



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



52^e CONSEIL DIRECTEUR
65^e SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL

Washington, D.C., ÉUA, du 30 septembre au 4 octobre 2013

CD52/FR (Fr.)
4 octobre 2013
ORIGINAL : ANGLAIS

RAPPORT FINAL

TABLE DES MATIÈRES

	<i>Page</i>
Ouverture de la session	6
Questions relatives au Règlement	
Constitution de la Commission de vérification des pouvoirs	6
Élection du Bureau.....	6
Constitution d'un groupe de travail pour étudier l'application de l'Article 6.B de la Constitution de l'OPS.....	7
Constitution de la Commission générale	7
Adoption de l'ordre du jour	7
Questions relatives à la Constitution	
Rapport annuel du Président du Comité exécutif	8
Rapport annuel du Directeur du Bureau sanitaire panaméricain	8
Élection de trois États Membres au Comité exécutif.....	10
Questions relatives à la politique des programmes	
Plan stratégique de l'OPS 2014-2019	11
Programme et budget de l'OPS 2014-2015	14
Protection sociale en matière de santé	17
Ressources humaines pour la santé.....	18
Plan d'action pour la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles....	21
<i>Consultation sur le mécanisme mondial de coordination pour la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles</i>	24
L'insuffisance rénale chronique dans les communautés agricoles en Amérique centrale.....	25
Prise de décisions fondées sur les données probantes pour les programmes nationaux de vaccination.....	28
Mise en œuvre du Règlement sanitaire international.....	29
La coopération pour le développement en matière de santé aux Amériques.....	31
Les principes du Fonds renouvelable pour l'achat de vaccins de l'Organisation panaméricaine de la Santé.....	35
Débat : La santé dans le programme de développement pour l'après-2015	34
Lutter contre les causes des disparités en matière d'accès et de recours aux services de santé par les personnes lesbiennes, gay, bisexuelles et trans	37

TABLE DES MATIÈRES (*cont.*)

	<i>Page</i>
Questions administratives et financières	
Rapport sur le recouvrement des contributions fixées	39
Rapport financier du Directeur et rapport du Commissaire aux comptes externe pour 2012	40
Amendements au Règlement financier de l'OPS.....	42
Examen de la commission prélevée sur les achats de fournitures de santé publique effectués pour le compte des États Membres.....	42
Prix	
Prix Sérgio Arouca d'excellence sur le plan des soins de santé universels	43
Prix Abraham Horwitz d'excellence en matière de leadership en santé interaméricaine.....	44
Autres prix	44
Questions soumises pour information	
Mise à jour sur la réforme de l'OMS	44
Douzième Programme général de travail de l'OMS 2014-2019 et Budget programme 2014-2015 de l'OMS	48
Rapport sur la 16 ^e Réunion interaméricaine, au niveau ministériel, sur la santé et l'agriculture (RIMSA 16).....	50
Rapports d'avancement sur les questions techniques	51
A. Stratégie et plan d'action régionaux sur la santé néonatale dans le contexte des soins apportés à la mère, au nouveau-né et à l'enfant (2008-2015): évaluation à mi-parcours	51
B. Stratégie et Plan d'action pour l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis congénitale : évaluation à mi-parcours	52
C. Objectifs du Millénaire pour le développement et cibles sanitaires dans la Région des Amériques	54
D. Mise en œuvre de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac	55
E. Plan d'action sur l'usage de substances psychoactives et la santé publique	56
F. Plan régional sur la santé des travailleurs	58
G. Vers l'élimination de l'onchocercose (cécité des rivières) aux Amériques ...	59
H. Plan d'action régional pour le renforcement du recueil des données d'état civil et de santé	59
I. Situation des Centres panaméricains	60

TABLE DES MATIÈRES (*cont.*)

	<i>Page</i>
Questions soumises pour information (<i>cont.</i>)	
Résolutions et autres actions d'organisations intergouvernementales revêtant un intérêt pour l'OPS	61
A. Soixante-sixième Assemblée mondiale de la Santé	61
B. Organisations infrarégionales	61
C. Quarante-troisième session ordinaire de l'Assemblée générale de l'Organisation des États Américains	61
Questions diverses	63
Clôture de la session	63
Résolutions et décisions	
<i>Résolutions</i>	
CD52.R1 Rapport sur le recouvrement des contributions fixées	63
CD52.R2 Amendements au Règlement financier de l'Organisation panaméricaine de la Santé	64
CD52.R3 Programme et budget de l'Organisation panaméricaine de la Santé 2014-2015	66
CD52.R4 Contributions fixées des États Membres, des États participants et des Membres associés de l'Organisation panaméricaine de la Santé pour 2014 2015	70
CD52.R5 Principes du Fonds renouvelable pour l'achat de vaccins de l'Organisation panaméricaine de la Santé	73
CD52.R6 Lutter contre les causes des disparité en matière d'accès et de recours aux services de santé par les personnes lesbiennes, gay, bisexuelles et trans	75
CD52.R7 Élection de trois États Membres au Comité Exécutif au terme des mandats des États-Unis d'Amérique, la Grenade, et le Pérou.....	77
CD52.R8 Plan stratégique de l'Organisation panaméricaine de la Santé 2014-2019.....	77
CD52.R9 Plan d'action pour la prévention et la lute contre les maladies non transmissibles	80
CD52.R10 L'insuffisance rénale chronique dans les communautés agricoles en Amérique centrale.....	84

TABLE DES MATIÈRES (cont.)

Page

Résolutions et décisions (cont.)

Résolutions (cont.)

CD52.R11	Protection sociale en matière de santé	86
CD52.R12	Examen de la commission prélevée sur les achats de fournitures de santé publique effectués pour le compte des États Membres	89
CD52.R13	Ressources humaines pour la santé : élargir l'accès à des personnels santé qualifiés dans les systèmes de santé fondés sur les soins de santé primaires	90
CD52.R14	Prise de décisions fondées sur les données probantes pour les Programmes nationaux de vaccination	93
CD52.R15	La coopération pour le développement en matière de santé aux Amériques	95

Décisions

CD52(D1)	Constitution de la Commission de vérification des pouvoirs	99
CD52(D2)	Élection du Bureau	99
CD52(D3)	Constitution de la Commission générale	100
CD52(D4)	Adoption de l'ordre du jour	100
CD52(D5)	Mise en œuvre du Règlement sanitaire international	100

Annexes

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

RAPPORT FINAL

Ouverture de la session

1. Le 52^e Conseil directeur de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS), 65^e Session du Comité régional de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) pour les Amériques, s'est tenu au Siège de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) à Washington, D.C., du 30 septembre au 4 octobre 2013.

2. Le Dr Félix Bonilla (Panama, Président sortant) a ouvert la session et a souhaité la bienvenue aux participants. Le Dr Carissa Etienne (Directrice, Bureau sanitaire panaméricain [BSP]) a également souhaité la bienvenue aux participants. D'autres allocutions d'ouverture ont aussi été prononcées par le Dr Nils Daulaire (Secrétaire adjoint, Bureau des Affaires mondiales, Département des Services humains et de santé, États-Unis d'Amérique, pays hôte), M. Héctor Salazar-Sánchez (Responsable du secteur social, Banque interaméricaine de Développement), M. José Miguel Insulza (Secrétaire général, Organisation des États américains) et le Dr Margaret Chan (Directeur-général, OMS). Le texte de leurs allocutions se trouve sur la page web du 52^e Conseil directeur.¹

Questions relatives au Règlement

Constitution de la Commission de vérification des pouvoirs

3. Conformément à l'Article 31 du Règlement intérieur du Conseil directeur, le Conseil a nommé Belize, le Mexique et le Paraguay en tant que membres de la Commission de vérification des pouvoirs (décision CD52[D1]).

Élection du Bureau

4. Conformément à l'Article 16 du Règlement intérieur, le Conseil a élu le Bureau suivant (décision CD52[D2]) :

<i>Président :</i>	Équateur	(Hon. Carina Vance Mafla)
<i>Vice-président :</i>	Bolivie	(Hon. Dr Juan Carlos Calvimontes)
<i>Vice-président :</i>	Jamaïque	(Hon. Dr Fenton Ferguson)
<i>Rapporteur :</i>	Barbade	(Hon. Dr John David Edward Boyce)

¹ http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=8833&Itemid=40033&lang=fr

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

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

6. La Conseil directeur a été informée qu'il ne serait pas nécessaire de constituer un groupe de travail, étant donné qu'aucun État Membre ne faisait actuellement l'objet des restrictions de vote prévues au titre de l'article 6.B de la Constitution de l'OPS (voir le rapport sur le recouvrement des contributions, paragraphes 128 à 132 ci-dessous).

Constitution de la Commission générale

7. Conformément à l'Article 32 du Règlement intérieur, le Conseil a nommé Cuba, les États-Unis d'Amérique et Saint-Kitts-et-Nevis en tant que membres de la Commission générale (décision CD52[D3]).

Adoption de l'ordre du jour (documents CD52/1, Rév. 1 et CD52/1, Rév. 2)

8. Le Dr Víctor Raúl Cuba Oré (Pérou, Président du Comité exécutif) a annoncé qu'il avait été informé par le Gouvernement de la Jamaïque que le récipiendaire du Prix de l'OPS pour l'Administration 2013, le Dr Brendan Courtney Bain, avait indiqué qu'il n'était pas en mesure d'accepter ce Prix. Le Dr Cuba Oré, en tant que président du Comité exécutif a demandé que le point concernant l'attribution de ce Prix soit supprimé de l'ordre du jour.

9. Le Délégué des États-Unis d'Amérique a proposé l'ajout d'un point intitulé « Lutter contre les causes des disparités en matière d'accès et de recours aux services de santé par les personnes lesbiennes, gay, bisexuelles et trans », notant que ces personnes faisaient l'objet de stigmatisation et de discrimination et enregistraient des résultats en termes de santé moins bons que la population en général et soulignant la nécessité de faire en sorte qu'elles jouissent d'un accès non discriminatoire à des services de santé de qualité. La Déléguée d'El Salvador a proposé l'ajout d'un point intitulé « Principes du Fonds renouvelable de l'Organisation panaméricaine de la santé pour l'achat de vaccins », notant avec préoccupation que le Bureau faisait face à une pression croissante pour modifier les principes régissant le Fonds renouvelable, notamment en ce qui concernait le prix des vaccins. Elle a souligné que ces changements pourraient nuire à l'introduction de nouveaux vaccins et compromettre la viabilité financière des programmes nationaux de vaccination.

10. Le Conseil a accepté tous les changements proposés et a adopté l'ordre du jour, tel qu'amendé, en tant que document CD52/1, Rév. 2 (décision CD52[D4]). Le Conseil a également adopté un programme de réunions (document CD52/WP/1, Rév. 2)

Questions relatives à la Constitution

Rapport annuel du Président du Comité exécutif (document CD52/2)

11. Le Dr Víctor Raúl Cuba Oré (Pérou, Président du Comité exécutif) a fait le compte rendu des activités exécutées par le Comité exécutif et son Sous-comité du Programme, du Budget et de l'Administration, entre septembre 2012 et septembre 2013, mettant en exergue les points de l'ordre du jour qui avaient été discutés par le Comité mais qui n'ont pas été présentés au 52^e Conseil directeur, aux fins de son examen, et notant qu'il ferait un compte rendu sur les autres points à mesure qu'ils seraient traités par le Conseil. Les points de l'ordre du jour qui n'ont pas été présentés comprenaient le Rapport annuel du Bureau d'éthique, le Rapport des Services de supervision et d'évaluation internes, le Rapport du Comité d'Audit, un rapport actualisé sur l'état d'avancement des projets approuvés par le 48^e Conseil directeur devant être financés par le Compte de réserve, y compris le projet de modernisation du système informatique pour la gestion du BSP ; un rapport sur le Plan directeur d'investissement en capital ; les amendements au Règlement du personnel du BSP, et les demandes émanant de huit organisations non gouvernementales en vue d'obtenir ou de renouveler leur statut d'organisations ayant des relations officielles avec l'OPS. Les détails figurent dans le rapport du président du Comité exécutif (document CD52/2).

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

Rapport annuel du Directeur du Bureau sanitaire panaméricain (document CD52/3)

13. La Directrice a présenté son rapport annuel, dont le thème était « S'appuyer sur le passé et avancer vers l'avenir avec confiance », notant qu'il couvrait la période allant du milieu de 2012 au milieu de 2013, qui comprenait les sept derniers mois du mandat de la Directrice précédente, le Dr Mirta Roses Periago et les cinq premiers mois de son propre mandat. Elle a également noté qu'en décembre, le Bureau allait lancer une analyse complète de l'impact de sa coopération technique au cours de l'exercice 2012-2013, dont les résultats seraient partagés avec les États Membres.

14. Le rapport annuel a mis en exergue ce que les États Membres, avec l'appui du Bureau, avaient accompli au cours de cette période sur le plan du renforcement des systèmes de santé reposant sur les soins de santé primaires, de l'amélioration de la santé tout au long de la vie, de la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement, de la lutte contre les maladies non transmissibles et les maladies infectieuses négligées, de la réduction du fardeau des maladies transmissibles et du renforcement des capacités des pays et de la Région dans son ensemble dans des domaines clés, y compris l'alerte

épidémique et la réponse et la préparation face aux catastrophes et la réduction des risques.

15. Sous la houlette des autorités sanitaires de la Région et grâce aux efforts qu'elles ont déployés pour améliorer les conditions sociales et les déterminants structurels qui influencent la santé, les populations des Amériques sont en meilleure santé et plus fortes à l'aune de la quasi-totalité des paramètres. L'espérance de vie a continué d'augmenter et la mortalité a continué de baisser, malgré le vieillissement de la population. La Région a réalisé des progrès importants sur le plan de la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) et de la réduction, l'éradication ou l'élimination des maladies. À cet égard, elle était heureuse d'annoncer qu'en 2013 la Colombie était devenue le premier pays au monde à éliminer l'onchocercose.

16. Bien que ces réalisations soient encourageantes, tout le monde n'en a pas bénéficié dans la même mesure. Les femmes et les enfants vivant dans la pauvreté avaient été laissés pour compte, de même que les populations autochtones, les populations d'ascendance africaine, les populations marginalisées et socialement exclues et celles qui vivent dans des centres urbains surpeuplés et les zones rurales reculées. Les inégalités sur le plan de la santé et de ses déterminants sociaux demeurent le défi le plus important de la Région. Elle a estimé que la mise en place d'une couverture sanitaire universelle permettrait de progresser de façon significative pour surmonter ce défi et a donc fait de cet objectif la plus haute priorité de son administration.

17. Le rapport décrivait en détail un certain nombre de changements apportés récemment dans la structure interne du Bureau et les services institutionnels, qui visaient à le renforcer et à lui permettre de mieux servir les États Membres et d'être plus réactif, plus flexible et plus transparent. Le Bureau était désormais prêt à mettre en œuvre le nouveau Plan stratégique 2014-2019 (voir les paragraphes 24 à 34 ci-dessous) et à soutenir les États Membres dans leurs efforts visant à mettre en place une couverture sanitaire universelle, ce qui constituait la première étape, et la plus nécessaire, vers la réalisation de la vision d'une Région où chacun a une vie longue, caractérisée par la dignité, la santé et la productivité.

18. Le Conseil directeur s'est félicité du rapport et a salué les nombreuses réalisations qui y sont mises en lumière. Le rapport a été considéré comme réaliste et visionnaire à la fois, et le fait que la Directrice ait reconnu la nécessité pour l'OPS de changer afin de rester pertinente et adaptée aux besoins de ses États Membres a été accueilli avec satisfaction. La réorganisation interne du Bureau a également reçu un accueil favorable, un délégué faisant remarquer que cette structure simplifiée, composée de cinq départements de coopération technique, faciliterait l'interaction et la communication entre le personnel et les États Membres. Ce même délégué a salué la réduction du nombre d'indicateurs de 256 à 106 dans le nouveau Plan stratégique, ce qui permettrait d'alléger

la « surcharge d'indicateurs » et de faciliter la présentation de rapports tant pour le Bureau que pour les États Membres.

19. Un soutien ferme a été exprimé en faveur des priorités identifiées par la Directrice, en particulier pour la mise en place d'une couverture sanitaire universelle, la réduction des injustices et des inégalités, la prise en compte des déterminants sociaux et environnementaux de la santé et le renforcement des systèmes de santé reposant sur les soins de santé primaires. De nombreux délégués ont souligné qu'il ne serait pas possible de parvenir à une couverture sanitaire universelle sans un renforcement des systèmes de santé et la prise en compte des déterminants de la santé. Il a été souligné qu'il était important d'assurer une offre adéquate d'agents sanitaires formés et de décourager l'émigration des professionnels de la santé, et qu'une action intersectorielle afin de traiter les déterminants de la santé était nécessaire. Il a été indiqué que, malgré de bons progrès réalisés globalement sur le plan de l'amélioration de la santé dans la Région, la mortalité et la morbidité restaient anormalement élevées parmi les pauvres et les autres groupes vulnérables et marginalisés, et qu'il fallait redoubler d'efforts pour corriger les disparités et les inégalités et pour prévenir les discriminations dans l'accès aux services de santé et leur fourniture. Dans la même veine, plusieurs délégués ont signalé les difficultés rencontrées par les pays qui étaient actuellement considérés comme pays à revenu intermédiaire, ce qui limitait leur accès à l'aide au développement dont ils avaient besoin. L'importance de la coopération Sud-Sud dans de tels contextes a été mise en exergue. La lutte contre le changement climatique, la pleine mise en œuvre du Règlement sanitaire international (2005) et la réduction de l'obésité et la promotion d'une alimentation et d'habitudes saines chez les enfants et les jeunes ont également été identifiées comme des priorités pour la période de six ans couverte par le nouveau Plan stratégique.

20. Le Délégué de la Colombie a remercié le Bureau pour son soutien dans la campagne d'élimination de l'onchocercose de son pays et a déclaré que la Colombie s'efforçait également d'éliminer le trachome. Le Délégué de l'Équateur a annoncé que son pays attendait la certification par l'OMS de l'élimination de la transmission de l'onchocercose.

21. Le Conseil a exprimé sa gratitude à la Directrice et a pris note du rapport.

Élection de trois États Membres au Comité exécutif au terme des mandats des États-Unis d'Amérique, de la Grenade et du Pérou (document CD52/4)

22. Le Conseil directeur a élu les Bahamas, le Costa Rica et l'Équateur en tant que membres du Comité exécutif pour une période de trois ans et a remercié les États-Unis d'Amérique, la Grenade, le Pérou pour leur service (résolution CD52.R7).

23. Les Délégués des Bahamas, du Costa Rica et de l'Équateur ont remercié le Conseil pour l'élection de leurs pays en tant que membres du Comité exécutif et ont

affirmé l'engagement de leurs gouvernements envers l'Organisation et leur volonté de travailler avec le Bureau et les autres États Membres en vue d'améliorer la santé et le bien-être des populations des Amériques. La Déléguée de l'Équateur a déclaré que son Gouvernement attachait une grande importance à la question de l'invalidité et a noté que son Gouvernement accueillerait, en novembre 2013, la consultation régionale sur le projet de plan d'action sur le handicap en cours de préparation par le Secrétariat de l'OMS aux termes de la résolution WHA66.9 (2013). Le Délégué du Guatemala a annoncé l'intention de son Gouvernement de se présenter pour siéger au Comité exécutif en 2014.

Questions relatives à la politique des programmes

Plan stratégique de l'OPS 2014-2019 (Document officiel 345 et Add. I)

24. Le Dr Víctor Raúl Cuba Oré (Représentant du Comité exécutif) a rendu compte de l'examen par le Comité d'une version antérieure de la proposition de Plan stratégique 2014-2019 (voir le document CE152/FR, paragraphes 40 à 55), notant que le Comité avait suggéré l'ajout de plusieurs indicateurs et avait recommandé que le Groupe consultatif de pays réexamine les indicateurs d'impact sur la santé et les cibles. Le Comité avait également souligné l'importance de la prise en compte des déterminants sociaux de la santé dans la cadre du Plan. Le Comité avait adopté la Résolution CE152.R7, approuvant la proposition de Plan stratégique 2014-2019 et recommandant que le Conseil directeur l'approuve.

25. M. Daniel Walter (Directeur du Département de la planification et du budget du BSP) a présenté le Plan stratégique 2014-2019, notant qu'il définissait l'orientation, les priorités et le cadre de responsabilisation programmatique qui guideraient les travaux de l'Organisation au cours des six prochaines années. Il a passé en revue le processus de collaboration suivi pour l'élaboration du Plan stratégique, soulignant que le processus avait été dirigé par les États Membres dès le départ, et a décrit les principales caractéristiques du Plan, y compris ses neuf cibles d'impact, ses six catégories et ses 30 domaines programmatiques. La thématique principale du Plan stratégique était « Défense de la santé : développement durable et équité ». Il présentait une approche tout au long de la vie en mettant l'accent sur la promotion d'une santé et d'un bien-être meilleurs, plutôt que sur une approche plus traditionnelle axée sur les maladies. Le Plan était étroitement aligné sur le douzième Programme général de travail de l'OMS (voir les paragraphes 168 à 177 ci-dessous), mais était également sensible aux questions constituant une préoccupation particulière pour la Région, telles que la maladie de Chagas et la dengue, les déterminants de la santé et les ressources humaines pour la santé. La spécificité régionale se reflétait également dans les indicateurs d'impact et de résultat intermédiaire.

26. Comme demandé par les États Membres, une méthode normalisée et systématique pour définir les priorités avait été élaborée de pair avec le Plan stratégique. La méthode de classement des priorités programmatiques était décrite à l'annexe II du *Document officiel* 345 et les résultats de cet exercice de classement des priorités étaient présentés au tableau 3.

27. Afin de tenir compte des discussions qui avaient eu lieu avec les États Membres depuis la 152^e Session du Comité exécutif en juin 2013, le Bureau proposait quelques ajouts à la résolution adoptée par le Comité en vue de continuer à affiner les points de référence et les objectifs, de produire un recueil d'indicateurs d'impact et de résultat intermédiaire, et d'améliorer la méthode de classement des priorités devant être appliquée pour les budgets-programmes à l'avenir. À cette fin, il a été proposé que le Comité exécutif soit invité à créer un groupe de travail de représentants des États Membres pour continuer à travailler sur les définitions et les moyens de mesurer les indicateurs d'impact et de résultats intermédiaires et fournir des conseils sur le suivi et l'évaluation du Plan stratégique.

28. Le Conseil a fermement appuyé le Plan stratégique proposé et a salué l'approche collaborative et participative suivie pour son élaboration, remerciant les membres du Groupe consultatif de pays pour leur travail. Il a été indiqué que, certes ces consultations à grande échelle avaient rendu le processus plus complexe et plus long, mais elles avaient également été le gage d'un fort sentiment d'appropriation des États Membres envers le Plan et de leur engagement pour sa mise en œuvre. Les États Membres se sont félicités du fait que le Plan était axé sur la prévention et la promotion de la santé ainsi que sur l'équité, et ont salué son alignement avec les priorités établies à la fois aux termes du douzième Programme général de travail de l'OMS et celles identifiées au niveau régional dans le Programme d'action sanitaire pour les Amériques. L'accent mis sur les maladies non transmissibles et les déterminants sociaux de la santé a également été salué, de même que l'inclusion des activités et des indicateurs liés à la gouvernance de la santé et au financement, aux ressources humaines pour la santé, à la dengue, aux groupes ethniques et aux maladies zoonotiques. Il a été reconnu que la mise en œuvre du Plan dans un contexte de ressources limitées constituerait un défi et qu'il y aurait peu de marge de manœuvre pour résoudre tout problème qui pourrait surgir au cours de la période couverte par le Plan. La Directrice a été encouragée à rechercher des moyens novateurs d'assurer la mise en œuvre réussie du Plan. À cet égard, l'importance de la coopération Sud-Sud et d'autres formes de collaboration entre les pays a été mise en exergue.

29. Des délégués se sont déclarés favorables à ce que les États Membres continuent à participer au processus visant à affiner les cibles et les indicateurs ainsi qu'au suivi et à l'évaluation des progrès dans le cadre du Plan stratégique et se sont félicités de la proposition de créer un groupe de travail à cet effet. Un délégué a demandé si le groupe de travail examinerait également la méthode de classement des priorités. Il a été recommandé que le groupe de travail examine l'ensemble de la chaîne des résultats, y

compris les indicateurs de résultats immédiats ainsi que les indicateurs de résultats intermédiaires et d'impact. Il a été indiqué que certains indicateurs étaient relativement subjectifs, et la nécessité de définir des indicateurs objectifs afin de faciliter la mesure et le suivi a été soulignée. Il a également été précisé que les indicateurs du Plan et les méthodes permettant de les mesurer doivent être alignés sur ceux utilisés à l'échelle mondiale afin que les données des Amériques soient comparables à celles des autres régions de l'OMS.

30. Il a été suggéré que le Plan devrait inclure des indicateurs supplémentaires et mettre davantage l'accent sur différents domaines. Plusieurs délégués se sont déclarés favorables à l'inclusion d'un indicateur de résultat intermédiaire spécifique relatif à la santé bucco-dentaire. Plusieurs ont également souligné la nécessité de redoubler d'efforts pour traiter du problème du changement climatique et de ses effets sur la santé. Un délégué a proposé que l'indicateur de résultat intermédiaire 6.1 soit modifié comme suit : « mener des efforts de collaboration stratégiques parmi les États Membres et avec d'autres partenaires en vue de promouvoir l'équité en santé, de lutter contre la maladie et d'améliorer la qualité de vie et d'allonger l'espérance de vie des populations des Amériques » conformément à la déclaration de mission du Bureau Sanitaire panaméricain. Ce même délégué a proposé d'ajouter des indicateurs de résultats intermédiaires dans la catégorie 6 (Services institutionnels/Fonctions essentielles) relatifs à la transparence, la responsabilisation et la gestion des risques, et reflétant le niveau de satisfaction des États Membres sur le plan du soutien technique fourni par le Bureau.

31. M. Walter a déclaré que le Bureau examinerait attentivement les suggestions concernant les indicateurs pour la catégorie 6. S'agissant de la subjectivité de certains indicateurs, le Bureau reconnaissait qu'il serait nécessaire de les affiner davantage, et que c'était pour cette raison qu'il avait proposé la création du groupe de travail.

32. La Directrice a ajouté que le Bureau présenterait une proposition à la 153^e session du Comité exécutif concernant la composition et le mandat du groupe de travail. S'agissant des suggestions portant sur des indicateurs et des domaines de focalisation supplémentaires, elle a souligné que, bien que tous les problèmes de santé soient importants, ils ne pouvaient pas tous se voir accorder la priorité absolue, en particulier dans un contexte de ressources limitées. La santé bucco-dentaire, par exemple, n'était peut-être pas une priorité absolue, mais elle était traitée dans le Plan stratégique, dans les catégories 1 et 2. En ce qui concernait le changement climatique, elle a noté que les États Membres avaient adopté une stratégie et un plan d'action sur cette question en 2011.²

33. La responsabilité de la mise en œuvre du Plan stratégique incomberait conjointement au Bureau et aux États Membres, et ces derniers devraient donc également rechercher des approches innovantes afin d'en assurer le succès. Pour sa part, le Bureau,

² Voir la résolution CD51.R15 et le document CD51/6 (2011).

par le biais de la coopération Sud-Sud et d'autres mécanismes, se prévaudrait des connaissances et des compétences disponibles au niveau national afin de renforcer sa coopération technique.

34. Le Conseil a adopté la résolution CD52.R8, approuvant le Plan stratégique 2014-2019 et remerciant les membres du Groupe consultatif de pays pour leur contribution à l'élaboration du Plan.

Programme et budget de l'OPS 2014-2015 (Document officiel 346, Add. I et Add. II)

35. Le Dr Víctor Raúl Cuba Oré (Représentant du Comité exécutif) faisant rapport sur l'examen par le Comité exécutif d'une version antérieure de la Proposition de Programme et budget de l'OPS 2014-2015 (voir document CE152/FR, paragraphes 56 à 68), a déclaré que le Comité avait reconnu la situation budgétaire difficile occasionnée par le climat financier mondial, la baisse des recettes diverses, les réductions des contributions volontaires et la perte de pouvoir d'achat du dollar des États-Unis. Le Comité avait toutefois demandé au Bureau de préparer une proposition révisée reflétant une croissance nominale zéro des contributions fixées des États Membres. Le Comité avait reconnu qu'une croissance zéro des contributions fixées créerait des difficultés pour le Bureau et que les États Membres devaient donc faire preuve de discipline dans la définition des priorités dans le cadre du Plan stratégique 2014-2015. Le Comité avait adopté la résolution CE152.R16, recommandant au Conseil directeur d'approuver le programme de travail pour le BSP avec zéro augmentation des contributions fixées nettes, comme indiqué dans le *Document officiel 346*. La résolution proposait également la création d'un fonds spécial auquel les États Membres pourraient verser des contributions volontaires entièrement flexibles afin de compenser la réduction du budget ordinaire résultant d'une croissance zéro des contributions fixées.

36. M. Daniel Walter (Directeur du Département de la planification et du budget du BSP) a présenté les grandes lignes du projet de programme et budget pour 2014, notant que ce serait le premier plan opérationnel pour la mise en œuvre de la nouvelle orientation stratégique énoncée dans le Plan stratégique 2014-2019 (voir les paragraphes 24 à 34 du présent rapport). Le programme et budget étaient structurés autour de six catégories et de 30 domaines programmatiques, qui reflétaient en grande partie ceux du Budget programme de l'OMS, ainsi que ceux du Plan stratégique de l'OPS. Le budget serait alloué aux différents niveaux fonctionnels et aux pays conformément à la politique budgétaire de l'OPS approuvée par la 28^e Conférence sanitaire panaméricaine en 2012.³ Les fonds seraient répartis entre les domaines programmatiques conformément au cadre de classement des priorités programmatiques défini aux termes du Plan stratégique 2014-2019 (voir le paragraphe 26 ci-dessus).

³ Voir la résolution CSP28.R10 et le document CSP28/7 (2012).

37. Le budget total pour l'exercice biennal s'élèverait à 563 millions USD,⁴ contre plus de 600 millions USD au cours des trois exercices précédents. Le financement du budget proviendrait à parts presque égales des contributions fixées et des contributions volontaires. Les contributions fixées resteraient les mêmes qu'en 2012-2013, alors que, d'après les projections, les contributions volontaires à l'OPS diminueraient de quelque 48 millions USD. Le Bureau pensait commencer l'exercice biennal 2014-2015 avec un déficit de financement d'un peu plus de 200 millions USD, soit environ 38 % du budget total. On espérait que le second dialogue sur le financement de l'OMS en novembre 2013 (voir le « douzième Programme général de travail 2014-2019 et le Budget programme 2014-2015 », paragraphes 168 à 177 ci-dessous), conjugué aux efforts de mobilisation de ressources mondiales et régionales en cours, contribuerait à combler cet écart. On espérait aussi que les États Membres apporteraient des contributions volontaires non affectées à des utilisations spécifiques pour compenser la réduction de 6 millions USD dans le budget ordinaire résultant de la croissance nominale zéro des contributions fixées. Si le budget était entièrement financé, le Bureau devrait être en mesure de produire à peu près le même niveau de résultats que lors de l'exercice biennal 2012-2013, même s'il était nécessaire d'économiser afin d'absorber les augmentations de coûts – ce que faisait déjà le Bureau, par exemple en ayant recours à la téléconférence afin d'éviter les frais de déplacement liés à des réunions en personne.

38. Au cours de la discussion qui a suivi la présentation de M. Walter, les États Membres ont remercié le Bureau d'avoir préparé une proposition budgétaire responsable qui tenait compte de la conjoncture financière mondiale et régionale ainsi que du processus de réforme de l'OMS et qui répondait à la politique budgétaire de l'OPS, au Plan stratégique 2014-2019 de l'OPS et au cadre de classement des priorités programmatiques. Les États Membres étaient satisfaits que la proposition ait pris en compte les vues exprimées au cours de la 152^e Session du Comité exécutif, en particulier en ce qui concernait la croissance nominale zéro des contributions fixées. Le Bureau a également été félicité pour l'approche disciplinée suivie en matière de réduction et d'absorption des coûts. Il a été reconnu que le programme et le budget 2014-2015 seraient de nature transitoire et que des critères différents s'appliqueraient à la formulation du programme et du budget pour 2016-2017.

39. Une déléguée a déclaré craindre que les sommes allouées pour les maladies non transmissibles, la santé mentale et le vieillissement et la santé ne soient pas suffisantes à la lumière des profils épidémiologiques et démographiques de la Région. Un autre délégué a suggéré que le niveau de priorité du domaine programmatique « Vieillissement et santé » soit porté de 3 à 2 et que le niveau de priorité des « Déterminants sociaux de la santé » soit relevé de 3 à 1. Ce même délégué a souligné la nécessité d'un financement adéquat pour la surveillance de l'hépatite, la prévention et le contrôle de la leptospirose,

⁴ Sauf stipulation contraire, toutes les valeurs monétaires dans le présent rapport sont exprimées en dollars des États-Unis.

la salubrité des aliments et la santé animale et la mise en œuvre du Règlement sanitaire International (2005). Il a été noté que la plus grande part du budget continuait à être affectée aux services institutionnels et fonctions essentielles. À cet égard, l'importance de traiter des recommandations des commissaires aux comptes internes et externes afin d'améliorer les processus administratifs a été soulignée. Il a été considéré que l'approche de budget fondée sur les résultats contribuerait à assurer la responsabilisation. Une déléguée a demandé si des sommes étaient allouées dans le budget pour appuyer la coopération technique entre les pays.

40. M. Walter a répondu que 5 % de l'allocation pour chaque pays était mise de côté pour la coopération technique entre les pays. Concernant les allocations pour les divers domaines programmatiques, il a expliqué que, dans le cadre de l'exercice de classement des priorités, le niveau minimal de financement pour tous les domaines avait été fixé à 1,5 million USD. Ce niveau avait, en fait, considérablement accru le financement du budget ordinaire pour la santé mentale et le vieillissement et la santé, domaines qui auparavant étaient presque entièrement tributaires des contributions volontaires. Pour ce qui était du montant relativement important alloué aux services institutionnels et fonctions essentielles, il a souligné que la moitié environ de l'enveloppe allouée serait dépensée pour les opérations des bureaux dans les pays et les fonctions de leadership, et non pour les frais généraux administratifs. S'agissant des changements suggérés dans le niveau de priorité de certains domaines programmatiques, il a fait remarquer que les priorités seraient réexaminées lors de l'élaboration du budget et programme 2016-2017. Si les priorités définies pour 2014-2015 ne correspondaient pas aux besoins des différents pays, ils pourraient utiliser certaines des ressources qui leur étaient allouées pour leurs propres priorités. Il a assuré le Conseil que les recommandations des commissaires aux comptes internes et externes étaient mises en œuvre.

41. La Directrice a déclaré qu'il était important pour les États Membres de bien comprendre la situation du budget de l'OPS et les implications de la décision de ne pas autoriser d'augmentation des contributions fixées. L'Organisation était confrontée à une réduction globale de plus de 50 millions USD, y compris la baisse projetée de 48 millions USD des contributions volontaires et une baisse de 6 millions USD des recettes diverses. En outre, le chiffre de 50 millions USD reposait sur deux hypothèses, la première étant que l'OPS recevrait le même niveau de financement du budget ordinaire de l'OMS que lors de l'exercice en cours (80,7 millions USD) et la seconde étant qu'elle recevrait le niveau prévu des contributions volontaires de l'OMS (84 millions USD, ce qui représentait une hausse de 4 millions USD par rapport à 2012-2013). On ne savait pas si ces allocations se concrétiseraient, et même si c'était le cas, il n'y n'avait aucune garantie que la Région recevrait effectivement tous les fonds budgétisés.

42. Il était clair que les États Membres attendaient du Bureau qu'il fasse plus avec moins, et le Bureau continuerait à s'efforcer d'accroître l'efficacité et de rationaliser son personnel et ses activités. Cependant, il était également clair qu'il serait nécessaire de

réduire le champ des activités sur certaines des priorités identifiées par les États Membres. Elle espérait qu'elle pourrait compter sur les États Membres pour ne pas insister pour que le Bureau entreprenne plus de travail que ce qu'il pourrait accomplir de façon réaliste avec les moyens à sa disposition. Le Bureau intensifierait ses efforts de mobilisation de ressources afin de minimiser l'impact des réductions budgétaires, et elle espérait que les États Membres l'aideraient à cet égard en contribuant au fonds de contributions volontaires. Elle a également lancé un appel aux États Membres pour qu'ils règlent dans les délais leurs contributions fixées, soulignant que si ces contributions étaient reçues trop tard au cours d'une année pour être dépensées, en vertu des normes comptables internationales du secteur public (IPSAS), le Bureau ne pouvait pas utiliser ces fonds l'année suivante.

43. Le Conseil a adopté la résolution CD52.R3, approuvant le Programme et Budget 2014-2015 de l'OPS figurant dans le *Document officiel 346*. Le Conseil a également adopté la résolution CD52.R4, définissant les contributions des États Membres, des États participants et des membres associés.

Protection sociale en matière de santé (document CD52/5)

44. Le Dr Víctor Raúl Cuba Oré (Représentant du Comité exécutif) a signalé que le Comité exécutif avait examiné le document exploratoire sur la protection sociale dans le domaine de la santé et s'était félicité de l'approche axée sur les droits de ce document et de son ciblage des déterminants sociaux de la santé et de la réduction des inégalités. Le Comité avait souligné qu'il était important de partager les pratiques exemplaires, en particulier en ce qui concernait les approches visant à élargir l'accès aux soins de santé, et d'assurer une couverture universelle. Il avait également souligné que les démarches suivies varieraient selon le contexte, le système de gouvernement et d'autres spécificités nationales dans chaque pays. Le Comité avait adopté la résolution CE152.R4, recommandant au Conseil d'adopter le projet de résolution contenu dans le document CD52/5. (Pour plus de détails sur les délibérations du Comité sur ce point, voir le document CE152/FR, paragraphes 69 à 75).

45. Dans la discussion qui a suivi le rapport du Dr Cuba Oré, le Conseil a souligné que l'accès à des soins de santé de qualité constituait un droit humain. Il a été convenu qu'il existait de nombreux moyens d'assurer une protection sociale, que les pays devraient être libres de choisir la voie qui convenait le mieux à leur situation, et qu'une approche multisectorielle, faisant intervenir les ministères et les services gouvernementaux en dehors du secteur de la santé, était nécessaire.

46. Se félicitant de la composante du projet de résolution appelant à une coopération technique accrue entre les pays pour mettre en place et améliorer la protection sociale dans la santé, les délégués ont décrit les mesures prises pour améliorer la protection sociale dans leurs pays. Il s'agissait notamment d'identifier les membres les plus pauvres

de la population afin de s'assurer qu'ils ne resteraient pas en marge alors que le pays allait de l'avant sur le plan de l'amélioration des soins de santé. Il a été jugé essentiel que le coût ne constitue pas un obstacle aux soins de santé, et la contribution du Fonds renouvelable de l'OPS pour l'achat de vaccins afin de limiter les coûts des soins de santé a été mise en exergue. Il a été souligné que l'éducation en matière de santé et les programmes de promotion de la santé devaient être conçus de façon à atteindre l'ensemble de la population afin d'autonomiser la population en lui permettant d'assumer la responsabilité de leur propre santé.

47. L'utilisation dans le projet de résolution de l'expression « socle de protection sociale » a fait l'objet de longues discussions. Certains participants ont considéré que cela impliquerait que les gens n'auraient droit qu'à un niveau minimum de couverture, tandis que d'autres ont fait remarquer que ce terme était utilisé dans le document CD52/5 et reflétait un concept de l'Organisation internationale du travail. En fin de compte, il a été décidé de supprimer cette expression.

48. Le Dr James Fitzgerald (Directeur par intérim du Département des systèmes et des services de santé du BSP) a fait observer que les commentaires des délégations avaient confirmé que la protection sociale devait être fondée sur les principes et valeurs d'universalité et de solidarité. Il s'est également félicité de l'accent mis par les intervenants sur le droit à la santé, qui reflétait la différence entre le document CD52/5 et les documents précédents sur le même sujet. Les pays de la Région avaient fait des progrès significatifs sur le plan de l'élaboration de systèmes de protection sociale et des mécanismes pour les financer. Il a encouragé les États Membres à échanger des informations sur les enseignements tirés et les pratiques exemplaires à cet égard.

49. La Directrice a déclaré que la Région avait longtemps été l'un des chefs de file de la mise en place de la protection sociale dans la santé. Maintenant, la Région allait plus loin encore, en considérant la protection sociale dans la santé en termes de droit humain à la santé, plutôt que simplement comme un mécanisme de protection face aux risques financiers. Un autre élément nouveau tenait à l'accent mis sur les déterminants sociaux de la santé. Elle a convenu que pour traiter de leurs implications, une coopération véritablement multisectorielle serait nécessaire. Le Bureau s'inspirerait des approches innovantes mentionnées par les délégations pour aider la Région à aller de l'avant pour reconnaître le droit à la santé comme un élément fondamental de la protection de ses citoyens.

50. Le Conseil a adopté la résolution CD52.R11 sur ce point.

Ressources humaines pour la santé (document CD52/6)

51. Le Dr Víctor Raúl Cuba Oré (Représentant du Comité exécutif) a indiqué que le Comité avait entendu un exposé sur les préparatifs à l'occasion du troisième Forum

mondial sur les ressources humaines pour la santé, qui se tiendrait dans la ville brésilienne de Recife en novembre 2013, et avait par la suite décidé qu'un point sur les ressources humaines pour la santé serait ajouté à l'ordre du jour du Conseil directeur afin que le Conseil puisse examiner un projet de résolution rédigé par la délégation du Brésil dans le but d'accroître l'attention portée aux ressources humaines pour la santé à la lumière des résultats escomptés du Forum mondial et des discussions en cours relatives à la santé dans le programme du développement après 2015. (Pour plus de détails sur les délibérations du Comité sur ce point, voir le document CE152/FR, paragraphes 202 à 206).

52. Le Dr James Fitzgerald (Directeur par intérim du Département des systèmes et des services de santé du BSP), présentant le document CD52/6, a indiqué que son principal message était que tout progrès significatif dans le développement de systèmes de santé reposant sur les soins de santé primaires dans le but de progresser vers la couverture sanitaire universelle nécessiterait des réformes importantes en termes de planification, de gestion et de répartition des ressources humaines pour la santé. Ce document soulignait les difficultés rencontrées par les États Membres pour réduire les inégalités dans l'accès à des agents sanitaires qualifiés dans le domaine des soins primaires, en particulier pour les communautés vivant dans les régions rurales ou reculées et pour les groupes de population vulnérables en raison de leur âge, de leur origine ethnique, de leur religion ou d'autres facteurs. Ce document et le projet de résolution exhortaient les pays à identifier les besoins non couverts, les pénuries et les lacunes et à élaborer et renforcer les programmes nationaux en vue d'améliorer l'accès à des agents sanitaires qualifiés, de soutenir les efforts visant à atteindre les objectifs régionaux pour les ressources humaines pour la santé 2007-2015 et d'œuvrer à l'élaboration d'un nouveau programme de ressources humaines pour l'après-2015 à l'appui de la réalisation de la couverture sanitaire universelle dans les Amériques.

53. Accueillant ce document avec satisfaction, certains délégués ont noté que la prospérité croissante de la Région s'était accompagnée d'une demande croissante de services, y compris en matière de santé. Il a aussi été indiqué que la croissance de la demande allait de pair avec des pénuries croissantes du nombre de professionnels de la santé qualifiés. Les délégués ont décrit les mesures prises pour combler ces lacunes, telles que la création de centres de formation supplémentaires et l'octroi de financements publics, y compris des financements destinés aux étudiants en médecine afin de leur permettre de poursuivre leurs spécialités, en fonction des besoins démographiques et épidémiologiques du pays. Des études sur les besoins futurs en ressources humaines ont été jugées cruciales afin de permettre aux pays en développement de planifier leurs besoins et aux pays développés de se préparer à répondre à leurs propres besoins, sans pratiquer de « braconnage » dans les pays en développement.

54. Le Délégué des États-Unis d'Amérique a déclaré que son gouvernement continuait d'appuyer les possibilités de formation pour le personnel de santé national

dans le monde entier afin d'aider à accroître leur pool de professionnels bien formés et de contribuer à maintenir ces augmentations grâce à de solides stratégies de recrutement et de rétention. Il a également décrit les mesures nationales prises pour accroître la disponibilité des agents sanitaires dans le but de réduire le facteur d'attraction dans la migration des agents sanitaires. Au cours des dernières années, ces efforts avaient déjà contribué à faire baisser les entrées de personnel infirmier et de médecins étrangers dans le pays. D'autres délégués ont expliqué que leurs gouvernements cherchaient à attirer des médecins étrangers conformément au Code de pratiques mondial de l'OMS sur le recrutement international du personnel de santé, et sans aggraver les pénuries dans les pays voisins, par exemple en n'acceptant pas de professionnels de la santé de pays ayant une plus faible proportion de professionnels de la santé que la leur.

55. Il a été suggéré que la question de la normalisation et de la reconnaissance des qualifications médicales devrait être examinée plus attentivement, en vue de faciliter la circulation du personnel médical entre les pays. Il faudrait aussi accorder plus d'attention aux possibilités de coopération Sud-Sud et aux échanges d'expériences dans la formation du personnel médical. L'attention a été attirée sur la féminisation du corps médical, au niveau régional et mondial, et sur la nécessité de mener des recherches sur ce phénomène afin que les pays utilisent pleinement les possibilités offertes par les femmes dans le domaine de la santé.

56. Plusieurs délégués ont noté que les petits États insulaires en développement des Caraïbes nécessiteraient un soutien continu en matière de développement de ressources humaines qualifiées. Il a été souligné que ce soutien devrait inclure des formations ou des orientations sur la mise en place de systèmes pour capturer les données nécessaires pour le processus de planification.

57. Le Dr Fitzgerald a déclaré que pour atteindre l'objectif de couverture sanitaire universelle, la Région devrait améliorer la gamme, la profondeur et la qualité des services de santé, en plus d'en élargir l'accès, ce pour quoi des ressources humaines qualifiées seraient nécessaires. La question de la normalisation et de la reconnaissance des qualifications médicales constituerait un des points centraux des discussions à la veille du Forum mondial de Recife en novembre. Il a souligné qu'il était important que le Forum compte un grand nombre de participants, de préférence des ministres de la santé et d'autres hauts responsables, et il a remercié le Brésil d'accueillir cette conférence. Il a ajouté que le Bureau ne manquerait pas de travailler avec les petits États insulaires en développement pour étudier les moyens de répondre aux besoins de la planification des ressources humaines et de développement des équipes de santé afin de répondre aux besoins de soins de santé primaires.

58. La Directrice a déclaré que les commentaires des États Membres étaient une vraie source d'inspiration. Il était clair qu'ils accordaient beaucoup d'importance à la couverture sanitaire universelle et au rôle central des systèmes de santé basés sur les soins

de santé primaires, et qu'ils auraient besoin du soutien du Bureau pour traiter des questions de ressources humaines, y compris pour s'assurer que les travailleurs étaient bien formés et motivés, bien répartis et suivaient une orientation appropriée en matière de soins de santé primaires. En outre, alors que l'Organisation progressait dans la mise en œuvre de ses plans pour la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles, il serait nécessaire d'assurer une nouvelle gamme de qualifications et de nouvelles compétences. Une meilleure coordination entre les ministères de la santé et les établissements d'enseignement chargés de former les agents sanitaires nécessaires était également importante. Il s'agissait de questions qui devraient être abordées de front si l'on voulait parvenir à une couverture sanitaire universelle dans le cadre de budgets gérables.

59. Le Conseil a adopté la résolution CD52.R13 sur ce point.

Plan d'action pour la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles (document CD52/7, Rév. 1)

60. Le Dr Víctor Raúl Cuba Oré (Représentant du Comité exécutif) a rendu compte des discussions du Comité exécutif sur une version antérieure du projet de plan d'action régional (voir le document CE152/FR, paragraphes 76 à 86), notant que le Comité avait fait un certain nombre de suggestions visant à aligner le plan régional plus étroitement avec le plan d'action mondial de l'OMS et le Cadre de suivi mondial des maladies non transmissibles (MNT). Dans le même temps, le Comité avait souligné la nécessité d'adapter les objectifs et les indicateurs mondiaux aux circonstances régionales et nationales. Le Comité avait formé un groupe de travail chargé de réviser le plan, en incorporant les divers changements proposés et avait par la suite adopté la résolution CE152.R15, avalisant le projet de plan d'action tel que révisé par le groupe de travail. Il avait été convenu que des consultations supplémentaires sur ce document se tiendraient dans les mois précédant le 52^e Conseil directeur.

61. Le Conseil a accueilli favorablement le projet de plan d'action régional, qui a été considéré comme un cadre solide pour réduire les maladies non transmissibles dans les Amériques. Les délégués ont noté avec satisfaction que le plan était le fruit d'un vaste processus de consultation entre les États Membres et qu'il était aligné sur la stratégie mondiale et le plan d'action de l'OMS mais qu'il reflétait également clairement les priorités et les besoins régionaux. Le Bureau a été encouragé à œuvrer pour que tous les pays de la Région adoptent les cibles mondiales volontaires définies dans le Cadre de suivi mondial sur les maladies non transmissibles. Il a été suggéré que la Région pourrait envisager d'établir des cibles encore plus ambitieuses. Plusieurs délégués ont sollicité l'appui du Bureau et des autres États Membres pour renforcer leurs systèmes d'information et leur capacité de suivi et de surveillance des maladies non transmissibles, tandis que d'autres délégués ont déclaré que leurs pays étaient prêts à fournir ce soutien.

62. L'importance des approches faisant intervenir l'ensemble du gouvernement et l'ensemble de la société dans le domaine des maladies non transmissibles a été confirmée, et les activités envisagées au titre de la première ligne stratégique du plan d'action (politiques multisectorielles et partenariats pour la prévention des maladies non transmissibles et la lutte contre ces maladies) ont été saluées. Une action multisectorielle coordonnée a été considérée comme essentielle pour la mise en œuvre réussie du plan d'action. Il a été jugé particulièrement important de travailler avec l'industrie alimentaire afin de traiter des facteurs de risque liés à l'alimentation pour les maladies non transmissibles. Il a été souligné, toutefois, que des mesures de sauvegarde devaient être mises en place pour éviter les conflits d'intérêts et une influence indue d'entités du secteur privé et d'autres acteurs non étatiques. Il a été indiqué que les leçons tirées de la lutte contre l'industrie du tabac pourraient être instructives à cet égard. Le rôle du Bureau pour catalyser et mobiliser les efforts d'un éventail de secteurs et de parties prenantes a été mis en exergue. Le mécanisme de coordination mondial pour la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles (voir les paragraphes 69 à 74 ci-dessous) a été considéré comme faisant partie intégrante d'une approche multisectorielle. La valeur des mécanismes régionaux et infrarégionaux, tels que l'initiative CARMEN (Action concertée pour la prévention des facteurs de risque et la gestion efficace des maladies non transmissibles) et le Forum panaméricain d'action contre les maladies non transmissibles, pour faciliter la collaboration multisectorielle a également été notée.

63. L'importance d'une approche tout au long de la vie en matière de prévention des maladies non transmissibles a été soulignée, de nombreux délégués notant qu'il était important de promouvoir des comportements sains et de décourager les habitudes mauvaises pour la santé, en particulier chez les enfants et les jeunes, afin de prévenir l'apparition des maladies non transmissibles plus tard dans la vie. Il a été estimé que le plan d'action devrait mettre davantage l'accent sur la sensibilisation et l'éducation du public en vue de promouvoir des modes de vie sains. L'importance de la surcharge pondérale et de l'obésité en tant que facteurs de risque pour les maladies non transmissibles a été mise en exergue, et il a été suggéré que cette question devrait être examinée par les organes directeurs en 2014.

64. Plusieurs suggestions ont été faites en ce qui concernait les indicateurs proposés pour le plan d'action, à savoir que l'indicateur relatif à l'usage nocif de l'alcool devait être en accord avec la stratégie mondiale de l'OMS sur cette question ; que les indicateurs relatifs à l'usage du tabac devaient inclure le nombre et le pourcentage des pays qui ont ratifié ou adhéré à la Convention-cadre pour la lutte anti-tabac et au Protocole pour éliminer le commerce illicite des produits du tabac, et qui avaient adopté les mesures stipulées dans la Convention, telles que l'interdiction de fumer dans les lieux publics et l'inclusion d'avertissements et d'images ou de pictogrammes dans l'étiquetage des produits du tabac ; et que le plan devrait inclure des indicateurs relatifs à la protection financière face à des dépenses catastrophiques pour le traitement de maladies non transmissibles et au renforcement des infrastructures de soins de santé et de formation des

ressources humaines pour la prévention et le traitement des maladies non transmissibles au niveau des soins primaires. Il a également été suggéré que les indicateurs du plan devraient être actualisés après que le Secrétariat de l'OMS aurait publié les cibles provisoires mondiales pour 2015 et 2020. Il a été souligné que les indicateurs devaient être suffisamment souples pour être adaptés aux contextes nationaux, et il a été suggéré qu'un glossaire devrait être annexé au plan d'action afin de fournir des définitions normalisées des concepts et des termes utilisés dans le plan et les indicateurs.

65. Des représentants de trois organisations non gouvernementales ont pris la parole, exprimant leur soutien pour le plan d'action, soulignant l'importance d'efforts soutenus pour renforcer la lutte contre le tabagisme, insistant sur la nécessité d'assurer une prise en charge des maladies non transmissibles dans le programme du développement pour l'après-2015, et attirant l'attention sur la prévalence croissante de la maladie d'Alzheimer et autres troubles mentaux.

66. Le Dr Carlos Santos-Burgoa (Directeur par intérim du Département des maladies non transmissibles et santé mentale du BSP) a affirmé que le plan d'action était le fruit d'une vaste consultation et reflétait ainsi les vues de tous les États Membres, exprimées au cours de nombreuses rencontres virtuelles et en personne au cours de l'année précédente. Il a assuré le Conseil que le Bureau œuvrerait pour s'assurer que tous les pays adoptaient les cibles mondiales volontaires. En ce qui concernait les suggestions relatives aux indicateurs, il a noté qu'il était envisagé que les pays utilisent l'un des trois indicateurs préconisés identifiés dans le cadre de suivi mondial pour opérer un suivi des réductions de la consommation nocive d'alcool. Quant aux suggestions concernant les indicateurs liés au tabac, il a fait observer que, certes il ne serait pas possible d'intégrer tous les indicateurs liés à la Convention-cadre dans le plan d'action, mais que l'indicateur qui était inclus était entièrement aligné sur la Convention.

67. La Directrice a déclaré qu'elle avait pris note des diverses demandes de soutien adressées au Bureau et des suggestions pour l'amélioration du plan d'action. Le Bureau s'attacherait bien entendu à fournir l'assistance demandée, mais s'appuierait également sur l'expertise disponible dans les États Membres ainsi que sur la coopération Sud-Sud afin d'augmenter sa coopération technique. Elle ferait en sorte que la question de la surcharge pondérale et de l'obésité soit inscrite à l'ordre du jour des Organes directeurs en 2014.

68. Le Conseil a adopté la résolution CD52.R9, approuvant le plan d'action.

Consultation sur le mécanisme mondial de coordination pour la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles⁵

69. Le Dr Santos-Burgoa a rappelé que la résolution WHA66.10 avait demandé à la Directrice générale d'élaborer un projet de mandat pour un mécanisme de coordination mondial, comme indiqué dans le Plan d'action mondial de l'OPS 2013-2020 pour la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles. Ce mécanisme visait à faciliter la participation des États Membres, des organismes, fonds et programmes des Nations Unies et des acteurs non étatiques tels que les organisations non gouvernementales, certaines entités privées et des établissements universitaires, tout en protégeant l'OMS et la santé publique de toute influence indue résultant de toute forme de conflit d'intérêts réel, potentiel ou perçu. Le projet de mandat devait être élaboré en consultation avec les États Membres par le biais des comités régionaux. En conséquence, les États Membres ont été invités à faire part de leur avis au cours du 52^e Conseil directeur. Plus précisément, ils devaient répondre aux sept questions incluses, avec le projet de mandat, dans un document de travail préparé par le Secrétariat de l'OMS et disponible sur le site Web du Conseil directeur.⁶

70. Pour faciliter et encourager une forte réponse régionale, le Bureau avait élaboré une enquête en ligne, disponible par l'entremise des bureaux dans les pays de l'OPS/OMS, auxquels les États Membres et autres parties prenantes pouvaient répondre jusqu'au 28 octobre 2013. Le Bureau compilerait les commentaires reçus au cours du processus de consultation régionale et les soumettrait à l'OMS en tant que réponse régionale consolidée. Le Secrétariat de l'OMS préparerait ensuite un nouveau projet de texte, en tenant compte des commentaires recueillis dans les régions, qui serait discuté au cours d'une réunion formelle à Genève en novembre 2013. Le Secrétariat de l'OMS finaliserait par la suite le projet de mandat, qui serait présenté par l'intermédiaire du Conseil exécutif de l'OMS à la 67^e Assemblée mondiale de la Santé en mai 2014 pour approbation.

71. Au cours des discussions du Conseil, les délégués ont exprimé leur soutien pour les principes, les fonctions et les participants proposés pour le mécanisme de coordination mondial ainsi que pour la proposition selon laquelle l'OMS devrait en assurer le secrétariat. Il a souligné que ce mécanisme devrait être flexible, transparent et axé sur l'action, et devrait appuyer la réalisation des cibles mondiales volontaires, favoriser la collaboration multisectorielle innovante, et démontrer et évaluer de nouvelles méthodes de travail. Afin de favoriser une participation en dehors du secteur de la santé, il a été jugé important de montrer comment le mécanisme de coordination pourrait ajouter de la

⁵ Un rapport plus détaillé sur les vues exprimées lors des consultations régionales sur le mécanisme de coordination mondial sera préparé par le Bureau sanitaire panaméricain et soumis au Secrétariat de l'OMS.

⁶ http://www.who.int/cardiovascular_diseases/GCM_First_WHO_Discussion_Paper_FINAL_FRENCH.pdf

valeur et ce qu'il pouvait accomplir que les autres entités mondiales n'étaient pas en mesure de faire.

72. Plusieurs fonctions et principes supplémentaires ont été proposés, y compris la lutte contre la stigmatisation et la discrimination liées aux maladies non transmissibles, la protection des populations qui étaient vulnérables aux maladies non transmissibles ou qui présentaient les plus grands risques de les développer, et l'élaboration de politiques visant à promouvoir la santé et à réduire les facteurs de risque de maladies non transmissibles. Il a été suggéré que des groupes de travail soient créés pour aborder les thèmes suivants : alimentation saine et promotion de l'activité physique ; lutte contre l'alcool et le tabagisme ; surveillance, suivi et évaluation des maladies non transmissibles, et recherche sur ces maladies ; promotion de la santé, communication et éducation sur les maladies non transmissibles ; mobilisation des ressources ; plaidoyer, stigmatisation et discrimination ; et déterminants sociaux de la santé et leur impact sur les maladies non transmissibles. S'agissant de ce dernier point, il a été souligné que les efforts de prévention et de lutte contre les maladies non transmissibles ne pourraient pas être couronnés de succès si les déterminants de la santé n'étaient pas traités dans le cadre d'une approche faisant intervenir l'ensemble de la société et l'ensemble du gouvernement. Il a également été suggéré qu'un groupe de travail pour la Région des Amériques devrait être créé en vue de faciliter la coordination et les synergies entre les divers mécanismes et initiatives relatifs aux maladies non transmissibles et de veiller à ce que la Région puisse participer de manière décisive aux discussions du mécanisme de coordination mondial.

73. Il a été souligné que la participation d'acteurs non étatiques au mécanisme de coordination mondial devrait être régie par les principes fondamentaux convenus dans le cadre de la réforme de l'OMS pour la participation de ces acteurs. La nécessité de définir des paramètres clairs pour déterminer ce qui constitue un conflit d'intérêts réel, potentiel ou perçu a été soulignée. La participation d'un large éventail d'acteurs, aucun ne devant être exclu a priori à l'exception de l'industrie du tabac, a été soutenue.

74. Le Dr Santos-Burgoa a encouragé les États Membres qui n'avaient pas exprimé leurs points de vue au cours de la discussion du Conseil à répondre à l'enquête en ligne et a réaffirmé que le Bureau compilerait tous les commentaires reçus et les soumettrait au Secrétariat de l'OMS.

L'insuffisance rénale chronique dans les communautés agricoles en Amérique centrale (document CD52/8)

75. Le Dr Víctor Raúl Cuba Oré (Représentant du Comité exécutif) a résumé la discussion du Comité exécutif sur ce sujet (voir le document CE152/FR, paragraphes 102 à 106), notant que le Comité avait salué l'attention accordée par l'OPS à la néphropathie tubulo-interstitielle chronique et avait insisté sur la nécessité de réaliser des recherches

afin d'obtenir plus d'informations sur les causes et l'étendue de la maladie. Le Comité a également souligné l'importance du renforcement des systèmes de santé pour leur permettre de faire face efficacement à cette maladie. Le Comité avait adopté la résolution CE152.R4, recommandant que le Conseil directeur adopte le projet de résolution contenu dans le document CD52/8.

76. Au cours de la discussion qui a suivi, le Conseil a salué le fait que le document exploratoire reconnaisse la nécessité de combler les lacunes dans les connaissances sur la forme de la pathologie rénale chronique en question, étant donné que son étiologie n'était pas liée aux causes habituelles de néphropathie et que son occurrence avait augmenté. Il a été convenu que la maladie rénale chronique dans les communautés agricoles d'Amérique centrale nécessitait des stratégies visant à réorganiser la prestation des services, à renforcer les capacités en ressources humaines et à réduire les coûts de traitement, y compris la thérapie de remplacement rénal. Il a été reconnu que l'insuffisance rénale chronique constituait un grave problème de santé publique et qu'il était nécessaire que les différents secteurs, les ministères et les organisations compétentes travaillent de concert pour résoudre la situation.

77. Les délégués des pays où cette maladie était présente ont décrit des études qui avaient été réalisées ou étaient en cours, souvent avec l'aide d'autres pays de la Région voire de pays aussi lointains que le Sri Lanka, où une forme similaire de la maladie avait été identifiée. Il a été convenu que ce type de coopération entre les pays devrait être poursuivie et renforcée. Les délégués des pays touchés ont aussi décrit les efforts déployés pour empêcher la progression de la maladie ou la traiter. Il a été noté que des montants très élevés étaient consacrés à la dialyse, mais que cela n'avait pas permis de réduire le problème de façon significative ; par ailleurs, la demande en traitement et les coûts associés étaient en hausse.

78. Notant que cette maladie touchait de manière disproportionnée les populations vulnérables, les délégués se sont félicités de l'accent mis sur la surveillance ciblée et d'autres activités au sein des groupes à risque. Ils ont également approuvé la nécessité de traiter de ce problème de santé publique au moyen d'actions multisectorielles coordonnées, conformément aux mesures décrites dans les plans d'action régionaux et mondiaux pour la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles. Il a été souligné que les ministères de la santé auraient un rôle clé à jouer, mais que les ministères de l'agriculture et de l'environnement devraient également être impliqués.

79. Il a été jugé urgent de poursuivre des recherches actives sur les causes sous-jacentes de la maladie en vue de créer des modèles de gestion des risques et d'appuyer le développement de systèmes d'information. Bien que la maladie semble se limiter à l'Amérique centrale, les délégués ont recommandé que les États Membres en dehors de cette sous-région soient encouragés à mettre en place des systèmes de surveillance ou à réexaminer les données locales afin d'exclure des profils similaires et

d'identifier d'autres causes potentielles de la maladie rénale chronique. Un délégué a demandé quelle partie du montant de 1,7 million USD estimés nécessaires pour mettre en œuvre la résolution en 2014-2015 pourrait être couverte dans le cadre des activités déjà programmées et des ressources humaines existantes.

80. Le Dr James Fitzgerald (Directeur par intérim du Département des systèmes et des services de santé du BSP) a exprimé ses remerciements pour les contributions sur le document. Il avait été présenté au Comité exécutif dans des délais très courts, et les observations et orientations formulées par les États Membres au cours de la discussion du Conseil permettraient très certainement de l'améliorer. Ces commentaires avaient très clairement montré la nécessité d'agir sur un plan intersectoriel et pour les gouvernements de travailler avec les partenaires, et avaient mis en évidence des questions relatives à la coordination, la mobilisation des ressources et la planification, ainsi que la nécessité d'opérer un suivi, une évaluation, une surveillance et de mener des activités de recherche.

81. La Directrice a salué le rôle de la Déléguée d'El Salvador qui a attiré l'attention sur la question de la maladie rénale chronique due à des causes non traditionnelles, notant que l'ampleur du problème n'était pas encore connue, même en Amérique centrale. Il existait des indications de facteurs étiologiques, mais l'étiologie complète de la maladie restait à identifier. Une connaissance complète de l'impact social et économique de la maladie sur la population de la Région faisait également défaut. On savait que le phénomène de la maladie rénale chronique constituait un fardeau croissant pour les services de santé des pays, dans la mesure où la dialyse rénale était une intervention coûteuse et à long terme. En outre, plutôt que d'investir dans l'amélioration des soins de santé primaires, les systèmes de santé devaient utiliser des fonds pour faire face à la maladie rénale chronique.

82. À son avis, ce qui était nécessaire c'était une vaste coalition de chercheurs étudiant toutes les informations toxicologiques et épidémiologiques sur la maladie et couvrant toute la sous-région d'Amérique centrale, avec la participation de pays au sein de la sous-région et au-delà. Elle a reconnu avec gratitude que certains pays en dehors de la sous-région avaient déjà fourni une assistance. Le Conseil avait indiqué très clairement qu'une action multisectorielle était nécessaire. Le Conseil des Ministres de la santé d'Amérique centrale et de la République dominicaine (COMISCA) avait lancé la discussion sur la question et elle devait désormais être portée au plus haut niveau politique dans la sous-région d'Amérique centrale afin de garantir le leadership politique nécessaire pour permettre au secteur de la santé de s'attaquer au problème.

83. Le Conseil a adopté la résolution CD52.R10, exhortant les États Membres, entre autres, à promouvoir la conception et la mise en œuvre de programmes de recherche nationaux et régionaux sur la maladie rénale chronique afin de combler les lacunes dans les connaissances et de renforcer la surveillance de la maladie rénale chronique, en mettant l'accent sur les communautés et les populations à risque.

Prise de décisions fondées sur les données probantes pour les programmes nationaux de vaccination (document CD52/9)

84. Le Dr Víctor Raúl Cuba Oré (Représentant du Comité exécutif) a résumé la discussion du Comité exécutif sur ce sujet (voir le document CE152/FR, paragraphes 87 à 93), indiquant que le Comité s'était félicité de l'approche proposée dans le document CD52/9, exprimant en particulier son soutien pour la focalisation sur des critères autres que le rapport coût-efficacité et pour la création et le renforcement des groupes consultatifs techniques nationaux sur la vaccination afin d'améliorer le processus de décision éclairé et fondé sur des données probantes pour la politique de vaccination. Le Comité a adopté la résolution CE152.R5, recommandant que le Conseil directeur adopte le projet de résolution figurant dans le document CD52/9.

85. Au cours du débat qui a suivi, le Conseil s'est félicité de la proposition de politique présentée dans le document CD52/9. Il a été souligné que l'un des éléments clés pour préserver les acquis obtenus à ce jour dans la Région en matière de prévention et de lutte contre les maladies évitables par la vaccination serait la formulation de politiques fondées sur des données probantes au sein des programmes nationaux de vaccination. Les délégués ont fait remarquer que la résolution adoptée sur les principes du Fonds renouvelable pour l'achat de vaccins (voir les paragraphes 112 à 120 ci-dessous) les aiderait dans leurs négociations avec les autorités financières, dans la mesure où elle donnait l'assurance que les pays de la Région seraient en mesure d'obtenir des vaccins au prix le plus bas possible.

86. Une application élargie de l'initiative ProVac a été soutenue afin d'améliorer la capacité des États Membres à générer des données économiques, étant donné que la priorisation des ressources serait nécessaire alors que les pays envisageaient l'introduction de nouveaux vaccins souvent coûteux. Il y a eu accord sur le fait que les politiques de vaccination devraient reposer sur des considérations autres que les aspects techniques et le rapport coût-efficacité et qu'elles devraient également prendre en compte les questions opérationnelles pragmatiques, la faisabilité financière et la viabilité à long terme, ainsi que les questions sociales telles que l'équité. Il a également été jugé essentiel de garder à l'esprit les caractéristiques des pays, y compris le fardeau de la maladie, la capacité du programme de vaccination, l'analyse coûts-avantages et d'efficacité et les arbitrages budgétaires.

87. Tout en saluant l'importance accordée aux groupes consultatifs techniques nationaux de vaccination (NITAG) pour améliorer la prise de décisions fondée sur des données probantes pour la politique de vaccination, les délégués ont fait observer que, en particulier dans les petits pays où un comité national n'avait pas la masse critique voulue, une aide importante pourrait être fournie par des groupements régionaux. Certains délégués ont exprimé la volonté de leurs gouvernements de fournir un appui technique aux groupes nationaux d'assistance technique dans la Région. Le Bureau a été encouragé

à continuer de fournir un soutien technique aux États Membres — en particulier par l'entremise de l'initiative ProVac — alors qu'ils s'efforçaient de prendre des décisions fondées sur des données probantes concernant l'introduction de vaccins nouveaux et sous-utilisés.

88. Les délégués ont décrit les processus décisionnels de leur gouvernement dans le domaine de la vaccination, y compris la mise en place de comités consultatifs techniques et la prise en compte des coûts et avantages de l'introduction de nouveaux vaccins. Certains ont fait référence aux grands défis qui restaient à résoudre, tels que l'amélioration de la chaîne du froid et la plus grande disponibilité du personnel opérationnel, pour atteindre l'objectif de couverture vaccinale universelle. Certains ont également mentionné que leurs pays avaient reconnu que l'obtention de données probantes pouvait parfois être un processus lent et que la mémoire institutionnelle pouvait être perdue du fait de la mobilité du personnel. En conséquence, ils ont appuyé la création des comités consultatifs pour assurer la continuité des recommandations de politique.

89. Le Dr Gina Tambini (Directrice du Département de la famille, du genre et du parcours de vie du BSP) a fait observer que la politique proposée était liée à la politique de l'OPS sur la recherche pour la santé et constituait une étape pratique et efficace vers une approche basée sur l'évaluation des technologies de la santé. Elle a noté que des progrès significatifs avaient été accomplis dans ce domaine dans un certain nombre de pays de la Région.

90. Le Conseil a adopté la résolution CD52.R14 sur ce point.

*Mise en œuvre du Règlement sanitaire international (document CD52/10)*⁷

91. Le Dr Víctor Raúl Cuba Oré (Représentant du Comité exécutif) a signalé que le Comité exécutif avait examiné un rapport intérimaire sur la mise en œuvre du Règlement sanitaire International (RSI) et qu'il avait été informé que le Secrétariat de l'OMS avait demandé à tous les comités régionaux de discuter des critères proposés pour l'extension du délai pour répondre aux spécifications de capacités essentielles en vertu du Règlement. La question a donc été inscrite à l'ordre du jour du 52^e Conseil directeur.

92. Le Dr Marcos Espinal (Directeur du Département des maladies transmissibles et de l'analyse de la santé du BSP), notant que 29 des 35 États Parties au RSI dans la Région avaient demandé un report de l'échéance initiale de juin 2012 à juin 2014, a déclaré que les rapports présentés par les États parties de la Région entre 2011 et 2013 indiquaient que, bien que des progrès aient été accomplis sur le plan de la mise en place des capacités essentielles, les capacités nécessaires relatives aux événements chimiques et

⁷ Un rapport plus détaillé sur les vues exprimées dans le cadre de la consultation régionale sur les critères proposés pour obtenir une extension du délai pour la mise en place des capacités essentielles aux termes du RSI sera préparé par le Bureau sanitaire panaméricain et soumis au Secrétariat de l'OMS.

aux événements liés aux radiations n'étaient pas encore en place dans la plupart des pays. Il était prévu qu'un certain nombre d'États parties demanderaient une prolongation de deux ans supplémentaires pour mettre en place les capacités essentielles.

93. Le Secrétariat de l'OMS avait proposé des critères pour l'octroi d'une extension supplémentaire de deux ans. Ces critères avaient été examinés auparavant par la 132^e session du Conseil exécutif de l'OMS, qui n'avait aucune objection aux critères proposés, mais avait estimé qu'ils bénéficieraient d'un examen plus approfondi par les États Parties au cours des sessions des Comités régionaux. Les critères proposés figuraient dans le document CD52/10. Les États Parties étaient également invités à présenter leurs suggestions concernant les procédures, les méthodes et les outils devant être utilisés pour le suivi et les rapports sur l'état d'avancement de la mise en œuvre du Règlement, en particulier après juin 2016.

94. Le Bureau préparerait une compilation des vues exprimées au cours de la discussion du Conseil, qui serait soumise à la 134^e session du Conseil exécutif de l'OMS.

95. Au cours des délibérations qui ont suivi, les délégués ont affirmé l'engagement de leurs gouvernements à la pleine mise en œuvre du Règlement sanitaire international et ont formulé un certain nombre de suggestions détaillées pour veiller à ce que tous les États Parties puissent mettre en place et maintenir les capacités essentielles requises. En particulier, il a été suggéré qu'un mécanisme devrait être élaboré pour identifier les obstacles, les besoins et les lacunes en ressources auxquels faisaient face les pays et pour élaborer des stratégies pour y répondre en renforçant les capacités des différents pays et la formation d'alliances entre les pays. Il a également été suggéré qu'un outil devrait être élaboré pour assurer un suivi du maintien des capacités essentielles et identifier toute perte des acquis réalisés afin de prendre des mesures correctives. À cet égard, il a également été suggéré qu'un organe de supervision ou de suivi devrait éventuellement être établi. En outre, il a été suggéré que le Bureau devrait mettre en place une base de données sur l'expertise et les pratiques exemplaires relatives au Règlement et renforcer la coopération entre les pays pour leur mise en œuvre.

96. Le Délégué de l'Argentine, s'exprimant également au nom du Chili, de la Colombie, de l'Équateur, du Paraguay, du Pérou, de l'Uruguay et du Venezuela (République bolivarienne du), a présenté un projet de résolution recommandant que les critères pour l'octroi d'une extension de deux ans, jusqu'au 15 juin 2016, pour la mise en place des capacités essentielles présentées en détail à l'annexe I du Règlement sanitaire international soient les mêmes que ceux utilisés pour l'octroi des extensions de l'échéance initiale de juin 2012 à juin 2014. Le projet de résolution suggérait en outre que le Comité d'examen du RSI devrait analyser les raisons possibles expliquant le niveau des progrès accomplis à ce jour sur le plan de la mise en œuvre du Règlement et proposer d'autres options pour l'institutionnalisation des capacités essentielles requises.

97. Répondant aux avis exprimés, le Dr Espinal et le Dr Isabelle Nuttall (Directrice, Capacités mondiales, alerte et réponse, Département de la sécurité sanitaire et de l'environnement, OMS) ont tous deux souligné l'importance du suivi des capacités essentielles et de la poursuite des activités afin de les maintenir une fois en place. Le Dr Nuttall a suggéré que les plans des États Parties pour la mise en œuvre du RSI comprennent des dispositions pour assurer la pérennité des capacités essentielles. Elle a affirmé que le Secrétariat de l'OMS était résolu à soutenir tous les États Parties dans la mise en œuvre du Règlement. La Directrice a indiqué qu'elle avait pris note des diverses suggestions sur la façon dont le BSP pourrait mieux appuyer les États Parties dans la Région et a assuré le Conseil que le Bureau prendrait des mesures concrètes suite à ces suggestions.

98. La résolution proposée par l'Argentine a été reformulée par la suite en tant que projet de décision coparrainé par les pays membres de l'Union des Nations sud-américaines (UNASUR), les Bahamas et la Barbade. Le Conseil a adopté le texte reformulé en tant que Décision CD52(D5), appuyant l'inclusion dans les nouveaux plans de mise en œuvre proposés par le Secrétariat de l'OMS des éléments (i) et (iii) des critères proposés figurant dans le document CD52/10 ; encourageant l'inclusion des éléments (ii) et (iv), tout en notant que leur inclusion serait facultative pour les États Parties ; et demandant à la Directrice d'identifier les ressources pour organiser une réunion régionale des autorités responsables de la mise en œuvre du Règlement afin de poursuivre la discussion sur les procédures, les méthodes et les outils de suivi et de rapports sur la mise en œuvre du RSI après 2016. Le Délégué de l'Argentine a déclaré que son gouvernement serait heureux d'accueillir la réunion régionale en Argentine en mars 2014.

La coopération pour le développement en matière de santé aux Amériques (document CD52/11)

99. Le Dr Víctor Raúl Cuba Oré (Représentant du Comité exécutif) a rendu compte des discussions du Comité exécutif sur une version antérieure du document sur ce point (voir document CE152/FR, paragraphes 94 à 101), notant que le document avait été initialement intitulé « Coopération entre les pays pour le développement en matière de santé dans les Amériques » et que le Comité avait recommandé que le titre soit modifié pour devenir « Coopération pour le développement en matière de santé aux Amériques » afin de mieux refléter l'étendue de la coopération proposée. Le Comité s'était félicité de la politique proposée et avait particulièrement soutenu le partage des connaissances et des pratiques exemplaires. L'importance du renforcement des capacités des institutions nationales et la nécessité de s'appuyer sur l'expertise déjà disponible dans les pays de la Région avaient été soulignées. Le Comité avait adopté la résolution CE152.R13, recommandant au Conseil directeur d'approuver la politique sur la coopération pour le développement en matière de santé dans les Amériques figurant dans le document CD52/11.

100. Au cours des délibérations qui ont suivi, le Conseil s'est félicité de cette proposition, observant que la coopération telle que décrite permettrait non seulement de renforcer les politiques et les résultats en matière de santé, mais conduirait aussi à des relations plus étroites entre les pays, des échanges de connaissances et une meilleure compréhension culturelle. Il a été estimé que grâce à l'application créative de nouvelles formes de coopération, les pays seraient en mesure de contribuer plus efficacement au développement et à l'augmentation du niveau de santé de leurs populations. Des délégués ont souligné l'importance des principes qui sous-tendaient les formes de coopération proposées dans le document : solidarité, bénéfice mutuel, respect de la souveraineté nationale et diversité et, par-dessus tout, l'absence de conditionnalité. Il a été souligné qu'il était particulièrement important d'explorer les possibilités de coopération Sud-Sud dans le contexte actuel où de nombreuses organisations bailleurs de fonds réduisaient leurs activités dans la Région du fait qu'un certain nombre de pays étaient entrés dans la catégorie des pays à revenu intermédiaire.

101. Il a été également jugé important que l'OPS maintienne son rôle de facilitation de la coopération entre ses États Membres, y compris pour ce qui était de l'utilisation d'outils techniques, de la promotion de partenariats et de mobilisation de ressources pour promouvoir l'échange des pratiques exemplaires et renforcer les capacités nationales. Ce dernier point a été considéré comme particulièrement nécessaire dans une Région présentant de telles disparités entre les pays sur le plan des ressources et des résultats de santé. La mobilisation des ressources a été considérée comme une tâche essentielle dans l'établissement d'une coopération triangulaire et Sud-Sud, et les délégués ont exhorté l'Organisation à faire tout son possible pour mettre en relation les États Membres et les bailleurs de fonds. Il a été souligné que le Bureau avait également un rôle important à jouer sur le plan de la coordination de la coopération lorsque des acteurs multiples étaient concernés. Des délégués ont décrit des projets auxquels ils participaient ou qu'ils menaient avec d'autres pays, y compris la fourniture de services médicaux et la formation médicale.

102. Plusieurs délégués ont souligné la nécessité d'améliorer les méthodes et les lignes directrices pour l'évaluation des formes de coopération scientifique et technique entre les pays, à l'aide d'indicateurs et/ou de mécanismes permettant le suivi et l'analyse de l'impact des projets. D'autres ont suggéré des moyens de financer la coopération entre les pays, y compris en utilisant des mécanismes de financement innovants tels que les taxes sur les voyages en avion, les transactions financières ou les produits nocifs.

103. Un délégué a fait observer que, certes la modalité de coopération technique entre les pays de l'OPS avait bénéficié à de nombreux États Membres au fil des ans, mais ces projets avaient été limités par la lenteur des procédures bureaucratiques et prenaient parfois des années à se matérialiser. Il a suggéré qu'il serait nécessaire d'évaluer les processus actuels et d'identifier les goulets d'étranglement devant être éliminés pour que la politique proposée puisse avoir un impact significatif.

104. Le Dr Mariela Licha-Salomón (Conseillère principale du Bureau de l'appui aux pays du BSP) a déclaré que le Bureau avait toujours eu comme principe directeur de promouvoir la coopération entre les pays, quel que soit leur niveau de développement, et tous les États Membres de l'Organisation avaient participé, à un moment ou un autre, à des projets de coopération avec d'autres pays, souvent avec l'assistance du Bureau, ce qui créait ainsi une coopération triangulaire. Les différentes formes de coopération, avec ou sans la participation du Bureau, étaient complémentaires.

105. En vue de renforcer l'analyse et l'identification des synergies, le Bureau a travaillé en étroite collaboration avec l'Office des Nations Unies pour la coopération Sud-Sud. Prenant acte de la demande d'amélioration de l'évaluation d'impact des projets de coopération, elle a noté que le Bureau avait mis en place un portail Internet par le biais duquel les représentants des pays étaient invités à communiquer leurs observations. On constatait une pluralité croissante d'acteurs dans les projets de coopération, y compris des universitaires et d'autres secteurs non gouvernementaux, dont la participation était encouragée par le Bureau comme moyen d'accroître la richesse et la diversité des projets. Toutefois, le Bureau obtenait toujours l'approbation des projets auprès d'une instance gouvernementale. Cela expliquait en partie les retards qui étaient parfois enregistrés dans la phase de démarrage du projet.

106. La Directrice a déclaré que la Région avait clairement démontré au fil du temps son engagement sur le plan de la coopération Sud-Sud et triangulaire dans un esprit de solidarité et de panaméricanisme. Il était évident, d'après les commentaires du Conseil, que les États Membres souhaitaient voir cette modalité de fourniture de coopération technique renforcée et systématisée. Les contraintes de ressources que connaissait actuellement l'Organisation offraient une réelle opportunité au Bureau d'évaluer son expérience passée en matière de participation à des processus collaboratifs Sud-Sud et triangulaires en vue d'en faire un élément important de la fonction de coopération technique de l'OPS, s'appuyant sur et ayant recours à la fois au savoir-faire disponible au niveau national et à l'expertise, aux ressources et aux relations développées par le biais de processus d'intégration infrarégionaux. Elle se réjouissait à la perspective de travailler avec les États Membres en vue de renforcer le rôle de la coopération Sud-Sud et triangulaire pour aider les pays à atteindre leurs objectifs de santé publique.

107. Le Conseil a adopté la résolution CD52.R15, approuvant la politique sur la coopération pour le développement en matière de santé dans les Amériques.

Débat : La santé dans le programme de développement pour l'après-2015 (document CD52/12)⁸

108. La table ronde sur la santé dans le programme de développement pour l'après-2015 a eu lieu en vertu de la résolution WHA66.11 (2013) de l'Assemblée mondiale de la Santé, qui a demandé à tous les comités régionaux de discuter de la question et de présenter un rapport sur leurs délibérations à la 67^e Assemblée mondiale de la Santé par l'entremise du Conseil exécutif.

109. Le Dr Luiz Augusto Galvão (Responsable du Programme spécial sur le développement durable et l'équité dans la santé du BSP) a présenté les intervenants : le Dr Margaret Chan, Directeur général de l'OMS, le Dr. Joy St. John, Médecin-chef du Ministère de la santé de la Barbade, le Dr Juan Ignacio Carreño, Président du Programme de Coordination de la santé intégrée [*Programa de Coordinación en Salud Integral*] de la Bolivie, et le Dr Carissa Etienne, Directrice du BSP.

110. Le Dr Chan a présenté les conclusions d'une consultation thématique mondiale sur la santé dans le programme de développement pour l'après-2015 qui s'était tenue au Botswana du 4 au 6 mars 2013 et a souligné les points clés contenus dans un rapport préparé par le Comité de personnalités de haut niveau du Secrétaire général sur le programme de développement pour l'après-2015. Le Dr St. John a partagé sa perception des progrès accomplis sur le plan de la réalisation des OMD dans les Amériques et a suggéré quelques points à débattre pour orienter les discussions sur le programme de développement pour l'après-2015 dans la Région. Le Dr Carreño a résumé les résultats d'une consultation de la société civile qui s'était tenue en Bolivie sur les objectifs du Millénaire pour le développement, qui avaient également été présentés lors des consultations thématiques du Botswana et du Guatemala. Le Dr Etienne a souligné la nécessité d'un fort plaidoyer de la part des ministres de la santé de la Région et du Bureau pour faire en sorte que la santé figure en bonne place sur le programme de développement pour l'après-2015 et a souligné diverses questions que les États Membres des Amériques souhaitaient voir aborder dans le cadre d'un objectif de santé global devant figurer au programme pour l'après-2015. Les textes des interventions des panélistes peuvent être consultés sur le site Internet du 52^e Conseil directeur.

111. Au cours des discussions du Conseil, il a été souligné que même si globalement les progrès accomplis sur le plan de la réalisation des objectifs du Millénaire dans la Région avaient été satisfaisants, ces avancées étaient néanmoins inégales d'un pays à l'autre et entre les groupes de population au sein des pays. Il a été rappelé qu'il était important de poursuivre ces objectifs jusqu'à ce qu'ils aient été pleinement atteints, et qu'il était nécessaire de poursuivre les efforts visant à corriger les inégalités et les

⁸ Un rapport plus détaillé sur les avis exprimés au cours du débat sur le programme de développement pour l'après-2015 sera préparé par le Bureau sanitaire panaméricain et soumis au Secrétariat de l'OMS.

injustices et à éradiquer la pauvreté. L'importance de la couverture sanitaire universelle pour garantir l'accès aux services de santé pour les populations vulnérables a également été mise en exergue, de même que la nécessité de traiter des déterminants sociaux, culturels, économiques et environnementaux de la santé. L'importance d'un ciblage sur la jeunesse pour l'après-2015 a été également affirmée. Il a été indiqué que pour s'assurer que la santé occuperait une place centrale dans le programme de développement pour l'après-2015, il était essentiel de s'assurer que les décideurs comprenaient bien que la santé était à la fois un moyen crucial pour parvenir à un développement durable et un indicateur de réussite, et que le développement humain constituait la base de la réalisation du développement durable et que la santé, quant à elle, constituait la base de la réalisation du développement humain.

Les principes du Fonds renouvelable pour l'achat de vaccins de l'Organisation panaméricaine de la Santé (document CD52/17)

112. Le Dr María Isabel Rodríguez (El Salvador), qui a présenté ce point, a salué le succès de la Région pour ce qui était d'éliminer ou d'éradiquer certaines maladies et de lutter contre d'autres. Elle a noté que, comme d'autres pays, El Salvador avait déclaré que la vaccination constituait un bien public et payait ses vaccins sans subventions ni dons. Il lui serait très difficile toutefois de procéder ainsi sans l'existence du Fonds renouvelable, dont le succès résultait de l'adhésion à ses principes de solidarité, de panaméricanisme et d'égalité d'accès. C'étaient ces principes qui avaient permis aux petits pays de la Région, comme El Salvador, d'obtenir des vaccins au même prix que les grands pays. Il était donc préoccupant que des partenaires internationaux tels que l'Alliance GAVI et la Fondation Gates, ainsi que l'industrie pharmaceutique, réclament de plus en plus d'exceptions aux principes d'équité, en particulier à ceux qui avaient trait au prix le plus bas et au prix unique. Toute dérogation à ces principes pourrait compromettre les résultats obtenus jusqu'à présent, retarder les progrès dans l'introduction de nouveaux vaccins, menacer les programmes de vaccination et mettre en péril la participation de certains pays au Fonds. Elle a donc appelé les États Membres à soutenir un projet de résolution réaffirmant les principes, en particulier l'équité et le panaméricanisme, régissant le fonctionnement du Fonds renouvelable.

113. Le Dr Gina Tambini (Directrice du Département de la famille, du genre et du parcours de vie du BSP), répondant à une question de la déléguée d'El Salvador, a donné un aperçu du contexte dans lequel le Fonds renouvelable fonctionnait. En particulier, en vertu du principe d'égalité d'accès, le Fonds offrait des vaccins aux États Membres participants à un prix unique et il rédigeait ses contrats avec les fournisseurs de façon à ce que le prix facturé au Fonds soit le plus bas dans le monde. Elle a confirmé qu'avec l'arrivée de nouveaux mécanismes de financement tels que l'Alliance GAVI, le BSP subissait des pressions dans certains cas pour abandonner ces deux dispositions. Dans la mesure où l'Alliance GAVI n'aidait que les pays les plus pauvres, les fabricants proposaient de fournir des vaccins à GAVI à des prix inférieurs à ceux du Fonds

renouvelable, mais n'étaient pas disposés à le faire s'ils étaient alors contraints, en vertu de leurs modalités contractuelles avec le Fonds, d'offrir ce même prix bas dans le monde entier. Animé par le souci de soutenir les pays pauvres, le Fonds avait accordé des exceptions à ces deux dispositions pour les vaccins contre le pneumocoque, le rotavirus et le virus du papillome humain. Le Bureau avait calculé qu'au cours des trois années précédentes, le total payé par les États Membres pour ces vaccins s'était monté à 250 millions USD de plus que le prix auquel ces vaccins avaient été fournis au GAVI.

114. Le Fonds était également exhorté à instituer un système de prix différenciés, en vertu duquel le coût des vaccins pour un pays varierait en fonction de son PIB. Toutefois, on craignait qu'une telle modalité différenciée puisse amener certains pays à arrêter d'acheter certains vaccins, ce qui conduirait à une résurgence de maladies actuellement contrôlées.

115. Une large majorité du Conseil a appuyé le projet de résolution, mais les délégués du Canada, des États-Unis d'Amérique, de la France et d'Haïti ont déclaré que leurs délégations ne pourraient pas se joindre au consensus sur cette résolution. Ils ont signalé que son orientation principale, à savoir que les financiers et l'industrie devaient passer des contrats avec l'OPS conformément aux principes du Fonds renouvelable ou pas du tout, entraînait un risque élevé d'augmentation des prix des vaccins partout dans le monde, étant donné que le prix convenu avec le BSP deviendrait de facto le prix le plus bas dans le monde entier, et que les prix facturés aux autres pays augmenteraient pour s'aligner sur ce prix. Cela aurait pour effet de compromettre les efforts visant à réduire le prix des vaccins pour les pays les plus pauvres, notamment en Afrique. Certes, ils étaient d'accord sur l'importance du panaméricanisme et affirmaient fermement leur soutien au Fonds renouvelable, mais ils ont également souligné l'importance de la solidarité avec les populations vulnérables dans le reste du monde. Un délégué a souligné que le fait d'insister sur le principe de prix le plus bas pourrait amener certaines compagnies pharmaceutiques à simplement refuser de vendre au Fonds renouvelable, ce qui aurait des effets désastreux sur les objectifs de santé des pays des Amériques.

116. Ces quatre délégués ont également jugé regrettable qu'une question d'une telle importance soit soumise au Conseil dans des délais aussi courts, ce qui ne donnait pas aux États Membres suffisamment de temps pour en étudier les implications. Ils en ont appelé au Conseil pour reporter le vote sur cette résolution jusqu'à ce qu'une analyse approfondie de ces questions ait été entreprise. Le Délégué du Canada a proposé que le Conseil adopte une décision inscrivant cette question à l'ordre du jour de la 154^e Session du Comité exécutif et demandant à la Directrice d'engager le dialogue avec les représentants des mécanismes et initiatives de financement internationaux afin d'identifier des formules permettant de promouvoir une offre suffisante de vaccins pour répondre aux besoins des populations cibles et de faire rapport sur les résultats de ce dialogue à la 154^e Session du Comité exécutif.

117. La grande majorité des délégations a souligné toutefois que les principes du panaméricanisme et de la solidarité devaient être maintenus, comme le stipulait le projet de résolution, et que le Fonds renouvelable devait insister sur l'achat de vaccins au prix le plus bas disponible où que ce soit et à un prix uniforme pour tous les pays. Elles ont fait valoir que toute dérogation accordée au principe du prix le plus bas aurait pour effet d'accroître les prix des vaccins dans les Amériques, ce qui aurait un effet délétère sur les avancées de la santé dans la Région. Il a été indiqué que ces réalisations ne devraient pas être remises en cause simplement pour éviter des effets négatifs potentiels sur les populations d'autres régions. Il a également été souligné que l'introduction d'un barème de tarification différenciée serait contraire au principe du panaméricanisme.

118. Il a été estimé que l'existence d'une résolution du Conseil directeur interdisant au Fonds renouvelable de fonctionner d'une manière qui ne respecte pas ses règles offrirait au BSP un moyen de résister aux pressions visant à obtenir des dérogations. Certains délégués ont suggéré que les négociations devraient être poursuivies avec l'industrie pharmaceutique et les instances de financement des vaccins sur ces questions, se déclarant confiants dans la capacité de la direction du BSP à conclure des accords sur les prix qui respecteraient les principes du panaméricanisme et de la solidarité. D'autres ont suggéré d'explorer des mécanismes permettant de manifester de la solidarité envers les populations des autres régions.

119. À la demande de la Déléguée d'El Salvador, appuyée par le délégué des États-Unis d'Amérique, un vote à main levée a eu lieu sur le projet de résolution. Un total de 36 suffrages ont été exprimés, 33 membres votant en faveur de la résolution et 3 votant contre ; conformément à l'article 46 du Règlement intérieur du Conseil directeur, les membres qui s'étaient abstenus de voter étaient considérés comme n'ayant pas voté. La résolution CD52.R5 a donc été adoptée.

120. La Directrice a déclaré qu'elle respectait le sentiment du Conseil directeur, assurant les États Membres que le Bureau discuterait avec l'Alliance GAVI de la question de savoir comment les avantages du Fonds renouvelable pourraient être étendus au GAVI et, à travers lui, aux pays en dehors de la Région des Amériques.

Lutter contre les causes des disparités en matière d'accès et de recours aux services de santé par les personnes lesbiennes, gay, bisexuelles et trans (document CD52/18)

121. Le Dr Nils Daulaire (États-Unis d'Amérique), présentant ce point, a déclaré que l'on savait que la population LGBT faisait face à des obstacles dans l'accès à des soins de qualité en raison de la stigmatisation généralisée qu'elle subissait au sein de la société dans son ensemble et dans les systèmes de santé. Ces obstacles pouvaient aller de comportement irrespectueux ou de violence verbale dans les établissements de santé à un refus pur et simple de leur prodiguer des soins. Cependant, alors que l'on savait que dans tous les pays du monde ces obstacles se traduisaient par de moins bons résultats de santé

pour les personnes LGBT que pour l'ensemble de la population, en raison du manque de données, les facteurs de cette inégalité de santé n'étaient pas encore compris, ce qui empêchait de cibler comme il le fallait les efforts et les ressources. Le projet de résolution figurant dans le document CD52/18 invitait donc les États Membres à recueillir des données sur l'accès aux soins de santé et aux établissements de santé des personnes LGBT en vue de mieux comprendre, entre autres, pourquoi ces personnes souffraient de taux plus élevés de dépression et d'alcoolisme, pourquoi les femmes lesbiennes et bisexuelles utilisaient les services de santé préventive moins fréquemment que les femmes hétérosexuelles, et pourquoi les personnes transgenre étaient moins susceptibles d'avoir accès à une assurance maladie que les hétérosexuels ou les personnes LGB. Il a souligné que l'OPS s'était engagée à répondre aux besoins de santé de toutes les populations, y compris celles qui étaient repoussées en marge des sociétés et que le fait d'ignorer que le statut sexuel était un déterminant social de la santé équivalait à admettre que la discrimination à l'encontre de certains était acceptable. Si l'OPS excluait la population LGBT de ses travaux, une partie de la couverture sanitaire universelle deviendrait illusoire.

122. Le Conseil s'est félicité de toutes les dispositions du projet de résolution, convenant qu'il était nécessaire de traiter des inégalités dont souffraient dans les services de santé les personnes LGBT, qui étaient généralement enracinées dans la stigmatisation et la discrimination. L'égalité d'accès à des services médicaux de qualité pour tous était considérée comme une question de droits humains fondamentaux. La collecte de données, sous réserve de mesures de sauvegarde appropriées, afin de déterminer l'ampleur du problème, a été appuyée.

123. Plusieurs délégués ont décrit les dispositions légales et réglementaires ou constitutionnelles dans leurs pays visant à prévenir la stigmatisation et la discrimination à l'encontre de la population LGBT du pays et à favoriser un accès sur un pied d'égalité aux services de santé en particulier, et ont considéré qu'une résolution du Conseil sur ce sujet faciliterait la mise en application de ces dispositions préventives. Certains délégués ont noté que les personnes LGBT étaient susceptibles de souffrir d'une prévalence relativement élevée de maladies sexuellement transmissibles. D'autres ont invité les États Membres à consacrer davantage de ressources nationales à la lutte contre la stigmatisation et la discrimination, à la prévention de la violence fondée sur le genre et au renforcement des services de santé en conséquence.

124. Le délégué de Saint-Vincent-et-les-Grenadines, soutenu par un petit nombre d'autres délégations, a déclaré que, tout en étant prêt à se joindre à un consensus sur ce projet de résolution, son gouvernement était d'avis que le terme « expression de genre » ne devrait pas être utilisée dans la résolution parce qu'une définition internationalement reconnue du terme n'avait pas encore été approuvée. La question des droits des personnes LGBT étant encore en cours d'examen aux Nations Unies, il estimait que l'OPS ne devait utiliser que la terminologie reconnue ou approuvée par les Nations Unies. Le délégué des

États-Unis d'Amérique a fait observer, cependant, que le terme était utilisé dans le Plan stratégique de l'OPS 2014-2019, dans la catégorie 3.

125. M. Javier Vásquez (Conseiller en droits humains auprès du Bureau du conseiller juridique du BSP) a confirmé que « expression de genre » était un terme reconnu en droit international.

126. La Directrice a déclaré que, compte tenu de la position très ferme de la Région sur l'accès universel aux soins de santé et sur la santé en tant que droit humain, le fait de refuser des soins de qualité à n'importe quel groupe d'individus était une question sur laquelle l'OPS devait se pencher. Elle a salué la perspective d'une résolution sur cette question, en ajoutant que le Bureau travaillerait de concert avec les États Membres pour résoudre les problèmes de collecte et d'analyse de données.

127. Le Conseil a adopté la résolution CD52.R6 sur ce point.

Questions administratives et financières

Rapport sur le recouvrement des contributions fixées (documents CD52/13 et Add. I)

128. Le Dr Víctor Raúl Cuba Oré (Représentant du Comité exécutif) a signalé que, à l'ouverture de la 152^e session du Comité exécutif, le 17 juin 2013, le recouvrement des contributions pour 2013 s'élevait à 14,8 millions USD, soit seulement 13,9 % du total exigible pour l'année. En conséquence, le Bureau avait dû utiliser environ 6 millions USD sur son fonds de roulement et d'autres ressources de trésorerie internes pour financer la mise en œuvre du budget ordinaire. Le Comité avait aussi été informé que, en juin, aucun État membre n'était soumis aux restrictions de vote prévues à l'Article 6.B de la Constitution de l'OPS. Le Comité avait adopté la résolution CE152.R1, remerciant les États Membres qui avaient effectué des paiements pour 2013 et demandant instamment aux autres États Membres de payer leurs arriérés de contributions dès que possible.

129. M. Michael Lowen (Directeur du Département de la gestion des ressources financières du BSP) a expliqué que le document CD53/13 reflétait les sommes reçues au 31 juillet 2013, et que son Addendum I contenait des informations actualisées sur les paiements reçus jusqu'au 23 septembre 2013. Depuis cette date, le Bureau avait reçu des paiements supplémentaires de 18 683 USD du Costa Rica, 176 046 USD de Cuba, 16 354 USD de Sint Maarten et 1 142 USD du Royaume-Uni.

130. En date du 17 septembre 2013, les contributions recueillies au titre des contributions fixées pour l'année en cours s'élevaient à 51,9 millions USD, ce qui ne représentait que 49 % de la somme totale de 106,2 millions USD exigibles pour 2013 ; 54,4 millions USD n'avaient toujours pas été recouverts pour 2013. Un total de 22 États Membres avaient acquitté pleinement leurs contributions de 2013, 10 avaient versé des

paiements partiels et 10 États Membres n'avaient encore effectué aucun versement au titre de leurs contributions pour l'année en cours. Sur les 20 qui n'avaient pas intégralement acquitté leurs contributions pour 2013, cinq États Membres représentaient 97,5 % du solde impayé. Il a souligné que le versement en temps voulu des contributions fixées assurait un flux de trésorerie prévisible à l'Organisation, faisant remarquer que du fait du retard dans l'encaissement des contributions pour 2013, l'Organisation avait un déficit de trésorerie nette du budget ordinaire de 16,6 millions USD, ce qui avait complètement épuisé le Fonds de roulement.

131. La Directrice a appelé les États Membres à veiller à ce que le Bureau soit en mesure d'assumer les responsabilités qu'ils lui avaient confiées. Elle a remercié les États Membres qui avaient appuyé le Bureau dans ses efforts pour assumer ces responsabilités, ajoutant que le Bureau se réjouissait à la perspective de travailler avec les États Membres afin de faire plus avec moins.

132. Le Conseil a adopté la résolution CD52.R1, exprimant sa gratitude aux États Membres qui avaient déjà effectué des paiements pour 2013 et exhortant tous les États Membres à s'acquitter de leurs obligations financières envers l'Organisation dans les plus brefs délais.

Rapport financier du Directeur et rapport du Commissaire aux comptes externe pour 2012 (Document officiel 344)

133. Le Dr Víctor Raúl Cuba Oré (Représentant du Comité exécutif) a résumé les débats du Comité exécutif sur les rapports du Directeur et du Commissaire aux comptes (voir le document CE152/FR, paragraphes 111 à 126), notant que le Comité avait été informé que le Commissaire aux comptes n'avait trouvé aucune lacune ou erreur jugée importante pour l'exactitude ou l'exhaustivité des comptes de l'Organisation et avait donc émis une opinion sans réserve. Le Comité avait avalisé les recommandations du Commissaire aux comptes et avait encouragé le Bureau à les mettre en œuvre et à les considérer comme une occasion d'accroître l'efficacité et l'efficacités dans les opérations de l'OPS, d'améliorer ses systèmes, processus et procédures et d'améliorer sa gestion, ses contrôles internes et sa transparence. Les délégués avaient attiré l'attention, notamment, sur les recommandations relatives au risque de change, à la formation du personnel sur les normes comptables du secteur public international, aux lettres d'accord, aux cours et séminaires, aux marchés de gré à gré et au système d'information pour la gestion du BSP et au cadre de gestion des risques d'entreprise.

134. Au cours des discussions du Conseil, les délégués ont approuvé la recommandation du Commissaire aux comptes relative à la mise en œuvre en temps opportun du Système d'information pour la gestion du BSP (SIGP) et ont demandé à ce qu'on leur confirme que les risques identifiés étaient bien couverts. Ils ont encouragé la Directrice à agir sur la base des recommandations du Commissaire aux comptes au sujet

de la gestion des risques d'entreprise, en particulier en ce qui concernait l'augmentation du nombre de personnes au sein du Bureau ayant l'expertise nécessaire et la responsabilité pour la mise en œuvre réussie du système. Un délégué a mis l'accent sur les risques potentiels sur le plan des ressources humaines, en particulier du fait du départ à la retraite imminent d'un grand nombre d'employés, et a suggéré que l'Organisation devrait avoir un plan de dotation en personnel plus complet à l'avenir. Il a également suggéré que le format actuel des rapports de fin de service n'était pas suffisant pour transmettre les connaissances institutionnelles aux nouveaux employés. Demandant des informations complémentaires sur le Programme élargi de manuels et de matériel d'enseignement (PALTEX), il s'est demandé s'il ne pourrait pas devenir plus rentable grâce aux technologies modernes de communication. Il a demandé instamment que les principales recommandations du Commissaire aux comptes soient incluses dans le Plan stratégique 2014-2019, en particulier dans les domaines des ressources humaines, de l'actualisation des processus administratifs et de la responsabilisation.

135. M. Michael Lowen (Directeur du Département de la gestion des ressources financières du BSP) a confirmé que le Bureau se penchait sur le cadre de gestion des risques d'entreprise, en vue de concevoir un système véritablement robuste. Il a également confirmé que le rapport de fin de service était en cours d'examen et que le programme PALTEX faisait l'objet d'un examen minutieux du point de vue financier et technique.

136. La Directrice a souligné que le Bureau s'était montré très proactif pour répondre aux recommandations du Commissaire aux comptes et des auditeurs internes de l'Organisation. Des réunions avaient été organisées avec la Haute direction et un plan d'action avait été élaboré pour répondre à chacune des recommandations. En ce qui concernait le SIGP, les informations recueillies indiquaient que la mise en œuvre d'un système de planification des ressources d'entreprise était très risquée, la plupart des tentatives dans ce sens s'étant avérées peu réussies. Par conséquent, le Bureau avait consacré beaucoup de temps à la planification et aux travaux préparatoires nécessaires. Elle-même et les autres membres de la Haute direction avaient été en contact constant avec le personnel chargé de la mise en œuvre, et une équipe-projet appropriée était en place.

137. Le Bureau avait informé le Comité exécutif de son intention de se lancer dans un plan global des ressources humaines pour étayer le Plan stratégique 2014-2019. Le processus de planification prendrait en considération les besoins de l'Organisation, la nécessité d'une réorientation de ses compétences techniques et la planification de la relève nécessaire. La première étape avait consisté à répertorier toutes les ressources humaines de l'Organisation, qu'il s'agisse de personnel temporaire ou permanent. Certains gouvernements avaient déjà offert leur aide pour cet exercice. Un audit du programme PALTEX avait été mené à bien, et il y avait en effet quelques éléments

préoccupants à rectifier dans le domaine de la rentabilité. Les autres constatations seraient communiquées lors des prochaines réunions des Organes directeurs.

138. Le Conseil a pris note du rapport financier du Directeur et du rapport du Commissaire aux comptes.

Amendements au Règlement financier de l'OPS (document CD52/14)

139. Le Dr Víctor Raúl Cuba Oré (Représentant du Comité exécutif) a signalé que le Comité exécutif avait examiné plusieurs propositions de modification du Règlement financier qui permettraient de tirer des fonds d'un budget biennal jusqu'à trois mois après la fin de l'exercice biennal afin de payer pour des activités ayant fait l'objet d'un contrat au cours de cet exercice biennal, le but étant de résoudre un problème de comptabilité qui se posait lorsque des services ou activités commencés au cours d'un exercice biennal n'étaient pas achevés avant l'exercice suivant. Le Comité avait adopté la résolution CE152.R8, recommandant au Conseil directeur d'approuver les modifications proposées au Règlement financier.

140. Le Conseil a adopté la résolution CD52.R2, approuvant les modifications proposées au Règlement financier.

Examen de la commission prélevée sur les achats de fournitures de santé publique effectués pour le compte des États Membres (document CD52/15)

141. Le Dr Víctor Raúl Cuba Oré (Représentant du Comité exécutif) a indiqué que le Comité exécutif avait examiné une proposition visant à relever le montant de la commission perçue par le Bureau pour ses activités d'achat de fournitures au nom des États Membres du niveau actuel de 3,5 % à 4,25 %, le but de cette augmentation étant d'éviter que les activités de passation de marchés ne soient subventionnées par le budget ordinaire de l'Organisation. Le Comité s'était félicité de l'augmentation proposée, mais avait craint qu'elle ne soit pas suffisante. Il avait adopté la résolution CE152.R3, recommandant au Conseil directeur d'approuver l'augmentation proposée et de réexaminer cette commission à la fin de chaque exercice biennal. (Pour plus de détails sur la discussion du Comité sur ce point, voir le document CE152/FR, paragraphes 136 à 141).

142. Au cours du débat qui a suivi, plusieurs délégations se sont exprimées fermement en faveur de l'augmentation proposée, comme une étape vers la fin de la subvention des activités de passation de marchés par le budget ordinaire de l'Organisation. Toutefois, un délégué a fait observer que si un pays à revenu intermédiaire comme le sien était un acheteur important de vaccins et dépendait des économies d'échelle offertes par les mécanismes de passation de marchés de l'OPS, l'augmentation proposée représenterait une contrainte importante, qui pourrait réduire la quantité de vaccins que le pays serait en

mesure d'acheter. Un autre délégué a suggéré qu'étant donné le rôle important joué par le Fonds renouvelable, son niveau devrait en fait être relevé, mais qu'il faudrait également trouver les moyens d'aider les pays qui rencontraient des difficultés pour acheter des fournitures. Il a souligné que ce faisant, l'OPS ferait office de modèle pour les autres régions de l'OMS.

143. Mme Florence Petizon (Directrice du Département de la Passation de marchés et de la gestion des approvisionnements du BSP), observant que les mécanismes de passation de marchés étaient les piliers de la coopération technique en matière d'immunisation et d'amélioration de l'accès aux médicaments essentiels, a déclaré qu'à l'heure actuelle le Bureau procédait à des subventions croisées de ses activités de passation de marchés non seulement avec le budget ordinaire, mais aussi avec les fonds extrabudgétaires. Le Bureau estimait qu'il était essentiel de parvenir à l'autosuffisance des mécanismes de passation de marchés pour assurer un approvisionnement continu en fournitures de santé publique essentielles de qualité et efficaces.

144. La Directrice a souligné que, même avec l'augmentation proposée, l'achat de vaccins et de fournitures stratégiques continuerait d'être subventionné par le budget de l'Organisation. C'était la raison pour laquelle le Comité exécutif avait demandé que la question soit réexaminée en 2015, en particulier à la lumière de la réduction à la fois du budget ordinaire et des contributions volontaires.

145. Le Conseil a adopté la résolution CD52.R12, approuvant l'augmentation proposée et demandant que cette commission soit examinée de nouveau à la fin de chaque exercice biennal.

Prix

Prix Sérgio Arouca d'excellence sur le plan des soins de santé universels

146. Mme Elly Brtva (Présidente par intérim et Directrice générale de la Fondation panaméricaine pour la santé et l'éducation [PAHEF]) a rappelé que, depuis 45 ans, la Fondation travaillait en partenariat avec l'OPS pour faire progresser l'objectif commun de protection de la vie et d'amélioration de la santé dans les Amériques. Dans le cadre de ce partenariat, plusieurs prix d'excellence en santé publique interaméricaine étaient décernés chaque année.

147. Mme Brtva a expliqué que le Prix Sérgio Arouca d'excellence sur le plan des soins de santé universels était décerné à titre posthume au Dr Santiago Renjifo Salcedo, de la Colombie, et au Dr José Lima Pedreira de Freitas, du Brésil.

148. Les représentants légaux des Drs Renjifo Salcedo et Lima Pedreira de Freitas ont accepté le Prix en leur nom.

Prix Abraham Horwitz d'excellence en matière de leadership en santé interaméricaine

149. Mme Brtva a rappelé que le Prix Abraham Horwitz d'excellence en matière de leadership en santé interaméricaine avait été créé en l'honneur du Dr Abraham Horwitz, ancien Directeur de l'OPS et par la suite Président de PAHEF. Ce prix récompensait le leadership qui avait changé des vies et avait amélioré la santé des populations des Amériques.

150. Le Prix Abraham Horwitz pour 2013 a été décerné au Dr Julio Frenk, actuel doyen de la faculté de santé publique à Harvard, et à T & G Angelopoulos, Professeur de santé publique et de développement international, Harvard School of Public Health et Harvard Kennedy School of Government, et ancien Ministre de la Santé du Mexique.

151. Le discours d'acceptation du Dr Frenk se trouve sur le site Internet du Conseil.

Autres prix

152. Mme Brtva a également présenté les lauréats de deux autres Prix PAHEF, qui seraient décernés lors d'une cérémonie en soirée. Le Prix Pedro N. Acha d'excellence en santé vétérinaire serait décerné au Dr Verónica Merino du Pérou et le Prix Fred L. Soper d'excellence en littérature de santé publique au Dr Alok Kumar pour un article intitulé « Tendances épidémiologiques et manifestations cliniques de la dengue chez les enfants ».

153. Le Prix Manuel Velasco Suárez d'excellence en Bioéthique n'a pas été décerné en 2013.

Questions soumises pour information

Mise à jour sur la réforme de l'OMS (document CD52/INF/1)

154. Le Dr Víctor Raúl Cuba Oré (Représentant du Comité exécutif) rendant compte des discussions du Comité exécutif sur la réforme de l'OMS (voir le document CE152/FR, paragraphes 170 à 180), a fait remarquer que la 66^e Assemblée mondiale de la Santé avait appelé le Directeur général de l'OMS à élaborer une méthode de répartition des ressources stratégiques qui garantirait une affectation transparente et équitable des fonds entre les grands bureaux et niveaux organisationnels de l'OMS, et que cette action faisait suite en grande partie à la position forte exprimée par la Région des Amériques sur la question, y compris l'adoption d'une résolution par le Comité exécutif lors d'une réunion spéciale qui s'était tenue quelques semaines avant l'ouverture de la

66^e Assemblée mondiale de la Santé en mai (résolution CE152.SS.R1 [2013]).⁹ Cette résolution contenait une déclaration des États Membres des Amériques concernant les allocations budgétaires de l'OMS à la Région. Elle avait souligné la nécessité d'une répartition équitable et transparente des ressources de l'OMS et demandait au Secrétariat de l'OMS de collaborer avec les États Membres en vue d'élaborer un nouveau modèle d'allocation stratégique.

155. Le Dr Mohamed Abdi Jama (Sous-directeur général responsable de la gestion générale de l'OMS) a fait le point sur les progrès du processus de réforme de l'OMS et a mis en exergue les questions nécessitant encore des discussions et prises de décisions supplémentaires de la part des États Membres. Il a rappelé que la réforme comprenait trois domaines — réforme programmatique, réforme de la gouvernance et réforme de la gestion — qui avaient été subdivisés en 12 domaines d'activité au total. La réforme de l'OMS était un processus par étapes et même si des progrès avaient été accomplis dans tous les domaines, la réforme progressait plus rapidement dans certains domaines que dans d'autres. Les plus grandes avancées avaient eu lieu dans le domaine programmatique. Les progrès dans ce domaine comprenaient l'élaboration et l'approbation du douzième Programme général de travail, qui définirait la vision stratégique de l'OMS pour les six prochaines années, et l'approbation du budget-programme pour 2014-2015. Pour la première fois, les États Membres avaient approuvé le budget dans sa totalité, y compris le montant devant être tiré des contributions fixées et le montant devant être mobilisé sous forme de contributions volontaires.

156. Des progrès significatifs avaient aussi été accomplis dans le domaine de la réforme de la gestion, y compris le lancement du dialogue sur le financement en juin 2013. Des travaux étaient en cours sur la méthode d'allocation de ressources mentionnée par le représentant du Comité exécutif, et un projet de document devrait être prêt pour être soumis au Conseil exécutif de l'OMS en janvier 2014. Des progrès avaient également été accomplis en vue d'accroître la responsabilisation et la transparence. Le Secrétariat de l'OMS parachevait un cadre de contrôle de la gestion interne, qu'il espérait aussi soumettre au Conseil exécutif pour approbation en janvier 2014, et il avait récemment introduit un tableau de bord de la gestion, qui avait été conçu pour fournir aux responsables de l'ensemble de l'OMS un outil pour mesurer et améliorer les performances.

157. La réforme dans le domaine de la gouvernance avait été plus lente que dans les deux autres domaines, en partie dû au fait que les progrès étaient tributaires des décisions des États Membres. Néanmoins, des avancées avaient été obtenues sur le plan de

⁹ Disponible sur :

http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=22950&Itemid=270&lang=fr

l'augmentation du rôle stratégique, de direction et de supervision des Organes directeurs et de l'harmonisation et l'alignement de la gouvernance interne. Une politique sur la participation des acteurs non étatiques était en cours d'élaboration et serait présentée aux Organes directeurs en 2014.

158. Les défis actuels du processus de réforme incluaient les éléments suivants : maintenir le rythme des réformes et gérer le changement et les risques, surmonter les goulets d'étranglement et atteindre les objectifs de la réforme. L'évaluation de la deuxième étape de la réforme¹⁰ en cours contribuerait à relever certains de ces défis. La prochaine opportunité pour les États Membres de discuter et prendre des décisions concernant la réforme interviendrait en janvier 2014 au cours de la 134^e session du Conseil exécutif. Dans l'intervalle, les États Membres pourraient suivre la progression de la réforme sur le site Internet de l'OMS.¹¹

159. Au cours du débat qui a suivi, les États Membres ont fermement appuyé le processus de réforme de l'OMS en cours et se sont félicités des améliorations déjà apportées sur le plan de la gouvernance, de la responsabilisation et de la transparence. De nombreux délégués ont souligné l'importance de la réforme des ressources humaines. L'élaboration d'une politique sur la participation d'acteurs non étatiques a été également considérée comme revêtant une importance cruciale afin de prévenir les conflits d'intérêts et de protéger l'intégrité et la réputation de l'OMS. Il a été souligné que toute interaction avec des entités non étatiques devait correspondre aux priorités et au programme stratégique approuvés par les États Membres. Une proposition présentée par la délégation de l'Argentine au cours de la 133^e session du Conseil exécutif de l'OMS¹² (2013) pour la création d'un Comité d'éthique permanent composé de représentants des États Membres, qui serait chargé d'examiner et de gérer les conflits d'intérêts, a été soutenue. Des renseignements complémentaires ont été demandés sur les questions de gouvernance liés aux partenariats hébergés.

160. Les délégués se sont félicités du dialogue sur le financement, qui était considéré comme un processus d'apprentissage qui pourrait permettre de parvenir à un meilleur équilibre entre les priorités des pays bailleurs de fonds et les priorités convenues par tous les États Membres dans le cadre des Organes directeurs de l'OMS. L'importance de critères clairs et d'une méthodologie transparente et équitable pour l'allocation des ressources de l'OMS aux régions a été mise en exergue. Des délégués ont attiré l'attention sur la déclaration faite au nom des États Membres des Amériques au cours de la 66^e Assemblée mondiale de la Santé et ont souligné la nécessité d'un traitement équitable de la Région dans l'allocation des ressources.

¹⁰ Voir le Document EB132/5 Add. 7 (2013) de l'OMS, disponible sur : http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB132/B132_5Add7-fr.pdf

¹¹ http://www.who.int/about/who_reform/fr/index.html

¹² Voir le compte rendu de la deuxième réunion de la 133^e session du Conseil exécutif EB133/PSR/2 (2013), disponible en anglais sur <http://apps.who.int/gb/or/>.

161. Le Dr Jama a remercié les États Membres pour leur soutien au processus de réforme et leur a demandé d'être patients, notant que la transformation d'une organisation comprenant un siège, six bureaux régionaux et près de 150 bureaux dans les pays était un processus complexe qui prendrait un temps considérable. Des progrès réguliers étaient réalisés, cependant, et le Directeur général et son personnel continueraient à œuvrer à la mise en œuvre des réformes demandées par les États Membres.

162. La transparence et la responsabilisation seraient améliorées au moyen des nombreuses réformes prévues ou déjà mises en place. La chaîne de résultats dans le budget programme 2014-2015, par exemple, a montré clairement les résultats et les productions à atteindre, et un portail Internet qui serait mis en place prochainement permettrait aux États Membres de suivre la façon dont les ressources étaient utilisées, qui fournissait ces ressources et quels résultats étaient obtenus. La méthode de répartition des ressources en cours d'élaboration contribuerait également à une plus grande transparence. Le dialogue sur le financement était une réforme innovante qui, espérait-on, élargirait la base des contributeurs de l'OMS et la rendrait moins tributaire de quelques pays bailleurs de fonds.

163. S'agissant des partenariats hébergés, une question clé qui devait être traitée était celle de la double gouvernance — c'est-à-dire le fait que ces partenariats étaient hébergés au sein de l'OMS, mais qu'ils avaient leurs propres mécanismes de gouvernance et n'étaient pas soumis à l'autorité des Organes directeurs de l'OMS. Une autre question avait trait à la responsabilité : lorsque ces partenariats traversaient une crise financière, il incombait au Directeur général de remédier à la situation, même si elle n'en était nullement responsable. En outre, le recouvrement des sommes dues à l'Organisation par les groupes hébergés représentait souvent un investissement important en temps consacré à cette activité par le personnel de l'OMS.

164. Le Dr Margaret Chan (Directeur général de l'OMS) a ajouté que, pour les raisons citées par M. Jama, elle n'avait accepté aucun nouveau partenariat hébergé au cours de son mandat. Un autre sujet de préoccupation tenait au fait que les positions adoptées et les décisions approuvées par les États Membres qui siégeaient aux conseils d'administration des partenariats hébergés étaient parfois en contradiction avec les mesures qu'ils avaient prises au sein des Organes directeurs de l'OMS. En effet, ces partenariats pouvaient être utilisés par les pays qui les soutenaient comme moyen de contourner la gouvernance de l'OMS. Elle a exhorté les États Membres à soutenir ses efforts pour résoudre ces questions et harmoniser et gérer les relations entre l'OMS et ses partenariats hébergés.

165. Elle est convenue que le dialogue sur le financement représentait un processus d'apprentissage — à la fois pour les États Membres et pour le Secrétariat de l'OMS. Elle espérait que les États Membres considéreraient cela comme une opportunité offerte aux gouvernements et aux acteurs non gouvernementaux de se réunir et de parvenir à un

accord sur la façon de financer le budget de l'Organisation, permettant ainsi au personnel de l'OMS de se concentrer moins sur la mobilisation des ressources et plus sur la fourniture de soutien et de services aux États Membres. Elle espérait également que les États Membres seraient disposés à faire preuve de souplesse en canalisant des fonds vers les domaines qui présentaient des déficits de financement.

166. Plusieurs questions de gouvernance ne pourraient pas être résolues sans l'aide des États Membres. L'une était le manque de cohérence des politiques entre les niveaux régionaux et mondiaux de l'OMS. Elle en appelait aux États Membres pour faire en sorte que les politiques qu'ils approuvaient à l'échelle régionale, par exemple en ce qui concernait l'acceptation du financement du secteur privé — correspondent à celles qui étaient adoptées au sein des Organes directeurs de l'OMS. Une autre question nécessitant l'attention des États Membres avait trait au grand nombre de points à l'ordre du jour des Organes directeurs. Au cours des 10 années précédentes, aucun point n'avait été supprimé, mais beaucoup avaient été ajoutés, souvent à la dernière minute, et de ce fait, il était très difficile pour le Secrétariat de produire les documents requis dans les délais prévus et il était également difficile pour les Organes directeurs de fonctionner efficacement.

167. Le Conseil a pris note des informations fournies.

Douzième Programme général de travail de l'OMS 2014-2019 et Budget programme 2014-2015 de l'OMS (document CD52/INF/2)

168. Le Dr Víctor Raúl Cuba Oré (Représentant du Comité exécutif) a indiqué que le Comité exécutif avait été informé que l'Assemblée mondiale de la Santé avait approuvé un budget total de 3,98 milliards USD, ce qui correspondait à une petite augmentation globale par rapport à 2012-2013, mais sans aucune augmentation des contributions. Il avait également été informé que, pour la première fois, l'Assemblée mondiale de la Santé avait approuvé le budget dans sa totalité, et pas seulement la partie financée par les contributions fixées, comme cela avait été le cas par le passé. Par ailleurs, également pour la première fois, l'Assemblée mondiale de la Santé n'avait pas approuvé les crédits budgétaires fixes des contributions aux régions. Les montants de ces crédits seraient décidés en novembre 2013 au cours du deuxième dialogue financier sur le budget de l'OMS. Au cours de l'examen de cette question par le Comité, il avait été souligné que traiter des déterminants sociaux, économiques et environnementaux de la santé constituait l'une des priorités de leadership identifiées pour le Secrétariat de l'OMS, et la nécessité d'une action programmatique concrète pour traiter des déterminants de la santé avait été mise en exergue. La nécessité d'une stratégie claire avec des cibles et des indicateurs de progrès avait également été soulignée.

169. Le Dr Mohamed Abdi Jama (Sous-directeur général responsable de la gestion générale de l'OMS) a décrit les principales caractéristiques du douzième Programme

général de travail de l'OMS 2014-2019 et du Budget programme 2014-2015 de l'OMS ainsi que du processus de planification et de programmation qui avait précédé leur formulation et leur approbation, notant que la différence clé entre ce processus et les précédents tenait au fait que les États Membres avaient mené le processus de définition des priorités. Les États Membres avaient défini un ensemble de critères pour l'établissement des priorités et s'étaient mis d'accord sur cinq catégories d'activités programmatiques, plus une sixième catégorie comprenant les services institutionnels et les fonctions essentielles. Le douzième Programme général de travail et le Budget programme 2014-2015 étaient tous deux structurés sur la base de ces catégories.

170. Le montant du Budget programme était fondé sur une évaluation réaliste des profils de recettes et de dépenses. Le budget ne prévoyait aucune augmentation des contributions, dont on estimait qu'elles représenteraient 23 % du montant total de 3,98 milliards USD. Comme l'avait noté le représentant du Comité exécutif, pour la première fois le budget n'avait pas inclus d'allocations fixes aux régions. Les montants de ces allocations seraient annoncés par le Directeur général en novembre 2013, à la suite de consultations avec les directeurs régionaux.

171. Les 77 % restant de financement pour le budget devraient être mobilisés sous forme de contributions volontaires. Il était donc extrêmement important que tous les États Membres, et pas seulement les plus riches, participent au dialogue sur le financement et contribuent au financement nécessaire pour mettre en œuvre le programme et pour obtenir les divers résultats et produits. La participation des États Membres était importante non seulement pour mobiliser les ressources nécessaires, mais aussi afin de s'assurer que ces ressources étaient alignées sur les priorités programmatiques approuvées. Le dialogue sur le financement contribuerait ainsi à la transparence et à la responsabilisation.

172. La première réunion du dialogue sur le financement avait eu lieu en juin 2013, et la seconde aurait lieu les 23 et 24 novembre 2013. Les objectifs de la deuxième réunion seraient de permettre aux contributeurs d'exprimer leurs engagements ou intentions de financement, d'identifier les domaines où le financement serait insuffisant et de trouver des solutions pour combler les déficits de financement.

173. Dans la discussion qui a suivi la présentation du Dr Jama, les États Membres ont encore une fois souligné la nécessité de suivre une méthode objective et transparente pour l'affectation du budget de l'OMS aux régions et ont précisé que la part allouée à la Région des Amériques devrait être fonction de ses besoins et devrait être équitable par rapport aux affectations destinées à d'autres régions. Il a été souligné que, conformément au mécanisme de validation de l'affectation des ressources stratégiques approuvé par le Conseil exécutif de l'OMS en 2006,¹³ la Région devrait recevoir entre 6,3 % et 7,7 % du

¹³ Voir les Documents EB118/7 et EBSS-EB118/2006/REC/1 de l'OMS.

budget de l'OMS, mais qu'elle n'en recevait actuellement que 5,4 %. La nécessité d'améliorer la prévisibilité du financement pour la Région a également été soulignée.

174. Une déléguée a fait observer que les organisations multilatérales telles que l'OMS et l'OPS avaient été considérées sous un jour plutôt négatif ces dernières années, et pourtant la demande pour leurs services avait continué de croître. Elle a souligné l'importance de trouver un moyen d'augmenter les budgets des deux organisations afin qu'elles puissent répondre aux besoins croissants, par exemple en matière de prévention et de contrôle des maladies non transmissibles. À cette fin, les deux organisations devraient organiser des campagnes de communication et de sensibilisation visant à faire prendre conscience de l'importance de leur travail et à mobiliser des fonds pour soutenir ce travail.

175. Le Dr Jama a pris acte des commentaires au sujet de l'affectation des ressources aux régions et a réaffirmé qu'une méthode de répartition des ressources était en cours d'élaboration. Le Secrétariat de l'OMS avait l'intention de présenter un premier projet de texte au Conseil exécutif en janvier 2014. La méthodologie serait ensuite soumise à l'Assemblée mondiale de la Santé pour approbation en mai 2014 et s'appliquerait dans l'allocation budgétaire 2016-2017. Il a noté que pour que la Région des Amériques puisse recevoir sa dotation complète, le budget devait être entièrement financé. Il serait donc essentiel que le dialogue sur le financement soit couronné de succès. Il a vivement encouragé les États Membres de la Région à participer au dialogue sur le financement et aux discussions en cours sur la méthode de répartition des ressources.

176. La Directrice a remercié les États Membres d'insister pour que les Amériques reçoivent une part équitable du budget de l'OMS. Elle a fait observer que, même si une méthode de répartition était en cours d'élaboration, elle ne serait pas appliquée avant l'exercice 2016-2017. Il restait à voir comment le budget 2014-2015 serait alloué et quelle portion la Région recevrait.

177. Le Conseil a pris note des informations communiquées.

Rapport sur la 16^e Réunion interaméricaine, au niveau ministériel, sur la santé et l'agriculture (RIMSA 16) (document CD52/INF/3)

178. Le Dr Víctor Raúl Cuba Oré (Représentant du Comité exécutif) a rendu compte de l'examen par le Comité exécutif du rapport sur la RIMSA 16 (voir document CE152/FR, paragraphes 197 à 201), notant que la réunion s'était penchée sur la demande croissante d'aliments abordables et de haute qualité et sur les défis que posait la production d'aliments respectueuse de l'environnement tout en protégeant la santé des consommateurs et des personnes dans la chaîne agroalimentaire. La RIMSA 16 avait adopté le Consensus de Santiago, engageant les pays à mettre en place des systèmes d'alerte précoce et des mécanismes de coordination intersectorielle dans le cadre de leurs

efforts visant à éliminer la rage humaine transmise par les chiens et à éradiquer la fièvre aphteuse, et à collaborer aux efforts visant à garantir la production d'aliments sûrs et sains. Le Comité avait accueilli avec satisfaction le Consensus de Santiago et avait insisté sur la nécessité de disposer de contrôles réglementaires solides, de systèmes de surveillance sanitaire et d'éduquer les consommateurs afin de garantir la salubrité des aliments. Le Comité s'était également félicité que la réunion ait été axée sur les approches « Une seule santé » et sur l'environnement et l'interface homme-animal-environnement.

179. Le Dr Marcos Espinal (Directeur du Département des maladies transmissibles et de l'analyse de la santé du BSP) a remercié au nom du Bureau le Gouvernement du Chili d'avoir accueilli la RIMSA 16.

180. Le Conseil a pris note du rapport.

Rapports d'avancement sur les questions techniques (documents CD52/INF/4, A-I)

A. *Stratégie et plan d'action régionaux sur la santé néonatale dans le contexte des soins apportés à la mère, au nouveau-né et à l'enfant (2008-2015): évaluation à mi-parcours*

181. Le Dr Víctor Raúl Cuba Oré (Représentant du Comité exécutif) a expliqué qu'au cours de l'examen par le Comité exécutif du rapport d'avancement, il avait été souligné que les pays de la Région avaient accompli des progrès significatifs sur le plan de la réduction de la mortalité néonatale, mais que des difficultés subsistaient, notamment en ce qui concernait la formation des professionnels de la santé et l'amélioration de la qualité des soins.

182. Quoique considérant que globalement des progrès satisfaisants avaient été réalisés, le Conseil directeur a souligné qu'il n'y avait pas lieu de s'endormir sur ses lauriers car il existait toujours de grandes variations des taux de mortalité néonatale, qui allait de 2,8 à 27,3 pour 1000 naissances vivantes dans la Région. Les délégués ont souligné la nécessité d'adopter une approche multisectorielle et de renforcer les services d'information de la santé au niveau local. La nécessité de renforcer les capacités du personnel de santé et de promouvoir la participation des communautés en mettant l'accent sur la prévention des grossesses adolescentes a été également soulignée. Il a été suggéré que la stratégie devrait exhorter les pays à tenir compte des conclusions du rapport de la Commission des Nations Unies sur les produits indispensables aux femmes et aux enfants, notamment la recommandation visant à accroître l'accessibilité, la disponibilité, le caractère abordable et l'utilisation rationnelle des 13 produits essentiels de qualité nécessaires pour sauver les vies des femmes et des enfants.

183. Des délégués ont décrit les efforts déployés dans leurs pays dans le domaine de la santé néonatale. Il s'agissait notamment d'un dépistage auprès des mères pour la syphilis, la gonorrhée, la chlamydia et le VIH, une thérapie antirétrovirale étant administrée à celles pour lesquelles le test avait été positif pour le VIH ; de services de vaccination ; du suivi de la nutrition et de la promotion de l'allaitement maternel ; de mesures préventives et de politiques en matière de qualité des soins ; de l'éducation et de la participation à des cours sur les soins prodigués aux enfants.

184. Le Dr Gina Tambini (Directrice du Département de la famille, du genre et du parcours de vie du BSP) a félicité les États Membres pour leurs efforts dans le domaine de la santé néonatale. Comme l'avaient mentionné plusieurs délégués, il était important de disposer de données précises, afin de donner une image fiable de la situation et d'identifier les domaines dans lesquels il fallait redoubler d'efforts. Comme cela avait été souligné, les principaux domaines de focalisation étaient la qualité des soins et le renforcement des capacités des ressources humaines. Le Bureau continuerait de travailler avec les équipes dans les pays pour pouvoir faire de réels progrès dans la réduction des cas de mortalité néonatale évitable.

185. Le Conseil a pris note du rapport.

B. Stratégie et Plan d'action pour l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis congénitale : évaluation à mi-parcours

186. Le Dr Víctor Raúl Cuba Oré (Représentant du Comité exécutif) a indiqué que le Comité exécutif avait été informé en juin que cinq États Membres avaient atteint la cible définie dans le cadre du Plan d'action en matière de réduction de la transmission mère-enfant du VIH, et que dix autres étaient sur le point de l'atteindre. Quatorze États Membres avaient atteint la cible de réduction de la syphilis congénitale, et trois autres étaient sur le point d'y parvenir. Le Comité avait également été informé que les résultats obtenus à ce jour indiquaient qu'il serait possible d'éliminer la syphilis congénitale dans les Amériques.

187. Dans le cadre de l'examen du rapport par le Conseil, les progrès sur le plan de l'élimination de la syphilis congénitale ont été salués. Deux points particuliers qui pourraient bénéficier d'une plus grande attention ont été mis en avant. L'un tenait à la lenteur des progrès dans le suivi des nourrissons exposés au VIH et l'autre à l'insuffisance des données sur le traitement de l'infection par la syphilis chez les femmes enceintes. Le Bureau a été invité à poursuivre des actions vigoureuses dans ces domaines. L'attention a été attirée sur le rôle important de la société civile dans le renforcement des programmes et la sensibilisation des populations à risque quant à l'utilisation efficace et efficiente des services de santé. Il a également été estimé que la question de la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis congénitale devrait être intégrée au domaine de la santé maternelle et infantile en général.

188. Un délégué a souligné que si les pays n'avaient pas fait des progrès significatifs d'ici à 2013 — à mi-parcours de la période couverte par le plan d'action — ils seraient peu susceptibles d'atteindre les cibles de 2015. Un autre délégué a déclaré que le défi majeur dans plusieurs pays était celui des grossesses répétées parmi les femmes séropositives, ces grossesses représentant actuellement 30 % à 40 % du total des grossesses. Les analyses ont montré que des grossesses préalables durant l'adolescence, l'usage de drogues, une éducation inachevée, le chômage et des problèmes de logement constituaient les principales caractéristiques de ces femmes. Il s'agissait de problèmes socio-économiques graves qui devaient être traités par des équipes pluridisciplinaires, menées par le secteur de la santé.

189. Des délégués ont décrit les efforts déployés dans leurs pays en vue d'éliminer la transmission mère-enfant du VIH et la syphilis congénitale, y compris la promotion de l'utilisation de préservatifs féminins, un diagnostic précoce, un traitement universel et le suivi des femmes enceintes et de leurs enfants. Certains délégués ont signalé que leurs pays avaient adopté l'option de traitement B+ pour les femmes enceintes séropositives et ont exhorté les autres pays à leur emboîter le pas.

190. L'espoir a été exprimé que l'OPS continuerait à aider les pays à relever les défis dans la réalisation des objectifs consistant à enrayer la transmission mère-enfant. Il s'agissait notamment de la mise en œuvre de l'option B+, d'une plus grande disponibilité des diagnostics de laboratoire, en particulier pour les nouveau-nés, et de la prise en charge et d'un soutien multidisciplinaires pour les femmes à risque élevé. Étant donné que l'application des différents outils développés pour le suivi de la qualité et la vérification des données exigeait une formation importante du personnel, il a été suggéré qu'il serait utile que le reste du plan d'action comprenne un calendrier pour l'application de ces outils. Il a également été suggéré que, en plus de données sur la couverture, les chiffres concrets soient cités dans les rapports à l'avenir. Cela donnerait une image plus claire de la situation, en particulier dans les petits pays.

191. Le Dr Marcos Espinal (Directeur du Département des maladies transmissibles et de l'analyse de la santé du BSP) a déclaré que son Département accorderait une attention particulière aux défis mentionnés et au renforcement des systèmes d'information de la santé en général. Il a assuré le Conseil que le BSP était pleinement engagé à aider les États Membres à éliminer la transmission mère-enfant. Il a noté que le Bureau avait déjà développé une méthode de vérification de la réalisation des cibles d'élimination, ajoutant que l'OMS étudiait l'application de cette méthode à l'échelle mondiale. Elle avait déjà été testée dans un petit nombre de pays. Sa validation exigeait la création de comités régionaux et mondiaux, qui étaient en cours de création, et la méthode serait alors appliquée à mesure que chaque pays atteindrait la cible. Il a fait sienne la suggestion de définir un calendrier pour l'utilisation des applications et des outils et a déclaré que la partie restante du plan d'action régional serait modifiée en conséquence.

192. La Directrice a félicité les États Membres pour leurs efforts en vue d'éliminer la transmission mère-enfant du VIH et la syphilis congénitale, remerciant dans le même temps tous les partenaires qui avaient participé avec le BSP à ces efforts en Amérique latine et dans les Caraïbes. Elle a pris note du commentaire sur la nécessité d'une approche intégrée en matière de santé maternelle et infantile, notant que cela pouvait s'appliquer à de nombreux autres domaines d'activité de l'OPS.

193. Le Conseil a pris note du rapport.

C. Objectifs du Millénaire pour le développement et cibles sanitaires dans la Région des Amériques

194. Il a été souligné que, même s'il était important de planifier pour le programme pour l'après-2015, il ne fallait pas oublier les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) et il ne fallait pas cesser les efforts pour en assurer la réalisation. Il a été signalé que les progrès vers la cible de mortalité maternelle au titre de l'OMD 5 (améliorer la santé maternelle) étaient clairement à la traîne des progrès réalisés dans d'autres domaines, et qu'il y avait un risque que cette cible ne soit pas atteinte en 2015. Il a été jugé indispensable de maintenir une vision holistique, où les prestataires de services de santé, tant publics que privés, l'industrie et la société dans son ensemble partageaient la responsabilité d'atteindre un objectif commun. Il a été suggéré qu'il pourrait être utile d'établir une base de données des expériences réussies, afin que les pays en retard dans certains domaines puissent tirer parti des leçons apprises par d'autres pays. Il a également été suggéré de mettre en place des groupes de travail chargés d'étudier les obstacles qui entravent la réalisation des OMD dans la Région.

195. Une représentante du Groupe d'examen indépendant d'experts sur l'information et la redevabilité pour la santé de la femme et de l'enfant a fait remarquer que l'on s'attendait à ce que seuls 9 pays sur les 75 pays ciblés par la Stratégie mondiale pour la santé des femmes et des enfants atteignent l'OMD 5 et seuls 13 sur ces 75 devraient atteindre l'OMD 4 (réduire la mortalité infantile). Il semblait qu'un manque d'engagement se traduisait par d'importants déficits de financement et d'autres obstacles. Elle a exhorté les États Membres à se concentrer sur la création de mécanismes de reddition de comptes nationaux et à assurer une plus grande responsabilisation mondiale pour les femmes et les enfants.

196. Le Dr Luiz Augusto Galvão (Responsable du Programme spécial sur le développement durable et l'équité dans la santé du BSP) a déclaré que l'idée d'une base de données des expériences avait déjà été proposée par la Directrice en vue de s'appuyer sur les succès obtenus sur la voie de la réalisation des OMD pour former une base de travail pour l'après-2015.

197. La Directrice a remercié les États Membres pour les efforts qu'ils déployaient afin de progresser sur la voie de la réalisation des OMD d'ici à 2015 et en particulier pour les OMD 4 et 5. Notant les efforts accrus nécessaires pour atteindre l'objectif de réduction de la mortalité maternelle et pour remédier aux inégalités au sein des pays, elle a offert un soutien redoublé du Bureau jusqu'en 2015.

198. Le Conseil a pris note du rapport.

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

199. Le Dr Víctor Raúl Cuba Oré (Représentant du Comité exécutif) a fait savoir que lors de l'examen par le Comité exécutif du rapport d'avancement, il avait été souligné que les États Parties devaient se montrer solidaires les uns avec les autres afin de faire front face aux tentatives de l'industrie du tabac pour contrecarrer la lutte efficace contre le tabagisme.

200. Au cours des discussions du Conseil sur ce rapport, les délégués ont décrit les mesures prises pour mettre en œuvre la Convention-cadre dans leurs pays. Ces mesures comprenaient une augmentation des taxes sur le tabac ; des restrictions sur la publicité, la promotion et le parrainage pour le tabac ; des législations interdisant de fumer dans les lieux publics et de vendre des produits du tabac aux mineurs ; le retrait des concessions en franchise de droits aux points d'entrée ; la création de manuels pour arrêter de fumer ; la formation du personnel concerné dans les secteurs de la santé publics et privés ; l'inclusion de la lutte antitabac dans les séries de données minimales des pays sur les maladies chroniques non transmissibles ; des sondages téléphoniques et l'inclusion de petits questionnaires sur le tabagisme dans les enquêtes et les sondages en cours ; et la création de comités interinstitutionnels compte tenu du caractère multisectoriel de la lutte contre le tabagisme.

201. Certains délégués se sont déclarés inquiets des exigences qui pèseraient sur les petits pays disposant de ressources limitées pour se conformer à toutes les exigences de la Convention. Certains ont demandé au BSP de fournir plus de soutien technique afin d'aider ces pays à mieux comprendre les problèmes complexes associés aux interactions entre la CCLAT et plusieurs autres secteurs, y compris le commerce, afin qu'il en découle des négociations et des décisions mieux informées. Le Bureau a également été invité à appuyer la collaboration intra-régionale, afin que les pays ayant moins d'expérience puissent tirer des enseignements des autres.

202. Il a été signalé que l'industrie du tabac continuait d'avoir recours à des tactiques inacceptables pour contrecarrer l'action légale destinée à protéger la santé des populations. Les délégués des pays signataires ont appelé les autres à adhérer à la CCLAT. Il a également été souligné que les efforts de lutte contre le tabagisme ne devaient pas être minés par des accords commerciaux, et la nécessité de sensibiliser les

plus hauts niveaux politiques aux coûts de l'épidémie de tabagisme dans le monde entier a été mise en exergue.

203. Le Dr Carlos Santos-Burgoa (Directeur par intérim du Département des maladies non transmissibles et de la santé mentale du BSP) a déclaré qu'il n'y avait pas de contradiction entre les accords de libre-échange ou l'Organisation mondiale du commerce et les dispositions de la Convention-cadre. Cette vision était partagée avec l'Organisation mondiale du commerce, et le BSP s'efforcera de le faire savoir plus largement afin de soutenir les activités futures des États Membres. Il a noté une tendance croissante de la publicité et des campagnes promotionnelles à cibler les enfants et les adolescents, et a expliqué que le secteur de la santé devait réfléchir à la façon de contrer cette menace.

204. La Directrice est convenue que le secteur de la santé devait repousser l'industrie du tabac. Cela nécessiterait une collaboration entre les pays, avec un partage d'expériences, en œuvrant de concert dans les différents secteurs et dans tous les pays et en invitant de nouveaux partenaires à se joindre au combat. Il était également important d'obtenir la ratification de la Convention dans l'ensemble de la Région et de faire en sorte que le Secrétariat de l'OMS aide les États Membres à s'inspirer des expériences des pays d'autres régions.

205. Le Conseil a pris note du rapport.

E. Plan d'action sur l'usage de substances psychoactives et la santé publique

206. Le Dr Víctor Raúl Cuba Oré (Représentant du Comité exécutif) a indiqué qu'un rapport d'avancement sur le Plan d'action sur l'usage de substances psychoactives et la santé publique avait été inscrit à l'ordre du jour du Conseil directeur en réponse à une demande formulée par le Délégué du Guatemala, qui avait attiré l'attention sur la Déclaration d'Antigua Guatemala, qui avait été adoptée au cours de la 43^e session ordinaire de l'Assemblée générale de l'Organisation des États américains en juin 2013. La Déclaration, intitulée « Pour une politique intégrale face au problème mondial des drogues dans les Amériques », appelait à un processus de consultation sur la question des drogues illicites en vue de la préparation d'une session extraordinaire de l'Assemblée générale de l'OEA devant avoir lieu en 2014. Le Délégué du Guatemala avait donc demandé qu'un point sur le problème de la drogue dans les Amériques soit inscrit à l'ordre du jour du Conseil. À la suggestion de la Directrice, le Comité était convenu que la question pourrait être examinée dans le contexte d'un rapport d'étape sur la Stratégie et le Plan d'action sur l'usage de substances psychoactives et la santé publique,¹⁴ adoptés en 2010 et 2011, respectivement, ainsi que dans le cadre du rapport sur les résolutions et

¹⁴ Voir la résolution CD50.R2 et le document CD50/18, Rév. 1 (2010) et la résolution CD51.R7 et le document CD51/9 (2011).

autres actions des organisations intergouvernementales revêtant un intérêt pour l'OPS (voir les paragraphes 230 à 236 ci-dessous).

207. Le Dr Carlos Santos-Burgoa (Directeur par intérim du Département des maladies non transmissibles et de la santé mentale du BSP) a souligné que, même s'il ne faisait pas de doute que des progrès avaient été réalisés pour ce qui était de la reconnaissance de l'impact de l'utilisation de substances psychoactives sur la santé des populations, cela ne s'était pas toujours traduit par un élargissement et une amélioration des services de santé pertinents. Les soins primaires jouaient encore un rôle très limité dans l'approche du problème et les services spécialisés étaient dispersés et parfois obsolètes.

208. Notant que le BSP avait signé un protocole d'accord avec la Commission interaméricaine de lutte contre l'abus des drogues (CICAD) de l'OEA et que le Bureau considérait qu'il était vital de consolider cette alliance stratégique et de la traduire en actions conjointes, il a énuméré certaines des mesures que prenait le Bureau pour aider les États Membres dans leurs activités de lutte contre la drogue. Ces activités comprenaient le développement des capacités nationales afin d'apporter une réponse intégrée aux usagers de substances psychoactives, l'allocation de ressources correspondant aux besoins identifiés, en portant une attention particulière aux populations vulnérables, et une intensification de la recherche, du suivi et de l'évaluation.

209. Le Délégué du Guatemala a souligné à nouveau l'importance que son gouvernement attachait au problème de la drogue dans la Région et a suggéré au Conseil d'inviter la Directrice à rédiger deux rapports qui seraient les contributions de l'Organisation à la session extraordinaire de l'OEA en 2014 : l'un sur la situation des systèmes de santé nationaux pour faire face au problème mondial de la drogue et le second sur la complémentarité entre les stratégies de l'OPS et celles de la CICAD.

210. Au cours du débat qui a suivi, les délégués sont convenus que l'usage de stupéfiants constitue un problème multidimensionnel qui devait être traité par les gouvernements et les sociétés à l'échelle locale, régionale et internationale. La production de deux rapports proposée par le Guatemala a recueilli un soutien général, toutefois certains participants ont formulé des mises en garde, soulignant que, compte tenu des engagements actuels de présentation de rapports à la CICAD et à l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, des obligations supplémentaires de soumission de rapports au niveau national pourraient s'avérer excessivement lourdes.

211. Des délégués ont décrit les mesures prises par leurs gouvernements pour lutter contre le fléau de la drogue. De telles actions comprenaient la création de conseils nationaux sur la toxicomanie, avec des programmes de prévention et de prise en charge, le renforcement des capacités des ressources humaines et de la coordination interinstitutionnelle, le renforcement des systèmes d'information pour la surveillance

épidémiologique, le développement de centres de réadaptation et la mise en place de systèmes de soins axés sur la guérison.

212. Le Dr Santos-Burgoa a déclaré que le Bureau pourrait produire les deux rapports demandés, mais a fait observer que le rapport sur la complémentarité entre l'OPS et la CICAD semblerait nécessiter une analyse organisationnelle de la façon de mener un travail conjoint à la lumière de la déclaration d'Antigua Guatemala. En ce qui concernait l'autre rapport, il a suggéré que l'accent soit mis sur les informations qui amélioreraient les données déjà disponibles dans une perspective de santé publique.

213. La Directrice a déclaré qu'elle avait pris note de l'enthousiasme des États Membres pour traiter des aspects de santé publique liés au problème de la drogue et que le Bureau fournirait les deux rapports demandés, dans le droit fil de ce que venait d'indiquer le Dr Santos Burgoa. La dépendance était un problème de santé dont la cause et les effets étaient multidimensionnels et la réponse de l'OPS se devait donc de présenter également des facettes multiples, ce qui supposerait une coordination interinstitutionnelle, avec une approche équilibrée sur le plan de l'offre et de la demande. Le travail réalisé par le Bureau à ce jour avait porté sur des modalités de haut niveau de définition d'une stratégie en conjonction avec la CICAD, mais moins sur les approches de coopération technique avec les États Membres. On en était maintenant au point où les priorités devaient être définies, non seulement pour ce qui était de l'éventail des questions structurelles devant être abordées, mais aussi de la profondeur de la coopération technique sur l'une quelconque des thématiques.

214. Le Conseil a pris note du rapport.

F. Plan régional sur la santé des travailleurs

215. Le Dr Víctor Raúl Cuba Oré (Représentant du Comité exécutif) a indiqué qu'au cours de la discussion par le Comité exécutif du rapport d'avancement, les délégués avaient remercié le Bureau pour son travail dans l'exécution du Plan régional et avaient mis en lumière l'impact des maladies professionnelles et des maladies non transmissibles en termes de statistiques sur la santé et de coût des soins de santé.

216. Le Conseil a appuyé la proposition figurant dans le rapport d'avancement d'élaborer un nouveau plan pour la période 2014-2019. Il a été suggéré que ce nouveau plan adopte une approche intersectorielle, créant une relation de travail entre les ministères de la santé et les ministères du travail et encourageant la participation d'organisations d'employeurs et de travailleurs. Il a également été suggéré que ce nouveau plan couvre les quatre mêmes domaines programmatiques que le plan existant, mais qu'il devrait en inclure un cinquième : amélioration dans la détection, le diagnostic et l'enregistrement des accidents du travail et des maladies professionnelles. Il a été noté qu'un travail fort utile avait déjà été accompli dans le cadre du Plan d'action mondial sur

la santé des travailleurs, et il a été suggéré qu'un nouveau plan de l'OPS adapte le plan mondial au contexte régional, s'appuyant sur les outils et documents existants et les adaptant si nécessaire pour aider les pays de la Région sur le plan de la planification et de la mise en œuvre. L'importance des échanges d'expériences et des pratiques exemplaires a également été mise en avant.

217. Le Dr Luiz Augusto Galvão (Responsable du Programme spécial sur le développement durable et l'équité dans la santé du BSP) a remercié le Conseil pour son soutien pour un nouveau plan. Le nouveau plan serait élaboré selon une approche participative, reflétant les contributions des États Membres. Il a souligné que le plan régional existant avait été élaboré avant le plan mondial et qu'il existait donc certaines différences entre les deux. L'élaboration d'un nouveau plan représenterait une occasion d'améliorer l'alignement et la complémentarité entre les activités réalisées à l'échelle mondiale et régionale.

218. Le Conseil a pris note du rapport.

G. Vers l'élimination de l'onchocercose (cécité des rivières) aux Amériques

219. Le Dr Víctor Raúl Cuba Oré (Représentant du Comité exécutif) a fait savoir qu'au cours de la discussion du Comité exécutif sur le rapport d'avancement, il avait été noté qu'aucun nouveau cas d'onchocercose n'avait été signalé dans la Région depuis 1995. Les États Membres ont été encouragés à mobiliser la volonté politique et les ressources nécessaires pour surmonter les obstacles qui subsistaient à l'élimination de la maladie parmi les populations à risque. À cette fin, un dialogue et une coordination au plus haut niveau avaient été jugés essentiels. Il a été recommandé que les enseignements tirés de l'effort d'élimination de l'onchocercose soient appliqués au contrôle et à l'élimination des autres maladies tropicales négligées.

220. Le Dr Marcos Espinal (Directeur du Département des maladies transmissibles et de l'analyse de la santé du BSP) a souligné que la Région en était à quelques années seulement de l'élimination de l'onchocercose et qu'avec une vigilance constante ce succès remarquable pourrait être obtenu.

221. La Directrice a invité les États Membres, ainsi que les partenaires externes, à unir leurs forces dans un dernier élan pour éliminer la maladie.

222. Le Conseil a pris note du rapport.

H. Plan d'action régional pour le renforcement du recueil des données d'état civil et de santé

223. Le Dr Víctor Raúl Cuba Oré (Représentant du Comité exécutif) a indiqué qu'au cours de la discussion par le Comité exécutif du rapport d'avancement, il a été

recommandé que la portée des efforts de l'OPS pour renforcer les statistiques de la santé et de l'état civil devrait être élargie afin d'englober la production et le suivi des données provenant des systèmes d'information de la santé plus largement, y compris les projections des besoins en ressources humaines et en financement des soins de santé, la production de données pour mesurer la qualité et l'efficacité de la prestation des soins de santé, et le suivi des progrès réalisés pour atteindre les objectifs de prévention et de contrôle des maladies. Il a également été recommandé que le plan d'action inclue des activités visant à établir et à renforcer des centres collaborateurs et de référence pour fournir une coopération technique sur le plan des classifications et codifications internationales liées à la santé. Le Bureau a été encouragé à promouvoir la coopération technique entre les pays dans ce domaine, ainsi que des audits de la mortalité comme moyen d'améliorer les informations statistiques.

224. Le Dr Marcos Espinal (Directeur du Département des maladies transmissibles et de l'analyse de la santé du BSP) a déclaré que le Bureau continuerait d'aider les pays à améliorer la collecte des statistiques de la santé et de l'état civil.

225. La Directrice a rappelé que, dans le cadre de la discussion du Plan stratégique 2014-2019 (voir les paragraphes 24 à 34 ci-dessus) les pays avaient exhorté le BSP à améliorer la collecte et l'analyse des données, en particulier en matière de surveillance et de suivi des indicateurs définis dans le Plan et a assuré le Conseil que le Bureau accorderait l'attention voulue à cette demande.

226. Le Conseil a pris note du rapport.

I. Situation des Centres panaméricains

227. Le Dr Víctor Raúl Cuba Oré (Représentant du Comité exécutif) a indiqué que, lorsque le Comité exécutif avait examiné le rapport d'avancement, il avait été noté que le Centre d'épidémiologie des Caraïbes et l'Institut des Caraïbes pour l'alimentation et la nutrition avaient récemment été fermés, et que certaines de leurs fonctions avaient été intégrées au sein de la nouvelle Agence de santé publique des Caraïbes (CARPHA). La Directrice avait souligné qu'il pourrait s'avérer nécessaire de revoir le travail effectué par les autres centres à la lumière des contraintes budgétaires actuelles.

228. La Directrice a déclaré que les centres panaméricains étaient un mécanisme qui avait été établi à un moment où les États Membres ne disposaient pas de certaines capacités au niveau national. Au fil du temps, à mesure que les États Membres avaient développé ces capacités, il leur avait été possible d'être appuyés par des organismes infrarégionaux à la place. Bien que l'OPS ait réduit le nombre de centres panaméricains, cela ne signifiait pas pour autant qu'elle avait cessé de fournir un certain niveau de coopération technique aux institutions infrarégionales. Par exemple, l'OPS travaillait activement et coopérait avec CARPHA et l'Institut de nutrition d'Amérique centrale et du

Panama (INCAP). Il était nécessaire de procéder à un examen continu de la pertinence des centres panaméricains et d'évaluer si les pays avaient la capacité de prendre en charge leurs activités au niveau national ou infrarégional.

229. Le Conseil a pris note du rapport.

Résolutions et autres actions d'organisations intergouvernementales revêtant un intérêt pour l'OPS : A) Soixante-sixième Assemblée mondiale de la Santé, B) organisations infrarégionales et C) Quarante-troisième session ordinaire de l'Assemblée générale de l'Organisation des États Américains (documents CD52/INF/5, A-C)

230. Le Dr Víctor Raúl Cuba Oré (Représentant du Comité exécutif) a expliqué que le Comité exécutif avait reçu un rapport sur les résolutions et autres actions de la 66^e Assemblée mondiale de la Santé et de divers organismes infrarégionaux revêtant un intérêt particulier pour les Organes directeurs de l'OPS (voir document CE152/FR, paragraphes 234 à 239). Il a été noté que la 66^e Assemblée mondiale de la Santé avait adopté une résolution et une décision sur le suivi du rapport du groupe de travail consultatif d'experts sur la recherche et le développement, qui demandait que des consultations régionales soient organisées en vue d'une réunion consultative technique devant être convoquée par le Directeur général de l'OMS avant la fin de 2013. Le rôle du Secrétariat du BSP dans la coordination du processus de consultation a été mis en exergue, et il a été souligné que les consultations devraient commencer dès que possible.

231. Le Président a ajouté que le rapport sur la 43^e session ordinaire de l'Assemblée générale de l'Organisation des États Américains n'avait pas été examiné par le Comité exécutif et a demandé au Dr Irene Klinger (Directrice du Département des Relations extérieures, des partenariats et des Organes directeurs du BSP) de fournir des informations à ce sujet.

232. Le Dr Klinger a déclaré que le document CD52/INF/5 énumérait les résolutions adoptées par l'Assemblée générale de l'Organisation des États Américains au cours de sa 43^e session ordinaire qui s'était tenue à Antigua, au Guatemala, en juin 2013. Cette Assemblée générale avait porté essentiellement sur une politique globale contre le problème mondial de la drogue dans les Amériques. Le Secrétaire général de l'OEA avait présenté un rapport intitulé « Le problème de la drogue dans les Amériques », qui avait été rédigé dans le cadre du mandat émanant du sixième Sommet des Amériques, qui s'était tenu à Cartagena (Colombie), en avril 2012. L'Assemblée générale avait adopté la déclaration d'Antigua Guatemala, qui était liée à la Stratégie et au Plan d'Action sur l'usage de substances psychoactives et la santé publique adoptés, respectivement, par le 50^e Conseil directeur de l'OPS en 2010 et le 51^e Conseil directeur de l'OPS en 2011 (voir les paragraphes 206 à 214 ci-dessus). Dans la Déclaration d'Antigua Guatemala, les ministres des Affaires étrangères des Amériques avaient déclaré, entre autres, « qu'il est

fondamental que les Amériques continuent d'avancer de manière coordonnée à la recherche de solutions effectives au problème mondial des drogues en suivant une approche intégrale, renforcée, équilibrée et multidisciplinaire, en respectant intégralement les droits de la personne et les libertés fondamentales, qui incorpore la santé publique, l'éducation et l'inclusion sociale conjointement avec des mesures de prévention pour s'attaquer à la criminalité transnationale organisée et le renforcement des institutions démocratiques ainsi que l'impulsion du développement local et national. »

233. Elle a noté qu'au cours du 52^e Conseil directeur, le Secrétaire général de l'OEA avait organisé une session d'information afin d'informer les ministres de la Santé de la situation actuelle en matière de drogues et des aspects de cette question qui seraient examinés lors de la session extraordinaire de l'Assemblée générale de l'OEA en 2014. Elle a ajouté que les autres résolutions de l'OEA considérées comme présentant un intérêt pour l'OPS comprenaient celles qui se rapportaient aux droits des groupes vulnérables, en particulier les populations autochtones, aux personnes handicapées, aux personnes d'ascendance africaine, aux personnes âgées et à l'égalité des femmes. L'Assemblée générale avait également adopté une résolution sur l'élimination des maladies négligées, qui renforçait la résolution adoptée sur cette question par le Conseil directeur en 2009.¹⁵

234. Le Délégué du Guatemala a explicité le contexte des discussions qui s'étaient tenues au cours de la 43^e session ordinaire de l'Assemblée générale de l'OEA, expliquant que son gouvernement avait soulevé la question des drogues pour la soumettre à l'examen de la session car il était profondément préoccupé par le problème mondial de la drogue et ses manifestations dans les Amériques. Il a noté que la Déclaration d'Antigua Guatemala prônait une approche globale et préventive qui reconnaissait l'usage de drogues comme un problème de santé publique et était axée sur la promotion du bien-être et de la prévention et du traitement de la toxicomanie. Il a invité les États à renforcer leurs systèmes de santé, notamment dans les domaines de la prévention, du traitement et de la réhabilitation, afin d'apporter une réponse plus adaptée au problème de la drogue dans les Amériques. Certes, la Déclaration ne stipulait pas que le secteur de la santé devait jouer le rôle de chef de file dans cette lutte, mais elle reconnaissait le rôle important du secteur pour réduire la demande et pour atténuer les dommages causés par les drogues. Elle soulignait également la nécessité d'une coopération bilatérale et multilatérale sur la question. Il était clair que l'OPS avait un rôle essentiel à jouer à cet égard.

235. Le Dr Klinger a déclaré que les réflexions du délégué du Guatemala étaient très pertinentes pour les travaux en cours dans le cadre du Plan d'action de l'OPS sur l'usage de substances psychoactives et la santé publique.

236. Le Conseil a pris note du rapport.

¹⁵ Résolution CD49.R18 (2009).

Questions diverses

237. Le Conseil a rendu hommage au Dr María Isabel Rodríguez, Ministre de la Santé d'El Salvador, pour sa longue et brillante carrière dans le domaine de la santé publique et pour sa contribution, en tant qu'ancienne coordonnatrice du programme de formation de l'OPS en santé internationale, à la formation des générations futures de professionnels de la santé publique.

238. Au cours de la semaine où se tenait le 52^e Conseil directeur, des manifestations parallèles ont été organisées sur le coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS-CoV) et la grippe A(H7N9), sur les mesures prises pour traiter des déterminants sociaux de la santé, sur la couverture sanitaire universelle et sur le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. En outre, Shelly Xie, étudiante en médecine et artiste, a démontré comment elle utilisait le sable dans l'art pour communiquer des messages de santé publique dans le cadre de l'initiative de l'Art pour la recherche de l'OPS. Une exposition photographique a également présenté le travail des artistes Theo Chalmers et Jane Dempster.

Clôture de la session

239. À la suite de l'échange habituel de politesses, le Vice-président, en l'absence du Président, a déclaré le 52^e Conseil directeur clos.

Résolutions et décisions

240. Les résolutions et décisions suivantes ont été adoptées par le 52^e Conseil directeur.

Résolutions

CD52.R1 : Rapport sur le recouvrement des contributions fixées

LE 52^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant examiné le rapport de la Directrice portant sur le recouvrement des contributions fixées (documents CD52/13 et addenda I), de même que les préoccupations exprimées par la 152^e session du Comité exécutif quant à la situation du recouvrement des contributions fixées ;

Notant qu'aucun État Membre n'a un arriéré tel qu'il tomberait sous le coup de l'article 6.B de la Constitution de l'Organisation panaméricaine de la Santé,

DÉCIDE :

1. De prendre acte du rapport de la Directrice portant sur le recouvrement des contributions fixées.
2. D'exprimer sa reconnaissance aux États Membres qui ont déjà effectué des paiements en 2013, et de recommander vivement à tous les États Membres qui ont des arriérés de paiement de s'acquitter promptement de leurs obligations financières envers.
3. De féliciter les États Membres qui se sont pleinement acquittés, jusqu'à la fin de 2013, de leurs obligations fixées.
4. De complimenter les États Membres qui ont effectué des paiements importants en vue de réduire leurs arriérés de contributions fixées relatifs aux années antérieures.
5. De demander à la Directrice :
 - a) de continuer à chercher des mécanismes qui accroîtront le taux de recouvrement des contributions fixées ;
 - b) d'informer le Comité exécutif de la façon dont les États Membres respectent leurs engagements quant au paiement des contributions fixées ;
 - c) de faire un rapport au 53^e Conseil directeur sur la situation du recouvrement des contributions fixées pour 2014 et pour les années antérieures.

(Deuxième réunion, le 30 septembre 2013)

CD52.R2 : Amendements au Règlement financier de l'Organisation panaméricaine de la Santé

LE 52^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant envisagé les amendements proposés au Règlement financier de l'Organisation panaméricaine de la Santé dans le document CD52/14 ;

Considérant que les amendements portés au Règlement financier reflètent les meilleures pratiques modernes de gestion qui augmentent l'efficacité et l'efficience de l'exécution du Programme et Budget, ainsi que les opérations administratives qui soutiennent les programmes techniques de l'OPS,

DÉCIDE :

D'approuver les amendements aux Articles III et IV du Règlement financier se rapportant au Programme et Budget et aux affectations du budget ordinaire, tel qu'indiqué en annexe, et de faire entrer en vigueur ces amendements au 1^{er} janvier 2014.

Annexe

**AMENDEMENTS AU RÈGLEMENT FINANCIER
DE L'ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ¹**

Nouveau texte
<i>Regulation III – The Program and Budget</i>
3.8 The Program and Budget shall consist of the Program and Budget as originally approved by the Conference or Directing Council and any supplemental proposals as well as Regular Budget appropriations which have been carried over from the previous budgetary period in accordance with Regulation IV.
<i>Regulation IV – Regular Budget Appropriations</i>
4.2 Regular Budget appropriations shall be available for making commitments in the budgetary period to which they relate for delivery of programmed goods and services in that same budgetary period. Exceptionally, Regular Budget appropriations may be made available in the first year of the subsequent budgetary period in order to support operational effectiveness for non-severable contractual agreements due to be delivered in the first quarter of the subsequent year. Exceptions may also be considered by the Director to carry over Regular Budget appropriations into a subsequent budgetary period for the delayed delivery of programmed goods and services due to unforeseen circumstances.
4.4 Any balance of the funded Regular Budget appropriations not committed by the end of the current budgetary period, or not authorized to be carried over into the subsequent budgetary period, shall be used to replenish the Working Capital Fund to its authorized level. Thereafter any balance will be transferred to surplus and made available for subsequent use in accordance with the resolutions adopted by the Conference or Directing Council.

(Deuxième réunion, le 30 septembre 2013)

CD52.R3 : Programme et budget de l'Organisation panaméricaine de la Santé 2014-2015

LE 52^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant examiné le Programme et budget de l'Organisation panaméricaine de la Santé 2014-2015 (Document officiel 346) ;

Ayant examiné le rapport du Comité exécutif (document CE152/FR) ;

¹ Le texte du Règlement financier n'existe qu'en anglais ou espagnol. Ci-joint le texte en anglais.

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

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

DÉCIDE :

1. D'approuver le programme de travail du BSP prévoyant une croissance nulle dans les contributions fixées nettes, comme le prévoit le Programme et budget 2014-2015 de l'OPS.
2. D'encourager tous les États Membres, les États participants et les Membres associés à verser des contributions volontaires entièrement souples, lesquelles seront gérées dans un fonds spécial, ce qui compensera la réduction du Budget Ordinaire (US\$ 6 millions¹) résultant de croissance nominale zéro, dont les ressources serviront à satisfaire les priorités établies dans le Programme et budget 2014-2015.
3. D'encourager les États Membres à continuer leur plaidoyer en faveur d'une part équitable des ressources de l'OMS et, en ce qui concerne l'OMS en particulier, de maintenir l'affectation des contributions fixées au moins au même niveau que celui de l'exercice biennal actuel (\$80,7 millions).
4. D'encourager les États Membres à effectuer des paiements au titre de leurs quotes-parts pour l'exercice 2013 ainsi que de leurs arriérés correspondant aux exercices 2011 et 2012, ainsi qu'à s'engager à effectuer des paiements opportuns pour l'exercice biennal 2014-2015.
5. D'affecter, pour l'exercice budgétaire 2014-2015, la somme de \$297.339.996 comme suit : *a*) \$279.100.000 pour les besoins du budget de fonctionnement effectif (catégories 1 à 6), ce qui représente croissance nominale zéro dans les contributions fixées pour les États Membres de l'OPS, les États participants et les Membres associés et d'imputer cette somme aux contributions fixées pour l'exercice 2012-2013 et *b*) \$18.239.996 à titre de virement au Fonds de péréquation des impôts (section 17) comme indiqué au tableau ci-après :

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

Catégorie et secteur de programme		Programmes de base
		Budget ordinaire
1. Maladies transmissibles		
1.1	VIH/sida et IST	6.061.000
1.2	Tuberculose	1.500.000
1.3	Paludisme et autres maladies à transmission vectorielle (dont la dengue et la maladie de Chagas)	1.500.000
1.4	Maladies négligées, tropicales et zoonotiques	6.983.000
1.5	Maladies à prévention vaccinale (dont le maintien de l'éradication de la polio)	5.100.000
Total partiel Catégorie 1		21.144.000
2. Maladies non transmissibles et facteurs de risque		
2.1	Maladies non transmissibles et facteurs de risque	12.320.000
2.2	Santé mentale et troubles liés à l'usage de substances psychoactives	2.344.000
2.3	Violence et traumatismes	1.500.000
2.4	Handicap et réadaptation	1.500.000
2.5	Nutrition	6.200.000
Total partiel Catégorie 2		23.864.000
3. Déterminants de la santé et promotion de la santé tout au long de la vie		
3.1	Santé des femmes, des mères, des nouveau-nés, des enfants, des adolescents et des adultes et santé sexuelle et santé génésique	13.680.000
3.2	Viellissement et santé	1.500.000
3.3	Genre, équité, droits de l'homme et origine ethnique	4.759.000
3.4	Déterminants sociaux de la santé	9.352.000
3.5	Santé et environnement	9.137.000
Total partiel Catégorie 3		38.428.000
4. Systèmes de santé		
4.1	Gouvernance et financement de la santé, politiques, stratégies et plans nationaux de la santé	7.700.000
4.2	Services de santé intégrés de qualité, axés sur les personnes	5.711.000
4.3	Accès aux produits médicaux et renforcement de la capacité réglementaire	8.305.000
4.4	Systèmes d'information de la santé et données probantes	17.418.000
4.5	Ressources humaines pour la santé	9.900.000
Total partiel Catégorie 4		49.034.000
5. Préparation, surveillance et intervention		
5.1	Capacités d'alerte et d'intervention (pour le RSI)	5.520.000
5.2	Maladies susceptibles de provoquer des épidémies et des pandémies	3.720.000
5.3	Gestion des risques et crises d'urgence	6.050.000
5.4	Salubrité des aliments	2.680.000
5.5	Intervention face aux flambées épidémique et aux crises	-
Total partiel Catégorie 5		17.970.000

Catégorie et secteur de programme		Programmes de base
		Budget ordinaire
Total partiel catégories 1 à 5		150.440.000
6. Services institutionnels/ fonctions essentielles		
6.1	Leadership et gouvernance	54.235.000
6.2	Transparence, responsabilisation et gestion des risques	2.790.000
6.3	Planification stratégique, coordination des ressources et présentation de rapports	21.960.000
6.4	Gestion et administration	39.602.000
	Projet spécial (PMIS)	-
6.5	Communication stratégique	10.073.000
Total partiel Catégorie 6		128.660.000
Budget de fonctionnement effectif (catégories 1 à 6)		279.100.000
Contributions du personnel (virement au Fonds de péréquation des impôts)		18.239.996
Total toutes sections		297.339.996

6. D'arrêter que les crédits ouverts seront financés à partir des sources ci-après :

a) Contributions fixées au regard des :

États Membres, États participants et Membres associés
imposés en fonction du barème adopté.....210.639.996

b) Recettes diverses.....6.000.000

c) Part AMRO (calcul fondé sur des affectations correspondant
à l'exercice 2012-2013)..... 80.700.000

TOTAL297.339.996

7. D'arrêter que, dans les contributions fixées établies au regard des États Membres, des États participants et des Membres associés, les sommes imposées seront défalquées de la somme versée à leur crédit dans le Fonds de péréquation des impôts, étant entendu toutefois que les crédits des États qui imposent les traitements versés par le BSP à leurs ressortissants et résidents seront défalqués des sommes correspondant à ces remboursements d'impôts effectués par le BSP.

8. D'arrêter que, conformément au Règlement financier de l'OPS, des sommes non supérieures aux crédits établis au paragraphe 5 seront disponibles aux fins d'acquittement

des obligations contractées du 1^{er} janvier 2014 au 31 décembre 2015 ; nonobstant la disposition figurant dans ce paragraphe, les obligations correspondant à l'exercice budgétaire 2014-2015 seront limitées au budget de fonctionnement effectif, c'est-à-dire, aux catégories 1 à 6 du tableau des ouvertures de crédits figurant au paragraphe 5.

9. D'arrêter que la Directrice sera habilitée à opérer des virements entre les sections des crédits inscrits au budget de fonctionnement effectif à concurrence de 10 % de la somme inscrite pour le secteur de programme à partir duquel le virement est effectué ; les virements excédant 10 % entre secteurs de programme peuvent être effectués avec l'assentiment du Comité exécutif, tous les virements devant être communiqués au Conseil directeur ou à la Conférence sanitaire panaméricaine.

10. Qu'une somme ne dépassant pas 5 % du budget affecté au niveau pays sera réservée à titre d' « allocation pays variable » comme le prévoit la politique budgétaire de l'OPS. Les dépenses au titre de l'allocation pays variable seront autorisées par la Directrice conformément aux critères approuvés durant la 2^e session du Sous-comité du Programme, du Budget et de l'Administration et présentés à la 142^e session du Comité exécutif comme établi dans le document CE142/8. Les dépenses effectuées à partir de l'allocation pays variable seront reflétées dans les catégories de crédits correspondantes (1 à 6) au moment de la rédaction du rapport.

11. Qu'une part additionnelle, correspondant à 5 % du budget affecté au niveau pays, sera réservée à titre de « composante fondée sur les résultats » comme le prévoit la politique budgétaire de l'OPS. L'allocation dans la composante fondée sur les résultats sera autorisée par la Directrice conformément aux critères établis dans la Politique budgétaire de l'OPS.

12. De calculer que le montant des dépenses dans le Programme et budget 2014-2015 sera financé par d'autres sources à hauteur de \$284.000.000 comme le prévoit le *Document officiel 346*.

(Quatrième réunion, le 1^{er} octobre 2013)

CD52.R4 : Contributions fixées des Etats Membres, des Etats participants et des Membres associés de l'Organisation panaméricaine de la Santé pour 2014-2015

LE 52^e CONSEIL DIRECTEUR,

Attendu que dans la résolution CD52.R3, le Conseil directeur a approuvé le Programme et le budget 2014-2015 de l'OPS (*Document officiel 346*) ;

Tenant compte du fait que d'après le Code sanitaire panaméricain, le barème des contributions fixées s'appliquant aux États Membres de l'Organisation panaméricaine de

la Santé sera basé sur le barème des contributions adopté par l'Organisation des États Américains pour ses membres, dont le cycle actuel s'étend jusqu'à l'année 2014, et que dans la résolution CD51.R11 (2011), le Conseil directeur a adopté ce barème des contributions pour les membres de l'OPS,

DÉCIDE :

D'établir les contributions fixées des États Membres, des États participants et des Membres associés de l'Organisation panaméricaine de la Santé pour la période comptable 2014-2015 conformément au barème des contributions exposé ci-dessous et selon les sommes correspondantes, lesquelles ne représentent aucune modification par rapport à la période biennale 2012-2013.

CONTRIBUTIONS DES ÉTATS MEMBRES, DES ÉTATS PARTICIPANTS ET DES MEMBRES ASSOCIÉS DE L'ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ POUR 2014-2015

Membres	Barème adapté aux membres de l'OPS		Contribution brute		Crédit provenant du Fonds de péréquation des impôts		Réajustements relatifs aux impôts prélevés par les États Membres sur les émoluments du personnel du BSP		Contribution nette	
	2014 %	2015 %	2014 \$ US	2015 \$ US	2014 \$ US	2015 \$ US	2014 \$ US	2015 \$ US	2014 \$ US	2015 \$ US
États Membres										
Antigua-et-Barbuda	0,022	0,022	23 170	23 170	2 006	2 006			21 164	21 164
Argentine	2,408	2,408	2 536 106	2 536 106	219 610	219 610			2 316 496	2 316 496
Bahamas	0,062	0,062	65 298	65 298	5 654	5 654			59 644	59 644
Barbade	0,045	0,045	47 394	47 394	4 104	4 104			43 290	43 290
Belize	0,022	0,022	23 170	23 170	2 006	2 006			21 164	21 164
Bolivie	0,049	0,049	51 607	51 607	4 469	4 469			47 138	47 138
Brésil	9,941	9,941	10 469 861	10 469 861	906 619	906 619			9 563 242	9 563 242
Canada	11,972	11,972	12 608 910	12 608 910	1 091 846	1 091 846	90 000	90 000	11 607 064	11 607 064
Chili	1,189	1,189	1 252 255	1 252 255	108 437	108 437			1 143 818	1 143 818
Colombie	1,049	1,049	1 104 807	1 104 807	95 669	95 669			1 009 138	1 009 138
Costa Rica	0,221	0,221	232 757	232 757	20 155	20 155			212 602	212 602
Cuba	0,183	0,183	192 736	192 736	16 690	16 690			176 046	176 046
Dominique	0,022	0,022	23 170	23 170	2 006	2 006			21 164	21 164
El Salvador	0,114	0,114	120 065	120 065	10 397	10 397			109 668	109 668
Équateur	0,258	0,258	271 726	271 726	23 530	23 530			248 196	248 196
États-Unis	59,445	59,445	62 607 474	62 607 474	5 421 384	5 421 384	9 300 000	9 300 000	66 486 090	66 486 090

Membres	Barème adapté aux membres de l'OPS		Contribution brute		Crédit provenant du Fonds de péréquation des impôts		Réajustements relatifs aux impôts prélevés par les États Membres sur les émoluments du personnel du BSP		Contribution nette	
	2014 %	2015 %	2014 \$ US	2015 \$ US	2014 \$ US	2015 \$ US	2014 \$ US	2015 \$ US	2014 \$ US	2015 \$ US
Grenade	0,022	0,022	23 170	23 170	2 006	2 006			21 164	21 164
Guatemala	0,168	0,168	176 938	176 938	15 322	15 322			161 616	161 616
Guyana	0,022	0,022	23 170	23 170	2 006	2 006			21 164	21 164
Haïti	0,034	0,034	35 809	35 809	3 101	3 101			32 708	32 708
Honduras	0,051	0,051	53 713	53 713	4 651	4 651			49 062	49 062
Jamaïque	0,093	0,093	97 948	97 948	8 482	8 482			89 466	89 466
Mexique	8,281	8,281	8 721 549	8 721 549	755 227	755 227			7 966 322	7 966 322
Nicaragua	0,034	0,034	35 809	35 809	3 101	3 101			32 708	32 708
Panama	0,158	0,158	166 406	166 406	14 410	14 410			151 996	151 996
Paraguay	0,093	0,093	97 948	97 948	8 482	8 482			89 466	89 466
Pérou	0,688	0,688	724 602	724 602	62 746	62 746			661 856	661 856
République dominicaine	0,257	0,257	270 672	270 672	23 438	23 438			247 234	247 234
Sainte-Lucie	0,022	0,022	23 170	23 170	2 006	2 006			21 164	21 164
Saint-Kitts-et-Nevis	0,022	0,022	23 170	23 170	2 006	2 006			21 164	21 164
Saint-Vincent-et-les-Grenadines	0,022	0,022	23 170	23 170	2 006	2 006			21 164	21 164
Suriname	0,034	0,034	35 809	35 809	3 101	3 101			32 708	32 708
Trinité-et-Tobago	0,180	0,180	189 576	189 576	16 416	16 416			173 160	173 160
Uruguay	0,214	0,214	225 385	225 385	19 517	19 517			205 868	205 868
Venezuela	2,186	2,186	2 302 295	2 302 295	199 363	199 363	30 000	30 000	2 132 932	2 132 932
Total partiel	99,583	99,583	104 880 815	104 880 815	9 081 969	9 081 969	9 420 000	9 420 000	105 218 846	105 218 846
États participants										
France	0,219	0,219	230 651	230 651	19 973	19 973			210 678	210 678
Pays-Bas	0,017	0,017	17 904	17 904	1 550	1 550			16 354	16 354
Royaume-Uni	0,046	0,046	48 447	48 447	4 195	4 195			44 252	44 252
Total partiel	0,282	0,282	297 002	297 002	25 718	25 718			271 284	271 284
Membres associés										
Aruba	0,017	0,017	17 904	17 904	1 550	1 550			16 354	16 354
Curaçao	0,017	0,017	17 904	17 904	1 550	1 550			16 354	16 354
Porto Rico	0,084	0,084	88 469	88 469	7 661	7 661			80 808	80 808

Membres	Barème adapté aux membres de l'OPS		Contribution brute		Crédit provenant du Fonds de péréquation des impôts		Réajustements relatifs aux impôts prélevés par les États Membres sur les émoluments du personnel du BSP		Contribution nette	
	2014 %	2015 %	2014 \$ US	2015 \$ US	2014 \$ US	2015 \$ US	2014 \$ US	2015 \$ US	2014 \$ US	2015 \$ US
Sint-Maartin	0,017	0,017	17 904	17 904	1 550	1 550			16 354	16 354
Total partiel	0,135	0,135	142 181	142 181	12 311	12 311			129 870	129 870
TOTAL	100	100	105 319 998	105 319 998	9 119 998	9 119 998	9 420 000	9 420 000	105 620 000	105 620 000

(Quatrième réunion, le 1^{er} octobre 2013)

CD52.R5 : Principes du Fonds renouvelable pour l'achat de vaccins de l'Organisation panaméricaine de la Santé

LE 52^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant examiné le document conceptuel *Les principes du Fonds renouvelable pour l'achat de vaccins de l'Organisation panaméricaine de la Santé* (document CD52/17) et considérant les contributions importantes du Fonds renouvelable pour l'achat de vaccins de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) pour les États Membres en matière de vaccination ;

Tenant compte du fait que la majeure partie des États Membres ont déterminé que la vaccination est un bien public qui a contribué de manière essentielle à la réduction de la mortalité infantile, qui a permis d'atteindre l'éradication de la poliomyélite et l'élimination de la rougeole, de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale ; et tenant compte des progrès en matière de contrôle épidémiologique concernant d'autres maladies évitables par la vaccination dans la Région ;

Considérant que le Fonds renouvelable a joué un rôle décisif en ce qui concerne l'accès opportun et équitable à des vaccins de qualité par les États Membres, la viabilité financière des programmes de vaccination et l'introduction de vaccins nouveaux ;

Reconnaissant l'importance de maintenir la participation active des États Membres en conformité avec les principes de solidarité et de panaméricanisme pour renforcer les économies d'échelle et leurs avantages ;

Tenant compte de la répercussion des prix actuels des vaccins sur la viabilité financière et sur les progrès dans l'introduction des nouveaux vaccins ;

Considérant que le contexte mondial présente des défis au Fonds renouvelable, y compris les divers mécanismes de financement international et les nouveaux vaccins,

DÉCIDE :

1. De prier instamment les États Membres :
 - a) d'appuyer le Fonds renouvelable pour l'achat de vaccins de l'OPS, en tant que mécanisme stratégique de coopération technique qui facilite l'accès opportun et équitable aux vaccins et fournitures connexes pour les programmes nationaux de vaccination de la Région des Amériques ;
 - b) de ratifier les principes, les termes et conditions et les procédures du Fonds renouvelable au bénéfice de la santé de la Région des Amériques ;
 - c) de promouvoir la solidarité et le panaméricanisme dans la participation au Fonds renouvelable et d'acheter les vaccins par le biais de ce mécanisme de coopération technique.
2. De demander à la Directrice :
 - a) d'assurer que le Fonds renouvelable soit administré en respectant et en se conformant, sans exception, à ses principes, ses objectifs et ses termes et conditions étant donné que ces derniers ont contribué à la réussite et aux progrès des programmes nationaux de vaccination de la Région ;
 - b) de maintenir le dialogue avec les représentants des initiatives et des mécanismes de financement international dans le but d'obtenir un approvisionnement suffisant de vaccins pour satisfaire les besoins mondiaux des populations destinataires tout en sauvegardant l'accès des États Membres de l'OPS aux prix les plus bas ;
 - c) d'examiner les exceptions qui dans le passé ont été faites aux principes, aux termes et conditions et aux procédures du Fonds renouvelable pour déterminer la validité de ces exceptions, selon qu'il conviendra.

(Quatrième réunion, le 1er octobre 2013)

CD52.R6 : *Lutter contre les causes des disparité en matière d'accès et de recours aux services de santé par les personnes lesbiennes, gay, bisexuelles et trans*

LE 52^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant examiné le document de réflexion conceptuelle *Lutter contre les causes des disparités en matière d'accès et de recours aux services de santé par les personnes lesbiennes, gay, bisexuelles et trans* (document CD52/18), et acceptant que pour parvenir à l'accès universel, il faut lutter contre les obstacles politiques, socioculturels et historiques qui s'opposent à l'administration de soins aux membres des populations victimes de stigmatisation, de discrimination et de marginalisation, dont les personnes LGBT ;

Rappelant les résolutions WHA62.12 et WHA62.14 de l'Assemblée mondiale de la Santé comme des exemples de l'engagement de la communauté internationale en faveur du soutien aux valeurs et principes des soins de santé primaires, dont l'équité, la solidarité, la justice sociale, l'accès universel aux services, l'action multisectorielle, la décentralisation et la participation de la communauté en tant que fondement de la consolidation des systèmes de santé ;

Conscient de la résolution CSP27.R10 (2007) de la Conférence sanitaire panaméricaine, intitulée *Politique et stratégie régionale pour assurer la qualité de soins de santé, y compris la sécurité des patients*, ainsi que les résolutions du Conseil directeur sur l'*Intensification du traitement dans le cadre d'une réponse intégrée au VIH/sida* (CD45.R10 [2004]), le *Plan d'action pour la mise en œuvre de la politique sur l'égalité des sexes* (CD49.R12 [2009]), le *Plan d'action sur la santé des adolescents et des jeunes* (CD49.R14 [2009]) et *La santé et les droits de l'homme* (CD50.R8 [2010]) ;

Conscient que la Conférence sanitaire panaméricaine a déterminé que la qualité des soins dans les services de santé se mesure également par un accès limité, est marquée par des obstacles de nature administrative, géographique, économique, culturelle et sociale, ainsi que par une indifférence à l'égard de l'intégration d'une perspective de la parité hommes-femmes dans la fourniture de services de santé dans le contexte de la *Politique et stratégie régionale pour assurer la qualité de soins de santé, y compris la sécurité des patients* (document CSP27/16 [2007]) ;

Alarmé par les tendances à la violence contre des personnes LGBT et à la persécution dont elles font l'objet, et notant que la violence contre les personnes LGBT, en particulier la violence sexuelle, constitue un indicateur crucial de marginalisation, d'inégalité, d'exclusion et de discrimination ;

Reconnaissant que la stigmatisation et la discrimination à l'égard des personnes LGBT les empêchent souvent d'accéder à des soins de santé nécessaires, dont les services de santé mentale ainsi qu'à une vaste gamme de services, et que ce facteur et d'autres éléments d'exclusion sociale et culturelle aboutissent à l'injustice et à des inégalités sur le plan sanitaire ainsi qu'à une vulnérabilité accrue à des résultats sanitaires néfastes ;

Accordant la plus grande importance à l'élimination des inégalités sur le plan sanitaire, dont celles associées à l'expression de genre et de l'identité de genre ;

Préoccupé par le fait qu'un manquement à cibler et fournir des services de santé accessibles aux populations qui en ont besoin affaiblit l'efficacité des systèmes de santé ;

Réaffirmant que l'accès universel aux soins constitue un élément clé de services sanitaires nationaux robustes, et que les soins universels devraient impulser l'efficacité et l'égalité dans l'accès universel aux services de santé ainsi qu'à une protection sociale et financière libre de toute discrimination ;

Reconnaissant la fonction primordiale de la société civile, dont les organisations confessionnelles, dans la promotion de l'accès aux services de santé pour tous,

DÉCIDE :

1. De prier instamment les États Membres :
 - a) d'œuvrer pour promouvoir la prestation de services de santé pour tous assortie du plein respect envers la dignité humaine et les droits de santé selon l'ampleur du cadre juridique de chaque État Membre, en tenant compte de la diversité de l'expression de genre et de l'identité de genre ;
 - b) d'accorder la priorité à la promotion de l'accès aux services dans des conditions d'égalité dans les politiques, plans et lois et d'envisager l'élaboration et le renforcement de politiques de protection sociale universelles et complètes, dont la promotion de la santé, la prévention des maladies et les soins de santé, et à la promotion de la disponibilité et de l'accessibilité des biens et services qui sont essentiels pour la santé et le bien-être, en tenant compte de la stigmatisation, de la discrimination et de la persécution dont font l'objet les personnes appartenant à la communauté LGBT ;
 - c) de collecter des données sur l'accès aux soins de santé et aux établissements de santé par les personnes LGBT, en tenant compte du droit à la confidentialité concernant toutes les données personnelles liées à la santé, dans le but de renforcer les fonctions de planification, de prestation et de suivi des soins et des services de santé, ainsi que les politiques, programmes, lois et interventions en matière de santé pour les personnes LGBT.

2. De demander à la Directrice d'élaborer un rapport, dans les limites des ressources actuelles, sur la situation des personnes LGBT sur le plan de la santé et de l'accès aux soins, les obstacles auxquels ces personnes peuvent se heurter en matière d'accès aux services de santé ainsi que sur les incidences d'un accès réduit pour ce groupe démographique, en consultation avec les États Membres et les acteurs concernés.

(Quatrième réunion, le 1er octobre 2013)

CD52.R7 : Élection de trois États Membres au Comité Exécutif au terme des mandats des États-Unis d'Amérique, la Grenade, et le Pérou

LE 52^e 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 Bahamas, le Costa Rica et l'Équateur ont été élus pour faire partie du Comité exécutif au terme des mandats des États-Unis d'Amérique, la Grenade, et le Pérou,

DÉCIDE :

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

(Cinquième réunion, le 2 octobre 2013)

CD52.R8 : Plan stratégique de l'Organisation panaméricaine de la Santé 2014-2019

LE 52^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant considéré le *Plan stratégique de l'Organisation panaméricaine de la Santé 2014-2019* présenté par la Directrice (*Document officiel 345*) ;

Notant que le Plan stratégique offre un cadre souple, qui s'étend sur plusieurs exercices biennaux et oriente et assure la continuité dans l'élaboration des programmes et des budgets ainsi que des plans opérationnels sur une période de trois exercices biennaux, et que le Plan stratégique correspond aux dispositions du Programme d'action sanitaire pour les Amériques, aux mandats établis à l'échelle régionale, aux priorités collectives des États Membres ainsi qu'au douzième programme général de travail de l'Organisation mondiale de la Santé ;

Saluant la vision stratégique du plan, dont le thème central est « Défense de la santé : développement durable et équité », lequel est axé sur la réduction des iniquités dans la Région en matière de santé à l'intérieur des pays et territoires ainsi qu'entre ceux-ci au moyen d'un examen des déterminants sociaux de la santé et de l'universalisation progressive de la couverture sanitaire ;

Reconnaissant le processus participatif présidant à l'élaboration du Plan stratégique par l'intermédiaire du Groupe consultatif des pays (GCP) ainsi que les consultations nationales effectuées par les États Membres en collaboration avec le Bureau sanitaire panaméricain (BSP) ;

Reconnaissant que le Plan stratégique représente un ensemble de résultats complets et collectifs que l'Organisation panaméricaine de la Santé (États Membres et BSP) s'est donné comme objectif et que, à l'avenir, la communication de résultats ayant trait à la mise en œuvre du Plan stratégique constituera la principale modalité de responsabilisation programmatique pour le BSP et les États Membres ;

Saluant les avancées réalisées au titre de la transparence et de la planification axée sur les résultats, représentées dans ce Plan stratégique ;

Reconnaissant la nécessité, pour le BSP, de canaliser ses efforts et ses ressources au profit des priorités collectives régionales en matière de santé pour contribuer à ce que tous les peuples de la Région parviennent à un état de santé optimal ;

Reconnaissant les défis posés par la définition de mesures normalisées et complètes visant le suivi et l'évaluation appropriés de la mise en œuvre du Plan stratégique, avec la contribution de tous les États Membres, ainsi que les possibilités offertes en matière d'améliorations futures ;

Reconnaissant les progrès réalisés dans la définition d'une démarche normalisée et systématique aux fins de stratification des priorités programmatiques, tout en reconnaissant les limitations inhérentes aux méthodologies actuelles par rapport au contexte de l'Organisation et à son Plan stratégique,

DÉCIDE :

1. D'approuver le Plan stratégique de l'Organisation panaméricaine de la Santé 2014-2019.
2. De remercier les membres du GCP pour leur engagement et leurs contributions techniques et stratégiques à l'appui de l'élaboration du Plan stratégique, et de remercier la Directrice pour avoir fait en sorte que le BSP, à tous les niveaux, soutienne le GCP ainsi que pour la méthode participative employée dans cet important processus.
3. Compte tenu des priorités des pays et de la conjoncture y prévalant, d'encourager les États Membres à déterminer les mesures à prendre et les ressources nécessaires afin d'atteindre les cibles établies dans le Plan stratégique.
4. D'inviter les organisations concernées du système des Nations Unies et du système interaméricain, les partenaires internationaux de l'aide au développement, les institutions financières internationales, les organisations non gouvernementales et le secteur privé ainsi que d'autres entités à envisager d'appuyer la concrétisation des résultats prévus dans le Plan stratégique.
5. De revoir l'évaluation à mi-parcours du Plan stratégique pour réviser ce dernier, y compris ses indicateurs et cibles, selon que de besoin.
6. De demander au Comité exécutif d'établir un groupe de travail formé par des représentants des États Membres qui continuera à travailler sur les définitions et les mesures définitives des indicateurs de résultats immédiats et intermédiaires ; de fournir des services consultatifs portant sur un système efficace de suivi et d'évaluation afférent au Plan stratégique de l'OPS ; et de présenter les résultats du processus de validation des indicateurs au Comité exécutif et au Conseil directeur en 2014 aux fins d'approbation des valeurs de base et des cibles révisées.
7. De demander à la Directrice :
 - a) d'utiliser le Plan stratégique afin d'établir une orientation stratégique pour l'Organisation durant la période 2014-2019 de sorte à faire progresser le programme d'action sanitaire pour les Amériques, ainsi que le programme mondial de santé contenu dans le douzième programme général de travail de l'Organisation mondiale de la Santé ;
 - b) d'utiliser le Plan stratégique en tant que cadre principal de coordination et de mobilisation des ressources ;
 - c) d'établir un système de suivi et d'évaluation marqué par la globalité et la responsabilisation, qui bénéficiera de la contribution des États Membres et aura

- pour objet de rendre compte de la mise en œuvre du Plan stratégique au moyen de l'exploitation et de l'expansion, si nécessaire, des systèmes d'information actuels de l'Organisation ;
- d) d'achever le recueil des indicateurs, lequel comprend des définitions normalisées et des critères de mesure pour tous les indicateurs, comme le recommande le GCP et de conduire un processus de validation des valeurs de base et des cibles du Plan stratégique, ceci en consultation avec les États Membres durant le processus de planification opérationnelle correspondant à l'exercice biennal 2014-2015 ;
 - e) de revoir la méthodologie de la stratification des priorités programmatiques avec les États Membres de sorte à améliorer cette méthodologie et appliquer tous résultats révisés aux programmes et budgets futurs ;
 - f) de faire rapport sur la mise en œuvre du Plan stratégique au moyen de rapports biennaux d'évaluation des résultats ;
 - g) d'effectuer une évaluation à mi-parcours et une évaluation au terme du Plan stratégique ;
 - h) de recommander au Conseil directeur d'opérer, par l'intermédiaire du Comité exécutif et en sus des projets de budget et programme biennal 2016-2017 et 2018-2019, les révisions jugées nécessaires au titre du Plan stratégique.

(Sixième réunion, le 2 octobre 2013)

CD52.R9 : Plan d'action pour la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles

LE 52^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant examiné le Plan d'action pour la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles (document CD52/7, Rév. 1) ;

Rappelant la Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et maîtrise des maladies non transmissibles, dans laquelle il est reconnu que la charge et la menace mondiales des maladies non transmissibles constituent un de principaux obstacles au développement au vingt-et-unième siècle ;

Considérant la *Stratégie de l'OPS pour la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles* (document CSP28/9, Rév. 1 [2012]), qui fournit un cadre global d'action sur les maladies non transmissibles (MNT) dans la Région pour la période 2012-2025, le consensus sur le Cadre mondial de suivi de l'Organisation mondiale de la Santé, qui comprend neuf cibles volontaires et 25 indicateurs, dont une cible mondiale de 25% de réduction de la mortalité précoce par les MNT en 2025, ainsi que le plan d'action 2013-2020 de la stratégie mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles de l'OMS, qui propose des actions pour le Secrétariat, les États Membres et les partenaires ;

Reconnaissant que la morbidité et la mortalité des MNT imposent des fardeaux sociaux et économiques considérables, en particulier du fait que plus d'un tiers des décès par les MNT sont des décès prématurés et que ces fardeaux constituent une menace pour le développement régional et national ;

Reconnaissant que les déterminants sociaux de la santé sont les principaux moteurs de l'épidémie des MNT et débouchent sur le fardeau disproportionné des MNT sur les populations socialement et économiquement vulnérables, ce qui demande des actions multisectorielles¹ urgentes pour la prévention et la lutte contre les MNT ;

Reconnaissant que des interventions effectives, fondées sur les données factuelles et efficaces par rapport au coût sont disponibles pour la prévention et la lutte contre les MNT, y compris les interventions de politique publique et de renforcement des services de santé fondés sur les soins de santé primaires, et des *interventions* pour la mise à disposition de médicaments essentiels et de technologies ;

Reconnaissant qu'il existe des inégalités importantes dans l'accès à la prévention et aux services de traitement des MNT entre les pays et à l'intérieur des pays de la Région et que ces inégalités ont des implications pour le développement ;

Reconnaissant le besoin de coordination régionale et de leadership dans la promotion et le suivi de l'action régionale contre les MNT et engageant tous les secteurs, selon le cas, au niveau gouvernemental et au niveau d'une vaste série d'acteurs non gouvernementaux, à l'appui des efforts nationaux pour réduire le fardeau des MNT et l'exposition aux facteurs de risque,

¹ Les approches multisectorielles de la santé incluent celles « de l'ensemble des acteurs publics » et « du corps social ». Au niveau du gouvernement, cette action inclut, selon le cas, la santé dans toutes les politiques et les approches de tous les niveaux de gouvernement parmi des secteurs tels que la santé, l'éducation, l'énergie, l'agriculture, les sports, le transport, la communication, l'aménagement urbain, l'environnement, le travail, l'emploi, l'industrie et le commerce, les finances et le développement économique et social. Les approches de l'ensemble de la société incluent les parties prenantes pertinentes dont les personnes, les familles et les communautés, les organisations intergouvernementales et les institutions religieuses, la société civile, les universités, les médias, les associations volontaires et au besoin, le secteur privé et l'industrie.

DÉCIDE :

1. D'approuver le *Plan d'action pour la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles* pour 2013-2019.
2. De prier instamment les États Membres, selon le contexte :
 - a) d'accorder la priorité aux MNT dans les programmes nationaux de santé et de développement infrarégional et d'engager des efforts de plaidoyer aux plus hauts niveaux en faveur d'une mise en œuvre durable d'interventions efficaces, fondées sur des données factuelles et efficaces par rapport au coût pour prévenir et lutter contre les MNT ;
 - b) d'appliquer au niveau national et infrarégional des politiques, des programmes et des services alignés sur le Plan d'action régional sur les MNT et appropriés au contexte et aux circonstances dans chaque État Membre et chaque sous-région ;
 - c) de promouvoir le dialogue et la coordination entre ministères et autres institutions publiques et académiques et les bureaux des Nations Unies dans les pays, et avec le secteur public et le secteur privé et la société civile, dans le but d'une application intégrée d'interventions efficaces de prévention des MNT qui tiennent compte des déterminants sociaux de la santé ;
 - d) de formuler et de promouvoir des politiques, des encadrements et des actions multisectorielles, ainsi que des plans nationaux de santé qui protègent et favorisent la santé de populations entières en réduisant l'exposition aux facteurs de risque des MNT et en augmentant l'exposition aux facteurs de protection, en particulier pour les personnes vivant dans des situations vulnérables ;
 - e) de renforcer et de maintenir la capacité de la santé publique en vue d'une planification, mise en œuvre et gestion efficiente des programmes, reconnaissant que la prévention et la lutte efficaces contre les MNT exigent un mélange de politiques visant l'ensemble de la population et des interventions individuelles, avec un accès équitable tout au cours de la vie à la prévention, le traitement et les soins de fin de vie de bonne qualité par le biais de la protection sociale en santé, qui mettent l'accent sur les soins de santé primaires ;
 - f) de soutenir la recherche et la mise en œuvre durable de systèmes de surveillance pour recueillir les données sur les MNT et les facteurs de risque ainsi que l'information sur les déterminants socioéconomiques de la santé pour constituer la base de connaissances sur les politiques et interventions efficaces par rapport au coût et équitables afin de prévenir et de lutter contre les MNT.

3. De demander à la Directrice :
- a) de diriger une réponse régionale aux MNT en rassemblant les États Membres, d'autres organismes des Nations Unies, des institutions scientifiques et techniques, des organisations non gouvernementales, la société civile organisée, le secteur privé et d'autres pour faire progresser l'action multisectorielle et les partenariats de collaboration dans le but d'appliquer le *Plan d'action pour la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles*, tout en sauvegardant l'OPS et les politiques de santé publique de l'influence induite de toute forme de conflits d'intérêt réels, perçus ou potentiels d'une façon qui complète le mécanisme de coordination mondiale de l'OMS ;
 - b) de soutenir les réseaux régionaux existants tels que CARMEN, les alliances stratégiques telles que le Forum d'action panaméricain sur les MNT, les entités infrarégionales de MNT et les États Membres afin de promouvoir et renforcer la réponse de l'ensemble de la société et de tous les niveaux de gouvernement ; et de faciliter le dialogue entre les pays et le partage des expériences et des leçons concernant les expériences novatrices et réussies dans les politiques, programmes et services des MNT ;
 - c) de soutenir les États Membres dans leurs efforts pour renforcer les systèmes d'information en santé afin de faire le suivi des MNT et les facteurs de risque, les indicateurs socioéconomiques pertinents et l'impact des interventions en santé publique ;
 - d) de soutenir la poursuite des stratégies régionales de lutte contre des MNT spécifiques et leurs facteurs de risque qui orientent la Stratégie régionale et le Plan d'action pour les MNT, y compris le développement ou l'adaptation de directives et d'outils techniques concernant des MNT spécifiques et leurs facteurs de risque afin de faciliter l'application du Plan d'action ;
 - e) de faire le suivi et de soumettre un rapport de situation au Conseil directeur de l'OPS sur la mise en œuvre du *Plan d'action pour la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles* pour 2013-2019, à mi-parcours et à la fin de la période de mise en œuvre.

(Septième réunion, le 3 octobre 2013)

CD52.R10 : L'insuffisance rénale chronique dans les communautés agricoles en Amérique centrale

LE 52^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant examiné le document conceptuel *L'insuffisance rénale chronique dans les communautés agricoles en Amérique centrale* (document CD52/8) ;

Rappelant l'importance que les États Membres accordent à l'objectif consistant à atteindre la couverture universelle en santé et l'accès équitable aux services de santé ;

Conscient de la Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles (A/66/L.1) ;

Reconnaissant la charge démesurée de l'insuffisance rénale chronique dans les communautés agricoles en Amérique centrale et le besoin urgent d'une recherche plus poussée pour soutenir une réponse fondée sur les données probantes ;

Tenant compte de la Déclaration de San Salvador qui reconnaît l'insuffisance rénale chronique comme un problème grave de santé publique qui exige une action urgente ;

Conscient de l'obligation des États Membres d'apporter une réponse intégrale, intégrée et solidaire aux problèmes de santé de leurs populations,

DÉCIDE :

1. De prendre note du document conceptuel *L'insuffisance rénale chronique dans les communautés agricoles en Amérique centrale*.
2. De prier instamment les États Membres, comme il convient :
 - a) de soutenir la Déclaration de San Salvador qui reconnaît l'insuffisance rénale chronique due à des causes non traditionnelles en Amérique centrale comme un grave problème de santé publique ;
 - b) de promouvoir l'élaboration et la mise en œuvre de programmes de recherche nationaux et régionaux pour l'insuffisance rénale chronique qui permettent de combler les lacunes dans les connaissances ;
 - c) de promouvoir des alliances avec d'autres secteurs du gouvernement, des organismes de développement, la société civile, les communautés affectées, les

- universités, les entreprises privées et d'autres parties concernées pour coordonner les efforts, mobiliser les ressources, établir des plans aux niveaux régional, national et infranational, et promouvoir des politiques publiques, des programmes et actions soutenables fondés sur des données factuelles pour atténuer avec urgence les conséquences sanitaires, sociales et économiques dérivées de cette maladie ;
- d) de renforcer la surveillance de l'insuffisance rénale chronique, en mettant l'accent sur les populations et les communautés à risque ;
 - e) de renforcer leurs capacités en matière de santé environnementale et de santé au travail, ainsi que des interventions de prévention, y compris de l'éducation sanitaire, en tenant compte des encadrements réglementaires et des engagements et normes internationaux ;
 - f) de renforcer les services de soins de santé afin d'améliorer la qualité et la sécurité des soins aux patients, la disponibilité des ressources humaines, des médicaments et des technologies sanitaires, et le financement des prestations fondées sur des données factuelles.
3. De demander à la Directrice :
- a) de poursuivre le plaidoyer pour une mobilisation effective des ressources et d'encourager un rôle actif des États Membres dans l'application de cette résolution ;
 - b) de fournir de l'appui technique aux États Membres pour renforcer les systèmes de surveillance et de faciliter les progrès des priorités de la recherche sur l'insuffisance rénale chronique ;
 - c) de promouvoir le renforcement des capacités des pays en matière de santé environnementale et de santé au travail, ainsi que les interventions de prévention, en tenant compte des cadres réglementaires et des compromis et normes internationaux ;
 - d) d'appuyer les pays en ce qui concerne l'abord intégral de l'insuffisance rénale chronique sur la base des données factuelles, y compris la gestion des ressources humaines et les mécanismes d'acquisition de médicaments et autres intrants essentiels de santé publique comme le Fonds stratégique de l'OPS, afin d'accroître la couverture, l'accès et la qualité des soins ;

- e) de continuer à alerter les pays sur le risque intensifié des maladies rénales chroniques dans les populations et les communautés à risque ;
- f) de présenter tous les deux ans aux Organes directeurs un rapport de l'état d'avancement de l'exécution de cette résolution.

(Huitième réunion, le 3 octobre 2013)

CD52.R11 : Protection sociale en matière de santé

LE 52^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant examiné le document conceptuel *Protection sociale en matière de santé* (document CD52/5) ;

Considérant la résolution CSP26.R19 (2002), qui appuie l'élargissement de la protection sociale en tant que ligne de travail dans le cadre des activités de coopération technique de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) ;

Tenant en compte que lors de sa soixante-septième période de sessions l'Assemblée générale des Nations Unies a reconnu que les améliorations de la protection sociale en faveur de la couverture universelle constituent un investissement dans les personnes à qui elle donne les moyens de s'ajuster aux changements dans l'économie et dans le marché du travail ;

Conscient du cadre du réseau interaméricain de protection sociale envers lequel les dirigeants et chefs d'état se sont engagés dans le cinquième Sommet des Amériques afin d'alléger la pauvreté et de réduire les inégalités en échangeant les bonnes pratiques de la protection sociale, et en facilitant la coopération en matière d'assistance technique, et du groupe de travail conjoint des Sommets, duquel l'OPS est membre, et qui soutient l'exécution dudit cadre, ainsi que de l'Initiative pour un socle de protection social des Nations Unies approuvée en 2009 par le Conseil des chefs de secrétariat des organisations des Nations Unies, et la recommandation sur les Socles de Protection sociale approuvée par l'Organisation internationale du Travail en 2012 ;

Reconnaissant que les pays de la Région ont fait des progrès importants dans les processus de réforme de leurs systèmes de santé (bien qu'il subsiste des défis importants tels que la poursuite du renforcement de la qualité des services de santé pour tous) et dans la lutte contre leur segmentation et fragmentation, qui engendrent de l'inégalité ;

Conscient du besoin de donner une continuité à la formulation de politiques et de programmes axés sur la construction de systèmes de santé plus intégrés, équitables et solidaires qui appuient le droit à jouir du niveau de santé le plus élevé possible ;

Considérant que d'un point de vue stratégique, la protection sociale en matière de santé est mise en pratique par le biais des soins primaires de santé, sur la base de ses trois valeurs nucléaires, à savoir l'équité, la solidarité et le droit à jouir du niveau de santé le plus élevé possible, et la conformité à ses principes,

DÉCIDE :

1. De prendre note du document conceptuel *Protection sociale en matière de santé*.
2. De prier instamment les États Membres, selon leurs contextes particuliers :
 - a) de reconnaître la nécessité de renforcer les initiatives de santé et la protection sociale afin de réduire l'impact de la pauvreté sur les résultats de santé dans la Région ;
 - b) d'incorporer, selon le cas, le concept de protection sociale en matière de santé en tant que fondement dans les processus de gouvernance et de transformation des systèmes de santé, y compris la création ou le renforcement d'institutions chargées de faire avancer la protection sociale en matière de santé ;
 - c) d'établir des encadrements juridiques, selon les cas, qui définissent les mesures se rapportant à la protection sociale en matière de santé dans le cadre du droit à jouir du niveau le plus haut possible de santé, ainsi que de solidarité et équité, en tant qu'éléments qui réduisent la pauvreté dans la Région ;
 - d) de renforcer les composantes de santé des programmes de protection sociale (en particulier les approches de soins de santé primaires et les déterminants sociaux de la santé), y compris les programmes de transferts conditionnels d'argent, les plans intégraux de prestations sanitaires et autres programmes sociaux, selon le cas ;
 - e) d'encourager la participation sociale, le travail intersectoriel, et la prise de conscience sur les droits et obligations en ce qui concerne l'individu, la famille et la communauté, tant dans toute la société dans sa totalité, comme dans le collectif des travailleurs du système de santé ;
 - f) d'utiliser les mécanismes établis comme le réseau interaméricain de protection sociale et d'autres initiatives infrarégionales et régionales, afin d'échanger les

- bonnes pratiques en ce qui concerne les programmes de lutte contre la pauvreté liés à la santé de la part des gouvernements et des institutions de toute la Région ;
- g) d'établir de mécanismes de soutenabilité financière, selon le cas, pour financer le système de protection social en matière de santé ;
 - h) de développer et renforcer, selon le cas, les capacités nationales et infranationales visant la production de données pour la prise de décisions fondée sur des informations, dans le but d'établir et de renforcer le système de protection sociale en matière de santé.
3. De demander à la Directrice :
- a) de renforcer la coopération technique en matière de protection sociale en santé en tant qu'axe prioritaire de travail sur la voie de la couverture universelle ;
 - b) de promouvoir la production d'information systématique et de données factuelles sur les lacunes et les progrès en matière de protection sociale en santé observés dans les pays de la Région, y compris les preuves et les bonnes pratiques concernant les transferts conditionnels de revenu ;
 - c) de diffuser et d'encourager les bonnes pratiques en matière de protection sociale en santé et de promouvoir la communication et l'articulation des progrès de la Région en matière de protection sociale sur les débats de l'Organisation mondiale de la Santé concernant la couverture universelle de santé, en utilisant les mécanismes existants ;
 - d) de renforcer le travail interinstitutionnel en matière de protection sociale ;
 - e) à partir du présent document conceptuel, de formuler une stratégie qui donne la direction pour aborder la protection sociale en matière de santé dans la Région, une stratégie dans laquelle se reconnaissent les contextes particuliers des États Membres de la Région, et qui tient compte du fait qu'il existe de nombreuses façons de réaliser la protection sociale en matière de santé.

(Huitième réunion, le 3 octobre 2013)

CD52.R12 : Examen de la commission prélevée sur les achats de fournitures de santé publique effectués pour le compte des États Membres

LE 52^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant considéré le document *Examen de la commission prélevée sur les achats de fournitures de santé publique effectués pour le compte des États Membres* (document CD52/15) ;

Reconnaissant la contribution importante des mécanismes d'achat de l'OPS afin de promouvoir l'accès et assurer un approvisionnement constant de fournitures essentielles de santé publique de haute qualité, sûres et efficaces pour répondre aux priorités régionales et réduire la morbidité et la mortalité dans les Amériques ;

Considérant que les mécanismes d'achat de l'OPS facilitent le développement de la capacité des pays à intensifier l'accès aux fournitures de santé publique critiques, afin de prévenir, contrôler et traiter les maladies prioritaires dans la Région ;

Notant l'augmentation de l'activité d'achat et l'écart critique dans le budget requis pour financer les coûts globaux — administratifs, de fonctionnement et de personnel — liés à leur gestion,

DÉCIDE :

1. D'augmenter la commission actuelle de trois et demi pour cent (3,5%) sur les achats de toutes les fournitures de santé publique effectués pour le compte des États Membres de l'OPS par le Bureau sanitaire panaméricain de trois quarts de un pour cent (0,75%) et de la fixer à un total de quatre pour cent un quart (4,25%), à compter du 1^{er} janvier 2014.
2. De créditer la commission supplémentaire prélevée (0,75%) au Fonds spécial pour les dépenses d'appui aux programmes afin de défrayer les coûts des activités d'achat dans l'ensemble de l'Organisation pour les trois mécanismes d'achat suivants :
 - a) achats remboursables effectués au nom des États Membres,
 - b) Fonds renouvelable pour l'achat de vaccins,
 - c) Fonds régional renouvelable pour les fournitures stratégiques en matière de santé publique.
3. D'examiner la commission prélevée par le Bureau sanitaire panaméricain sur les achats de toutes les fournitures de santé publique effectués pour le compte des États Membres à la fin de chaque période biennale.

4. De demander à la Directrice de présenter un rapport sur cette question aux Organes directeurs à la fin de chaque période biennale.

(Huitième réunion, le 3 octobre 2013)

CD52.R13 : Ressources humaines pour la santé : élargir l'accès à des personnels santé qualifiés dans les systèmes de santé fondés sur les soins de santé primaires

LE 52^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant examiné le document de politique *Ressources humaines pour la santé : élargir l'accès à des personnels de santé qualifiés dans les systèmes de santé fondés sur les soins de santé primaires* (document CD52/6) ;

Reconnaissant l'importance stratégique des ressources humaines pour la santé pour la réalisation de la cible de couverture sanitaire universelle sur la base d'une mise en place de systèmes de santé fondés sur les soins de santé primaires et l'amélioration de la santé et du bien-être des particuliers, des familles et des communautés ;

Inquiet quant aux inégalités persistantes dans l'accès à des services de santé de qualité et intégrales, lesquelles sont attribuables au manque de personnels de santé dans les zones éloignées et les zones rurales et parmi les groupes de population et communautés mal desservis ou vulnérables ;

Considérant l'adoption, par la 63^e Assemblée mondiale de la Santé, du *Code de pratique mondial pour le recrutement international des personnels de santé* (résolution WHA63.16 [2010]), qui décrit les défis associés à la mobilité nationale et internationale des professionnels de la santé ;

Prenant en compte les progrès réalisés dans la Région au regard des *Cibles régionales en matière de ressources humaines en santé 2007-2015* (document CSP27/10 [2007]) et de la *Stratégie pour le développement des compétences du personnel de santé dans les systèmes de santé fondés sur les soins de santé primaires* (résolution CD50.R7 [2010]),

DÉCIDE :

1. De prier instamment les États Membres, selon le cas en accord avec leurs contextes particuliers, et en tenant en compte de leurs priorités :

- a) de réaffirmer leur engagement en faveur de la réalisation des cibles régionales en matière de ressources humaines en santé pour 2007-2015 ;
- b) d'élaborer des politiques et plans nationaux en ressources humaines centrés sur l'équité et l'égalité et de concert avec les secteurs sociaux concernés ainsi que les parties prenantes clés pour accroître l'accès à des personnels de santé qualifiés pour les besoins des soins de santé primaires et pour progresser vers la concrétisation de la couverture sanitaire universelle ;
- c) d'établir et de renforcer une unité stratégique de planification et de gestion pour les ressources humaines au service de la santé dotée de la capacité de diriger et de favoriser la participation, mais aussi capable de réunir le consensus parmi les autorités de l'éducation, les hôpitaux universitaires, les associations professionnelles, les autorités sanitaires locales et nationales, les centres de santé et les organisations communautaires sur les besoins actuels et futurs en ressources humaines pour la santé, en particulier pour les systèmes de santé fondés sur les soins de santé primaires ;
- d) d'habiliter et de soutenir des équipes multiprofessionnelles de collaboration en soins de santé primaires à partir de modèles de soins établis, de perfectionner le domaine de pratique de chaque profession pour qu'elle réalise pleinement son potentiel en fonction de ses compétences, y compris du personnel non médical, des cliniciens et des agents de santé communautaire, et d'encourager et de surveiller l'innovation pour l'amélioration des prestations et de la gestion des équipes de personnels en soins de santé primaires ;
- e) de déterminer les manques spécifiques de professionnels de la santé, d'en assurer le suivi et de communiquer ces manques, en particulier au sein des populations vulnérables et au premier niveau de soins, et de s'en servir comme base pour l'exécution de programmes et d'interventions spéciaux pour remédier à ce manque ;
- f) d'investir dans la production, la disponibilité, l'utilisation et l'analyse de données de base sur les ressources humaines pour la santé, d'améliorer la qualité des systèmes d'information sur les ressources humaines aux fins de planification et de décision, et de soutenir la capacité de recherche sur des questions prioritaires pour les ressources humaines pour la santé, comme l'Observatoire régional des ressources humaines pour la santé ;
- g) de promouvoir la mission sociale et la responsabilité des centres d'accréditation et des établissements d'enseignement des sciences médicales, ainsi que leur engagement envers les ressources humaines pour la santé et la couverture

- sanitaire universelle, et d'habiliter et d'élargir le réseau des centres de santé et hôpitaux communautaires ayant des attributions et des capacités d'enseignement dans les communautés mal desservies ;
- h) de promouvoir des réformes de l'enseignement des professions de la santé pour appuyer les systèmes de santé fondés sur les soins de santé primaires, augmenter le nombre de places dans les professions de la santé pertinentes pour les soins de santé primaires, y compris les médecins de santé familiale, les infirmiers en pratique avancée et les cliniciens non médecins, selon les priorités et les politiques publiques en matière de soins de santé primaires ;
 - i) de mettre en place et d'évaluer régulièrement des réglementations, avantages et incitations spécifiques, sur le plan tant financier que non financier, visant à recruter, retenir et stabiliser les personnels pour les systèmes de santé fondés sur les soins de santé primaires, en particulier dans les zones éloignées et mal desservies ;
 - j) de réitérer son engagement en faveur du Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé et d'inciter tous les États Membres à désigner leur autorité nationale pour le Code et de présenter les rapports exigés afin de soutenir la mise en œuvre réussie du Code.
2. De demander à la Directrice :
- a) d'intensifier la coopération technique de l'Organisation avec les États Membres et entre ceux-ci de sorte à concevoir des politiques et des plans portant sur les ressources humaines et guidés par l'objectif global de couverture sanitaire universelle et par la stratégie de soins de santé primaires ;
 - b) de fournir une coopération technique pour renforcer la capacité de planification des RHS des autorités sanitaires nationales, en les habilitant à surmonter les inégalités dans l'accès des communautés mal desservies et vulnérables aux personnels de santé, et de déterminer les écarts qui existent en matière de ressources humaines, en particulier concernant les professionnels en soins de santé primaires, en accordant une attention particulière à la disponibilité, la répartition, la compétence et la motivation ;
 - c) d'identifier, de documenter, d'analyser et de diffuser les données d'expériences, méthodes et innovations constatées actuellement dans les pays de la Région pour ce qui est de la disponibilité et de l'accessibilité des personnels de santé ;

- d) de faciliter le dialogue entre les autorités éducatives, les établissements d'enseignement supérieur de la médecine et les autorités sanitaires nationales sur le renforcement des soins de santé primaires et les équipes de collaboration en soins de santé primaires;
- e) de soutenir et d'élargir les principaux réseaux régionaux d'échange d'information en ressources humaines pour la santé, notamment l'Observatoire régional sur les ressources humaines pour la santé, le Campus virtuel pour la santé publique et la Clinique pédagogique virtuelle ;
- f) d'achever l'évaluation des cibles régionales concernant les ressources humaines en matière de santé 2007-2015 et d'entreprendre la consultation régionale sur les ressources humaines pour la santé dans le programme de développement pour l'après-2015 ;
- g) de prier instamment les États Membres d'adopter le *Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé* et de fournir de la coopération technique pour appuyer l'application du Code, y compris la désignation d'une autorité nationale et la présentation des rapports requis.

(Neuvième réunion, le 4 octobre 2013)

CD52.R14 : Prise de décisions fondées sur les données probantes pour les Programmes nationaux de vaccination

LE 52^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant examiné le document *Prise de décisions fondées sur les données probantes pour les Programmes nationaux de vaccination* (document CD52/9) ;

Reconnaissant le besoin croissant pour les gouvernements de disposer de bases solides de données probantes pour l'adoption de décisions relatives à l'allocation de leurs ressources en vue d'assurer l'obtention de résultats positifs, équitables et durables en matière de santé ;

Rappelant l'engagement de tous les États Membres et des partenaires de renforcer les capacités nationales pour la prise de décisions fondées sur des données probantes en matière de vaccination, approche qui a été documentée dans le Plan d'action mondial pour les vaccins, adopté par la 65^e Assemblée mondiale de la Santé ;

Conscient des efforts en cours visant à institutionnaliser le processus décisionnel fondé sur les données probantes dans le domaine de la santé publique, comme indiqué

dans la résolution CSP28.R9, et tenant compte de la capacité existante dont disposent plusieurs pays pour favoriser un élargissement de ces efforts ;

Notant le besoin pour les États Membres de préparer et de planifier l'évaluation de l'adoption de vaccins en attente qui peuvent entraîner des coûts plus élevés que les vaccins traditionnels, tout en maintenant d'autres réalisations dans le domaine de la vaccination,

DÉCIDE :

1. De prier instamment les États Membres, à la lumière de leurs conditions particulières à :

a) de prendre note des approches de politiques décrites dans le document « *Prise de décisions fondées sur des données probantes pour les Programmes nationaux de vaccination* » pour que, en collaboration avec le Bureau sanitaire panaméricain et d'autres partenaires pertinents, on considère :

- i. la promotion de l'établissement formel et le renforcement des Groupes consultatifs techniques nationaux en matière de vaccination ou les organes régionaux de politique à vocation analogue, comme c'est le cas pour le Comité consultatif pour les Caraïbes qui formule des recommandations à l'intention de la sous-région dans son ensemble ;
- ii. l'ancrage du processus de prise de décisions en matière de vaccination dans une vaste base nationale de données probantes qui inclut les critères techniques, programmatiques, financiers et sociaux requis pour l'adoption de décision correctement fondées ;
- iii. la création de groupes de travail techniques, lorsqu'un besoin a été identifié, chargé de synthétiser ou de produire des données probantes obtenues localement pour appuyer le processus de la prise de décisions ;
- iv. la promotion de la mise en œuvre d'activités en vue d'harmoniser les processus de planification et d'établissement des coûts des programmes nationaux de vaccination et la création de rapports solides entre l'utilisation de l'information relative aux coûts dans la budgétisation, la planification et la prise de décisions ;
- v. le partage de ces expériences en vue d'évaluer d'autres interventions de santé dans le cadre de l'évaluation des technologies de la santé ;

b) de rechercher l'adoption de mesures en vue d'entériner ces approches de politiques en :

- i. mettant en place des cadres juridiques ou administratifs visant à formaliser les comités techniques nationaux ou sous-régionaux comme des conseillers en matière d'immunisation;
 - ii. promouvant la disponibilité de ressources suffisantes destinées à appuyer la collecte et la synthèse des données, ainsi que l'utilisation de données probantes dans le processus décisionnel concernant la vaccination.
2. De prier instamment la Directrice :
- a) de continuer à fournir un support institutionnel aux États Membres en vue de renforcer les capacités de production et d'utilisation de données probantes dans leurs processus nationaux de prise de décisions en matière de vaccination à travers l'initiative ProVac du programme régional de vaccination ;
 - b) d'encourager la participation des États Membres au Réseau ProVac des Centres d'excellence ;
 - c) de promouvoir parmi les États Membres l'harmonisation des processus nationaux de planification de programme et d'établissement des coûts, en prenant en compte les caractéristiques spécifiques propres à chaque pays ;
 - d) d'appuyer les efforts de mobilisation de ressources visant à permettre au programme régional de vaccination de poursuivre les activités relatives à l'initiative ProVac ;
 - e) de fournir des conseils en matière de politique régionale et faciliter le dialogue visant à renforcer la gouvernance et la cohérence des politiques, et de prévenir toute influence excessive provenant de conflits d'intérêt réels ou potentiels.

(Neuvième réunion, le 4 octobre 2013)

CD52.R15 : La coopération pour le développement en matière de santé aux Amériques

LE 52^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant examiné le document *La coopération pour le développement en matière de santé aux Amériques* (document CD52/11) ;

Prenant en compte la résolution 33/134 des Nations Unies, par laquelle cet organe fait sien le Plan d'action de Buenos Aires pour la promotion et la mise en oeuvre de la

coopération technique entre pays en développement (1978) ; la résolution A/RES/64/222 de l'Assemblée générale des Nations Unies, par laquelle cet organe fait sien le document final de la Conférence de haut niveau des Nations Unies sur la coopération Sud-Sud tenue à Nairobi (2009) ; ainsi que la déclaration du Partenariat de Busan pour une coopération efficace au service du développement (2011), comme suivi de la Déclaration de Paris (2005) ;

Rappelant la résolution EB60.R4 du Conseil exécutif de l'OMS, laquelle recommande que les programmes et activités encouragent et stimulent la coopération entre les pays, ainsi que la résolution CD25.R28 (1977) du Conseil directeur de l'OPS, laquelle recommande que les programmes de coopération technique soient pilotés conjointement par les pays, tant à l'intérieur des groupes sous-régionaux qu'en dehors de ceux-ci ;

Prenant en compte les rapports présentés par le Bureau sanitaire panaméricain en 1980 (27^e Conseil directeur), 1984 (30^e Conseil directeur), 1985 (31^e Conseil directeur), 1986 (22^e Conférence sanitaire panaméricaine), 1998 (25^e Conférence sanitaire panaméricaine) et 2005 (46^e Conseil directeur) sur les avancées réalisées en matière d'exécution d'initiatives de coopération technique entre pays ;

Conscient que tant la coopération internationale en matière de santé que le concept de coopération technique entre pays en développement ont évolué avec le temps pour devenir un concept plus large de coopération entre pays et de partenariats horizontaux, appelé à comprendre un large éventail d'acteurs dans le domaine du développement du secteur santé, notamment les entités gouvernementales, les organisations multilatérales, le secteur privé, la société civile et les établissements universitaires, entre autres ;

Constatant que l'aide traditionnelle au développement dans le domaine de la santé connaît une diminution dans les pays à revenus intermédiaires, y compris la plus grande partie des pays de la Région des Amériques, et qu'il faut encourager et renforcer les mécanismes complémentaires de développement et de coopération pour la santé de sorte à continuer de progresser sur le plan du programme d'action régional et mondial en matière de santé ;

Reconnaissant que de nombreux pays et partenaires de la Région ont réalisé d'importants progrès en matière de développement de la santé et acquis des connaissances spécialisées sur des questions de développement qui sont susceptibles de bénéficier à d'autres dans la Région et à d'autres régions ; appréciant également le fait que de nombreux pays de la Région participent activement à la coopération Sud-Sud, à la coopération triangulaire et à d'autres modalités de coopération entre pays, en particulier dans des questions relatives au développement sanitaire,

DÉCIDE :

1. D'approuver la politique rénovée de coopération pour le développement en matière de santé aux Amériques, laquelle fait l'objet du document CD52/11.
2. De prier instamment les États Membres :
 - a) de continuer de promouvoir cette cause dans les forums et le dialogue internationaux pour mobiliser la volonté politique et les ressources nécessaires pour appuyer et renforcer encore plus la coopération entre les pays et d'autres bailleurs et d'affermir leur fonction en tant qu'approche complémentaire de coopération internationale ;
 - b) d'entreprendre, de piloter et d'administrer des initiatives de coopération pour le développement en matière de santé et poursuivre les efforts en cours pour renforcer la capacité des pays à participer à la coopération internationale en matière de santé, tant à l'intérieur des régions qu'entre celles-ci, en coordination avec l'OPS, selon que les États le jugent opportun ;
 - c) de promouvoir et d'intensifier les initiatives en cours pour échanger les données d'expériences et pratiques les plus adéquates qui, ultérieurement, jetteront les bases de l'échange et de l'apprentissage collectif entre pays, y compris l'échange de méthodes pour évaluer les activités de coopération entre les pays ;
 - d) d'appuyer la mobilisation des ressources pour renforcer la coopération pour le développement sanitaire à l'intérieur de la Région et dans toutes les régions ;
 - e) d'identifier des institutions nationales associées à l'OPS/OMS en matière de coopération technique qui pourraient éventuellement se joindre à des initiatives de coopération technique avec les pays de la Région dans des domaines précis ;
 - f) de promouvoir l'harmonisation, l'alignement et la complémentarité des programmes d'action sanitaire élaborés par les organismes infrarégionaux avec celui de l'OPS dans le but de renforcer la coopération entre les pays, les organismes et d'autres acteurs du changement, pour ainsi aborder de manière efficace pour les problèmes communs en matière de santé.
3. De demander à la Directrice :
 - a) de réaliser des activités de promotion et de collaboration avec les États Membres et d'autres bailleurs ayant trait à la coopération Sud-Sud et à la coopération triangulaire ainsi que de consentir des efforts de mobilisation de ressources pour renforcer la coopération entre les pays et entre groupes sous-régionaux en tant que

- modalité viable et durable de coopération au service du développement en matière de santé ;
- b) d'inclure la politique relative à la coopération au service du développement en matière de santé aux programmes de coopération technique de l'Organisation et dans son nouveau Plan stratégique, en évitant tout chevauchement des efforts dans la Région ;
 - c) de promouvoir la fonction d'intermédiaire de l'Organisation et de faciliter la mise en relation de l'offre et de la demande de connaissances spécialisées, de données d'expériences et de technologies relatives à la santé, aux niveaux national, régional et mondial, et ce en coordination avec d'autres bureaux de l'OMS, d'autres organismes du système des Nations Unies et du système interaméricain et d'autres partenaires, en particulier les bureaux intervenant à l'appui du développement de la santé et de l'aide humanitaire portant sur la santé, dont la création de mécanismes appropriés pour les échanges interrégionaux ;
 - d) de renforcer les relations avec les organisations sous-régionales, notamment, s'il y a lieu, au moyen de la conclusion d'accords désignant l'Organisation comme leur organe spécialisé en matière de santé afin de faciliter l'acquittement de la fonction stratégique de l'OPS en matière de coordination et d'optimisation des possibilités de coopération entre les pays ;
 - e) de faciliter l'élaboration de méthodes et guides pour examiner et évaluer les modalités de coopération et leurs incidences sur le développement de la santé de sorte à renforcer les approches fondées sur des preuves scientifiques et déterminer la meilleure manière d'exploiter ces modalités aux fins de consolidation et d'accélération des progrès en matière de santé dans la Région ;
 - f) de continuer d'élaborer et de perfectionner la plate-forme régionale d'échange de connaissances pour faciliter l'échange de pratiques et méthodes les plus adéquates sur la base de l'expérience acquise par les pays ;
 - g) de promouvoir la création de réseaux et partenariats stratégiques durables et souples entre les institutions nationales et infrarégionales, les centres régionaux d'excellence, les centres collaborateurs et les acteurs non gouvernementaux susceptibles d'être utilisés pour traiter des questions de santé tant à l'intérieur de chaque région qu'entre les différentes régions ;
 - h) de renforcer les mécanismes de coopération technique entre pays, en encourageant une utilisation stratégique de ces derniers pour aborder les priorités arrêtées et les problèmes particuliers qui peuvent se présenter avec une efficacité

accrue au moyen de l'action collective à l'intérieur de chaque région et entre les différentes régions ;

- i) de présenter au Conseil directeur ou à la Conférence sanitaire panaméricaine des évaluations périodiques portant sur la mise en œuvre et l'impact de la politique sur la coopération, tout particulièrement celle qui comporte une mobilisation de ressources pour l'Organisation pour le développement en matière de santé aux Amériques dans le but de mettre l'accent sur les éventuels défis à relever et les facteurs de réussite susceptibles de contribuer à perfectionner davantage la politique, ce à partir de la 29^e Conférence sanitaire panaméricaine ;
- j) de continuer de promouvoir la distribution égalitaire et opportune des initiatives de coopération pour le développement sanitaire dans un encadrement des principes de solidarité, souveraineté, dignité, équité, création et pérennité de la capacité, harmonisée avec la politique sectorielle sanitaire de chaque pays, pour faire face d'une manière plus efficace aux problèmes en matière de santé ;
- k) de promouvoir l'harmonisation des programmes d'action sanitaire entre l'Organisation et les groupes d'intégration sous-régional qui mènent des initiatives en matière de santé, dans le but de profiter des opportunités de synergie et complémentarité, et d'éviter des possibles duplications d'efforts.

(Neuvième réunion, le 4 octobre 2013)

Décisions

CD52(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 Belize, le Mexique et le Paraguay en tant que membres de la Commission de vérification des pouvoirs.

(Première séance, 30 septembre 2013)

CD52(D2) : Élection du Bureau

Conformément à l'Article 16 du Règlement intérieur du Conseil directeur, le Conseil a élu l'Équateur comme Président, la Bolivie (État plurinational de) et la Jamaïque en tant que Vice-présidents et la Barbade en tant que Rapporteur du 52^e Conseil directeur.

(Première séance, 30 septembre 2013)

CD52(D3) : Constitution de la Commission générale

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

(Première séance, 30 septembre 2013)

CD52(D4) : Adoption de l'ordre du jour

Le Conseil a accepté l'ajout à l'ordre du jour provisoire figurant dans le document CD52/1, Rév. 1 de deux points proposés par des États Membres : « Les principes du Fonds renouvelable pour l'achat de vaccins de l'Organisation panaméricaine de la Santé » et « Lutter contre les causes des disparités en matière d'accès et de recours aux services de santé par les personnes lesbiennes, gay, bisexuelles et trans ». Le Conseil a adopté l'ordre du jour tel qu'amendé comme document CD52/1, Rév. 2. Le Conseil a également adopté un programme de réunions (document CD52/WP/1, Rév. 2).

(Première séance, 30 septembre 2013)

CD52(D5) : Mise en œuvre du Règlement sanitaire international

Le Conseil directeur, Ayant examiné le document *Mise en œuvre du Règlement sanitaire international* (document CD52/10) et rappelant les documents EB132/15 Add.1 (2013) et A66/16 (2013), dans lesquels il a été souligné que les critères proposés par le Secrétariat de l'OMS cherchent à éviter de créer des obstacles à la pleine participation d'un État au Règlement sanitaire international (2005). En même temps, le but était d'offrir une incitation concrète pour faire en sorte que les capacités nationales requises au titre du RSI soient bien présentes partout dans le monde,

1. A décide de recommander, au sujet des critères proposés par le Secrétariat de l'OMS pour l'octroi de la prorogation, qu'elle soit de deux ans 2014-2016, afin d'établir et maintenir les capacités essentielles stipulées dans l'annexe 1 du RSI :
 - a) de ratifier que le délai pour la présentation par écrit de la pétition officielle de prorogation soit d'au moins de deux mois avant la date du 15 juin 2014, que sera appliqué à la majorité des pays ;

- b) d'appuyer le fait que le nouveau plan d'application comprenne les éléments *i* et *iii* proposés par le Secrétariat de l'OMS ;¹
 - c) d'encourager l'inclusion des éléments *ii* et *iv*, proposés par le Secrétariat de l'OMS,² dans les nouveaux plans d'action en considérant que son inclusion sera optative pour les États parties ;
 - d) d'ajouter un critère supplémentaire pour indiquer que les recommandations du Comité d'examen du RSI doivent être considérées lors du processus d'octroi de prorogations.
2. A décide de proposer qu'un processus de consultation auprès des États parties soit organisé pour déterminer la portée des fonctions reconnues du Comité d'examen lors de ses activités de conseil, afin de considérer l'inclusion de l'analyse mondiale du niveau des capacités essentielles atteint jusqu'au présent par les pays qui demandent une prorogation.
3. A décide de reconnaître, d'autre part, l'importance de continuer les discussions sur les procédures, les méthodes et les outils pour faire le suivi et présenter des rapports sur la situation de l'application du RSI, au-delà de 2016.
4. A décide d'établir et systématiser des mécanismes soutenables afin de promouvoir l'échange de bonnes pratiques entre les pays.
5. A décide de demander à la Directrice :
- a) de déterminer quelles sont les ressources nécessaires afin d'organiser une réunion régionale des autorités chargées de la mise en œuvre et le fonctionnement du RSI dans les plus courts délais possibles, pour continuer les discussions sur les procédures, les méthodes et les outils pour faire le suivi et présenter des rapports sur la situation de l'application du RSI, au-delà de 2016 ;
 - b) de déterminer quelles sont les ressources nécessaires pour établir des mécanismes soutenables de promotion de l'échange des bonnes pratiques entre les pays ;

¹ Ces deux éléments sont : *i*) identification claire et spécifique des capacités essentielles qui sont manquantes ou inadéquates, et *iii*) ensemble d'actions proposées qui seront prises avec, à l'appui, un calendrier d'exécution vérifiant l'existence de ces capacités (point *b* du paragraphe 4, document CD52/10).

² Ces deux éléments sont : *ii*) description des activités et des progrès réalisés dans la mise en place de ces capacités jusqu'à cette date, et *iv*) estimation du soutien technique et des ressources financières nécessaires pour exécuter lesdites activités, proportion des ressources qui seront investies à partir des budgets nationaux et mesure dans laquelle s'avèrera nécessaire le soutien externe (point *b* du paragraphe 4, document CD52/10).

- c) que cette décision soit transmise au Secrétariat de l'OMS avec le rapport de cette session du Conseil directeur pour que la 134^e réunion du Conseil exécutif de l'OMS reçoive l'information détaillée requise.

(Neuvième réunion, le 4 octobre 2013)

EN FOI DE QUOI, le Président du 52^e Conseil directeur, Délégué de l'Équateur, et le Secrétaire de droit, Directrice du Bureau sanitaire panaméricain, signent le présent Rapport final en espagnol.

FAIT à Washington, D.C., États-Unis d'Amérique, ce quatrième jour d'octobre de l'année deux mille treize. Le Secrétaire déposera le texte original dans les archives du Bureau sanitaire panaméricain.

Carina Vance Mafla
Président du 52^e Conseil directeur
Délégué de l'Équateur

Carissa F. Etienne
Secrétaire de droit du 52^e 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 d'un groupe de travail pour étudier l'application de l'Article 6.B de la Constitution de l'OPS
- 2.4 Constitution de la Commission générale
- 2.5 Adoption de l'ordre du jour

3. QUESTIONS RELATIVES AU COMITÉ

- 3.1 Rapport annuel du Président du Comité exécutif
- 3.2 Rapport annuel du Directeur du Bureau sanitaire panaméricain
- 3.3 Élection de trois États Membres au Comité exécutif au terme des mandats des États-Unis d'Amérique, de la Grenade et du Pérou

4. QUESTIONS RELATIVES À LA POLITIQUE DES PROGRAMMES

- 4.1 Plan stratégique de l'OPS 2014-2019
- 4.2 Programme et budget de l'OPS 2014-2019
- 4.3 Protection sociale en matière de santé
- 4.4 Ressources humaines pour la santé
- 4.5 Plan d'action pour la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles

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

- 4.6 L'insuffisance rénale chronique dans les communautés agricoles en Amérique centrale
- 4.7 Prise de décisions fondées sur les données probantes pour les programmes nationaux de vaccination
- 4.8 Mise en œuvre du Règlement sanitaire international
- 4.9 La coopération pour le développement en matière de santé aux Amériques
- 4.10 Débat : La santé dans le programme de développement pour l'après-2015
- 4.11 Les principes du Fonds renouvelable pour l'achat de vaccins de l'Organisation panaméricaine de la Santé
- 4.12 Lutter contre les causes des disparités en matière d'accès et de recours aux services de santé par les personnes lesbiennes, gay, bisexuelles et trans

5. QUESTIONS ADMINISTRATIVES ET FINANCIÈRES

- 5.1 Rapport sur le recouvrement des contributions fixées
- 5.2 Rapport financier du Directeur et rapport du Commissaire aux comptes externe pour 2012
- 5.3 Amendements au Règlement financier de l'OPS
- 5.4 Examen de la commission prélevée sur les achats de fournitures de santé publique effectués pour le compte des États Membres

6. QUESTIONS RELATIVES AU PERSONNEL

- 6.1 [POINT SUPPRIMÉ]

7. QUESTIONS POUR INFORMATION

- 7.1 Mise à jour sur la Réforme de l'OMS
- 7.2 Douzième Programme général de travail de l'OMS 2014-2019 et Budget programme de l'OMS 2014-2015
- 7.3 Rapport sur la 16^e Réunion interaméricaine, au niveau ministériel, sur la santé et l'agriculture (RIMSA 16)
- 7.4 Rapports d'avancement sur les questions techniques :
 - A. Stratégie et plan d'action régionaux sur la santé néonatale dans le contexte des soins apportés à la mère, au nouveau-né et à l'enfant (2008-2015) : évaluation a mi-parcours
 - B. Stratégie et plan d'action pour l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis congénitale : évaluation a mi-parcours
 - C. Objectifs du Millénaire pour le développement et cibles sanitaires dans la Région des Amériques
 - D. Mise en œuvre de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac
 - E. Plan d'action sur l'usage de substances psychoactives et la santé publique
 - F. Plan régional sur la santé des travailleurs
 - G. Vers l'élimination de l'onchocercose (cécité des rivières) dans les Amériques
 - H. Plan d'action régional pour le renforcement du recueil des données d'état civil et de santé
 - I. Situation des Centres panaméricains

7. QUESTIONS POUR INFORMATION (*suite*)

7.5 Résolutions et autres actions d'organisations intergouvernementales revêtant un intérêt pour l'OPS : (*suite*)

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

8. AUTRES AFFAIRES

9. CLÔTURE DE LA SESSION

LISTE DES DOCUMENTS

Documents officiels

Document officiel 344 Rapport financier du Directeur et rapport du Commissaire aux comptes externe pour 2012

Document officiel 345 et Add. I Plan stratégique de l'OPS 2014-2019

Document officiel 346, Add. I et Add. II Programme et budget de l'OPS 2014-2015

Documents du travail

CD52/1, Rév. 2 Ordre du jour

CD52/2 Rapport annuel du Président du Comité exécutif

CD52/3 Rapport annuel du Directeur du Bureau sanitaire panaméricain

CD52/4 Élection de trois États Membres au Comité exécutif au terme des mandats des États-Unis d'Amérique, de la Grenade et du Pérou

CD52/5 Protection sociale en matière de santé

CD52/6 Ressources humaines pour la santé

CD52/7, Rév. 1 Plan d'action pour la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles

CD52/8 L'insuffisance rénale chronique dans les communautés agricoles en Amérique centrale

CD52/9 Prise de décisions fondées sur les données probantes pour les programmes nationaux de vaccination

CD52/10 Mise en œuvre du Règlement sanitaire international

CD52/11 La coopération pour le développement en matière de santé aux Amériques

Documents de travail (*suite*)

CD52/12	Débat : La santé dans le programme de développement pour l'après-2015
CD52/13 et Add. I	Rapport sur le recouvrement des contributions fixées
CD52/14	Amendements au Règlement financier de l'OPS
CD52/15	Examen de la commission prélevée sur les achats de fournitures de santé publique effectués pour le compte des États Membres
CD52/16	[point supprimé]
CD52/17	Principes du Fonds renouvelable pour l'achat de vaccins de l'Organisation panaméricaine de la Santé
CD52/18	Lutter contre les causes des disparités en matière d'accès et de recours aux services de santé par les personnes lesbiennes, gay, bissexuelles et trans

Documents d'information

CD52/INF/1	Mise à jour sur la Réforme de l'OMS
CD52/INF/2	Douzième Programme général de travail de l'OMS 2014-2019 et Budget programme de l'OMS 2014-2015
CD52/INF/3	Rapport sur la 16 ^e Réunion interaméricaine, au niveau ministériel, sur la santé et l'agriculture (RIMSA 16)
CD52/INF/4	Rapports d'avancement sur les questions techniques : A. Stratégie et plan d'action régionaux sur la santé néonatale dans le contexte des soins apportés à la mère, au nouveau-né et à l'enfant (2008-2015): évaluation à mi-parcours B. Stratégie et Plan d'action pour l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis congénitale : évaluation à mi-parcours

Documents d'information (*suite*)

CD52/INF/4

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

- C. Objectifs du Millénaire pour le développement et cibles sanitaires dans la Région des Amériques
- D. Mise en œuvre de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac
- E. Plan d'action sur l'usage de substances psychoactives et la santé publique
- F. Plan régional sur la santé des travailleurs
- G. Vers l'élimination de l'onchocercose (cécité des rivières) aux Amériques
- H. Plan d'action régional pour le renforcement du recueil des données d'état civil et de santé
- I. Situation des Centres panaméricains

CD52/INF/5

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

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

**LIST OF PARTICIPANTS/LISTA DE PARTICIPANTES
MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS**

**ANTIGUA AND BARBUDA/ANTIGUA Y
BARBUDA**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

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

Mrs. Elnora Warner
Principal Nursing Officer
Ministry of Health, Social Transformation
and Consumer Affairs
St. John's

ARGENTINA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

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

Lic. Thomas Pippo
Director de Economía de la Salud
Ministerio de Salud
Buenos Aires

ARGENTINA (cont.)

Alternates – Alternos

Lic. Brenda Roig
Coordinadora de la Articulación de Abordaje
Territorial Integral
Ministerio de Salud
Buenos Aires

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

Srta. Andrea Candelaria de la Puente
Secretaria del Secretario de Determinantes
de la Salud y Relaciones Sanitarias
Ministerio de Salud
Buenos Aires

Dra. Claudia Madies
Asesora, Subsecretaria de Políticas
Regulación y Fiscalización
Ministerio de Salud
Buenos Aires

Dr. Pablo Ignacio Bustos Villar
Asesor, Secretaría de Determinantes
de la Salud y Relaciones Sanitarias
Ministerio de Salud
Buenos Aires

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

BAHAMAS

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

BAHAMAS (cont.)

Delegates – Delegados

Dr. Marceline 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

BARBADOS

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

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

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

Alternates – Alternos

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

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

BARBADOS (cont.)

Alternates – Alternos (cont.)

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

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

BELIZE/BELICE

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

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

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

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

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Juan Carlos Calvimontes
Ministro de Salud y Deportes
Ministerio de Salud y Deportes
Plaza del Estudiante
La Paz

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

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

Delegates – Delegados

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

Dr. Juan Pablo Torres
Responsable de Asuntos Parlamentarios
del Ministerio de Salud y Deportes
Ministerio de Salud y Deportes
Plaza del Estudiante
La Paz

Alternate – Alterno

Sra. Gina Gil Aguilera
Primer Secretaria, Representante Alterna
de Bolivia ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

BRAZIL/BRASIL

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

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

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

BRAZIL/BRASIL (cont.)

Alternates – Alternos

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

Sra. Laura Segall Correa
Analista Técnica de Políticas Sociais
Secretaria de Vigilância em Saúde
Ministério da Saúde
Brasília

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

CANADA/CANADÁ

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

H.E. Allan B. Culham
Ambassador, Permanent Representative
of Canada to the Organization of
American States
Washington, D.C.

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

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

CANADA/CANADÁ (cont.)

Alternates – Alternos

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

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

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

CHILE

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

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

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

CHILE (cont.)

Alternate – Alterno

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

COLOMBIA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

Dra. Martha Lucía Ospina
Directora Nacional de Epidemiología y
Demografía
Ministerio de Salud y Protección Social
Santa Fe de Bogotá

Dr. Jaime Matute
Coordinador
Oficina de Cooperación y Relaciones
Internacionales
Ministerio de Salud y Protección Social
Santa Fe de Bogotá

Alternates - Alternos

Sra. Catalina Góngora
Oficina de Cooperación y Relaciones
Internacionales
Ministerio de Salud y Protección Social
Santa Fe de Bogotá

Sra. Yadir Salazar Mejía
Ministra Consejera, Representante Alterna
de Colombia ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

COLOMBIA (cont.)

Alternates - Alternos (cont.)

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

COSTA RICA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dra. Daisy María Corrales
Ministra de Salud
Ministerio de Salud
San José

Delegates – Delegados

MSc. Rosibel Vargas Gamboa
Jefe de Asuntos Internacionales
en Salud
Ministerio de Salud
San José

Sra. Beatríz Eugenia Serrano Pérez
Ministra Consejera, Representante Alterna
de Costa Rica ante la Organización de
los Estados Americanos
Washington, D.C.

Alternates – Alternos

Sra. María Cristina Castro Villafranca
Ministra Consejera, Representante Alterna
de Costa Rica ante la Organización de
los Estados Americanos
Washington, D.C.

Sra. Samy Araya Rojas
Ministra Consejera, Representante Alterna
de Costa Rica ante la Organización de
los Estados Americanos
Washington, D.C.

CUBA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

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

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

Alternate – Alternos

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

DOMINICA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

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

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

DOMINICA (cont.)

Delegates – Delegados (cont.)

Dr. David Johnson
Chief Medical Officer
Ministry of Health
Roseau

**DOMINICAN REPUBLIC/REPÚBLICA
DOMINICANA**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Virgilio Cedano
Viceministro de Planificación y Desarrollo
Ministerio de Salud Pública
Santo Domingo

Delegates – Delegados

Excmo. Sr. Jiovanny F. Ramírez
Embajador, Representante Interino
de la República Dominicana ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

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

Alternates – Alternos

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

Sra. Ellen Martínez
Ministra Consejera, Representante Alterno
de la República Dominicana ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

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

Alternates – Alternos (cont.)

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

ECUADOR

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

Excmo. Sr. Fernando Suárez
Embajador, Representante Alterno del
Ecuador ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

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

Alternates – Alternos

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

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

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

ECUADOR (cont.)

Alternates – Alternos (cont.)

Dra. Marisol Nieto
Consejera, Representante Alterna del
Ecuador ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

Soc. Diana Dávila
Consejera, Representante Alterna del
Ecuador ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

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

Delegates – Delegados

Excmo. Sr. Joaquín Maza Martelli
Embajador, Representante Permanente de
El Salvador ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

Dr. Matías H. Villatoro Reyes
Coordinador, Unidad de Gestión de
Servicios de Salud
Ministerio de Salud
San Salvador

Alternates – Alternos

Dra. María Elena Marroquín Sales
Asistente Técnico, Despacho del
Ministerio de Salud
Ministerio de Salud
San Salvador

EL SALVADOR (cont.)

Alternates – Alternos (cont.)

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

GRENADA/GRANADA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

H.E. Gillian M. S. Bristol
Ambassador, Permanent Representative of
Grenada to the Organization of
American States
Washington, D.C.

Dr. George Mitchell
Acting Chief Medical Officer
Ministry of Health
St. George's

Alternate – Alterno

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

GUATEMALA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Marco Vinicio Arévalo
Viceministro de Hospitales
Ministerio de Salud Pública
y Asistencia Social
Ciudad de Guatemala

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

GUATEMALA (cont.)

Delegates – Delegados

Excmo. Sr. Rodrigo Viemann de León
Embajador, Representante Permanente de
Guatemala ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

Lic. José Carlos Castañeda
Asesor del Ministro de Salud
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
Ciudad de Guatemala

Alternates – Alternos

Dr. Roberto Molina Barrera
Asesor del Programa Nacional de
Salud Reproductiva
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
Ciudad de Guatemala

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

GUYANA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. Dr. Bherie S. Ramsaran
Minister of Health
Ministry of Health
Georgetown

Delegate – Delegado

Dr. Shamdeo Persaud
Chief Medical Officer
Ministry of Health
Georgetown

HAITI/HAITÍ

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Florence Duperval Guillaume
Ministre de la Santé publique
et de la Population
Ministère de la Santé publique
et de la Population
Port-au-Prince

Delegates – Delegados

Dr. Jean Patrick Alfred
Assistant-Directeur/Unite D'etude et de
Programmation
Ministère de la Santé publique
et de la Population
Port-au-Prince

Ms. Marie Nicole J. Noel
Chef de Service des Operations
Direction du Programme Elargi de
Vaccination
Ministère de la Santé publique
et de la Population
Port-au-Prince

Alternate – Alterno

Mr. Uder Antoine
Conseiller special du Ministre
Ministère de la Santé publique
et de la Population
Port-au-Prince

HONDURAS

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

HONDURAS (cont.)

Delegates – Delegados

Sr. Ranses Lagos Valle
Ministro, Representante Alterno de
Honduras ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

Sra. Tatiana Zelaya Bustamante
Ministra Consejera, Representante Alternas
de Honduras ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

JAMAICA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

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

Dr. Jean Dixon
Permanent Secretary
Ministry of Health
Kingston

Alternates – Alternos

Dr. Michael Coombs
Acting Chief Medical Officer
Ministry of Health
Kingston

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

JAMAICA (cont.)

Alternates – Alternos (cont.)

Mrs. Marva Lawson Byfield
Chief Nursing Officer
Ministry of Health
Kingston

Dr. Delroy Fray
Senior Medical Officer
Ministry of Health
Kingston

MEXICO/MÉXICO

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Guillermo Miguel Ruiz-Palacios y Santos
Titular de la Comisión Coordinadora de
Institutos Nacionales de Salud y Hospitales
de Alta Especialidad
Secretaría de Salud
México, D.F.

Delegates – Delegados

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

Lic. Rodrigo Reina Liceaga
Titular de la Unidad Coordinadora de
Vinculación y Participación Social
Secretaría de Salud
México, D.F.

Alternates – Alternos

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

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

MEXICO/MÉXICO (cont.)

Alternates – Alternos (cont.)

Dr. Carlos H. Álvarez Lucas
Coordinador de Asesores
Subsecretaría de Prevención y Promoción
de la Salud
Secretaría de Salud
México, D.F.

Lic. Helena Arrington Aviña
Asesora del Subsecretario de Prevención y
Promoción de la Salud
Secretaría de Salud
México, D.F.

Sr. Manuel Herrera Rábago
Director de Asuntos Sociales
Dirección General de Organismos y
Mecanismos Regionales Americanos
Secretaría de Salud
México, D.F.

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

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

Lic. María Fernanda Casanueva Álvarez
Jefa del Departamento de Cooperación
Institucional
Secretaría de Salud
México, D.F.

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

MEXICO/MÉXICO (cont.)

Alternates – Alternos (cont.)

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

NICARAGUA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

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

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

PANAMA/PANAMÁ

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

Sr. Jaime Alvarado
Consejero, Representante Alternata
de Panamá ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

PANAMA/PANAMÁ (cont.)

Delegates – Delegados (cont.)

Sr. Iván Chanis Barahona
Consejero, Representante Alterno
de Panamá ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

PARAGUAY

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

Lic. Sergio R. Forte Riquelme
Director General de Administración y
Finanzas
Ministerio de Salud Pública y
Bienestar Social
Asunción

Dr. César Cabral Mereles
Director Técnico de UNASUR
Ministerio de Salud Pública y
Bienestar Social
Asunción

Alternates – Alternos

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

Ministro José Pereira
Representante Alternato del Paraguay ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

PERU/PERÚ

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

Excmo. Sr. Walter Jorge Alban Peralta
Embajador, Representante Permanente del
Perú ante la Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

Sra. Maya Teresa Soto
Segunda Secretaria, Representante Alternata
del Perú ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

Alternate – Alternato

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

SAINT LUCIA/SANTA LUCÍA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

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

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

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

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

H.E. La Celia A. Prince
Ambassador, Permanent Representative of
St. Vincent and the Grenadines to the
Organization of American States
Washington, D.C.

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

Alternate – Alterno

Mr. Asram Yahir Santino Soleyn
Counselor, Alternative Representative of
St. Vincent and the Grenadines to the
Organization of American States
Washington, D.C.

SURINAME

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Lesley Resida
Director of the Bureau for Public Health
Ministry of Health
Paramaribo

SURINAME (cont.)

Delegate – Delegado

Dr. Maltie Mohan-Algoe
Head of the Planning Department of the
Ministry of Health
Ministry of Health
Paramaribo

**TRINIDAD AND TOBAGO/TRINIDAD Y
TABAGO**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

H.E. Neil Parsan
Ambassador, Permanent Representative
of Trinidad and Tobago to the Organization
of American States
Washington, D.C.

Delegates – Delegados

Mrs. Christine Sookram
Permanent Secretary
Ministry of Health
Port-of-Spain

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

Alternates – Alternos

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

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

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

UNITED STATES OF AMERICA/ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

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

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

Alternates – Alternos

Ms. Ann Blackwood
Director of Health Programs
Office of Human Security
Bureau of International Organization Affairs
Department of State
Washington, D.C.

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

Mr. Stephen O'Dowd
Director
Office of Human Security
Bureau of International Organization Affairs
Department of State
Washington, D.C.

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

Alternates – Alternos (cont.)

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

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

Ms. Sonia Angell
Senior Advisor for Global Noncommunicable Diseases
Center for Global Health
Centers for Disease Control and Prevention
Department of Health and Human Services
Atlanta

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

Mr. Charles Darr
International Health Analyst
Office of Global Health Affairs
Department of Health and Human Services
Washington, D.C.

Dr. John Flanigan
Center for Global Health
National Cancer Institute
Department of Health and Human Services
Washington, D.C.

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

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

Alternates – Alternos (cont.)

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

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

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

Ms. Maeve McKean
Senior Health Advisor
Office of Global Affairs
Department of Health and Human
Services
Washington, D.C.

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

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

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

Alternates – Alternos (cont.)

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

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

Ms. Alyson Rose-Wood
International Health Analyst
Office of the Americas
Office of Global Health Affairs
Department of Health and Human
Services
Washington, D.C.

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

Dr. Jordan Tappero
Associate Director for Science
Center for Global Health
Centers for Disease Control and Prevention
Department of Health and Human
Services
Atlanta, Georgia

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

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

Alternates – Alternos (cont.)

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

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

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

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegate – Delegado

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

URUGUAY

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

URUGUAY (cont.)

Delegates – Delegados

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

Excmo. Sr. Milton Romani Gerner
Embajador, Representante Permanente
del Uruguay ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

Alternates – Alternos

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

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

PARTICIPATING STATES/ESTADOS PARTICIPANTES

FRANCE/FRANCIA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

M. Lorenzo Schiavi
Premier secrétaire, Observateur permanent
de la France près l'Organisation des
États Américains
Washington, D.C.

Mrs. Arlette Bravo-Prudent
Caribbean Affairs Policy Adviser
Regional Health Agency
Martinique

NETHERLANDS/PAÍSES BAJOS

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Peter A. Bootsma
Health Counselor
The Royal Netherlands Embassy
Washington, D.C.

UNITED KINGDOM/REINO UNIDO

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Ms. Emily R. Braid
Senior Social Policy Adviser
Politics, Economics and Communication
Group
British Embassy
Washington, D.C.

Delegates – Delegados

Mr. Andrew Preston
Development Counsellor
British Embassy
Washington, D.C.

Hon. Portia Stubbs-Smith
Minister of Health and Human Services
Ministry of Health and Human Services
Grand Turk

Alternates – Alternos

Mr. Kevin D. Monkman
Permanent Secretary
Ministry of Health and Seniors
Government of Bermuda

Mrs. Desiree Lewis
Permanent Secretary
Ministry of Health and Human Services
Grand Turk

ASSOCIATE MEMBERS/MIEMBROS ASOCIADOS

ARUBA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

ARUBA (cont.)

Delegates – Delegados

Dr. Angel Caballero
Adviser to the Minister
Ministry of Health and Sport
Oranjestad, Aruba

ASSOCIATE MEMBERS/MIEMBROS ASOCIADOS (cont.)

ARUBA (cont.)

Delegates – Delegados (cont.)

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

Ms. Gytha Boerwinkel
Advisor, Office of the Minister Plenipotentiary
for Aruba
The Royal Netherlands Embassy
Washington, D.C.

Ms. Angela Guiro
Advisor, Office of the Minister Plenipotentiary
for Aruba
The Royal Netherlands Embassy
Washington, D.C.

CURAÇAO

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

Mrs. Numidia K. Mercelina
Minister of Health, Environment and Nature
Ministry of Health, Environment and Nature
Punda

Mr. Lamberto Pedro Felida
Deputy Head of Delegation Policy Officer
Ministry of Health, Environment and Nature
Punda

PUERTO RICO

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

SINT MAARTEN

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

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

Dr. Virginia Asin Oostburg
Head Collective Prevention Services/
EPI Manager
Ministry of Public Health, Social
Development and Labour
Philipsburg

Alternate – Alterno

Dr. Fenna Arnell
Head Public Health Department
Ministry of Public Health, Social
Development and Labour
Philipsburg

OBSERVER STATES/ESTADOS OBSERVADORES

SPAIN/ESPAÑA

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

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

SPAIN/ESPAÑA (cont.)

Sr. D. Miguel Casado Gómez
Jefe de Área de la Subdirección General de
Políticas para el Desarrollo
Ministerio de Asuntos Exteriores y de la
Cooperación de España
Madrid

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

REPRESENTATIVES OF THE EXECUTIVE COMMITTEE/ REPRESENTANTES DEL COMITÉ EJECUTIVO

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

Dr. Matías Villatoro
Coordinador, Unidad de Gestión de
Servicios de Salud
Ministerio de Salud
San Salvador

AWARD WINNERS/ GANADORES DE LOS PREMIOS

**Abraham Horwitz Award for Leadership
in Inter-American Health, 2012/Premio
Abraham Horwitz al Liderazgo en la Salud
Interamericana, 2012**

Dr. Julio Frenk
México

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

Dr. Alok Kumal, et.al
"Epidemiological trends and clinical
manifestations of Dengue among children in
one of the English-speaking Caribbean
countries"
Barbados

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

Dr. Veronika Haydee Merino Osorio
Perú

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

Dr. Santiago Renjifo Salcedo (In Memoriam)
Colombia

Dr. José Lima Pedreira de Freitas
(In Memoriam)
Brazil

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

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

Sra. Inés Bustillo
Sra. Helvia Velloso
Mr. Fernando Flores

**Food and Agriculture Organization/
Organización para la Alimentación y la
Agricultura**

Mr. Nicholas Nelson

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

Ms. Maria Villanueva

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

Dr. Edward Greene
Dr. César Nuñez
Dr. Ernest Massiah

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

**Caribbean Community/
Comunidad del Caribe**

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

**Caribbean Public Health Agency/
Agencia de Salud Pública del Caribe**

Dr. James Hospedales

**Council of Central American Ministers
of Health/Consejo de Ministros de Salud
de Centroamérica**

Dr. Julio Valdés

GAVI Alliance/Alianza GAVI

Dr. Stephen Sosler
Ms. Cristina Yaberi

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

Sr. Héctor Salazar-Sánchez

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

Mrs. Joy Phumaphi

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

Mr. José Miguel Insulza

World Bank/Banco Mundial

Dr. Joana Godinho

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

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

Ing. Luiz Augusto de Lima Pontes

**International Eye Foundation/Fundación
Internacional del Ojo**

Ms. Victoria M. Sheffield

**Interamerican Society of Cardiology/
Sociedad Interamericana de Cardiología**

Dr. Daniel Piñeiro

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

Dr. Rodney López

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

Dr. Norberto Larroca

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

Dr. Alberto Paganelli

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

Ms. Marcela Gaitán

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

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

Mr. Michael Splaine
Mr. Raymond Jessurun
Ms. Kate Gordon
Mr. Johan Vos

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

Mr. Laurent Huber
Mr. Cris Bostic
Ms. Johanna Birchmayer

**Council on Health Research for
Development/Consejo de Investigación
sobre Salud y Desarrollo**

Dr. Gerald t. Keusch

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

Mr. Luis Adrián Quiroz Castillo
Ms. Eva María Ruiz de Castilla Yabar

**International Association for Dental
Research/Asociación Internacional
para la Investigación Dental**

Dr. Christopher Fox

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

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

Dr. Edwin Jiménez
Mr. Bob Chapman

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

Ms. Whitney Cordoba Grueso
Ms. Kelly Thompson
Dr. Roopa Dhatt
Ms. Reshma Ramachandran
Mr. Jesse Kancir
Dr. Rael García
Dr. Aliye Runyan

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

Ms. Shira Kilcoyne

**International Union for Health Promotion
and Health Education/Unión Internacional
de Promoción de la Salud y de Educación
para la Salud**

Dr. Marilyn Rice

**Medicus Mundi International/
Medicus Mundi Internacional**

Ms. Leigh Haynes
Ms. Meike Schleiff

**Médecins Sans Frontières/
Médicos sin fronteras**

Ms. Judit Rius

**The Cochrane Collaboration/
Colaboración Cochrane**

Prof. Kay Dickersin

**The International Society of Radiographers
and Radiological Technologists/
Sociedad Internacional de Radiógrafos y
Tecnólogos Radiológicos**

Mrs. Rita Eyer

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

Dr. Margaret Chan
Director-General

Mrs. Ivana Milovanovic
External Relations Officer
Office of the Director-General

Dr. Keiji Fukuda, ADG/WHO
Assistant Director-General
Office of the Assistant Director-General

Dr. Mohamed Abdi Jama
Assistant Director-General
Office of the Assistant Director-General

Dr. Isabelle Nuttall
Director
Global Capacities, Alert and Response

Dr. Terry Gail Besselaar
Technical Officer
Influenza, Hepatitis and PIP Framework

Dr. Ruediger Krech
Director
Ethics, Equity, Trade and Human Rights

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

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

Dr. Carissa F. Etienne

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

Dr. Jon Kim Andrus
Deputy Director
Director Adjunto

Dr. Francisco C. Becerra Posada
Assistant Director
Subdirector

Ms. Sharon Fralher
Director of Administration, a.i.
Directora de Administración Interina

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

Dr. Irene Klinger
Director, External Relations, Partnerships
and Governing Bodies
Directora, Relaciones Externas,
Asociaciones y Cuerpos Directivos

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

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

- - -