnel dans les bureaux régionaux et nationaux devrait avoir la même capacité que le personnel régional concernant l'application de la gestion axée sur les résultats. Une plus grande responsabilisation et le compte rendu des résultats demanderont qu'on renforce les capacités institutionnelles au niveau des pays, en se concentrant sur la collecte de données, la qualité de l'information, et une solide analyse pour se donner des mesures initiales et mesurer le changement dans le temps. On a également proposé que l'Organisation dispense une formation en matière de gestion axée sur les résultats pour le personnel des ministères nationaux de la santé.

218. Le Dr Isaías Daniel Gutiérrez (Gérant, planification, budget et coordination des ressources, BSP) a affirmé qu'à présent que la gestion axée sur les résultats était solidement implantée, le Bureau aurait de plus grandes quantités d'information pour étayer les décisions, notamment sur l'utilisation des contributions volontaires. Le Bureau se concentre actuellement sur le renforcement de la responsabilisation et la délégation des pouvoirs.

219. La Directrice a remercié les États membres pour l'assistance et les conseils donnés pour la transformation de la gestion axée sur les résultats : d'un ensemble de principes généralement applicables à un cadre applicable tout spécifiquement aux réalités d'une organisation de santé publique comme l'OPS. Elle a remercié tout notamment le Canada pour son soutien financier au processus entier de gestion axée sur les résultats. Ce type de gestion contribuera à diverses méthodologies, telle que l'approche de coopération axée sur le pays et elle aidera également le Bureau à prendre une attitude plus proactive, plutôt que réactive, au niveau de la mobilisation et ensuite de l'allocation des contributions volontaires. Ravie d'entendre la suggestion d'étendre la connaissance du cadre au niveau des pays, elle a fait savoir que les formations en matière de gestion axée sur les résultats, qui seraient dispensées sous peu au propre personnel du Bureau pouvaient également être prodiguées à des représentants des ministères de la santé dans les États membres.

220. Le Conseil a pris note du rapport.

***Processus de nomination du commissaire aux comptes externe de l'OPS pour 2012-2013 et 2014-2015 (document CD50/INF/3)***

221. Le Dr Celsius Waterberg (Représentant du Comité exécutif) a fait savoir qu'on avait proposé lors de la discussion par le Comité exécutif du processus de nomination du Commissaire aux comptes externe que le Bureau envisage d'adopter un seul mandat non renouvelable de six ans pour le Commissaire aux comptes externe, formule qui offrait un bon équilibre entre la continuité et un degré raisonnable de rotation. Elle favoriserait également le maintien de l'indépendance. Le Comité avait été informé que le Bureau se pencherait sur la question et examinerait la faisabilité de cette proposition mais il fallait

toutefois vérifier que, dans le cas d'un mandat non renouvelable, l'Organisation recevrait des nominations adéquates pour le mandat suivant. Sinon, elle risquait de se retrouver sans commissaire aux comptes externe.

222. Mme Sharon Frahler (Gérante, gestion des ressources financières, BSP) a indiqué que le Commissaire aux comptes externe actuel de l'OPS, Office national d'audit du Royaume Uni et de l'Irlande du Nord ne chercherait pas à être réélu et a vivement recommandé aux États membres de nommer des candidats pour la position en indiquant que ces personnes devaient être des auditeurs internationaux de réputation, tel que le stipulait le document. De telles nominations devaient être reçues par le Bureau d'ici avril 2011.

223. Le Conseil a pris note du rapport sur ce point de l'ordre du jour.

***Système de l'OPS pour l'intégrité et la gestion des conflits (document CD50/INF/4)***

224. Mme Miriam Naarendorp (Représentante du Comité exécutif) a fait savoir que le Comité exécutif avait examiné un rapport sur les progrès faits par le Secrétariat concernant la mise en œuvre de son système d'intégrité et de gestion des conflits. Des détails ont été apportés sur le travail du Comité de coordination du système pour l'intégrité et la gestion des conflits, avec notamment un examen récent du système de l'Organisation pour l'administration de la justice et des procédures que les membres du personnel devraient suivre pour récuser une décision administrative ou disciplinaire prise à leur encontre. L'examen tenait à vérifier que l'administration du système de justice était indépendante, robuste et professionnelle et qu'elle opérait rapidement. Le Comité avait été informé qu'un rapport de l'examen avait été présenté au Comité de coordination et qu'il serait présenté à la Directrice en juillet 2010.

225. M. Philip MacMillan (Gérant, office de l'éthique, BSP) a ajouté que le rapport d'examen avait été fait achevé et présenté à la Directrice en juillet 2010. Certains ajustements avaient été portés au rapport et d'autres étaient encore à l'étude. Le Comité exécutif en serait informé lors de sa réunion en juin 2011.

226. Le Conseil directeur a pris note du rapport.

***30<sup>e</sup> anniversaire de l'éradication de la variole et de la création du Fonds renouvelable de l'OPS pour l'achat de vaccins (document CD50/INF/5)***

227. Le Dr Celsius Waterberg (Représentant du Comité exécutif) a fait savoir que le Comité exécutif avait revu et avalisé la proposition d'organiser une célébration pour reconnaître les milliers d'agents de santé et volontaires communautaires qui avaient œuvré pour rendre possible l'éradication de la variole et pour reconnaître la contribution

du Fonds renouvelable de l'OPS pour l'achat de vaccins à la santé publique et à la réussite du Programme élargi de vaccination pour les Amériques.

228. La célébration du 30<sup>e</sup> anniversaire pour l'éradication de la variole et la création du Fonds renouvelable de l'OPS pour l'achat de vaccins s'est tenue le mardi 28 septembre 2010 pendant le 50<sup>e</sup> Conseil directeur. Dans le cadre de cette célébration, le Conseil a rendu hommage au Dr Ciro De Quadros pour sa contribution au Programme élargi de vaccinations de l'OPS/OMS et pour son rôle dans la création du Fonds renouvelable pour l'achat de vaccins. Une statue du Dr Edward Jenner, pionnier du vaccin contre la variole, a été dévoilée. Ce buste a été prêté à l'OPS par le Musée Edward Jenner de Berkeley en Angleterre.

229. Le Dr Donald Henderson, qui avait été le chef de la campagne mondiale de l'éradication de la variole de l'OMS et conseiller technique auprès de l'OPS pour les maladies pouvant être prévenues par vaccins, le Dr Ciro De Quadros, pionnier du Programme élargi de vaccinations et de la création du Fonds renouvelable pour l'achat de vaccins ; le Dr Esperanza Martínez, Ministre de la Santé du Paraguay et solide défenseur du Fonds renouvelable; Mme Sarah Parker, Directrice du Musée Edward Jenner ; et le Dr Mirta Roses, Directrice du BSP ont pris la parole devant le Conseil. Le Dr Henderson a retracé l'histoire de l'effort mondial en vue d'éradiquer la variole, insistant sur le fait que la plupart des hauts lieux dans la lutte contre la variole avait pris naissance dans la Région des Amériques. Le Dr De Quadros a récapitulé l'histoire du Programme élargi de vaccination et du Fonds renouvelable et a partagé sa vision des futurs efforts de vaccination, insistant sur l'importance de mettre en place des programmes analogues au Fonds renouvelable dans d'autres régions du monde. Le Dr Martínez a mis en exergue le rôle du Fonds renouvelable pour l'achat de vaccins pour garantir la croissance et la consolidation des programmes nationaux de vaccination. Mme Parker a passé brièvement l'histoire et la signification de la découverte du vaccin contre la variole. Le Dr Roses a parlé de l'introduction du vaccin dans les Amériques et a fourni des détails supplémentaires sur le Fonds renouvelable pour l'achat de vaccins. L'allocution du Dr Roses, Ainsi que l'hommage rendu au Dr Ciro De Quadros par le Dr Socorro Gross-Galiano, sont redonnés dans leur intégralité sur la page web du 50<sup>e</sup> Conseil directeur.

230. Les États membres ont exprimé leur gratitude au Dr Henderson et au Dr De Quadros pour leur travail et ont relevé le rôle important que jouent le Programme élargi de vaccinations et le Fonds renouvelable pour l'achat de vaccins dans le développement et le maintien des programmes nationaux de vaccination et dans l'avancement de la solidarité et de l'équité. Le rôle de l'Alliance GAVI qui a rendu disponibles les vaccins à un prix abordable a également été mis en exergue, au même titre que l'importance du transfert de technologie et du renforcement de la capacité de production des vaccins dans les pays de la Région. Un certain nombre de délégués ont décrit leurs activités de vaccination au niveau national et les initiatives pour renforcer les programmes de

vaccination, introduire de nouveaux vaccins et maintenir des niveaux élevés de couverture vaccinale.

231. Le Dr Gina Tambini (Gérante, santé familiale et communautaire) a indiqué qu'on devait l'éradication de la variole et les triomphes subséquents au niveau du contrôle, de l'élimination et de l'éradication des maladies vaccinables au dévouement des agents de santé de l'ensemble de la Région.

***Rapports d'avancement sur les questions techniques (document CD50/INF/6)***

*Mise en œuvre du Règlement sanitaire (2005) (document CD50/INF/6-A)*

232. Le Dr Marthelise Eersel (Représentante du Comité exécutif) a fait savoir que le Comité avait noté avec satisfaction les progrès réalisés au niveau de la mise en œuvre du Règlement sanitaire international (2005) tout en remarquant également que le Règlement n'était pas encore entièrement mis en œuvre dans tous les États membres et, par conséquent, le Comité recommandait à l'OPS de continuer ses efforts pour vérifier que tous les pays de la Région puissent répondre à leurs obligations dans le cadre du Règlement d'ici juin 2012. Les délégués avaient souligné l'importance d'une coordination intersectorielle au niveau national et d'une collaboration étroite ainsi que d'un partage ouvert et transparent de l'information au niveau international pour répondre efficacement aux risques de santé publique qui pouvaient devenir des urgences de santé mondiale. Un délégué a attiré l'attention sur la nécessité pour les états fédéraux de vérifier une bonne coordination entre les pouvoirs nationaux de la santé et les autorités sous-nationales.

233. On a également souligné la nécessité de combler les lacunes dans les préparatifs et la réponse aux pandémies. Le Comité a noté que la pandémie du H1N1 en 2009 avait servi de test du Règlement et en avait démontré l'efficacité. Par ailleurs, la pandémie avait également fait ressortir plusieurs domaines devant être renforcés dont la communication avec les médias, la formation des ressources humaines et la coordination entre le secteur de la santé et d'autres secteurs participant à la surveillance dans les points d'entrée et aux interventions d'urgence. Le Comité avait insisté sur l'importance du soutien continu de l'OPS dans ces domaines, indiquant également qu'il fallait revoir et moderniser la législation nationale pour l'harmoniser aux stipulations du Règlement.

234. Dans la discussion qui a suivi, le Conseil directeur a noté avec satisfaction les progrès constants faits dans la mise en œuvre du Règlement sanitaire international (2005) et a insisté sur la nécessité de terminer l'évaluation des capacités centrales ainsi que sur l'amélioration de ces capacités, surtout aux points d'entrée, afin d'arriver aux niveaux de surveillance et de réponse indiqués dans le Règlement. Les délégués ont décrit les mesures prises dans leur pays pour mettre en œuvre le Règlement sanitaire

international (2005) et ils ont fait ressortir l'importance du rôle de l'OPS aidant les pays à formuler la législation pour que les lois nationales soient en harmonie avec le Règlement. Plusieurs délégués de la sous-région des Caraïbes ont demandé une assistance spécifique de l'Organisation en ce domaine. On a également fait ressortir la valeur de la coopération horizontale, aidant les pays à procéder aux améliorations nécessaires là où des faiblesses ont été détectées, surtout aux points d'entrée. Plusieurs délégués ont également souligné l'importance de travailler dans le contexte des arrangements régionaux comme le Marché commun du Sud (MERCOSUR) et l'Union des Nations de l'Amérique du Sud (UNASUR), surtout en ce qui concerne la surveillance aux points d'entrée internationaux.

235. Les délégués ont mentionné plusieurs difficultés entravant les efforts faits pour atteindre les niveaux demandés de capacité dont l'insuffisance des ressources humaines, les déficiences de l'infrastructure et les contraintes sur le plan des ressources humaines. On a proposé que l'OPS aide à soutenir le renforcement des capacités aux points d'entrée, en aidant par exemple à traduire en espagnol les directives et outils d'évaluation de l'OMS et en identifiant des modules de formation croisée pour le personnel. On encourageait également l'OPS à renforcer son rôle de facilitateur de la communication entre les points focaux nationaux et l'Organisation mondiale de la Santé, surtout pour les questions ayant des implications politiques pour la Région. Les délégués ont relevé avec gratitude la formation et le soutien apportés par l'OPS aux pays souhaitant mettre en œuvre les programmes d'épidémiologie sur le terrain, mis au point par les Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis. De tels programmes sont considérés un bon moyen de renforcer les capacités des équipes de réponse rapide au niveau local.

236. Plusieurs délégués ont mentionné la nécessité de renforcer le soutien en laboratoire pour permettre une analyse rapide des spécimens. On a suggéré que les pays qui manquaient de capacité de laboratoire au niveau national se joignent à des réseaux régionaux de laboratoires en santé publique et renforcent la coopération pour envoyer des spécimens aux fins de test. L'importance des réunions régionales et internationales qui sont l'occasion d'un partage d'expériences a également été retenue. Les délégués ont notamment exprimé leur satisfaction pour l'organisation de la première réunion régionale conjointe des Points focaux nationaux, des chefs des services nationaux de surveillance et des autorités nationales responsables pour les points d'entrée, qui s'était tenue en mai 2010 à Quito, Equateur. Il est en effet de toute première importance de retirer tout l'enseignement pertinent des interventions en réponse à la pandémie H1N1 200. La déléguée du Chili a indiqué que les points focaux régionaux mis en place sur l'ensemble de son pays s'étaient avérés très importants dans la coordination de la réponse à la pandémie et très utiles aussi pour coordonner les secours suite au tremblement de terre en février 2010.

237. La déléguée du Royaume des Pays-Bas, se rapportant au futur établissement le 10 octobre 2010 de Curaçao et Saint Maarten comme pays séparé dans le Royaume des Pays Bas, a assuré le Conseil que la législation nationale de ces nouveaux pays seraient conformes au Règlement avant cette date.

238. Le Dr Marcos Espinal (Gérant, surveillance de la santé et prévention et contrôle des maladies, BSP), notant que la mise en œuvre du Règlement demanderait dans certains cas une réorganisation considérable des systèmes nationaux, a indiqué qu'il était important d'obtenir l'engagement et le soutien des hautes sphères politiques. Se rapportant aux questions mentionnées par le représentant du Comité exécutif dans son rapport, il a assuré aux délégués que le Bureau accorderait la priorité nécessaire à la formation des ressources humaines, à la communication des risques et à la coordination. De fait, le Bureau apportait déjà une formation portant la communication des risques et travaillait avec les Centers for Disease Control and Prevention pour mettre au point un programme de formation en épidémiologie. Il a également indiqué que plusieurs des outils de l'OMS avaient été traduits en espagnol et que l'OPS était en train de les diffuser.

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

*Mise à jour sur la grippe pandémique (H1N1) 2009 (document CD50/INF/6-B)*

240. Le Dr Marthelise Eersel (Représentant du Comité exécutif) a fait savoir que le Comité exécutif avait passé en revue le rapport sur la pandémie du H1N1 de 2009 et avait félicité l'OPS pour le leadership que l'Organisation a exercé en organisation la réponse régionale à la pandémie et a insisté sur l'importance d'utiliser à présent l'expérience et l'enseignement acquis pour renforcer la planification et consolider les capacités pour répondre aux futures urgences de santé publique. On a indiqué que l'enseignement retiré de la pandémie dans la Région devrait également être pris en compte par le Comité d'examen du Règlement sanitaire international de l'OMS. Il est en effet important de revoir les plans nationaux de préparatifs à la pandémie et de mettre en place des centres nationaux de lutte contre la grippe dans tous les pays de la Région, Un délégué a fait ressortir le besoin de forger une étroite coordination entre les ministères de la santé et les ministères de l'agriculture sur le plan de la surveillance et du dépistage des maladies et des interventions de réponse.

241. Dans la discussion du rapport par le Conseil directeur, les États membres ont exprimé leur satisfaction face à l'assistance ponctuelle et efficace apportée par l'OPS en réponse à la pandémie du H1N1 en 2009. L'assistance précieuse du Centre d'épidémiologie des Caraïbes et des Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis a été également reconnue. Les délégués ont demandé qu'un examen formel soit fait de l'enseignement retiré de la pandémie et ils ont décrit certaines des leçons

retenues de l'expérience dans leur propre pays. On a remarqué que la pandémie avait fait ressortir certaines faiblesses dans l'application du Règlement sanitaire international (2005) et qu'elle avait également fait ressortir la nécessité d'apporter une formation pourtant sur une communication efficace des risques. On a souligné l'importance de la préparation stratégique à l'avance. Plusieurs délégués ont insisté sur le besoin d'intensifier la prévention aux niveaux communautaire et individuel. On a également insisté sur l'importance de la promotion de la santé et l'instruction de mesures d'hygiène fondamentales telles que le lavage des mains. A cet égard, il faudrait organiser des campagnes d'information publique plus efficaces, surtout pour encourager la discussion des maladies respiratoires aiguës comme cause de mortalité parmi les groupes vulnérables.

242. Plusieurs délégués ont souligné l'importance d'une approche intégrée et multisectorielle à la surveillance et à la prévention des maladies infectieuses émergentes. La collaboration entre les secteurs de la santé humaine et de la santé vétérinaire a été jugée particulièrement importante, au vu des origines zoonotiques de la grippe A (H1N1) et d'autres maladies récentes. La collaboration entre les autorités de la santé et les autorités de l'éducation et du travail a été jugée essentielle pour sensibiliser la population à la grippe et lui montrer comment l'éviter ainsi que pour faciliter la mise en œuvre de mesures comme la fermeture des écoles pour enrayer la propagation de la maladie. On a noté que les pandémies étaient des problèmes internationaux et non pas des problèmes nationaux, d'où toute l'importance des réponses régionales coordonnées. A cet égard, on a parlé de la nécessité de renforcer les mécanismes d'alerte et de réponse et d'exercer des contrôles stricts aux frontières internationales. Le renforcement de la capacité de diagnostic en laboratoire a également été jugé de toute première importance. Un accès rapide est nécessaire aux médicaments, aux tests de diagnostic et aux vaccins. Il faut également assurer le transfert de la technologie et le développement des capacités pour leur production au niveau national. On a encouragé l'OPS à intensifier sa coopération avec les pays dans ces domaines. L'Organisation était également priée de soutenir le renforcement des plans d'intervention pour d'autres pandémies en préparant des plans de préparatifs en cas d'urgence pour de multiples dangers, en puisant dans l'expérience acquise par le biais de la préparation et réponse à la pandémie du H1N1 2009.

243. Le Dr Marcos Espinal (Gérant, surveillance de la santé et prévention et contrôle des maladies, BSP) a remercié les États membres pour leurs contributions et a insisté sur la nécessité de continuer la surveillance de la pandémie et de renforcer les systèmes de surveillance. Il a également souligné l'importance de continuer la vaccination contre le virus pandémique, surtout chez les femmes enceintes et autres groupes à haut risque.

244. La Directrice a remercié les délégués pour leur expression de reconnaissance à l'OPS et à l'OMS et a indiqué qu'il était extrêmement important de continuer à travailler pour renforcer la communication des risques, surtout pour apaiser les craintes du public

sur la sûreté du vaccin contre la pandémie. Elle a également noté que, si le virus de la grippe A (H1N1) s'était avéré relativement clément, les autorités sanitaires ne devaient pas autant relâcher leur vigilance car un virus pandémique plus virulent pouvait faire son apparition à n'importe quel moment.

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

*Plan d'action pour le renforcement du recueil des données d'état civil et de santé (document CD50/INF/6-C)*

246. Mme Miriam Naarendorp (Représentante du Comité exécutif) a fait savoir que le Comité exécutif avait été informé en juin que de bons progrès avaient été faits concernant le plan d'action pour le renforcement du recueil des données d'état civil et de santé. On a souligné l'importance de la disponibilité de statistiques ponctuelles et fiables, sans lesquelles il serait difficile d'évaluer et de suivre les progrès faits en vue d'atteindre les Objectifs du Millénaire pour le développement ainsi que les progrès faits dans le cadre d'autres plans d'action mis en œuvre dans la Région. Le Comité avait été informé que le plan d'action serait renforcé par le Réseau du renforcement des systèmes d'information sanitaire qui venait d'être créé récemment et qui aiderait également à promouvoir la coopération horizontale entre les pays de la Région. Le Comité avait affirmé l'utilité du plan d'action en tant qu'outil aidant les États membres à améliorer la couverture et la qualité de leurs statistiques.

247. Le Conseil directeur a noté avec satisfaction les progrès faits pour renforcer les systèmes de recueil des données d'état civil et de santé dans les pays de la Région. On a souligné l'importance de la coopération horizontale en ce domaine au même titre que l'utilité des plates-formes sur le web pour le partage de l'information statistique. On a suggéré que les futurs rapports d'avancement devraient contenir une information supplémentaire sur la collaboration avec d'autres organisations techniques internationales en ce domaine et sur les sources de fonds extrabudgétaires qui seront nécessaires pour mettre en œuvre le plan de travail pour l'exercice biennal 2010-2011.

248. Le délégué de l'Argentine a noté que si le rapport d'avancement indiquait correctement que son pays disposait d'une analyse situationnelle et d'un plan stratégique avec un cadre différent de celui de l'OPS, l'Argentine avait pourtant octroyé des ressources suffisantes à son plan pour améliorer la qualité et la couverture de ses statistiques et ce plan prévoyait une coopération technique avec les pays voisins dans le cadre de la coopération Sud-Sud, surtout dans le domaine de la formation des ressources humaines et de la mise au point du matériel de formation visant à renforcer la qualité des données de santé.

249. Le Dr Marcos Espinal (Gérant, Surveillance sanitaire et prévention et contrôle des maladies, BSP) a souligné l'importance de la mise en œuvre des plans stratégiques, pas seulement de leur formulation, pour améliorer les systèmes de statistiques sanitaires et de l'état civil et a promis la coopération continue du Bureau à cette fin.

250. La Directrice a souligné l'importance de systèmes d'informations fiables pour identifier les progrès réalisés et les obstacles rencontrés dans l'effort fait pour atteindre les Objectifs du Millénaire pour le développement.

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

*Initiative régionale sur les données sanitaires de base et les profils de pays (document CD50/INF/6-D)*

252. Mme Miriam Naarendorp (Représentante du Comité exécutif) a indiqué que le Comité exécutif avait revu le rapport d'avancement sur l'Initiative régionale sur les données sanitaires de base et avait noté qu'il existait des liens étroits entre cette initiative et l'initiative pour le renforcement des données d'état civil et de santé (voir paragraphes 246 à 251 ci-dessus) et qu'il avait souligné combien il était important de renforcer le dialogue et la coordination entre le secteur de la santé et les instituts nationaux des statistiques pour vérifier que les systèmes nationaux de statistiques collectaient des données, par exemple sur le poids à la naissance, qui étaient importantes sous l'angle épidémiologique. On a également fait ressortir l'importance du renforcement de la capacité nationale pour la génération des statistiques de santé. Un tel renforcement des capacités était particulièrement important dans les pays où les données étaient soit sous-notifiées ou n'étaient pas notifiées de manière constante. On avait demandé à l'OPS de fournir une coopération technique pour renforcer les capacités techniques et conceptuelles du personnel responsable de la production et de la diffusion des statistiques de santé. De plus, on avait suggéré qu'un lien direct à l'Observatoire régional de santé publique devrait être inclus à la page d'accueil du site web de l'OPS pour faciliter l'accès aux données sanitaires de base.

253. Dans la discussion du rapport d'avancement au sein du Conseil, les délégués ont affirmé leur soutien pour l'initiative sur les données sanitaires de base. Ils ont noté avec satisfaction les changements introduits dans le Système d'information sur les indicateurs de base et ont souligné la nécessité de continuer à travailler pour vérifier la disponibilité de statistiques de santé qui étaient fiables, constantes et ponctuelles. On a souligné l'importance de la formation des ressources humaines en matière de procédures d'assurance de la qualité des données ainsi que de l'évaluation interne et externe et certification du personnel responsable du codage des données et on demandé à l'OPS d'apporter un soutien pour cette formation. On a suggéré que les sources d'information qui seront utilisés pour calculer les indicateurs devraient être spécifiés pour assurer le

caractère comparable des données, vu que certains des indicateurs de base étaient tirés de l'information obtenue d'autres organisations internationales.

254. Le Dr Marcos Espinal (Gérant, Surveillance sanitaire et prévention et contrôle des maladies, BSP) a vivement recommandé aux États membres de continuer à améliorer leur capacité de collecte et de validation des statistiques sanitaires et leur a assuré le soutien continu de l'OPS en ce domaine. Il a également indiqué que le Bureau était certain que le nouveau système basé sur le web serait plus convivial et qu'il faciliterait la comparaison de données.

255. La Directrice a observé que le système d'indicateurs de base apportait une source très accessible d'information sur la santé non seulement pour les utilisateurs du secteur de la santé mais aussi pour les législateurs, les journalistes et d'autres personnes nécessitant ce type d'information.

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

*Mise en œuvre de la stratégie régionale et 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 (document CD50/INF/6-F)*

257. Mme Miriam Naarendorp (Représentante du Comité exécutif) a fait savoir que le Comité exécutif avait examiné un rapport sur l'état d'avancement de la mise en œuvre de la stratégie régionale et 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 et avait noté avec satisfaction les progrès faits à ce jour, affirmant que l'OPS avait un rôle important à jouer en tant que coordinateur d'échange d'expériences et de meilleures pratiques. Certains délégués pensaient qu'une attention disproportionnée était peut-être accordée aux maladies transmissibles, surtout les maladies transmises sexuellement, alors que l'épidémiologie montrait que c'étaient les maladies non transmissibles chroniques qui représentaient à présent la charge de morbidité la plus lourde dans les pays de la Région. On a proposé de formuler les indicateurs et les cibles dans le cadre des Objectifs du Millénaire pour le développement afin de mesurer les progrès dans le combat contre les maladies chroniques non transmissibles.

258. Le Conseil directeur a également noté avec satisfaction les progrès faits ainsi que la direction donnée par la Stratégie et le Plan d'action régionaux, reconnaissant que les maladies chroniques imposaient une lourde charge à tous les pays de la Région. Un grand nombre des pays avaient calqué leurs stratégies nationales sur le Plan d'action régional et ses quatre axes d'action. Dans bien des cas, la première étape avait été de faire des enquêtes épidémiologiques et des études pour déterminer les bases initiales. Certains

délégués avaient insisté sur la nécessité d'intégrer la perspective du genre et de la sensibilité culturelle dans de telles études, surtout en ce qui concerne ce dernier point dans les pays avec de larges groupes autochtones.

259. On a noté que CARICOM avait mis au point une matrice indiquant les progrès faits par chaque pays des Caraïbes au niveau de la prévention et du contrôle des maladies non transmissibles, leur permettant de comparer leurs progrès et d'apprendre les uns des autres quelle est la meilleure de procéder à partir de là. On a suggéré qu'une telle matrice soit reproduite et utilisée dans d'autres parties de la Région. Les délégués ont avalisé la suggestion du Comité exécutif demandant que les indicateurs sur les maladies non transmissibles soient intégrés au système de suivi et d'évaluation des Objectifs du Millénaire pour le développement.

260. Le Conseil a reconnu que seule une approche sociétale intégrale permettrait de relever les défis liés aux maladies chroniques, engageant non seulement le secteur de la santé mais aussi les secteurs de l'agriculture, du commerce, de l'éducation, des finances et autres secteurs. Il est indispensable par ailleurs d'engager les représentants de l'industrie alimentaire pour qu'eux aussi soutiennent un approvisionnement d'aliments plus sains. On a insisté sur la nécessité de renforcer la capacité des soins de santé primaires pour prendre en charge les patients souffrant de maladies chroniques et de se donner une approche sur la vie entière à la prévention des maladies chroniques, ciblant en particulier les populations vulnérables.

261. Les délégués ont décrit les diverses entités gouvernementales et réglementaires que les pays avaient mis sur pied pour superviser la mise en œuvre de la Stratégie et du Plan d'action régionaux ainsi que la formulation des plans nationaux, la création d'instituts spécialisés pour des maladies spécifiques comme le cancer ou le diabète, la formulation de mesures réglementaires sur la qualité de la nourriture et l'organisation de campagnes d'éducation publique pour promouvoir l'activité physique et les styles de vie sains. Divers délégués ont également décrit les étapes pratiques prises au niveau national pour faire avancer le but général de la stratégie, notamment l'organisation des événements d'activité physique et la construction de halls de sport, la reformulation des aliments et des boissons, la réduction du contenu en sel dans la nourriture, les directives pour les aliments nutritifs et sains dans les écoles et les mesures pour protéger les enfants de la publicité faisant la promotion d'aliments malsains, les journées de bien-être et la création de « cartes de bien-être » donnant droit à des remises de prix sur les aliments sains et les activités sportives.

262. Les délégués ont suggéré que l'OPS joue un rôle pour aider les pays au niveau du renforcement des capacités et de la promotion d'échanges des meilleures pratiques. Ils espéraient également un résultat positif de la réunion à haut niveau des Nations Unies sur les maladies non transmissibles en septembre 2011.

263. Un représentant d'Alzheimer Disease International a fait remarquer que la maladie d'Alzheimer et d'autres démences avaient des répercussions de plus en plus lourdes sur la santé, avec un coût économique plus élevé que pratiquement tout les autres maladies mais souvent elles n'étaient pas reconnues car on pense à tort qu'elles font partie du processus normal du vieillissement. Son association était en train de discuter avec l'OMS de la possibilité d'un plan d'action conjoint, et elle espérait un soutien des États membres dans la Région.

264. Un représentant de Thalassaemia International Federation a fait remarquer que les hémoglobinopathies, comme la thalassémie, la drépanocytose, et l'hémophilie, semblaient absentes du groupe de maladies chroniques faisant l'objet de la discussion par l'Organisation. De telles maladies pouvaient être détectées rapidement par un simple test, et son organisation espérait pouvoir convaincre les gouvernements d'introduire de tels tests, peut-être au moment du mariage. Il recommandait vivement à l'OPS de prêter davantage attention aux hémoglobinopathies.

265. Le Dr Marcos Espinal (Gérant, Surveillance sanitaire et prévention et contrôle des maladies, BSP) a félicité les pays qui avaient fait de bons progrès dans le cadre de la stratégie et du plan d'action tout en notant que 16 seulement avait formulé des plans nationaux pour le contrôle des maladies non transmissibles. Le taux de mise en œuvre devait être augmenté. Il était important pour les délégués de recommander à leurs chefs d'état et à leur gouvernement de venir assister à la réunion de haut niveau des Nations Unies sur les maladies transmissibles en septembre 2011, d'autant plus qu'elle était organisée en réponse à une initiative de CARICOM. Il a informé le Conseil que le Bureau prévoyait d'organiser des consultations régionales avant la réunion à haut niveau.

266. Le Conseil directeur a pris note du rapport.

*Elimination de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale (document CD50/INF/6-G)*

267. Le Dr Celsius Waterberg (Représentant du Comité exécutif) a fait savoir que le Comité exécutif avait noté avec satisfaction les progrès faits par la Région en vue d'éliminer la rubéole et le syndrome de rubéole congénitale mais s'est montré préoccupé par la menace que représentent les cas importés de la maladie. On a souligné l'importance d'une surveillance continue. A cet égard, on a noté que la présence de cas sous-cliniques non dépistés pouvait entraîner une sous-estimation de la véritable incidence de la rubéole. On a également relevé l'importance d'obtenir et de maintenir une couverture de 95% ou au-dessus, à tous les niveaux mais simplement au niveau national, et de faire des enquêtes de tous les cas soupçonnés en assurant un diagnostic rapide. Certains délégués ont indiqué que des campagnes anti-vaccination avaient été mises sur pied dans leur pays par des groupes invoquant des liens entre le vaccin contre la

rougeole-oreillons-rubéole et l'autisme. Ils ont insisté sur le fait que les représentants officiels de la santé prennent rapidement des actions pour contrecarrer de tels efforts pour vérifier que des hauts niveau de couverture vaccinale sont maintenus.

268. Le Dr Gina Tambini (Gérante, santé familiale et communautaire, BSP) a observé que la Région était une fois de plus à l'avant-garde concernant l'éradication et l'élimination des maladies évitables par vaccine. Les pays de la Région étaient les premiers à avoir éradiqué la poliomyélite et ensuite à avoir éliminé la rougeole, et à présent, 18 mois s'étaient écoulés depuis le dernier cas endémique confirmé de rubéole en février 2009. Aussi la Région avait-elle atteint en 2010 le but de l'élimination du syndrome de rubéole congénitale.

269. Une réussite aussi remarquable de santé publique n'aurait certes pas été possible sans la participation des États membres, les contributions des partenaires de l'OPS et l'engagement irréductible des agents de santé de la Région. Tous les pays de la Région avaient mis en œuvre les stratégies recommandées par le groupe consultatif technique de l'OPS, notamment la vaccination contre la rubéole dans le cadre des programmes réguliers de vaccination et le déploiement de campagnes de suivi et d'accélération des vaccinations. Aussi, en décembre 2009, environ 450 millions de personnes avaient été vaccinées contre la rougeole et la rubéole et plus de 112 500 cas de syndrome de rubéole congénitale avaient été prévenus. La Région était en train de compiler un dossier de l'enseignement retiré de l'initiative de l'élimination pour le partager avec d'autres régions.

270. Remarquant que les Amériques ne pourraient pas à eux seuls maintenir leurs réussites sur le plan de l'élimination des maladies, elle a encouragé les États membres à continuer de défendre les initiatives d'élimination dans d'autres régions et de recommander la discussion de ce thème pendant la soixante-quatrième Assemblée mondiale de la santé en 2011.

271. Le Conseil a applaudi à la réussite de la Région concernant l'élimination de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale, qu'on a attribuée à la volonté du panaméricanisme et de la coopération entre les pays des Amériques, conjuguées au leadership et à la coordination de l'OPS. Le rôle stratégique du Fonds renouvelable pour l'achat de vaccins a également été mis en exergue. Le Conseil a vivement approuvé le projet du Bureau sur la compilation de l'enseignement retiré de l'initiative d'élimination. On a remarqué que l'investissement fait dans l'effort d'élimination a servi à renforcer la surveillance épidémiologique, les soins de santé primaires, les programmes nationaux de vaccination et les réseaux des laboratoires de santé publique, autant d'activités qui à leur tour aideront à assurer la pérennisation de l'élimination. L'importance de maintenir une couverture vaccinale élevée a été mise en avant au même titre que la vaccination des hommes et des femmes. Le Conseil a noté l'importance de rester vigilant pour éviter la

réintroduction de la maladie par le biais de cas importés et a souligné la nécessité pour les pays en dehors des Amériques d'accélérer leurs activités d'élimination de la rubéole. Les délégués ont demandé que la question soit discutée lors de la soixante quatrième Assemblée mondiale de la Santé et que soit fixée une date cible mondiale pour l'élimination de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale. Ils ont également fait appel aux autorités sanitaires leur demandant de sensibiliser à la question les hautes sphères politiques dans leur pays et dans d'autres forums internationaux.

272. Le Dr Tambini a remercié les délégués de leurs commentaires et de leur soutien et leur a assuré le soutien de l'OPS lors de la prochaine Assemblée mondiale de la Santé pour demander à d'autres régions d'intensifier leurs efforts pour éliminer la rougeole et la rubéole.

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

274. Des plaques ont été présentées aux Etats membres suivants et aux institutions partenaires en reconnaissance de leur travail se rapportant à l'élimination de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale : Ministère de la santé du Costa Rica, Ministère de la santé et de la politique sociale de l'Espagne, Agence canadienne pour le développement international (CIDA), Centers for Disease Control and Prevention (CDC) des États-Unis d'Amérique et Serum Institute of India.

***Résolutions et autres actions d'organisations intergouvernementales revêtant un intérêt pour l'OPS (document CD50/INF/7)***

*Soixante-troisième Assemblée mondiale de la Santé (document CD50/INF/7-A) et Quarantième session de l'Assemblée générale de l'Organisation des États américains (document CD50/INF/7-B)*

275. Le Dr Marthelise Eersel (Représentante du Comité exécutif) a fait savoir que le Comité exécutif avait revu un rapport sur les résolutions et autres actions de la soixante troisième Assemblée mondiale de la Santé et de la 127<sup>e</sup> Session du Comité exécutif de l'OMS revêtant un intérêt particulier pour les organes directeurs de l'OPS. Dans la discussion qui a suivi, on a noté que le rapport ne faisait aucune mention de la décision de l'Assemblée de la santé concernant la question des médicaments contrefaits—décision WHA63(10) – et on a suggéré que cette information soit incluse au rapport qui sera préparé pour le Conseil directeur actuel.

276. Le Délégué de l'Argentine a noté que, lors de l'Assemblée de la santé, un grand nombre de représentants des pays des Amériques avaient insisté sur le besoin de discuter de procédures pour évaluer l'innocuité et l'efficacité des médicaments existants. Il a proposé qu'un point de l'ordre du jour sur le renforcement des capacités des autorités

réglementaires pour vérifier la qualité, l'innocuité et l'efficacité des médicaments soit inclus à l'ordre du jour du 50<sup>e</sup> Conseil directeur. Plusieurs délégués ont soutenu la proposition alors que d'autres pensaient qu'il serait préférable d'introduire ce point à l'ordre du jour du Comité exécutif en 2011 pour laisser suffisamment de temps à la préparation d'un document qui reposerait sur une solide recherche. La Directrice a suggéré que le Bureau prépare un document général sur le nouveau point du jour proposé – pour lequel on pouvait utiliser comme base le rapport de la Cinquième conférence du Réseau panaméricain de l'harmonisation de la réglementation des médicaments – et ensuite le Conseil pourra décider de l'inclure ou non dans son ordre du jour final.

277. Le point de l'ordre du jour a été approuvé et sera inclus à l'ordre du jour du Conseil (voir paragraphes 146 à 156 ci-dessus).

278. Le Conseil a pris note des rapports sur les résolutions concernant diverses questions de santé qui avaient été adoptées par la soixante troisième Assemblée mondiale de la santé et la Quarantième session régulière de l'Assemblée générale de l'Organisation des États américains.

***Rapports d'avancement sur les questions administratives et financières (document CD50/INF/8, Rév. 1)***

*État de la mise en œuvre des Normes comptables internationales du secteur public (Normes IPSAS) (document CD50/INF/8, Rév. 1-A)*

279. Mme Miriam Naarendorp (Représentante du Comité exécutif) a fait savoir que le Comité exécutif avait été informé que la mise en œuvre des normes IPSAS était en bonne voie d'être achevée, en respect des délais, bien que la transition ait relevé d'un défi de taille, dû en partie au fait que l'Organisation a connu une nette augmentation dans ses ressources, surtout pour ses activités d'achat. En effet, cela signifiait que le personnel concerné avait fait face à une charge de travail plus grande alors qu'il lui fallait en même temps se conformer aux nouvelles demandes comptables. Néanmoins, les résultats ont été satisfaisants, tel que l'avait confirmé le rapport du Commissaire aux comptes externe. Le Comité avait également été informé qu'en date de mars 2010, environ \$200 000 du budget original de \$300 000 avaient été utilisés pour la mise en œuvre des normes IPSAS et que des ressources supplémentaires d'environ \$20 000 seraient nécessaires pour achever le processus de mise en œuvre.

280. Le Conseil directeur a noté avec satisfaction la mise en œuvre des normes IPSAS, reconnaissant qu'il s'était agi d'un long processus, tout en notant que c'était un manifestation pratique de l'engagement de l'Organisation en vue d'employer les meilleures pratiques administratives et financières. Un délégué a demandé quand et sous

quelle forme le manuel de comptabilité de l'IPSAS serait mis à la disposition des États membres.

281. Mme Sharon Frahler (Gérante, gestion des ressources financières, BSP) était d'accord pour dire que les normes IPSAS n'avaient certes pas été une affaire aisée mais le Bureau continuait à avancer dans cette voie. Le manuel de comptabilité avait été rédigé et les commentaires faits par le Commissaire aux comptes externe étaient en train d'être intégrés à ce manuel, Une fois qu'il sera finalisé, il sera accessible aux États membres sur le site web de l'Organisation. Elle a ajouté que le BSP était l'un des sept seuls organismes des Nations Unies qui avait gardé son engagement à appliquer les normes IPSAS le 1<sup>er</sup> janvier 2010. Les derniers mois de l'année étaient un moment d'importance critique puisque l'Organisation devait clore ses comptes annuels et vérifier que tout avait été fait conformément à l'avant-projet du manuel comptable. Elle a remercié les États membres de leur soutien, en particulier pour l'approbation du budget de \$300 000 pour la mise en œuvre des normes IPSAS.

282. Le Conseil a pris note du rapport.

*Plan-cadre d'investissement (document CD50/INF/8, Rév. 1-B)*

283. Mme Miriam Naarendorp (Représentante du Comité exécutif) fait savoir que le Comité exécutif avait étudié un rapport sur l'état d'avancement des projets financés par le Fonds d'investissement. Le Sous-comité de programme, budget et administration avait également examiné la question plus tôt dans l'année et avait revu une demande de la Directrice pour le transfert au Fonds d'investissement de \$2 millions de l'excédent des revenus sur les dépenses du Budget programme ordinaire 2008-2009. Le Sous-comité avait recommandé que le Comité exécutif approuve cette demande. Le Sous-comité avait également suggéré qu'une analyse plus détaillée soit faite des projets financés par le Plan-cadre d'investissement. En effet, on avait remarqué que, dans certains cas, il n'y avait pas d'indication claire sur le montant qui avait été dépensé par rapport à la somme qui avait été budgétisée. Le rapport présenté au Comité exécutif sur ce point de l'ordre du jour comprenait l'information demandée par le Sous-comité, y compris une mise à jour sur les dégâts causés par aux immeubles de l'OPS par les tremblements de terre en Haïti et au Chili.

284. Tel que noté auparavant dans la discussion du Rapport financier du Directeur 2008-2009 (voir paragraphes 174 à 179 ci-dessus), le Comité exécutif avait adopté la résolution CE146.R2, autorisant le transfert de \$2 millions de l'excédent du budget programme 2008-2009 pour réapprovisionner le Fonds directeur d'investissement.

285. Le Conseil directeur a noté avec satisfaction la mise à jour sur l'état d'avancement des projets du Fonds directeur d'investissement. Il était particulièrement

content de noter l'engagement de l'Organisation au suivi constant et au classement prioritaire de tels projets. On a proposé de donner plus de détails sur les divers projets, y compris leur emplacement géographique ainsi que les sommes déjà dépensées et celles qui peuvent encore être dépensées, ce qui faciliterait la prise de décisions par les Organes directeurs.

286. Mr. Edward Harkness (Gérant, Opération des services généraux) a remercié les États membres de leur solide soutien et ne manquera pas de fournir l'information supplémentaire demandée.

287. Le Conseil a pris note du rapport.

*Statut du Comité d'audit de l'OPS (document CD50/INF/8, Rév. 1-C)*

288. Mme Miriam Naarendorp (Représentante du Comité exécutif) a fait savoir que le Comité exécutif avait nommé les membres du Comité d'audit en juin, suivant la recommandation du Sous-comité de programme, budget et administration, qui avait créé lors de sa session en mars un groupe de travail pour revoir les qualifications des candidats identifiés par la Directrice. Le groupe de travail avait compilé une liste de quatre candidats classés en ordre préférentiel. On avait recommandé que les trois premiers candidats de la liste soient nommés mais on avait également rajouté un quatrième candidat pour donner le choix au Comité exécutif. Il s'agit des personnes suivantes par ordre de préférence : M. Alain Gillette, M. Peter Maertens, Mme Carman LaPointe, et Mme Amalia Lo Faso.

289. Le Comité exécutif avait accepté la recommandation du Sous-comité et avait choisi les trois premiers candidats proposés. Cette décision est reflétée dans la résolution du Comité CE146.R5. On a déterminé par la suite, par triage au sort, que M. Alain Gillette aurait un mandat de quatre ans auprès du Comité d'audit, Mme Carman LaPointe un mandat de trois ans et M. Peter Maertens de deux ans.

290. Le Dr Heidi Jiménez (Conseiller juridique, Conseillère juridique, BSP) a informé le Conseil que, depuis la réunion du Comité exécutif en juin, tous les candidats choisis avaient accepté de servir auprès du Comité d'audit mais que Mme Carman LaPointe avait été nommée Sous-secrétaire générale des Nations Unies à New York et avait donc été dans l'obligation de se retirer. La quatrième finaliste, Mme Amalia Lo Faso, avait indiqué qu'elle était prête à assumer ce mandat et sa candidature avait été envisagée par le 147<sup>e</sup> Conseil exécutif. Si sa nomination était approuvée, le Comité d'audit aurait une réunion préliminaire début novembre et commencerait son travail en 2011.

291. Un délégué a exprimé sa satisfaction de savoir que le Comité d'audit commencerait sous peu son travail.

292. Le Conseil directeur a pris note du rapport.

### **Autres questions**

293. La Directrice a informé le Conseil d'une communication faite par le Gouvernement des États-Unis d'Amérique le 1er octobre 2010, admettant avec un profond regret qu'en 1946-1948 son Service de santé publique avait pris à un essai dans le cadre duquel des gens au Guatemala avaient été délibérément infectés par la syphilis dans le cadre d'une étude sur la prévention des infections sexuellement transmissibles. L'OPS regrette profondément d'avoir pris à cette expérience déplorable qui avait été financée par une contribution des National Institutes of Health des États Unis. Cette étude avait été menée par le Dr John Cutler qui est devenu ensuite le Directeur adjoint de l'Organisation. L'OPS tient à exprimer son profond regret à la population du Guatemala et à affirmer, de pair avec l'OMS, qu'elle dispose à présent de solides normes éthiques régissant ses travaux de recherche auxquels participent des sujets humains afin que plus jamais un aussi incident puisse se reproduire.

294. Le Délégué de Cuba a regretté qu'une fois de plus, pour des raisons politiques, sa délégation n'avait pas obtenu à temps les visas, du Gouvernement des États-Unis alors que pourtant toutes les conditions étaient satisfaites et que sa délégation n'avait donc pas pu assister aux deux premiers jours du 50<sup>e</sup> Conseil directeur. Il souhaitait faire connaître le mécontentement de son gouvernement face à une telle procédure empêchant un État membre de venir assister aux réunions d'une organisation des Nations Unies dont il fait pourtant partie.

295. Un grand nombre de délégués ont exprimé leur solidarité à la population de l'Équateur qui avait traversé des troubles civils lors de la semaine du Conseil directeur. Ils ont également exprimé leur appui pour les victimes des inondations récentes en Haïti, en Jamaïque et au Mexique.

### *Reconnaissance du Dr Gerald Hanson*

296. Dans le cadre de la célébration du 50<sup>e</sup> anniversaire du Programme de santé radiologique de l'OPS, le Conseil a reconnu le travail du Dr Gerald Hanson, ancien chef du dit programme et par la suite chef de la médecine radiative de l'OMS. Les successeurs du Dr Hanson, le Dr Cari Borrás et le Dr Pablo Jiménez, ont également été reconnus. Le texte du discours du Dr Hanson se trouve sur la page web du 50<sup>e</sup> Conseil directeur.

### **Clôture de la session**

297. Suivant l'échange habituel de politesses, le Vice-président a déclaré que la clôture du 50<sup>e</sup> Conseil directeur.

## **Résolutions et décisions**

298. Les résolutions et décisions suivantes ont été adoptées par le 50e Conseil directeur l:

### ***Résolutions***

**CD50.R1**      ***Commission prélevée sur les achats de fournitures de santé publique effectués pour le compte des États membres***

### ***LE 50<sup>e</sup> CONSEIL DIRECTEUR,***

Ayant examiné le rapport, *Commission prélevée sur les achats de fournitures de santé publique effectués pour le compte des États Membres* (document CD50/22) ;

Tenant compte de l'augmentation significative du volume des achats de fournitures de santé publique effectués par le biais des trois mécanismes d'achat du Bureau sanitaire panaméricain pour le compte des États Membres de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) et du manque progressif de ressources financières adéquates pour couvrir les fonctions administratives à l'appui des activités d'achat,

### ***DÉCIDE :***

1. D'augmenter la commission actuelle de trois pour cent (3%) prélevée sur tous les achats de fournitures de santé publique par le Bureau sanitaire panaméricain pour le compte des États Membres de l'OPS d'un demi-point de pourcentage (0,5%) et de la fixer à un total de trois et demi pour cent (3,5%), à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2011.

2. De porter le 0,5% supplémentaire de cette commission au crédit du Compte spécial pour les dépenses à l'appui aux programmes afin de défrayer les coûts administratifs de toutes les activités d'achats à travers l'ensemble de l'Organisation pour les trois mécanismes d'achat suivants :

- Achats remboursables au nom des États Membres,
- Fonds renouvelable pour l'achat de vaccins,
- Fonds renouvelable régional pour les fournitures stratégiques en matière de santé publique.

*(Deuxième réunion plénière, le 27 septembre 2010)*

**CD50.R2** *Stratégie relative à l'usage de substances psychoactives et la santé publique*

**LE 50<sup>e</sup> CONSEIL DIRECTEUR,**

Ayant examiné le document CD50/18 intitulé « Stratégie relative à l'usage de substances psychoactives et la santé publique » ;

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, de même que le fossé qui existe sur le plan du traitement et des soins pour les personnes affectées par ces troubles de santé ;

Comprenant qu'une stratégie équilibrée est nécessaire et qu'elle doit comprendre des approches de contrôle de l'offre et de réduction de la demande, tout en répondant à un besoin crucial en matière de prévention, de dépistage, d'intervention précoce, de traitement, de réhabilitation, de réintégration sociale et de services d'appui pour réduire les conséquences néfastes de l'utilisation de substances psychoactives et assurer la promotion de la santé et du bien-être social des particuliers, des familles et de la communauté ;

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 de la Commission interaméricaine de lutte contre l'abus des drogues de l'Organisation des États Américains (OEA/CICAD) 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), de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), lesquels reflètent l'importance du problème de l'usage de substances psychoactives et établissent des objectifs stratégiques visant à l'aborder ;

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

***DÉCIDE :***

1. D'entériner la Stratégie relative à l'usage de substances psychoactives et la santé publique et d'appuyer la mise en œuvre dans le contexte des conditions spécifiques à chaque pays de manière à donner une réponse adéquate aux besoins présents et futures en ce qui concerne l'usage des substances.

2. De prier instamment les États Membres :
  - a) de définir l'usage de substances psychoactives comme une priorité de santé publique et de mettre en œuvre des plans visant à aborder 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) de reconnaître que les problèmes liés aux substances psychoactives sont le résultat d'une interaction entre des déterminants et des résultats sanitaires et sociaux, et que le fait d'aborder les problèmes liés à l'usage de substances psychoactives exige d'accroître la protection sociale, le développement durable et l'accès à des services de santé de qualité ;
  - c) de promouvoir un accès universel et équitable aux soins visant le traitement des troubles liés à l'usage de substances psychoactives ainsi qu'une intervention précoce pour l'ensemble de la population, par le renforcement des services existants dans le cadre des systèmes de soins de santé primaires et des réseaux intégrés de prestation de services, de même que par les efforts en cours visant à éliminer l'ancien modèle résidentiel centré sur l'hôpital ;
  - d) de continuer à renforcer leurs cadres juridiques afin de protéger les droits de l'homme des personnes atteintes de troubles liés à l'usage de substances psychoactives et d'appliquer efficacement les lois sans aucun résultat négatif sur la santé publique ;
  - e) de promouvoir les initiatives intersectorielles visant à dissuader les individus de commencer à prendre des substances psychoactives, en portant une attention particulière aux enfants et aux adolescents, et à réduire la stigmatisation et la discrimination envers les personnes souffrant de troubles dus à l'usage de substances psychoactives ;
  - f) d'encourager la collectivité, les anciens utilisateurs de substances psychoactives et les familles des utilisateurs de substances psychoactives à s'impliquer pleinement dans les activités relatives aux politiques, à la prévention et au traitement de par leur soutien à des organismes d'entraide ;
  - g) de reconnaître le développement des ressources humaines dans le domaine de la prévention, des soins et du traitement relatifs à l'usage de substances psychoactives comme une composante clé de l'amélioration des plans et des services de santé nationaux, et d'élaborer et de mettre en œuvre des programmes de formation systématique et des changements aux programmes d'études ;

- h) de combler les lacunes en matière d'information sur l'usage de substances psychoactives par une amélioration de la production, de l'analyse et de l'usage des informations, de même que par la recherche, en utilisant une approche interculturelle qui favorise l'égalité des sexes ;
  - i) de renforcer les partenariats qui existent entre le secteur public et les autres secteurs, y compris les organisations non gouvernementales (ONG), les établissements d'enseignement et les acteurs sociaux clés, en mettant l'accent sur leur participation à l'élaboration de politiques et de plans relatifs à l'usage de substances psychoactives ;
  - j) d'allouer des ressources financières suffisantes pour obtenir un équilibre approprié entre les activités de contrôle de l'offre et de réduction de la demande.
3. De demander à la Directrice :
- a) de préparer un plan d'action sur dix ans, en étroite collaboration avec les États Membres, les ONG, les établissements de recherche, les centres collaborateurs de l'OPS/OMS, l'OEA/CICAD et d'autres organisations internationales, afin que ce plan soit présenté au Conseil directeur en 2011 ;
  - b) d'appuyer les États Membres dans la préparation et la mise en œuvre de plans nationaux relatifs à l'usage de substances psychoactives et la santé publique dans le cadre de leurs politiques de santé publique et de leurs politiques sociales, en tenant compte de la Stratégie sur l'usage de substances psychoactives et la santé publique, en cherchant à corriger les iniquités et en accordant la priorité aux soins destinés aux groupes vulnérables et ayant des besoins particuliers ;
  - c) de collaborer à l'évaluation des problèmes liés à l'usage de substances psychoactives et des services connexes dans les pays, afin de faire en sorte que des mesures appropriées et efficaces soient prises pour réduire ces problèmes ;
  - d) de faciliter la diffusion de l'information et le partage d'expériences positives et innovatrices, ainsi que de promouvoir la coopération technique parmi les États Membres ;
  - e) de promouvoir la création de partenariats avec des organisations gouvernementales et non gouvernementales, de même qu'avec des organisations internationales et d'autres acteurs régionaux, en appui à la réponse multisectorielle requise pour mettre cette Stratégie en œuvre ;

- f) de coordonner la mise en œuvre de la Stratégie avec l'OEA/CICAD et avec les commissions nationales de lutte contre la drogue, selon le cas.

*(Troisième réunion plénière, le 28 septembre 2010)*

**CD50.R3** *Élection de trois États membres au Comité exécutif au terme des mandats de la Bolivie, du Mexique et du Suriname*

**LE 50<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 ;

Considérant que les États-Unis d'Amérique, la Grenade et le Pérou ont été élus pour faire partie du Comité exécutif au terme des mandats de la Bolivie, du Mexique et du Suriname,

**DÉCIDE :**

1. De déclarer que les États-Unis d'Amérique, la Grenade, et le Pérou ont été élus pour faire partie du Comité exécutif pour une période de trois ans.
2. De remercier la Bolivie, le Mexique et le Suriname pour les services rendus à l'Organisation au cours des trois dernières années par leurs représentants au sein du Comité exécutif.

*(Cinquième réunion plénière, le 29 septembre 2010)*

**CD50.R4** *Traitement du Directeur du Bureau sanitaire panaméricain et amendements au Statut du personnel*

**LE 50<sup>e</sup> CONSEIL DIRECTEUR,**

Ayant examiné le document CD50/23 ;

Considérant la révision du barème des traitements de base minima pour la catégorie des administrateurs et fonctionnaires de rang supérieur du Bureau sanitaire panaméricain, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2010 ;

Tenant compte de la décision du Comité exécutif à sa 146<sup>e</sup> session d'ajuster les traitements du Directeur adjoint et du Sous-directeur du Bureau sanitaire panaméricain (résolution CE146.R13),

***DÉCIDE :***

1. De fixer le traitement annuel du Directeur du Bureau sanitaire panaméricain, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2010, à US\$ 201 351 avant imposition, soit un traitement net modifié de \$143 878 (avec personnes à charge) ou de \$129 483 (sans personnes à charge).
2. D'approuver l'amendement à l'article 4.3 du Statut du personnel, qui clarifie que les principes de diversité et d'inclusion doivent être pris en compte dans le recrutement du personnel.

*(Cinquième réunion plénière, le 29 septembre 2010)*

**CD50.R5      *Renforcement des programmes de vaccination***

***LE 50<sup>e</sup> CONSEIL DIRECTEUR,***

Ayant examiné le document conceptuel, *Renforcement des programmes de vaccination* (document CD50/14), et les importantes avancées enregistrées par les pays dans le domaine de la vaccination ;

Reconnaissant que les États Membres et l'Organisation panaméricaine de la Santé ont déployé des efforts concrets pour harmoniser les politiques et les stratégies de vaccination, en encourageant la formation d'équipes nationales quant à la gestion et la mise en œuvre efficaces des programmes nationaux et en assimilant le Fonds renouvelable pour l'achat de vaccins comme mécanisme de coopération qui favorise l'accès aux produits biologiques et autres articles pour tous les États Membres ;

Reconnaissant que quelques États Membres ont défini la vaccination comme faisant partie du domaine public contribuant de manière substantielle à la réduction de la mortalité infantile et qui a abouti à l'éradication de la poliomyélite et à l'élimination de la rougeole, de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale, ainsi qu'au contrôle épidémiologique d'autres maladies évitables par la vaccination dans la Région ;

Réitérant que le Fonds renouvelable a joué un rôle déterminant dans l'accès opportun et équitable aux vaccins par les États Membres et que, dans le cadre de la coopération technique, il a facilité la normalisation des programmes de vaccination dans

les pays des Amériques, l'obtention de couvertures vaccinales élevées et la réponse opportune face aux flambées épidémiques et autres urgences sanitaires, ainsi que l'introduction accélérée de l'utilisation de « nouveaux vaccins » comme ceux contre le rotavirus, le pneumocoque, le virus du papillome humain (VPH) et, récemment, contre le virus de la grippe A(H1N1) ;

Reconnaissant que la défense des programmes nationaux et régionaux de vaccination est une condition indispensable à la préservation des acquis obtenus par tous les États Membres et que la réduction des niveaux de vaccination dans n'importe quel pays affecte directement les autres pays,

***DÉCIDE :***

1. De prier instamment les États Membres :
  - a) d'entériner les programmes nationaux de vaccination comme bien public ;
  - b) de soutenir la Stratégie régionale d'immunisation et sa vision et de viser les objectifs suivants :
    - préserver les acquis : Région exempte de poliomyélite, de rougeole, de rubéole et de syndrome de rubéole congénitale et contrôle de la diphtérie, de la coqueluche et du Hib ;
    - conclure le programme inachevé : élimination du tétanos néonatal ; contrôle épidémiologique de l'hépatite B, de la grippe saisonnière et de la fièvre jaune ; obtention par toutes les municipalités d'une couverture de plus de 95% (en prenant le DTC3 comme marqueur) ; et fin de la transition d'une approche de la vaccination orientée vers l'enfant à une approche visant l'immunisation compréhensive de la famille ;
    - affronter les nouveaux défis : introduire des nouveaux vaccins qui contribuent à la réalisation des OMD ; renforcer la capacité nationale en matière de prise de décisions ; promouvoir la pérennité financière du Programme élargi de vaccination (PEV) ; et renforcer les services de vaccination et d'immunisation dans le cadre des systèmes et services fondés sur les soins primaires de santé ;
    - soutenir le Fonds renouvelable pour l'achat de vaccins de l'OPS comme mécanisme de coopération stratégique qui permet un accès opportun et équitable des États Membres aux produits de leurs programmes de vaccination.

2. De demander à la Directrice :
- a) de continuer à fournir un appui technique aux États Membres pour renforcer la capacité opérationnelle des programmes nationaux de vaccination dans le cadre des soins primaires de santé, en recourant à des stratégies qui permettent de garantir des interventions dans les municipalités où la couverture vaccinale est faible, ainsi qu'au sein des communautés d'accès difficile en situation vulnérable ;
  - b) de fournir une assistance technique aux États Membres pour la prise de décisions fondées sur des preuves, au moyen des centres d'excellence du Réseau ProVac ;
  - c) de renforcer le Fonds renouvelable et de veiller à ce qu'il demeure un outil efficace et actif, selon les règles et les principes qui le régissent et ont permis qu'il obtienne des résultats couronnés de succès tout au long de ses 30 années d'activité ;
  - d) de continuer à soutenir les activités renforcées de plaidoyer et de mobilisation sociale au vu des opinions contre la vaccination qui ne cessent pas de s'accroître et qui menacent les initiatives de vaccination.

*(Sixième réunion plénière, le 29 septembre 2010)*

**CD50.R6**     *Renforcement de la capacité des États membres pour mettre en œuvre les dispositions et les directives de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac*

**LE 50<sup>e</sup> CONSEIL DIRECTEUR,**

Tenant compte du *Rapport de situation sur la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac : Opportunités et défis concernant sa mise en œuvre dans la Région des Amériques* (document CD50/26) ;

Reconnaissant qu'il existe des preuves scientifiques suffisantes du fait que la consommation du tabac et l'exposition à la fumée du tabac d'autrui sont des causes de mortalité, morbidité et incapacité, ayant un impact considérable sur l'incidence des maladies chroniques non transmissibles et générant un coût sanitaire, économique et social immense; et que la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé établit comme principe fondamental que « le droit à jouir de la plus haute qualité de santé accessible est un des droits fondamentaux de tout être humain, sans distinction de race, de religion, de croyance politique ou de condition économique et sociale » et que ce droit est

protégé également par diverses conventions internationales et régionales qui ont été ratifiées par la majorité des États Membres de la Région ;

Considérant que les conclusions du Comité d'experts en documents de l'industrie du tabac citées dans la résolution WHA54.18 de l'Assemblée mondiale de la Santé indiquent que « l'industrie du tabac a fonctionné durant des années avec l'intention manifeste de saper le rôle des gouvernements et de l'OMS dans l'application des politiques de santé publique destinées à combattre l'épidémie de tabagisme » ;

Profondément préoccupé par les campagnes de désinformation, ainsi que par les actions en justice entamées par l'industrie du tabac contre les mesures de contrôle du tabac adoptées par les États Membres ;

Tenant compte du fait que dans l'article 5.3 de la Convention cadre de l'OMS pour la lutte antitabac il est établi « qu'en définissant et en appliquant leurs politiques de santé publique en matière de lutte antitabac, les Parties veillent à ce que ces politiques ne soient pas influencées par les intérêts commerciaux et autres de l'industrie du tabac, conformément à la législation nationale »,

***DÉCIDE :***

1. D'exprimer son appui à la République orientale de l'Uruguay pour les mesures nationales adoptées conformément aux dispositions de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac et ses directives, tout particulièrement celles ayant trait à l'emballage des produits de tabac dont le but est d'informer le public sur les risques du tabac et empêcher qu'il soit suggéré, de manière directe ou indirecte, que quelques produits sont moins nocifs pour la santé que d'autres.
2. De prier instamment les États Membres :
  - a) de rejeter toute tentative de l'industrie du tabac ou de ses groupes alliés d'interférer, de retarder, de faire obstacle ou d'empêcher la mise en œuvre des mesures de santé publique destinées à protéger la population des conséquences de la consommation de tabac et de l'exposition à la fumée du tabac d'autrui ;
  - b) de reconnaître la nécessité de suivre, documenter et, conformément aux lois nationales en vigueur, de rendre publiques les activités de l'industrie du tabac afin de mettre en évidence ses stratégies et de réduire leur efficacité ;
  - c) de promouvoir des pratiques de santé publique afin de protéger les enfants et les adolescents des dangers de la consommation du tabac et ses effets nuisibles sur la

- santé, et finalement, réduire le fardeau de la morbidité et la mortalité découlant du tabagisme ;
- d) d'envisager la ratification de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac s'ils ne l'ont déjà fait et de mettre en œuvre ses dispositions et ses directives.
3. Demander à la Directrice de :
- a) continuer à renforcer la capacité des États Membres à mettre en œuvre les dispositions et les directives de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac ;
- b) renforcer, promouvoir et faciliter l'échange des informations entre les États Membres sur des sujets tels que législation, directives, meilleures pratiques et expériences avec l'industrie du tabac, parmi d'autres.

*(Sixième réunion plénière, le 29 septembre 2010)*

**CD50.R7**      ***Stratégie pour le développement des compétences du personnel de santé dans les systèmes de santé fondés sur les soins de santé primaires***

***LE 50<sup>e</sup> CONSEIL DIRECTEUR,***

Ayant examiné le rapport de la Directrice, *Stratégie pour le développement des compétences du personnel de santé dans les systèmes de santé fondés sur les soins de santé primaires* (document CD50/11), sur la base du Plan stratégique de l'OPS pour la période 2008–2012,

***DÉCIDE :***

1. De prier instamment les États Membres :
- a) de réitérer leur engagement à la réalisation des cibles régionales en matière de ressources humaines pour la santé 2007–2015 et le développement de plans nationaux de ressources humaines en concertation avec les secteurs et les acteurs sociaux appropriés ;
- b) d'établir des mécanismes et des modalités de coordination et de coopération avec les instances nationales responsables de l'éducation, les institutions académiques et d'autres parties prenantes pour promouvoir une plus grande convergence des

- qualifications et des compétences des futurs professionnels avec les orientations et les besoins du secteur de la santé ;
- c) de formuler une politique d'apprentissage, qui comporte comme ressource complémentaire l'apprentissage par des moyens virtuels, applicable à tous les niveaux et à toutes les entités du système sanitaire, ainsi que la définition des cadres de compétences pour les équipes de santé familiale et communautaire ;
  - d) de promouvoir le développement des compétences du personnel sanitaire en accordant une importance particulière à l'approche interculturelle et l'équité entre les sexes ;
  - e) d'adopter une stratégie de réseaux d'apprentissage (*eLearning*) dans l'optique d'une éducation permanente, faisant usage des technologies de l'information et de la communication axées sur la transformation des pratiques de santé en vigueur et du comportement institutionnel ;
  - f) de promouvoir entre les pays et territoires de la Région, la production et l'échange de ressources ouvertes d'apprentissage et d'expériences.
2. De demander à la Directrice :
- a) d'intensifier la coopération technique de l'Organisation avec les États Membres dans la formulation de politiques et de plans d'apprentissage et de *eLearning* destinés au personnel des services de santé ;
  - b) de collaborer avec la conception et le renforcement de l'infrastructure nécessaire pour soutenir le *eLearning* ;
  - c) d'appuyer les pays de la Région et les initiatives sous-régionales dans le développement de stratégies et de mécanismes de coordination et de coopération entre l'autorité sanitaire nationale et les institutions d'éducation dans le cadre d'un engagement et d'une responsabilité sociale partagés pour l'obtention du renouvellement des soins de santé primaires ;
  - d) de favoriser la création de réseaux d'apprentissage coordonnés au niveau régional et la production de ressources d'apprentissage afin de renforcer les capacités de leadership et de direction du secteur de la santé concernant les thèmes prioritaires dans la Région ;

- e) de contribuer au renforcement, par le biais du Campus virtuel de santé publique, des capacités nationales de développement des compétences du personnel de santé et de l'utilisation des technologies de l'information et de la communication.

*(Sixième réunion plénière, le 29 septembre 2010)*

**CD50.R8      *La santé et les droits de l'homme***

***LE 50<sup>e</sup> CONSEIL DIRECTEUR,***

Ayant considéré le document conceptuel *La santé et les droits de l'homme* (document CD50/12) ;

Tenant compte de ce que la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé établit un principe international fondamental en vertu duquel « la jouissance du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre a été consacrée comme l'un des droits fondamentaux de tout être humain sans distinction de race, de religion, d'idéologie politique ou de condition économique ou social » ;

Reconnaissant que dans le Programme d'action sanitaire pour les Amériques (2008–2017), les ministres et secrétaires de la santé ont : a) déclaré leur engagement renouvelé aux principes établis antérieurement par la Constitution de l'OMS, b) reconnu que les droits de l'homme font partie des principes et des valeurs intrinsèques au Programme d'action sanitaire et c) déclaré que, dans le but de concrétiser le droit à la jouissance du meilleur état de santé qui peut être atteint, les pays doivent poursuivre l'atteinte de l'universalité, l'accessibilité, l'intégralité, la qualité et l'inclusion dans les systèmes de santé disponibles pour les personnes individuelles, les familles et les communautés ;

Conscient que le Plan stratégique de l'OPS 2008–2012 amendé indique que « Le droit international des droits de l'homme consacré dans les conventions et les normes internationales et régionales en matière de droits de l'homme offre un cadre conceptuel et juridique unificateur de ces stratégies, ainsi que des mesures pour évaluer les progrès et clarifier la reddition de comptes et les responsabilités des divers intéressés directs » ;

Reconnaissant que les instruments des droits de l'homme des systèmes des Nations Unies et interaméricain sont utiles pour le progrès des États Membres en ce qui concerne la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD), en particulier ceux qui se rapportent à réduire l'extrême pauvreté et la faim (OMD 1), réduire la mortalité de l'enfant (OMD 4), améliorer la sante maternelle (OMD 5) et combattre le VIH/sida, la paludisme et d'autres maladies (OMD 6) ;

Notant que la Conférence sanitaire panaméricaine et le Conseil directeur ont recommandé aux États Membres de formuler et d'adopter des politiques, plans et législations en matière de santé qui soient conformes aux instruments internationaux des droits de l'homme qui sont applicables dans le contexte de la santé mentale (document CD49/11), du vieillissement actif et sain (document CD49/8), de la santé des adolescents et des jeunes (document CD49/12), de l'égalité des sexes (document CD49/13), de la réduction de la mortalité et de la morbidité maternelles (document CSP26/14), de l'accès aux soins pour les personnes qui vivent avec le VIH (document CD46/20), de la santé des peuples autochtones (document CD47/13) et de la prévention et la réhabilitation de la incapacité (document CD47/15), entre autres ;

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

***DÉCIDE :***

1. De prier instamment les États Membres, en tenant compte du contexte national, des capacités de financement et budgétaires, ainsi que de la législation en vigueur :
  - a) de renforcer la capacité technique de l'autorité sanitaire aux fins de collaboration avec les entités gouvernementales appropriées des droits de l'homme (« défenseurs des droits de l'homme, secrétariats aux droits de l'homme ») pour évaluer et superviser l'exécution des instruments internationaux des droits de l'homme ayant trait à la santé qui soient applicables ;
  - b) de renforcer la capacité technique des autorités sanitaires pour appuyer la formulation de politiques et de plans de santé conformes aux instruments internationaux des droits de l'homme ayant trait à la santé qui soient applicables ;
  - c) d'appuyer la coopération technique de l'OPS dans la formulation, la révision et, si nécessaire, la réforme des plans nationaux et de la législation en matière de santé, en leur incorporant les instruments internationaux des droits de l'homme qui sont applicables, en particulier les dispositions visant à la protection des groupes en situation vulnérable ;
  - d) d'encourager et de consolider les programmes de formation de agents de santé concernant les instruments internationaux des droits de l'homme qui sont applicables ;
  - e) de formuler et, si possible, d'adopter des mesures de caractère législatif, administratif, éducatif et d'autre nature pour diffuser les instruments internationaux des droits de l'homme applicables et qui visent la protection du

- droit à la jouissance du niveau de santé le plus élevé possible et d'autres droits de l'homme apparentés, parmi le personnel approprié des corps législatifs et judiciaires et autres autorités gouvernementales ;
- f) de promouvoir, selon le besoin, la diffusion de l'information entre les organisations de la société civile et les autres acteurs sociaux, concernant les instruments internationaux des droits de l'homme qui leur sont applicables et qui ont trait à la santé, afin de traiter de la stigmatisation, de la discrimination et de l'exclusion des groupes en situation vulnérable.
2. De demander à la Directrice, dans la mesure permise par les ressources financières de l'Organisation :
- a) de faciliter la collaboration technique de l'OPS avec les comités, organes et rapporteurs des droits de l'homme des systèmes des Nations Unies et interaméricain ;
- b) de former le personnel de l'Organisation pour que, progressivement, les domaines technique les plus liés à la protection de la santé des groupes vulnérables incorporent dans leurs programmes les instruments internationaux des droits de l'homme ayant trait à la santé ;
- c) de faciliter et d'encourager la collaboration et la recherche avec les entités d'enseignement, le secteur privé, les organisations de la société civile et les autres acteurs sociaux, selon le besoin, afin de promouvoir et de protéger les droits de l'homme dans le respect des instruments en matière de droits de l'homme ayant trait à la santé ;
- d) d'encourager l'échange des bonnes pratiques et des expériences fructueuses entre les États Membres de l'OPS afin d'éviter la stigmatisation, la discrimination et l'exclusion des groupes vulnérables.

*(Sixième réunion plénière, le 29 septembre 2010)*

**CD50.R9      *Renforcement des autorités de réglementation nationales en matière de médicaments et produits biologiques***

***LE 50<sup>e</sup> CONSEIL DIRECTEUR,***

Ayant examiné le document *Renforcement des autorités de réglementation nationales en matière de médicaments et produits biologiques* (document CD50/20) ;

Considérant les résolutions WHA45.17 (1992) et WHA47.17 (1994) de la 45<sup>e</sup> et 47<sup>e</sup> Assemblée mondiale de la Santé, respectivement. Les documents EB113.10 (2004) du 113<sup>e</sup> Conseil exécutif de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) ; le document CD42/15 (2000) du 42<sup>e</sup> Conseil directeur de l'Organisation panaméricaine de la Santé, sur les fonctions essentielles de santé publique et le renforcement de la fonction directrice de l'autorité sanitaire à tous les niveaux de l'État ; et la procédure pour la désignation des autorités de réglementation de référence régionale en matière de médicaments et produits biologiques, de l'Organisation panaméricaine de la Santé ;

Considérant que le renforcement de la capacité des autorités de réglementation nationales et que la désignation des autorités de réglementation de référence régionale peut donner lieu à la reconnaissance des capacités établies dans la Région des Amériques et à la mise en place de mécanismes de coopération qui permettront de renforcer d'autres autorités de réglementation nationales dans leur fonction directrice ;

Reconnaissant l'initiative des États Membres et de l'OPS/OMS dans le cadre de l'élaboration d'un instrument ayant fait l'objet d'un accord et la création d'une procédure pour la qualification des autorités de réglementation de référence régionale ;

Reconnaissant la possibilité de bénéficier de la participation des autorités de réglementation de référence régionale dans les processus d'évaluation des produits comme élément des mécanismes d'achat de l'Organisation panaméricaine de la Santé ,

***DÉCIDE :***

1. Prier instamment les États Membres de :
  - a) renforcer et évaluer leur capacité de réglementation en ce qui concerne les fonctions propres d'un organisme de réglementation et de contrôle des médicaments et produits biologiques, au moyen d'un examen de la réalisation de leurs fonctions essentielles ;
  - b) utiliser les résultats de la qualification et la désignation de l'autorité de réglementation de référence régionale pour renforcer leur performance pour ce qui est de la fonction directrice de l'autorité sanitaire ;
  - c) soutenir les autorités de réglementation nationales pour qu'elles puissent bénéficier des processus et des informations des autorités de réglementation nationales de référence ;

- d) promouvoir la diffusion d'informations sur les résultats et les processus de réglementation et contrôle des médicaments, produits biologiques et autres technologies sanitaires ;
- e) promouvoir les échanges et la coopération technique entre les pays ;
- f) prendre une part active au Réseau panaméricain pour l'harmonisation de la réglementation pharmaceutique (Réseau PARF).

2. Demander à la Directrice :

- a) d'appuyer les initiatives pour le renforcement et la qualification des autorités de réglementation nationales afin de garantir la qualité, l'innocuité et l'efficacité des médicaments, produits biologiques et autres technologies sanitaires ;
- b) de diffuser largement dans les pays de la Région des Amériques les outils et les procédures disponibles pour la qualification des compétences des autorités de réglementation nationales en matière de médicaments et produits biologiques et soutenir l'élaboration du système de qualification des autorités de réglementation nationales et leur désignation comme autorité de réglementation de référence régionale ;
- c) de maintenir et renforcer la collaboration de l'Organisation panaméricaine de la Santé avec les États Membres en matière de réglementation des médicaments et produits biologiques ;
- d) de promouvoir la coopération technique entre les autorités de réglementation des pays ainsi que la reconnaissance des capacités établies dans la Région ;
- e) de veiller à ce que les processus d'achat de médicaments et produits biologiques de l'Organisation panaméricaine de la Santé soient soutenus par la capacité établie des autorités de réglementation nationales de référence pour garantir la qualité, l'innocuité et l'efficacité de ces produits.

*(Septième réunion plénière, le 30 septembre 2010)*

**CD50.R10    *Modernisation du système d'information pour la gestion du BSP***

***LE 50<sup>e</sup> CONSEIL DIRECTEUR,***

Ayant revu le rapport de la Directrice, *Modernisation du système d'information pour la gestion du BSP* (document CD50/7) ;

Observant que le Bureau sanitaire panaméricain (BSP) profitera grandement de la modernisation de son système d'information pour la gestion ;

Reconnaissant qu'il y a, et qu'il y aura toujours, le besoin de répondre aux demandes du système mondial de gestion de l'OMS (GSM) et de prévoir une interface avec ledit système ;

Tenant compte du travail du Comité du système d'information pour la gestion du BSP, qui a préparé les Principes directeurs qui ébauchent le contexte et les buts de la modernisation et qui a analysé et documenté pour la première fois les processus opérationnels de l'Organisation, travail aboutissant déjà à un certain nombre d'améliorations, et qui a cerné, analysé et expliqué les diverses options de modernisation dont les avantages, les inconvénients et les coûts estimés ;

Reconnaissant les avantages que le BSP a déjà obtenu de l'analyse de ses processus opérationnels et les gains d'efficacité ainsi réalisés ;

Sachant qu'il existe des conditions essentielles qui influencent fortement l'évaluation des options, demandant notamment que soit envisagé le statut juridique indépendant de l'OPS ainsi que l'assurance que les niveaux de services aux États Membres de l'OPS soient maintenus et améliorés ;

Reconnaissant que la mise en œuvre initiale d'un progiciel commercial de planification des ressources (ERP) fournira le degré souhaité de modernisation, traitera des questions de gouvernance de l'OPS se rapportant à la modernisation du système, sera d'un coût relativement faible et représentera la meilleure option pour aligner les processus opérationnels du BSP sur les meilleures pratiques disponibles dans le logiciel, améliorant ainsi les niveaux de services pour les États Membres de l'OPS, en assurant en même temps que les besoins du GSM soient pleinement satisfaits,

***DÉCIDE :***

1. D'avaliser la modernisation du système d'information pour la gestion du BSP.
2. D'approuver les Principes directeurs pour la modernisation.

3. D'approuver la modernisation par le biais d'un logiciel ERP commercial auquel le BSP pourra intégrer un minimum de modifications et adaptations, tel que la Solution ERP Baseline, présentée par le Bureau en tant qu'Option 3 dans le document CD50/7.
4. D'approuver l'utilisation de la somme de 10 millions de dollars du compte de dépôt pour cette modernisation.
5. De demander que la Directrice commence les préparations détaillées du projet, étudie les sources additionnelles possibles de financement et fasse le compte rendu des progrès au Conseil directeur en 2011.
6. De demander à la Directrice de veiller à ce que la modernisation du système d'information pour la gestion du BSP soit accomplie, et que toute modernisation future atteigne le degré d'intégration nécessaire avec le GSM et que son niveau d'établissement des états financiers, de transparence et de responsabilité soit comparable à celui du GSM.

*(Huitième réunion plénière, le 30 septembre 2010)*

**CD50.R11 *Stratégie et Plan d'action pour la réduction de la malnutrition chronique***

***LE 50<sup>e</sup> CONSEIL DIRECTEUR,***

Ayant examiné le rapport de la Directrice, *Stratégie et le Plan d'action pour la réduction de la malnutrition chronique* (document CD50/13) ;

Tenant compte des mandats internationaux émanant de l'Assemblée mondiale de la Santé, en particulier des résolutions WHA55.23 (2002) et WHA56.23 (2003), ainsi que des engagements des États membres de la Région des Amériques pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) ;

Reconnaissant les conséquences de la malnutrition infantile pour le développement physique et cognitif, la réponse immunologique et le risque de maladie ou de décès prématuré, ainsi que pour le rendement scolaire et la capacité fonctionnelle, la formation de capital humain, la productivité et le bien-être individuel et collectif ;

Reconnaissant le droit des enfants de se développer physiquement, mentalement, moralement, spirituellement et socialement de manière saine et normale, ainsi que dans des conditions de liberté et de dignité ;

Reconnaissant que les conditions de vie et la malnutrition lors des premières années de la vie influencent le développement de la surcharge pondérale, de l'obésité et des maladies chroniques (diabète, hypertension, athérosclérose, entre autres) avec des conséquences graves pour le bien-être de la population et quant au fardeau social du fait de l'invalidité en résultant et quant aux années de vie productive perdues ;

Soulignant que, dans la Région des Amériques, l'indicateur de la taille par rapport à l'âge constitue une meilleure représentation du manque prolongé d'accès à une alimentation adéquate et de l'effet des autres facteurs sociaux liés à la pauvreté, et qu'au vu de la tendance actuelle de cet indicateur, il est possible que, d'ici à 2015, plusieurs pays ne parviennent pas à atteindre le but 2 de l'OMD 1 et qu'ils aient des difficultés à atteindre l'OMD 4 et l'OMD 5 ;

Réitérant que la nutrition est un facteur qui conditionne le développement humain et est affecté également par un ensemble de déterminants sociaux et économiques ;

Reconnaissant que si bien la malnutrition chronique, particulièrement parmi les personnes pauvres des zones rurales de la Région, la dangereuse augmentation survenue simultanément de l'obésité parmi les enfants ne peut pas être ignorée et, par conséquent, les interventions doivent être intégrales afin de faire face à la dénutrition des enfants ;

Reconnaissant le haut degré de complémentarité entre cette stratégie et d'autres comme la Stratégie et le Plan d'action régionaux sur la nutrition dans la santé et le développement 2006-2015 et la résolution de l'Assemblée générale de l'OEA sur l'appui aux efforts pour l'éradication de la malnutrition infantile aux Amériques, (AG/RES. 2346 [XXXVII-O/07]) ;

Saluant avec satisfaction le cadre conceptuel et opérationnel permettant de lutter contre la malnutrition (la malnutrition aiguë et chronique, la surcharge pondérale, l'obésité et les carences en micronutriments spécifiques) obtenu par le consensus inter-agences au sein de l'Alliance panaméricaine pour la nutrition et le développement (APND),

### ***DÉCIDE :***

1. D'entériner la Stratégie et approuver le Plan d'action pour la réduction de la malnutrition chronique et leur prise en compte dans les politiques, les plans et les programmes de développement, ainsi que dans les propositions et la discussion des budgets nationaux, ce qui permettra de créer les conditions propices pour la prévention de la malnutrition chronique.

2. De prier instamment les États Membres :
  - a) d'accorder la priorité aux actions intersectorielles visant à la prévention de la malnutrition chronique ;
  - b) de promouvoir le dialogue et la coordination entre les ministères et d'autres institutions du secteur public, ainsi qu'entre les secteurs public et privé et la société civile, pour parvenir à des consensus nationaux axés sur les déterminants sociaux et pour adopter des approches considérant le cycle de vie entier afin de prévenir la malnutrition chronique ;
  - c) de proposer et de mettre en œuvre des politiques, des plans, des programmes et des interventions interministérielles à tous les niveaux administratifs des États Membres visant à prévenir la malnutrition chronique ;
  - d) de mettre en place un système intégré de contrôle, d'évaluation et de responsabilisation pour les politiques, les plans, les programmes et les interventions, qui permettra non seulement de déterminer leurs répercussions en termes de réduction de la malnutrition chronique mais aussi la situation de leurs déterminants sociaux et d'orienter la prise de décisions de manière opportune ;
  - e) d'établir mettre en œuvre des processus de révision et d'analyse internes sur la pertinence et la viabilité de la présente Stratégie et du Plan d'action, et sur la base des priorités, des besoins et des capacités au niveau national.
3. De demander à la Directrice :
  - a) de fournir un appui aux États membres, en collaboration avec d'autres agences internationales, pour entamer un processus d'analyse interne de l'applicabilité de la Stratégie et du Plan d'action et de la mise en œuvre des activités concernant leur exécution ;
  - b) de promouvoir la mise en œuvre et la coordination de la Stratégie et du Plan d'action, en garantissant leur caractère transversal au sein des différents domaines programmatiques de l'Organisation et des différents contextes régionaux et infrarégionaux ;
  - c) de promouvoir et de consolider la collaboration avec les pays et entre ces derniers, ainsi que l'échange d'expériences et d'enseignements tirés ;
  - d) de promouvoir les évaluations externes indépendantes en ce qui concerne le test et analyse de la réduction de la malnutrition chronique ;

- e) d'appuyer le développement et la constitution de capacités en matière de ressources humaines et de prestation de services de qualité ;
- f) de promouvoir la formation d'alliances internationales, nationales, municipales et locales avec d'autres organismes, institutions scientifiques et techniques, organisations non gouvernementales et la société civile organisée, le secteur privé et autres, en suivant l'ensemble des interventions intégrées décidées par l'APND ;
- g) d'informer périodiquement les Organes directeurs sur les progrès et les limites concernant l'élaboration de la Stratégie et du Plan d'action, ainsi que leur adéquation aux circonstances et aux besoins spécifiques.

*(Huitième réunion plénière, le 30 septembre 2010)*

**CD50.R12** *Stratégie et Plan d'action pour l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis congénitale*

**LE 50<sup>e</sup> CONSEIL DIRECTEUR,**

Ayant examiné le rapport de la Directrice, *Stratégie et Plan d'action pour l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis congénitale* (document CD50/15), sur la base du Plan stratégique de l'OPS pour la période 2008-2012 ;

Considérant que l'examen de la situation actuelle indique que les deux conditions de base pour l'élimination des deux maladies sont à la portée des pays des Amériques : disponibilité de moyens efficaces pour interrompre la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis congénitale (viabilité biologique) et disponibilité de mesures pratiques de traitement et d'outils de diagnostic simples, accessibles et durables (viabilité programmatique et financière) ;

Soulignant que bien que nombre de pays aient élargi avec succès leur réponse face au VIH en généralisant les règles de prévention de la transmission mère-enfant, l'accès au diagnostic et au traitement de la syphilis congénitale ne s'est pas amélioré simultanément et des problèmes organisationnels et de gestion dans les systèmes de santé de la Région subsistent tels que la fragmentation des services, les inégalités dans la prestation de services, le manque de ressources humaines et leur capacité et le manque d'intrants ;

Reconnaissant que l'on cherche à dépasser la conception archaïque selon laquelle la prévention de la transmission mère-enfant du VIH et celle de la syphilis congénitale

étaient abordées de manière séparée, dans une perspective davantage axée sur la maladie que sur la personne, que les deux conditions se retrouvent, ou peuvent se retrouver, chez une même femme et que les services offerts auront un impact sur l'ensemble de la famille ;

Gardant à l'esprit les engagements pris dans les résolutions *Plan d'action pour l'élimination de la syphilis congénitale* (résolution CE116.R3 [1995]), *Intensification du traitement dans le cadre d'une réponse intégrée au VIH/sida* (résolution CD45.R10 [2004]), *Plan stratégique régional de l'Organisation panaméricaine de la Santé pour le contrôle du VIH/SIDA/MTS (2006-2015)* (résolution CD46.R15 [2005]) et *Élimination des maladies négligées et autres infections liées à la pauvreté* (résolution CD49.R19 [2009]) ;

Reconnaissant que l'Organisation panaméricaine de la Santé a collaboré avec les pays de la Région en vue d'établir des bases conceptuelles et techniques de même que l'infrastructure permettant l'élaboration de programmes et de politiques nationales en matière de santé génésique et sexuelle, dans la perspective de l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis congénitale ;

Considérant l'importance d'un plan d'action permettant la mise en œuvre de la Stratégie pour l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis congénitale, qui guidera la préparation des futurs plans nationaux lorsque nécessaire, et des plans stratégiques de toutes les organisations intéressées par la coopération en santé dans ce but dans les pays des Amériques,

**DÉCIDE :**

1. D'appuyer la Stratégie et d'approuver le Plan d'action pour l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis congénitale d'ici à 2015 afin de répondre avec efficacité et efficience aux besoins actuels et émergents tout en accordant une attention particulière aux inégalités qui perdurent dans l'état de la santé et afin de renforcer la réponse du système sanitaire et favoriser l'élaboration et l'exécution de politiques, de lois, de plans, de programmes et de services permettant de faire face à ce problème de santé publique.
2. De prier instamment les États Membres :
  - a) d'accorder la priorité à l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis congénitale et à la réduction des facteurs de risque, au moyen de l'intégration des interventions de prévention et de contrôle du virus de l'immunodéficience humaine/infections sexuellement transmissibles (VIH/IST)

- dans les services de soins prénataux, de santé sexuelle et génésique et tout autres services pertinents ;
- b) d'élaborer et d'exécuter des plans nationaux et de promouvoir l'établissement de politiques publiques guidées par la Stratégie et le Plan d'action, en se focalisant sur les besoins des populations vulnérables et à risques ;
  - c) de collaborer avec les autres pays de la Région pour un échange d'expériences, d'outils, de plaidoyers conjoints et d'expériences de suivi et d'évaluation concernant les progrès de l'initiative d'élimination ;
  - d) d'exécuter la Stratégie et le Plan d'action, comme il convient, dans une perspective intégrée du système de santé sur la base des soins primaires de santé, en soulignant l'action intersectorielle tout en surveillant et évaluant l'efficacité du programme et l'allocation des ressources ;
  - e) de promouvoir la collecte et l'utilisation de données sur la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis congénitale, ventilées par âge, sexe et groupe ethnique, et l'utilisation d'analyses de genre, de nouvelles technologies (par exemple les systèmes d'information géographique) et de modèles de projection pour renforcer la planification, la mise en œuvre et la surveillance des plans, des politiques, des programmes, des lois et des interventions nationales en rapport avec la santé génésique et sexuelle ;
  - f) d'augmenter la couverture des services de santé de qualité et l'accès à ces services (y compris la promotion, le diagnostic précoce, la prévention, le traitement efficace et les soins sur le long terme), afin de stimuler la demande pour ces services et leur utilisation par les femmes en âge de procréer, les femmes enceintes et leur conjoint ;
  - g) de favoriser le développement de la capacité des responsables en matière de politiques, des directeurs de programmes et des prestataires de soins de santé, en vue d'élaborer des politiques et des programmes qui assurent la promotion du développement de la communauté et offrent des services de santé de qualité et efficaces, répondant aux besoins en matière de santé génésique et sexuelle, et aux déterminants qui s'y rapportent ;
  - h) d'améliorer la coordination dans le secteur de la santé et avec les partenaires d'autres secteurs, afin de garantir que les mesures et les initiatives en santé et développement de la santé génésique et sexuelle soient mises en pratique, tout en réduisant au minimum la duplication des fonctions et intensifiant au maximum l'impact des ressources limitées ;

- i) de promouvoir la participation communautaire active et engagée dans le secteur de la santé.
3. De demander à la Directrice :
    - a) de promouvoir la coordination et la mise en œuvre de la Stratégie et du Plan d'action, au moyen de l'intégration des actions des secteurs programmatiques de l'OPS, aux niveaux national, infrarégional, régional et inter-agences ;
    - b) de collaborer avec les États Membres dans la mise en œuvre de la Stratégie et du Plan d'action en fonction de leur propre contexte et des priorités nationales et de promouvoir la dissémination et l'utilisation des produits qui en sont dérivés aux niveaux national, infrarégional, régional et inter-agences ;
    - c) de favoriser l'élaboration d'initiatives de collaboration en matière de recherche qui puissent permettre d'obtenir les éléments de preuve nécessaires à l'établissement et la dissémination de programmes et d'interventions effectifs et adéquats pour l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis congénitale et pour l'amélioration de la santé génésique et sexuelle ;
    - d) d'établir de nouvelles alliances et de renforcer celles qui existent au sein de la communauté internationale afin de mobiliser les ressources humaines, financières et technologiques nécessaires pour la mise en œuvre de la Stratégie et du Plan d'action ;
    - e) d'encourager la coopération technique entre les pays, les sous-régions, les organisations internationales et régionales, les entités du gouvernement, les organisations privées, les universités, les moyens de communication, la société civile et les communautés, en matière d'activités ayant pour objet la promotion de la santé sexuelle et génésique ;
    - f) de promouvoir la coordination entre la Stratégie et le Plan action et les initiatives similaires lancées par d'autres organismes internationaux de coopération technique et de financement ;
    - g) de rendre des comptes périodiquement aux Organes directeurs de l'OPS sur les progrès et les limites évalués au cours de l'exécution de la Stratégie et du Plan d'action et d'envisager d'adapter ce Plan pour répondre aux différents contextes et aux nouveaux défis dans la Région.

*(Huitième réunion plénière, le 30 septembre 2010)*

***CD50.R13 Institutions nationales associées à l'OPs en matière de coopération technique***

***LE 50<sup>e</sup> CONSEIL DIRECTEUR,***

Ayant examiné le document CD50/8, *Institutions nationales associées à l'OPS en matière de coopération technique* ;

Vu l'article 71 de la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) ; l'article 26 de la Constitution de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) ainsi que les cadres de gouvernance et les mandats émis par le Comité exécutif, le Conseil directeur et la Conférence sanitaire panaméricaine de l'Organisation panaméricaine de la Santé (c'est-à-dire résolution CD19.R37 [1969], résolution CE61.R12 [1969], résolution CE64.R19 [1970], résolution CSP18.R33 [1970], résolution CD25.R31 [1977], document CD25/29 [1977], résolution CSP20.R31 [1978], document CSP20/3 [1978], document CE99/9 [1987], résolution CE126.R15 [2000], document CE126/7 et Add. I [2000], document CE136/12 [2005] et document CE139/7 [2006] ) ;

Reconnaissant que l'un des objectifs fondamentaux de l'OPS/OMS est de renforcer les capacités nationales pour la réalisation durable des objectifs de santé publique aux niveaux national et mondial et que ces capacités nécessitent des approches globales qui peuvent affecter les déterminants de la santé, assurer une collaboration intersectorielle et promouvoir des initiatives public-privé et avec la société civile ;

Prenant note qu'au cours des années, la coopération technique de l'OPS/OMS avec ses États Membres s'est développée de manière significative grâce à la participation des institutions nationales et qu'un processus de formalisation des relations institutionnelles de travail est nécessaire pour permettre à l'OPS d'agir comme catalyseur dans la mobilisation et le renforcement de ces capacités ;

Soulignant que la présente proposition complète le travail de l'OPS/OMS avec les centres collaborateurs de l'OMS et les organisations non gouvernementales déjà en relations officielles avec l'OPS/OMS,

***DÉCIDE :***

1. D'approuver la reconnaissance d'une nouvelle catégorie des relations de l'OPS/OMS avec des institutions, celle des Institutions nationales associées à l'OPS en matière de coopération technique et les règlements pour leur identification, leur désignation et leur suivi.

2. De prier instamment les États membres :
  - a) d'encourager la mobilisation, l'utilisation et le renforcement des capacités des Institutions nationales associées à l'OPS en matière de coopération technique du pays en soutien aux processus de développement de la santé aux niveaux national et infranational et en partenariat stratégique avec l'OPS/OMS ;
  - b) de collaborer avec l'OPS/OMS à la mise en œuvre d'un processus formel de sélection des institutions nationales impliquées dans la coopération technique en matière de santé et à l'établissement de mécanismes de surveillance et de contrôle de la qualité et de l'efficacité de la coopération fournie ;
  - c) d'effectuer une analyse des capacités institutionnelles existantes pouvant être désignées en tant qu'Institutions nationales associées à l'OPS en matière de coopération technique.
3. De demander à la Directrice :
  - a) de renforcer les relations de travail entre l'OPS/OMS et les institutions nationales des États Membres grâce à la sélection et à la désignation des Institutions nationales associées à l'OPS en matière de coopération technique de manière à favoriser une coordination plus efficiente et efficace des efforts nationaux visant à atteindre les objectifs et les résultats escomptés dans les programmes et plans de santé nationaux et infranationaux ;
  - b) de fournir un appui technique aux États Membres dans l'identification des institutions nationales qui pourraient être désignées comme Institutions nationales associées à l'OPS en matière de coopération technique ainsi que des mécanismes pour leur surveillance et leur contrôle ;
  - c) de promouvoir et de développer la mise en place progressive de réseaux d'Institutions nationales associées à l'OPS en matière de coopération technique ;
  - d) de plaider en faveur de la mobilisation de ressources additionnelles aux niveaux national et international pour soutenir le plan de travail convenu entre l'OPS/OMS et les Institutions nationales associées à l'OPS en matière de coopération technique.

*(Huitième réunion plénière, le 30 septembre 2010)*

**CD50.R14 Centres panaméricains**

**LE 50<sup>e</sup> CONSEIL DIRECTEUR,**

Ayant examiné le rapport de la Directrice, *Examen des Centres panaméricains* (document CD50/9) ;

Ayant à l'esprit le mandat confié par la Conférence sanitaire panaméricaine (résolution CSP20.R31 [1978]) consistant à effectuer une évaluation périodique de chacun des centres panaméricains ;

Notant que l'évolution constante de l'environnement politique, technologique et économique dans les États Membres de l'OPS exige d'actualiser et de réexaminer les modalités de la coopération technique offerte par l'Organisation, afin d'en optimiser l'efficacité ;

Reconnaissant les efforts entrepris par le Bureau pour que les centres panaméricains se conforment aux politiques régionales approuvées par les Organes directeurs de l'OPS,

**DÉCIDE :**

1. De prendre note du transfert réussi de l'administration de l'Institut de nutrition de l'Amérique centrale et du Panama (INCAP) au Conseil directeur de l'Institut et de remercier la Directrice du Bureau sanitaire panaméricain d'avoir effectué ce transfert de manière participative, efficace et transparente et d'avoir ainsi obtenu les consensus nécessaires afin de garantir la viabilité de l'Institut à cette nouvelle étape de son autonomie administrative.
2. De prendre note de la signature de l'accord entre le Gouvernement du Pérou et l'OPS ayant trait à la transformation du Centre panaméricain de génie sanitaire et des sciences de l'environnement (CEPIS) en Équipe technique régionale en matière d'eau et d'assainissement (ETRAS), situé au Pérou.
3. De prier instamment les États Membres :
  - a) de continuer leur collaboration avec le Bureau en matière d'évaluation périodique des Centres panaméricains, dans le but de déterminer si ces derniers continuent d'offrir le mode de coopération technique le plus approprié et le plus efficace ;
  - b) de continuer leurs efforts, en étroite collaboration avec le Bureau, visant au développement institutionnel des Centres panaméricains et à leur évolution vers

d'autres modes de fonctionnement qui permettent d'optimiser leurs coûts d'opération et, si approprié, de transférer la responsabilité en matière d'administration ou de fonctionnement des centres aux États-Membres ou à des organisations sous-régionales constitués par ces États.

4. De demander à la Directrice :
  - a) de continuer à œuvrer, en consultation avec le gouvernement brésilien, à l'élaboration d'un Projet de développement institutionnel du Centre panaméricain de la fièvre aphteuse (PANAFTOSA), en vue de sa présentation aux Organes directeurs de l'OPS en 2011 ;
  - b) de soutenir la création d'un fonds fiduciaire afin de concentrer les ressources financières mobilisées pour éliminer la fièvre aphteuse dans la Région des Amériques ;
  - c) de poursuivre les négociations avec le gouvernement brésilien pour mettre en place un nouveau cadre institutionnel du Centre latino-américain et des Caraïbes pour l'information en sciences de la santé (BIREME), y compris un nouvel accord de base pour le BIREME au Brésil et un nouvel accord concernant les locaux et le fonctionnement du BIREME sur le campus de l'Université fédérale de São Paulo (UNIFESP) ;
  - d) de poursuivre l'évaluation de l'accord sur le Programme Régional de bioéthique avec le gouvernement chilien et l'Université du Chili et l'examen de différentes manières de poursuivre les activités de l'Organisation en matière de bioéthique dans la Région ;
  - e) de continuer à collaborer avec le Secrétariat de la Communauté des Caraïbes (CARICOM) pour mettre en œuvre la troisième phase de l'Initiative de coopération pour la santé dans les Caraïbes (CCH 3) et mener à bien le transfert des fonctions et des ressources pertinentes du Centre d'épidémiologie des Caraïbes (CAREC) et de l'Institut d'alimentation et de nutrition des Caraïbes (CFNI) à l'Agence de santé publique dans les Caraïbes (CARPHA), selon les conditions et modalités convenues par les États Membres au moment approprié.

*(Huitième séance plénière, le 30 septembre 2010)*

**CD50.R15** *Plan d'action sur la sécurité des hôpitaux*

**LE 50<sup>e</sup> CONSEIL DIRECTEUR,**

Ayant examiné le rapport de la Directrice, *Plan d'action sur la sécurité des hôpitaux* (document CD50/10), fondé sur le Plan stratégique de l'OPS pour la période 2008-2012 ;

Gardant à l'esprit que les Organes directeurs de l'OPS ont fermement appuyé l'adoption d'une initiative régionale sur la sécurité des hôpitaux ;

Notant que la résolution CD45.R8, adoptée par le 45<sup>e</sup> Conseil directeur (2004) décide « D'exhorter les États Membres à adopter le principe de la sécurité des hôpitaux dans les cas de catastrophes en tant que politique nationale de réduction des risques et à se fixer comme objectif d'une part que tous les nouveaux hôpitaux construits soient dotés d'un degré de protection propre à mieux garantir qu'ils demeureront fonctionnels durant les situations de catastrophes et, d'autre part, que soient mise en œuvre des mesures de réduction des risques en vue de renforcer les présentes installations de santé, notamment celles qui assurent la fourniture de soins de santé primaires » ;

Soulignant que la Conférence mondiale sur la prévention des catastrophes (2005) des Nations Unies a adopté le Cadre d'action de Hyogo pour 2005-2015, par lequel les 169 pays participants se sont fixé comme but que d'ici 2015, tous les pays devront « intégrer la planification de la réduction des risques de catastrophe dans le secteur de la santé ; promouvoir l'objectif des hôpitaux à l'abri des catastrophes... » ;

Rappelant que la 27<sup>e</sup> Conférence sanitaire panaméricaine (2007) a adopté la résolution CSP27.R14, *Hôpitaux sûrs : une initiative régionale sur les installations sanitaires résistantes aux catastrophes* ;

Prenant note que le rapport final de la Table ronde, *La sécurité des hôpitaux : un but à notre portée*, présenté au 49<sup>e</sup> Conseil directeur, recommande aux pays d'élaborer des plans de travail pour atteindre le but de la sécurité des hôpitaux ;

Reconnaissant que pour atteindre le but de la sécurité des hôpitaux en cas de catastrophe d'ici 2015, il est nécessaire de mettre en œuvre un plan d'action régional avec une vaste participation des États Membres de l'Organisation et l'appui du Secrétariat,

**DÉCIDE :**

1. D'approuver le Plan d'action sur la sécurité des hôpitaux.

2. De prier instamment les États membres:
  - a) de prioriser l'adoption d'une politique nationale sur la sécurité des hôpitaux ;
  - b) d'améliorer la coordination tant au sein qu'en dehors du secteur de la santé afin de conjuguer les efforts aux niveaux national et infranational pour assurer une meilleure utilisation des ressources disponibles ;
  - c) de mettre en œuvre progressivement les activités contenues dans le Plan d'action pour atteindre le but que tous les nouveaux centres hospitaliers construits présentent un degré de résilience tel qu'ils soient mieux à même de continuer à fonctionner en cas de catastrophe ;
  - d) d'appliquer des mesures d'atténuation propres à renforcer les établissements sanitaires en place ;
  - e) de coordonner avec d'autres pays de la Région l'échange d'expériences et d'outils, les interventions conjointes, la surveillance et l'évaluation des progrès réalisés en vue de la mise en œuvre du Plan d'action.
3. De demander à la Directrice :
  - a) de promouvoir la coordination et la mise en application du Plan d'action par le biais de l'intégration des actions par les domaines de l'OPS, aux niveaux national, infrarégional, régional et interorganismes ;
  - b) de continuer à renforcer la capacité de l'Organisation de fournir la coopération technique aux États Membres dans la mise en pratique du Plan d'action en fonction des priorités et besoins nationaux spécifiques ;
  - c) d'appuyer l'élaboration d'instruments et instructions techniques comme la liste de vérification et l'Indice de Sécurité Hospitalier pour faciliter le suivi de la mise en application du Plan d'action ;
  - d) d'encourager le renforcement d'alliances avec des organismes spécialisés et des centres d'excellence dans le domaine de la réduction des risques de catastrophes, afin de mobiliser les ressources humaines et financières et la technologie nécessaires pour améliorer la sécurité des services de santé en cas de catastrophes ;
  - e) de présenter des rapports périodiques aux Organes directeurs sur l'état d'avancement de la mise en application du Plan d'action.

*(Huitième réunion plénière, le 30 septembre 2010)*

**CD50.R16** *Santé, sécurité humaine et bien-être*

**Le 50<sup>e</sup> CONSEIL DIRECTEUR,**

Ayant examiné le rapport de la Directrice, *Santé, sécurité humaine et bien-être* (document CD50/17) ;

Reconnaissant l'engagement des États Membres d'examiner et de définir le concept de sécurité humaine dans le cadre de l'Assemblée générale des Nations Unies, ainsi que les efforts réalisés dans ce but et qui sont toujours en cours ;

Reconnaissant les composantes multiples et complexes de la sécurité humaine et la contribution essentielle de la santé publique à sa pleine réalisation ;

Reconnaissant que différents facteurs économiques, sociaux, culturels et environnementaux ont une influence sur la santé, la sécurité humaine et la qualité de la vie des peuples, avec une considération particulière pour les groupes qui se trouvent dans de conditions de vulnérabilité ;

Considérant que les conditions de la sécurité humaine s'améliorent par l'entremise de la promotion du développement économique et social, la participation des citoyens, l'inclusion sociale, l'équité, l'éducation et par la lutte contre la pauvreté, les maladies et la faim ;

Comprenant que les inégalités de santé menacent la sécurité humaine et limitent le développement, en particulier parmi les groupes en situation de vulnérabilité ;

Considérant l'importance de la relation entre la sécurité humaine et la santé dans l'avancement de l'approche des déterminants de la santé et des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) ;

Reconnaissant l'importance du Règlement sanitaire international pour la santé et la sécurité humaine ;

Ayant à l'esprit la Déclaration du Millénaire des Nations Unies, le document final du Sommet mondial de 2005 et le rapport final de la Commission sur les déterminants sociaux en matière de santé, entre autres,

**DÉCIDE :**

1. De prier instamment les États Membres de continuer à encourager la réflexion concernant le concept de la sécurité humaine et sa relation avec la santé, en vue de

l'inclure dans les plans sanitaires des pays, conformément à leurs lois nationales, en soulignant la coordination et la participation multisectorielles et interinstitutionnelles afin de refléter les aspects multidimensionnels de cette approche.

2. De demander à la Directrice :
  - a) de faire le suivi du déroulement de la discussion concernant le concept de la sécurité humaine et sa relation avec la santé dans les forums multilatéraux appropriés ;
  - b) d'étudier, en consultation avec les États Membres, la possibilité d'élaborer de lignes directrices en matière de politiques et d'instruments méthodologiques permettant l'inclusion de l'approche de la sécurité humaine et de sa relation avec la santé au sein des programmes et des activités de l'Organisation ;
  - c) de promouvoir la discussion au sein de l'Organisation, avec la participation active des États Membres, sur la sécurité humaine dans le contexte de la santé, tenant compte du contenu du paragraphe 143 sur la sécurité humaine du document final émané du Sommet mondial de 2005 et du paragraphe 25 du document final de la Réunion plénière de Haut Niveau de la Soixante-cinquième session de l'Assemblée générale des Nations Unies sur les Objectifs du Millénaire pour le développement, qui a eu lieu en septembre 2010 ;
  - d) d'encourager la prise de conscience du personnel de l'OPS et des États Membres, selon le besoin, sur les questions et les approches pour aborder la sécurité humaine et sa relation avec la santé.

*(Neuvième réunion plénière, le 1<sup>er</sup> octobre 2010)*

**CD50.R17** *Stratégie et Plan d'action pour la prévention, le contrôle et les soins contre la maladie de Chagas*

**LE 50<sup>e</sup> CONSEIL DIRECTEUR,**

Ayant examiné le document CD50/16, *Stratégie et Plan d'action pour la prévention, le contrôle et les soins contre la maladie de Chagas* et tenant compte :

- de l'existence de mandats et de résolutions antérieures de l'Organisation panaméricaine de la Santé, comme la résolution CD49.R19 du 49<sup>e</sup> Conseil directeur (2009) *Élimination des maladies négligées et autres infections liées à la*

*pauvreté* et de la résolution WHA63.20 de l'Assemblée mondiale de la Santé (2010) *Maladie de Chagas : lutte et élimination* ;

- du besoin de terminer le « programme inachevé », car la proportion de la population touchée est encore élevée parmi les populations les plus pauvres et les plus marginalisées des Amériques, et de s'attaquer aux déterminants de la santé pour réduire le fardeau sanitaire, social et économique que représente la maladie de Chagas ;
- de la vaste expérience de la Région des Amériques dans la mise en œuvre de stratégies pour l'élimination des maladies transmissibles et concernant les progrès accomplis en matière de réduction du fardeau de la maladie de Chagas, pour la prévention et le contrôle de laquelle il existe des interventions de santé publique appropriées et efficaces par rapport aux coûts ;
- des succès obtenus par les États Membres grâce aux initiatives infrarégionales de prévention et de lutte contre la maladie de Chagas, mais consciente de la nécessité d'élargir les activités existantes,

***DÉCIDE :***

1. D'appuyer la Stratégie et d'approuver le Plan d'action pour la prévention, le contrôle et les soins contre la maladie de Chagas.
2. De prier instamment les États Membres :
  - a) d'examiner les plans nationaux ou d'établir de nouveaux plans pour la prévention, le contrôle et les soins contre la maladie de Chagas dans une approche intégrée qui comprend les déterminants sociaux de la santé et en tenant compte de la collaboration interprogrammes et de l'action intersectorielle ;
  - b) de renforcer et de privilégier les initiatives infrarégionales de prévention et de contrôle de la maladie de Chagas, en y ajoutant la composante des soins médicaux pour les personnes touchées de manière à avancer vers les objectifs proposés, par le biais de la coopération technique entre les pays ;
  - c) de fournir les ressources nécessaires et mettre en œuvre la Stratégie et le Plan d'action pour la prévention, le contrôle et les soins contre la maladie de Chagas ;
  - d) de redoubler d'efforts pour atteindre l'objectif, déjà mis en place, d'élimination du vecteur de transmission *T. cruzi* d'ici 2015 et pour agir sur les modes de transmission transfusionnelle, transplacentaire, par le don d'organes et autres ;

- e) de mettre en œuvre des stratégies de prévention, de diagnostic, de soins, de traitement et de contrôle vectoriel d'une manière intégrée, avec une large participation communautaire, de manière à contribuer au renforcement des systèmes nationaux de santé, y compris les systèmes de soins de santé primaires et les systèmes de surveillance, d'alerte et de riposte, en tenant compte des particularités de sexe et des groupes ethniques ;
  - f) de soutenir la recherche visant à fournir des preuves scientifiques appropriées dans les domaines du contrôle, de la surveillance, du diagnostic et du traitement de la maladie de Chagas pour atteindre les objectifs établis dans la Stratégie et le Plan d'action, en mettant l'accent sur le développement de tests de diagnostic accessibles et opportuns, y compris le test pour sa guérison, et de médicaments plus sûrs ; et considérer, si approprié, la promotion d'un éventail de régimes encourageant la recherche et le développement, et considérant, si nécessaire, la séparation des coûts de recherche et de développement du prix des médicaments, par exemple par l'octroi de récompenses.
3. De demander à la Directrice :
- a) de soutenir la mise en œuvre de la Stratégie et du Plan d'action pour la prévention, le contrôle et les soins contre la maladie de Chagas et de fournir l'assistance technique nécessaire aux pays pour la préparation et la mise en œuvre des plans d'action nationaux ;
  - b) de continuer de plaider pour la mobilisation active des ressources et de promouvoir une coopération étroite pour forger des alliances qui soutiennent la mise en œuvre de cette résolution, comme tel est le cas du fonds d'affectation spéciale destiné à soutenir l'élimination des maladies négligées et des autres maladies infectieuses liées à la pauvreté, cité dans la résolution CD49.R19 (2009) ;
  - c) de promouvoir l'identification, la mise au point et l'utilisation d'interventions reposant sur des données probantes étayées par une solide base technique et scientifique ;
  - d) d'encourager la recherche et le développement scientifique axée sur des outils, des stratégies, des technologies et des méthodes, qu'ils soient nouveaux ou aient été perfectionnés, pour la prévention et le contrôle de la maladie de Chagas et de ses conséquences ;
  - e) de renforcer les mécanismes régionaux pour améliorer l'accès et la distribution du traitement étiologique contre la maladie de Chagas et d'encourager de nouveaux

- progrès dans ce domaine pour surmonter les obstacles et les difficultés en matière d'accessibilité au traitement ;
- f) de promouvoir et de renforcer la coopération technique entre les pays et de créer des alliances stratégiques pour mener des activités visant à éliminer la maladie de Chagas en tant que problème de santé publique ;
  - g) d'apporter son soutien au renforcement des soins de santé primaires, de même qu'au suivi et à l'évaluation des plans d'action nationaux.

*(Neuvième réunion plénière, le 1er octobre 2010)*

### ***Décisions***

#### ***Décision CD50(D1) Constitution de la Commission de vérification des pouvoirs***

Conformément à l'Article 31 du Règlement intérieur du Conseil directeur, le Conseil a nommé le Chili, la Jamaïque et le Nicaragua en tant que membres de la Commission de vérification des pouvoirs.

*(Première séance, 27 septembre 2010)*

#### ***Décision CD50(D2) Election du Bureau***

Conformément à l'Article 16 du Règlement intérieur du Conseil directeur, le Conseil a nommé le Mexique comme Président, le Pérou et Sainte Lucie comme Vice-Président et le Canada comme Rapporteur du 50<sup>e</sup> Conseil directeur.

*(Première séance, 27 septembre 2010)*

#### ***Décision CD50(D3) Constitution de la Commission générale***

Conformément à l'Article 32 du Règlement intérieur du Conseil directeur, le Conseil a nommé Cuba, Panama, et l'Uruguay en tant que membres de la Commission générale.

*(Première séance, 27 septembre 2010)*

***Décision CD50(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 présenté par la Directrice, tel qu'amendé. (document CD50/1, Rev. 3).

*(Première séance, 27 septembre 2010)*

***Décision CD50(D5) Sélection d'un État membre de la Région des Amériques habilité à désigner une personne au Conseil conjoint de coordination du Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales (TDR) de l'UNICEF/PNUD/Banque mondiale/OMS à l'expiration du mandat du Costa Rica***

Le Conseil directeur a choisi le Pérou comme l'État membre de la Région des Amériques habilité à nommer une personne à siéger auprès du Conseil conjoint de coordination du Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales (TDR) de l'UNICEF/PNUD/Banque mondiale/OMS, pour une période de quatre ans, dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011.

*(Cinquième séance, 29 septembre 2010)*

EN FOI DE QUOI, le Président du 50<sup>e</sup> Conseil directeur, Délégué du Mexique, et le Secrétaire de droit, Directrice du Bureau sanitaire panaméricain, signent le présent Rapport final dans la langue espagnol.

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

---

José Angel Córdoba Villalobos  
Président du 50<sup>e</sup> Conseil directeur  
Délégué du Mexique

---

Mirta Roses Periago  
Secrétaire de droit du 50<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 Constitution de la Commission générale
  - 2.4 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 la Bolivie, du Mexique et du Suriname
- 4. Questions relatives à la politique des programmes**
  - 4.1 Évaluation du Budget programme 2008-2009 en fin de période biennale/Rapport de situation intérimaire sur le Plan stratégique 2008-2012 de l'OPS
  - 4.2 Évaluation de la politique de Budget programme Régional
  - 4.3 Modernisation du système d'information pour la gestion du BSP
  - 4.4 Institutions nationales associées à l'OPS en matière de coopération technique
  - 4.5 Examen des Centres panaméricains
  - 4.6 Plan d'action sur la sécurité des hôpitaux

**4. Questions relatives à la politique des programmes (suite)**

- 4.7 Stratégie pour le développement des compétences du personnel de santé dans les systèmes de santé fondés sur les soins de santé primaires
- 4.8 La santé et les droits de l'homme
- 4.9 Stratégie et Plan d'action pour la réduction de la malnutrition chronique
- 4.10 Renforcement des programmes de vaccination
- 4.11 Stratégie et Plan d'action pour l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis congénitale
- 4.12 Stratégie et Plan d'action pour la prévention de la maladie de Chagas, son contrôle et sa prise en charge
- 4.13 Santé, sécurité humaine et bien-être
- 4.14 Stratégie sur la consommation de substances psychoactives et la santé publique
- 4.15 Table ronde sur l'urbanisme et la vie saine
- 4.16 Renforcement des autorités de réglementation nationales en matière de médicaments et produits biologiques
- 4.17 Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac : opportunités et défis concernant sa mise en œuvre aux Amériques

**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 2008-2009
- 5.3 Commission prélevée sur les achats de fournitures de santé publique effectués pour le compte des États membres
- 5.4 Traitement du Directeur du Bureau sanitaire panaméricain et amendements au Règlement du personnel

## **6. Sélection d'États membres pour faire partie des Conseils ou Comités**

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

## **7. Prix**

- 7.1 Prix de l'OPS d'administration 2010

## **8. Questions soumises pour information**

- 8.1 Budget programme de l'OMS
- A. Budget programme 2008-2009 : rapport sur l'appréciation de l'exécution
  - B. Avant-projet de Budget programme 2012-2013
- 8.2 Cadre de gestion fondée sur les résultats de l'OPS
- 8.3 Processus de nomination du commissaire aux comptes externe de l'OPS pour 2012-2013 et 2014-2015
- 8.4 Système de l'OPS pour l'intégrité et la gestion des conflits
- 8.5 30<sup>e</sup> anniversaire de l'éradication de la variole et de la création du Fonds renouvelable de l'OPS pour l'achat de vaccins
- 8.6 Rapports d'avancement sur les questions techniques :
- A. Mise en œuvre du Règlement sanitaire (2005)
  - B. Mise à jour sur la grippe pandémique (H1N1) 2009
  - C. Plan d'action pour le renforcement du recueil des données d'état civil et de santé
  - D. Initiative régionale sur les données sanitaires de base et profils des pays

**8. Questions soumises pour information (suite)**

- E. [A été placé sous la rubrique « Questions relatives à la politique des programmes » en tant que CD50/26]
- F. Mise en œuvre de la Stratégie régionale et 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
- G. Elimination de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale

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

- A. Soixante-troisième Assemblée mondiale de la Santé
- B. Quarantième session ordinaire de l'Assemblée générale de l'Organisation des États américains

**8.8 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
- C. Statut du Comité d'audit

**9. Autres questions**

**10. Clôture de la session**

## LISTE DE DOCUMENTS

### Documents officiel

Document officiel 337\*      Rapport financier du Directeur et rapport du commissaire aux comptes externe pour 2008-2009\*

### Documents de travail

CD50/1, Rév. 3      Ordre du jour

CD50/2      Rapport annuel du Président du Comité exécutif

CD50/3, Rév. 1      Rapport annuel du Directeur du Bureau sanitaire Panaméricain

CD50/4      Élection de trois États membres au Comité exécutif au terme des mandats de la Bolivie, du Mexique et du Suriname

CD50/5      Évaluation du Budget programme 2008-2009 en fin de période biennale/Rapport de situation intérimaire sur le Plan stratégique 2008-2012 de l'OPS

CD50/6      Évaluation de la politique de Budget programme Régional

CD50/7      Modernisation du système d'information pour la gestion du BSP

CD50/8      Institutions nationales associées à l'OPS en matière de coopération technique

CD50/9      Examen des Centres panaméricains

CD50/10      Plan d'action sur la sécurité des hôpitaux

CD50/11      Stratégie pour le développement des compétences du personnel de santé dans les systèmes de santé fondés sur les soins de santé primaires

---

\* Disponible uniquement en anglais ou espagnol.

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

CD50/12	La santé et les droits de l'homme
CD50/13	Stratégie et Plan d'action pour la réduction de la malnutrition chronique
CD50/14	Renforcement des programmes de vaccination
CD50/15	Stratégie et Plan d'action pour l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis congénitale
CD50/16	Stratégie et Plan d'action pour la prévention de la maladie de Chagas, son contrôle et sa prise en charge
CD50/17	Santé, sécurité humaine et bien-être
CD50/18, Rév.1	Stratégie sur la consommation de substances psychoactives et la santé publique
CD50/19, Add. I et Add. II	Table ronde sur l'urbanisme et la vie saine
CD50/20, Rév. 1	Renforcement des autorités de réglementation nationales en matière de médicaments et produits biologiques
CD50/21, Add. I	Rapport sur le recouvrement des contributions
CD50/22	Commission prélevée sur les achats de fournitures de santé publique effectués pour le compte des États membres
CD50/23	Traitement du Directeur du Bureau sanitaire panaméricain et amendements au Règlement du personnel
CD50/24	Sélection d'un État membre de la Région des Amériques habilité à désigner une personne au Conseil conjoint de coordination du Programme spécial de recherche et formation de l'UNICEF/PNUD/Banque mondiale/OMS concernant les maladies tropicales (TDR) à l'expiration du mandat du Costa Rica

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

CD50/25	Prix de l'OPS d'administration 2010
CD50/26	Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac : opportunités et défis concernant sa mise en œuvre aux Amériques

**Documents d'information**

CD50/INF/1	Budget programme de l'OMS  A. Budget programme 2008-2009 : rapport sur l'appréciation de l'exécution  B. Avant-projet de Budget programme 2012-2013
CD50/INF/2	Cadre de gestion fondée sur les résultats de l'OPS
CD50/INF/3	Processus de nomination du commissaire aux comptes externe de l'OPS pour 2012-2013 et 2014-2015
CD50/INF/4	Système de l'OPS pour l'intégrité et la gestion des conflits
CD50/INF/5	30 <sup>e</sup> anniversaire de l'éradication de la variole et de la création du Fonds renouvelable de l'OPS pour l'achat de vaccins
CD50/INF/6	Rapports d'avancement sur les questions techniques :  A. Mise en œuvre du Règlement sanitaire (2005)  B. Mise à jour sur la grippe pandémique (H1N1) 2009  C. Plan d'action pour le renforcement du recueil des données d'état civil et de santé  D. Initiative régionale sur les données sanitaires de base et profils des pays  E. [A été placé sous la rubrique « Questions relatives à la politique des programmes » en tant que CD50/26]

**Documents d'information** *(suite)*

- F. Mise en œuvre de la Stratégie régionale et 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
- G. Elimination de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale

CD50/INF/7

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

- A. Soixante-troisième Assemblée mondiale de la Santé
- B. Quarantième session ordinaire de l'Assemblée générale de l'Organisation des États américains

CD50/INF/8, Rév. 1

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
- C. Statut du Comité d'audit

## LIST OF PARTICIPANTS/LISTA DE PARTICIPANTES

### MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS

#### ANTIGUA AND BARBUDA/ ANTIGUA Y BARBUDA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

#### ARGENTINA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Juan Manzur  
Ministro de Salud  
Ministerio de Salud  
Buenos Aires

Delegates – Delegados

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

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

Alternates – Alternos

Dr. Francisco Baquero  
Ministro de Salud de la Provincia  
del Chaco  
Ministerio de Salud  
Chaco

Dra. María Grieco  
Ministra de Salud de la Provincia  
de Tierra del Fuego  
Ministerio de Salud  
Tierra del Fuego

#### ARGENTINA (cont.)

Alternates – Alternos (cont.)

Dr. Pablo Yedlin  
Ministro de Salud de la Provincia  
de Tucumán  
Ministerio de Salud  
Tucumán

Sr. Maximiliano Ojeda  
Coordinador de Ceremonial  
Ministerio de Salud  
Buenos Aires

Sra. Valeria Zapesoschny  
Coordinadora de Prensa y  
Comunicación Social  
Ministerio de Salud  
Buenos Aires

#### BAHAMAS

Chief Delegate – Jefe de Delegación

His Excellency Cornelius Smith  
Ambassador  
Embassy to the Commonwealth of  
The Bahamas  
Washington, D.C.

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. Cherita Moxey  
Senior House Officer  
Ministry of Health and Social Development  
Nassau

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

**BAHAMAS (cont.)**

Alternates – Alternos (cont.)

Ms. Bridget McKay  
Second Secretary, Alternate Representative  
of The Bahamas to the Organization  
of American States  
Washington, D.C.

**BARBADOS**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

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

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

Alternate – Alterno

Ms. Jane Brathwaite  
Counselor, Alternate Representative of  
Barbados to the Organization of the  
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**

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

Su Excelencia José E. Pinelo  
Embajador, Representante Permanente de  
Bolivia ante la Organización de los Estados  
Americanos  
Washington, D.C.

Alternates – Alternos

Sra. Erika Dueñas  
Ministra Consejera  
Embajada de Bolivia  
Washington, D.C.

Sra. Aylin O. Bleichner  
Primera Secretaria, Representante Alterna  
de Bolivia ante la Organización de los  
Estados Americanos  
Washington, D.C.

Srita. Claudia Corminales  
Abogada  
Misión Permanente de Bolivia ante la  
Organización de los Estados Americanos  
Washington, D.C.

**BRAZIL/BRASIL**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. José Gomes Temporão  
Ministro da Saúde  
Ministério da Saúde  
Brasília

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

**BRAZIL/BRASIL (cont.)**

Delegates – Delegados

Dr. Reinaldo Guimarães  
Secretário de Ciência, Tecnologia e  
Insumos Estratégicos  
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

Dr. Paulo E. Gadelha Vieira  
Presidente de Fundação Oswaldo Cruz  
Rio de Janeiro

Prof. Paulo Buss  
Diretor do Centro de Relações Internacionais  
em Saúde  
Presidente de Fundação Oswaldo Cruz  
Rio de Janeiro

Dr. Dirceu Raposo  
Diretor-Geral da Agência de Vigilância  
Sanitária  
Ministério da Saúde  
Brasília

Dra. Renata Carvalho  
Chefe da Unidade de Cooperação  
Internacional  
Agência Nacional de Vigilância Sanitária  
Ministério da Saúde  
Brasília

Sr. Igino Rodrigues Barbosa  
Assessor do Gabinete do Ministro  
Ministério da Saúde  
Brasília

**BRAZIL/BRASIL (cont.)**

Alternates – Alternos (cont.)

Dr. Eduardo Hage Carmo  
Diretor do Departamento de  
Vigilância Epidemiológica  
Ministério da Saúde  
Brasília

Dr. Francisco Eduardo de Campos  
Secretário de Gestão do Trabalho  
e da Educação na Saúde  
Ministério da Saúde  
Brasília

Sra. Juliana Vieira Borges Vallini  
Assessora Jurídica do Programa Nacional  
DST/AIDS  
Ministério da Saúde  
Brasília

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

Sr. Renato Strauss  
Chefe da Divisão de Imprensa  
Ministério da Saúde  
Brasília

Sra. Viviane Rios Balbino  
Primeira Secretária  
Missão Permanente do Brasil junto à  
Organização dos Estados Americanos  
Washington, D.C.

**CANADA/CANADÁ**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Karen Dodds  
Assistant Deputy Minister  
Health Canada  
Ottawa

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

**CANADA/CANADÁ (cont.)**

Delegates – Delegados

Mr. Martin Methot  
Director  
International Affairs Directorate  
Health Canada  
Ottawa

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

Alternates – Alternos

Ms. Jane Billings  
Senior Assistant Deputy Minister  
Public Health Agency  
Ottawa, Ontario

Ms. Ranu Sharma  
Senior Policy Analyst  
Planning and Public Health  
Integration Branch  
Public Health Agency  
Ottawa, Ontario

Mr. Benoît-Pierre Laramée  
Director, Inter-American Program  
Canadian International Development  
Agency  
Gatineau, Quebec

Ms. Sarada Leclerc  
Health A/Team Leader  
Canadian International Development  
Agency  
Gatineau, Quebec

His Excellency Allan Culham  
Ambassador, Permanent Representative  
of Canada to the Organization of  
American States  
Washington, D.C.

**CANADA/CANADÁ (cont.)**

Alternates – Alternos (cont.)

Mr. Darren Rogers  
Alternate Representative of Canada  
to the Organization of American States  
Washington, D.C.

Mr. Horacio Arruda  
Director  
Public Health Protection  
Ministry of Health and Social Services  
Quebec

**CHILE**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dra. Liliana Jadue  
Viceministra de Salud  
Ministerio de Salud  
Santiago

Delegates – Delegados

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

Su Excelencia Dario Paya  
Embajador, Representante Permanente  
de Chile ante la Organización de los  
Estados Americanos  
Washington, D.C.

Alternate – Alternos

Sr. Rodrigo Olsen  
Consejero, Representante Alternos  
de Chile ante la Organización de los  
Estados Americanos  
Washington, D.C.

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

**COLOMBIA**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Mauricio Santamaría  
Ministro de Salud y Bienestar  
Ministerio de la Protección Social  
Santa Fe de Bogotá

Delegates – Delegados

Su Excelencia Luis Alfonso Hoyos  
Embajador, Representante Permanente  
de Colombia ante la Organización de  
los Estados Americanos  
Washington, D.C.

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

Alternate – Alternos

Dra. Erika Schutt Pardo  
Secretaria Privada del Ministro  
Ministerio de la Protección Social  
Santa Fe de Bogotá

**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.

Delegates – Delegados

Dr. Daniel Salas Peraza  
Director de Mercadotecnia de la Salud  
Ministerio de Salud  
San José

**COSTA RICA (cont.)**

Alternate – Alternos

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

Dr. Eleuterio R. González Martín  
Viceministro de Docencia e  
Investigaciones  
Ministerio de Salud Pública  
La Habana

Delegates – Delegados

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

Sr. Jorge Bolaños  
Jefe de la Sección de Intereses  
Washington, D.C.

Alternate – Alternos

Sr. Tito Ismael Gelabert Gómez  
Segundo Secretario  
Sección de Intereses  
Washington, D.C.

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

**DOMINICA**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. Julius C. Timothy  
Minister for Health and Environment  
Ministry for Health and Environment  
Roseau

Delegates – Delegados

Dr. Paul Ricketts  
National Epidemiologist  
Ministry for Health and Environment  
Roseau

Dr. Dorian Shillingford  
Chairman  
Dominica Medical Board  
Ministry for Health and Environment  
Roseau

**DOMINICAN REPUBLIC/REPÚBLICA  
DOMINICANA**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dra. Tirsis Quesada  
Directora de Desarrollo Estratégico  
Institucional  
Secretaría de Estado de Salud Pública  
y Asistencia Social  
Santo Domingo

Delegates – Delegados

Su Excelencia Virgilio Alcántara  
Embajador, Representante Permanente 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

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

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

**ECUADOR**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Xavier Solorzano  
Subsecretario de Extension de la Protección  
Social en Salud  
Ministerio de Salud Pública  
Quito

Delegate – Delegado

Dr. Juan Moreira  
Director de Control y Mejoramiento de la  
Salud Pública  
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  
Políticas Sectoriales  
Ministerio de Salud Pública  
y Asistencia Social  
San Salvador

**GRENADA/GRANADA**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegate – Delegado

Ms. Ingrid Jackson  
Attaché, 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

Lic. Ivette Anzueto de Mazariegos  
Asesora de la Viceministra de Salud Pública  
y Asistencia Social  
Ministerio de Salud Pública  
y Asistencia Social  
Guatemala

**HAITI/HAÏTÍ**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr Alex Larsen  
Ministre de la Santé publique  
et de la Population  
Ministère de la Santé publique  
et de la Population  
Port-au-Prince

Delegate – Delegado

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

**HONDURAS**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Arturo Bendaña Pinel  
Secretario de Estado en el Despacho  
de Salud  
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

Delegates – Delegados

Dr. Jean Dixon  
Permanent Secretary  
Ministry of Health  
Kingston

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

**JAMAICA (cont.)**

Delegates – Delegados (cont.)

Dr. Leila McWhinney-Dehaney  
Chief Nursing Officer  
Ministry of Health  
Kingston

Alternate – Alternos

Dr. Karen Lewis-Bell  
Director of Family Health Services  
Ministry of Health  
Kingston

**MEXICO/MÉXICO**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

Dr. Bernardo Fernández del Castillo  
Director General de Coordinación de  
Asuntos Jurídicos y Derechos Humanos  
Secretaría de Salud  
México, D.F.

Alternates – Alternos

Lic. Francisco Hernández Aguilar  
Director General de Relaciones  
Internacionales  
Secretaría de Salud  
México, D.F.

**MEXICO/MÉXICO (cont.)**

Alternates – Alternos (cont.)

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

Dr. Fernando Meneses González  
Director de Investigación Operativa  
Epidemiológica  
Secretaría de Salud  
México, D.F.

Lic. Renée Salas Guerrero  
Encargada de la Coordinación General  
Secretaría de Salud  
México, D.F.

Dra. Mariana Ramírez Aguilar  
Directora Ejecutiva de Evidencia y Manejo  
de Riesgos  
Secretaría de Salud  
México, D.F.

Mtra. Rocío Alatorre Eden Wynter  
Comisionada de Evidencia y Manejo  
de Riesgos  
Secretaría de Salud  
México, D.F.

Lic. Ana María Sánchez  
Directora de Cooperación Bilateral y  
Regional  
Dirección General de Relaciones  
Internacionales  
Secretaría de Salud  
México, D.F.

Lic. Martha Caballero  
Responsable de Comunicación Social  
ante Medios Internacionales  
Secretaría de Salud  
México, D.F.

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

**MEXICO/MÉXICO (cont.)**

Alternates – Alternos (cont.)

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

Sra. Flor de Lis Vásquez Muñoz  
Representante Alternativa de México ante  
la Organización de los Estados  
Americanos  
Washington, D.C.

**NICARAGUA**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Guillermo José González  
Ministro Asesor del Presidente de la  
República  
Secretaría de la Presidencia de la República  
Managua

Delegate – Delegado

Sr. Luis E. Alvarado  
Ministro Consejero, Permanente Alternativo  
de Nicaragua ante la Organización de los  
Estados Americanos  
Washington D.C.

**PANAMA/PANAMÁ**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

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

**PANAMA/PANAMÁ (cont.)**

Delegates – Delegados (cont.)

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

Alternate – Alternativo

Sr. Milton Ruiz  
Consejero, Representante Alternativo  
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  
Asesor  
Ministerio de Salud Pública y  
Bienestar Social  
Asunción

Dr. Iván Allende Criscioni  
Asesor  
Ministerio de Salud Pública y  
Bienestar Social  
Asunción

Alternates – Alternos

Dr. Carlos Daniel Torres  
Asesor  
Ministerio de Salud Pública y  
Bienestar Social  
Asunción

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

**PARAGUAY (cont.)**

Alternates – Alternos (cont.)

Su Excelencia Rigoberto Gauto  
Embajador, Representante Permanente  
de Paraguay ante la Organización de los  
Estados Americanos  
Washington, D.C.

Sr. Heriberto A. Ortiz  
Primer Secretario, Representante Alterno  
de Paraguay ante la Organización de los  
Estados Americanos  
Washington, D.C.

Sr. Jorge Ruiz Díaz  
Attaché  
Misión Permanente de Paraguay ante la  
Organización de los Estados Americanos  
Washington, D.C.

Sr. Francisco barreiro  
Consejero, Representante Alterno  
de Paraguay ante la Organización de los  
Estados Americanos  
Washington, D.C.

**PERU/PERÚ**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Oscar Ugarte Ubilluz  
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.

Dr. Manuel Jumpa Santamaría  
Asesor de la Alta Dirección  
Ministerio de Salud  
Lima

**PERU/PERÚ (cont.)**

Alternates – Alternos

Dr. Hamilton García Díaz  
Director de Promoción de la Salud  
Ministerio de Salud  
Lima

Lic. Liliana La Rosa  
Director General de Cooperación Internacional  
Ministerio de Salud  
Lima

Dr. Aníbal Velásquez Valdivia  
Equipo de Políticas en Salud  
Ministerio de Salud  
Lima

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

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

**SAINT LUCIA/SANTA LUCÍA**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. Keith Mondesir  
Minister for Health, Wellness, Human Services,  
Family Affairs, National Mobilization and  
Gender Relations  
Ministry for Health, Wellness, Human Services,  
Family Affairs, National Mobilization and  
Gender Relations  
Waterfront, Castries

Delegates – Delegados

His Excellency Michael Louis  
Ambassador, Permanent Representative of  
Saint. Lucia to the Organization of American  
States  
Washington, D.C.

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

**SAINT LUCIA/SANTA LUCÍA (cont.)**

Delegates – Delegados (cont.)

Mrs. Clenie Greer-Lacascade  
Alternate Representative of Saint. Lucia  
to the Organization of American States  
Washington, D.C.

**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  
Ministry of Health, Social Services,  
Community Development,  
Culture & Gender Affairs  
Basseterre

Delegates – Delegados

Mr. Elvis Newton  
Permanent Secretary  
Ministry of Health, Social Services,  
Community Development,  
Culture & Gender Affairs  
Basseterre

His Excellency Dr. Izben C. Williams  
Ambassador, Permanent Representative  
of Saint Kits and Nevis to the  
Organization of American States  
Washington, D.C.

Alternate – Alterno

Ms. Kemay Liburd-Chow  
First Secretary  
Mission of Saint Kits and Nevis to the  
Organization of American States  
Washington, D.C.

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

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. Dr. Douglas Slater  
Minister of Health and the Environment  
Ministry of Health and the Environment  
Kingstown

Delegates – Delegados

Her Excellency La Celia A. Prince  
Ambassador, Permanent Representative  
of Saint Vincent and the Grenadines to  
the Organization of American States  
Washington, D.C.

Mr. Asram Y. S. Soleyn  
Counselor, Embassy of Saint Vincent and the  
Grenadines to the United States  
of America  
Washington, D.C.

**SURINAME**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Celsius Waterberg  
Minister of Health  
Ministry of Health  
Paramaribo

Delegates – Delegados

Dr. Marthelise Eersel  
Director of Health  
Ministry of Health  
Paramaribo

Ms. Miriam Naarendorp  
Pharmacy Policy Coordinator  
Ministry of Health  
Paramaribo

Alternate – Alterno

Ms. Jessica Lansheuvél  
Coordinator of Bilateral Relations  
Ministry of Health  
Paramaribo

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

**TRINIDAD AND TOBAGO/  
TRINIDAD Y TABAGO**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. Therese Baptiste-Cornelis  
Minister of Health  
Ministry of Health  
Port-of-Spain

Delegates – Delegados

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

Ms. Sandra Jones  
Acting Permanent Secretary  
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.

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

Delegates – Delegados

Mr. Bill Corr  
Deputy Secretary of Health and Human  
Services  
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. 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.

Dr. Kevin De Cock  
Director  
Center of Global Health  
Centers for Disease Control and Prevention  
Atlanta

Ms. Elizabeth Griffith  
Program Analyst  
Office of Human Security  
Bureau of International Organization Affairs  
Department of State  
Washington, D.C.

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

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

Alternates – Alternos (cont.)

A. George Herrfurth  
Multilateral Affairs Coordinator  
Fogarty International Center  
National Institute of Health  
Department of Health and Human  
Services  
Bethesda, MD

Mr. David Hohman  
Deputy Director  
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. Jay McAuliffe  
Latin America and Regional Coordinator  
Center for Global Health  
Center for Diseases Control and Prevention  
Department of Health and Human  
Services  
Atlanta, Georgia

Ms. Kelly Saldana  
Senior Public Health Advisor  
Bureau for Latin America and the  
Caribbean  
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.)

Dr. Pattie Simone  
Acting Principal Deputy  
Center for Global Health  
Center for Diseases Control and Prevention  
Department of Health and Human  
Services  
Atlanta, Georgia

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. Mary Lou Valdez  
Associate Commissioner for International  
Programs  
Office of the Commissioner  
US Food and Drug Administration  
Silver Spring, MD

Mr. Harley Feldbaum  
White House Fellow  
Bureau for Global Health  
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.

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

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

Alternates – Alternos (cont.)

Ms. Carla Menendez McManus  
Foreign Affairs Officer  
United States Mission to the  
Organization of American States  
Department of State  
Washington, D.C.

**URUGUAY**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Daniel Olesker  
Ministro de Salud Pública  
Ministerio de Salud Pública  
Montevideo

Delegates – Delegados

Dr. Gilberto Rios  
Director General de la Salud  
Ministerio de Salud Pública  
Montevideo

Excelentísima Dra. María del Luján Flores  
Embajadora, Representante Permanente  
del Uruguay ante la Organización de los  
Estados Americanos  
Washington, D.C.

Alternate – Alterno

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

**VENEZUELA**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

Dr. Julio Colmenares  
Internacionalista  
Ministerio del Poder Popular para la Salud  
Oficina de Cooperación Técnica y  
Relaciones Internacionales  
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.

**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.

Professeur Jacques Drucker  
Conseiller santé près l'Ambassade  
de France aux États-Unis  
Washington, D.C.

Alternate – Alterno

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

**NETHERLANDS/PAÍSES BAJOS**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. Omayra Victoria E. Leeflang  
Minister of Education, Public Health  
and Social Development  
Ministry of Education, Public Health  
and Social Development  
The Hague

Delegates – Delegados

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

**NETHERLANDS/PAÍSES BAJOS (cont.)**

Delegates – Delegados (cont.)

Mr. Fred Labefer  
Head, Global Affairs Unit  
Ministry of Health, Welfare and Sport  
The Hague

Alternates – Alternos

Mrs. Ann Groot-Philipps  
Minister Plenipotentiary  
The Royal Netherlands Embassy  
Washington, D.C.

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

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

Mr. Cornelis De Graaf  
Executive Assistant  
Ministry of Education and Public Health  
Punda, Curaçao

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

Ms. Danielle Lautenslager  
The Royal Netherlands Embassy  
Washington, D.C.

Ms. Suzanne Koopmans  
Liaison Officer  
The Royal Netherlands Embassy  
Washington, D.C.

**PARTICIPATING STATES/ESTADOS PARTICIPANTES (cont.)**

**UNITED KINGDOM/REINO UNIDO**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Nicola Watt  
Global Health Team Leader  
Department of Health  
London

**UNITED KINGDOM/REINO UNIDO (cont.)**

Delegate – Delegado

Hon. Colin Riley  
Minister of Education, Health, Community  
Development, Youth Affairs and Sport  
Ministry of Education, Health, Community  
Development, Youth Affairs and Sport  
Brades, Montserrat

**ASSOCIATE STATES/ESTADOS ASOCIADOS**

**PUERTO RICO**

Dra. Concepción Quiñones de Longo  
Subsecretaria de Salud  
Departamento de Salud  
San Juan

**PUERTO RICO (cont.)**

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

**OBSERVER STATES/ESTADOS OBSERVADORES**

**SPAIN/ESPAÑA**

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

Sr. José M. de la Torre  
Observador Permanente Alterno de  
España ante la Organización de los  
Estados Americanos  
Washington, D.C.

**SPAIN/ESPAÑA (cont.)**

Sr. José A. Rosado  
Asistente, Observador Permanente de  
España ante la Organización de los  
Estados Americanos  
Washington, D.C.

**REPRESENTATIVE OF THE EXECUTIVE COMMITTEE/  
REPRESENTANTE DEL COMITÉ EJECUTIVO**

Dr. Celsius Waterberg  
Minister of Health  
Ministry of Health  
Paramaribo

**AWARD WINNERS/  
GANADORES DE LOS PREMIOS**

**PAHO Award for Administration 2010/  
Premio OPS en Administración 2010**

Dr. Elsa Yolanda Palou  
Honduras

**PAHO Champion of Health Recognition/  
Reconocimiento a los campeones de la  
salud de la OPS**

Fernando Javier Sendra  
Argentina

**Abraham Horwitz Award for Excellence in  
Leadership in Inter-American Health /  
Premio Abraham Horwitz al la Excelencia en  
el Liderazgo en la Salud Interamericana**

Dr. Carlos Monteiro  
Brasil

**Clarence H. Moore Award for Excellence for  
Voluntary Service/  
Premio Clarence H. Moore a la Excelencia  
en el Servicio Voluntario**

Liga Peruana de Lucha Contra el Cáncer  
Perú

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

Dr. Paulina Taboada  
Chile

**Pedro N. Acha Award for Excellence in  
Veterinary Public Health/  
Premio Pedro N. Acha a la Excelencia en la  
Salud Pública Veterinaria**

Dr. Luisa Zanolli Moreno  
Brasil

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

Dr. María Fátima de Sousa  
Brasil

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

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

Dr. Enrique Paz

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

Ms. Sonia Heckadon

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

**Caribbean Community/  
Comunidad del Caribe**

Dr. Rudolph O. Cummings  
Dr. Jerome Walcott

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

Ms. Kei Kawabata

**Hipólito Unanue Agreement/Convenio  
Hipólito Unanue**

Dra. Caroline Chang Campos  
Dra. Gloria Lagos

**The World Bank/  
Banco Mundial**

Dr. Amparo Gordillo Tobar  
Dr. Fernando Lavadenz  
Dr. Joana Godinho

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

Sr. José Miguel Insulza

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

**American Society for Microbiology/  
Sociedad Interamericana de Microbiología**

Ms. Lily Schuermann

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

Dr. Rubén Abete

**EMBARQ – The WRI Center for Sustainable  
Transport**

Mr. Luis Gutierrez  
Mr. Benjamin Welle  
Ms. Claudia Adriazola  
Ms. Larissa Fernandes da Silva

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

Ms. Marcela Gaitán

**Inter-American College of Radiology/  
Colégio Interamericano de Radiología**

Sr. Rodrigo Restrepo González

**U.S. Pharmacopeia**

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  
Mrs. Zadah Tulloch

**American College of Obstetricians and  
Gynecologists/  
Colegio estadounidense de Obstetras y  
Ginecólogos**

Ms. Jan Chapin

**Doctors Without Borders/  
Médicos sin Fronteras**

Mrs. Gemma Ortiz M. Genovese  
Dr. Henry Rodríguez

**Framework Convention Alliance FCA on  
Tobacco Control**

Mr. Laurent Huber

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

Ms. Eva Ruiz de Castilla

**International Association for Dental  
Research/  
Asociación Internacional para la  
Investigación Dental**

Dr. Christopher Fox

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

Dr. Eduardo Pretell

**International Federation on Aging/  
Federación Internacional de la Vejez**

Mrs. Irene Hoskins

**International Federation of Health Records  
Organizations**

Ms. Carol Lewis

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

Ms. Roopa Dhatt  
Ms. Sandra Tang

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

Mr. Robert Simpson  
Ms. Susan Crowley  
Mr. Leo Farber  
Ms. Corry Jacobs  
Ms. Jacqueline Keith

**International Generic Pharmaceutical  
Alliance/  
Alianza Farmacéutica Genérica  
Internacional**

Mr. Gordon Johnston

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

**International Hospital Federation/  
Federación Internacional de Hospitales**

Ms. Pamela A. Thompson

**Thalassaemia International Federation/  
Federación Internacional de Talasemia**

Mr. Bob Ficarra

**International Infant Food Manufacturers  
Association**

Mr. Robert Rankin

**World Vision International**

Ms. Amanda Rives

**International Society of Blood Transfusion/  
Asociación Internacional de transfusión de  
sangre**

Dr. Amalia Bravo

**World Confederation for Physical Therapy**

Ms. Stacy de Gale

**Medical Women's International Association/  
Asociación Internacional de Médicas**

Dr. Claudia Morrissey

**World Self Medication Industry**

Dr. Héctor Bolaños

**World Organization of Family Doctors**

Dr. Liliana Arias-Castillo

**SPECIAL GUESTS/  
INVITADOS ESPECIALES**

Dr. Brent Burkholder  
National Center for Immunization and  
Respiratory Diseases

Ms. Sarah Parker  
Edward Jenner Museum

Dr. Gerald Hanson

Dr. Cyrus S. Poonawalla  
Serum Institute

Dr. Donald A. Henderson

Dr. Ciro A. De Quadros  
Sabin Vaccine Institute

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

Dr. Carissa F. Etienne  
Assistant Director-General, HSS

Dr. Jacob Anantharayan Kumaresan  
Director, Centre for Health Development

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

Dr. Francesco Branca  
Director, Nutrition for Health and  
Development

Dr. Mohamed Abdi Jama  
Assistant Director-General, General  
Management

Dr. Gottfried Otto Hirschall  
Director, HIV/AIDS

Dr. Elil Renganathan  
Director, Planning, Resource Coordination  
and Performance Monitoring

Dr. Raquel Child  
Director, UNITAID International drug  
purchase facility

Dr. M. Maged Younes  
Director, Governing Bodies and External  
Relations

**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

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

Mr. Guillermo Birmingham  
Director of Administration  
Director de Administración

Dr. Heidi Jiménez  
Legal Counsel, Office of Legal Counsel  
Asesora Jurídica, Oficina de la Asesora  
Jurídica

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