

## 55<sup>e</sup> CONSEIL DIRECTEUR

### 68<sup>e</sup> SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL DE L'OMS POUR LES AMÉRIQUES

Washington, D.C., ÉUA, du 26 au 30 septembre 2016

---

*Point 3.1 de l'ordre du jour provisoire*

CD55/2  
1<sup>er</sup> août 2016  
Original : anglais

#### **RAPPORT ANNUEL DU PRÉSIDENT DU COMITÉ EXÉCUTIF**

1. Le rapport sur les activités réalisées par le Comité exécutif et le Sous-comité du programme, du budget et de l'administration entre octobre 2015 et septembre 2016 est présenté conformément à l'Article 9.C de la Constitution de l'Organisation panaméricaine de la Santé. Au cours de la période sous référence, le Comité exécutif a tenu deux sessions : la 157<sup>e</sup> session, le 2 octobre 2015, et la 158<sup>e</sup> session, du 20 au 24 juin 2016. Le Sous-comité du programme, du budget et de l'administration a tenu sa 10<sup>e</sup> session du 30 mars au 1<sup>er</sup> avril 2016. Pour connaître le détail de ces réunions, se référer aux rapports finaux de la 10<sup>e</sup> session du Sous-comité (document SPBA10/FR) et de la 157<sup>e</sup> et la 158<sup>e</sup> sessions du Comité exécutif (documents CE157/FR et CE158/FR, respectivement).
  2. Les membres du Comité exécutif pendant la période couverte par ce rapport étaient Antigua-et-Barbuda, l'Argentine, les Bahamas, le Chili, le Costa Rica, l'Équateur, les États-Unis d'Amérique, le Guatemala et la Trinité-et-Tobago. Les membres du Sous-comité du programme, du budget et de l'administration élus par le Comité exécutif ou désignés par le Directeur étaient Antigua-et-Barbuda, l'Argentine, l'Équateur, les États-Unis d'Amérique, la Grenade, le Honduras et le Mexique.
  3. Les membres suivants ont été élus au bureau des 157<sup>e</sup> et 158<sup>e</sup> sessions du Comité : l'Équateur (président), le Costa Rica (vice-président) et Antigua-et-Barbuda (rapporteur).
  4. Pendant la 157<sup>e</sup> session, Antigua-et-Barbuda et l'Argentine ont été élus pour siéger au Sous-comité du programme, du budget et de l'administration à l'expiration des mandats du Canada et de la Jamaïque au sein du Comité exécutif.
  5. Le Comité a fixé les dates de la 10<sup>e</sup> session du Sous-comité du programme, du budget et de l'administration, de la 158<sup>e</sup> session du Comité exécutif et du 55<sup>e</sup> Conseil directeur. Le Comité a également discuté des sujets devant être inclus dans l'ordre du jour des Organes Directeurs pendant l'année. De plus, le Comité a adopté deux
-

résolutions confirmant plusieurs amendements au Règlement financier et au Statut du personnel du BSP.

6. Lors de la 157<sup>e</sup> session, le Comité a adopté deux résolutions et huit décisions, qui figurent, ainsi qu'un récapitulatif des délibérations du Comité sur chaque point, dans le rapport final de la session (annexe A).

7. Pendant la 158<sup>e</sup> session, le Comité a désigné les délégués du Costa Rica et de l'Équateur pour le représenter lors du 55<sup>e</sup> Conseil directeur, 68<sup>e</sup> session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques. L'Argentine et les États-Unis d'Amérique ont été nommés comme représentants suppléants. Le Comité a également approuvé l'ordre du jour provisoire pour le 55<sup>e</sup> Conseil directeur et a nommé un membre au Comité d'audit de l'OPS.

8. Les questions suivantes ont aussi été discutées pendant la 158<sup>e</sup> session :

#### **Questions relatives aux Comités**

- Rapport sur la 10<sup>e</sup> session du Sous-Comité du programme, du budget et de l'administration
- Prix de l'OPS pour l'administration (2016)
- Prix de l'OPS pour l'administration : changements aux procédures
- Organisations non gouvernementales en relations officielles avec l'OPS
- Rapport annuel du Bureau d'éthique (2015)
- Rapport du Comité d'audit de l'OPS
- Nomination d'un membre au Comité d'audit de l'OPS

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

- Rapport provisoire de l'évaluation de fin de période biennale du Programme et budget 2014-2015/Premier rapport intérimaire du Plan stratégique de l'OPS 2014-2019
- Évaluation intérimaire de la mise en œuvre de la politique budgétaire de l'OPS
- Méthodologie du cadre de stratification des priorités programmatiques du Plan stratégique de l'OPS
- Résilience des systèmes de santé
- Accès aux médicaments et autres technologies de la santé stratégiques et à coûts élevés et leur usage rationnel
- La santé des migrants
- Plan d'action pour l'élimination du paludisme 2016-2020

- Plan d'action pour la prévention et la lutte contre le VIH et les infections sexuellement transmissibles 2016-2021
- Plan d'action pour l'élimination des maladies infectieuses négligées et activités après la phase d'élimination 2016-2022
- Stratégie pour la prévention et la lutte contre les arboviroses
- Plan d'action pour la réduction des risques liés aux catastrophes 2016-2021
- Analyse des mandats de l'Organisation panaméricaine de la Santé

### **Questions administratives et financières**

- Rapport sur le recouvrement des contributions fixées
- Rapport financier du Directeur et rapport du Commissaire aux comptes externe pour 2015
- Programmation de l'excédent de budgétaire
- Programmation de l'excédent de revenus
- Assurance maladie après cessation de service
- Rapport sur le Fonds directeur d'investissement : examen du Plan directeur d'investissement
- Rapport du Bureau de contrôle interne et services d'évaluation
- Mise à jour concernant la nomination du Commissaire aux comptes de l'OPS pour 2018-2019 et 2020-2021

### **Questions relatives au personnel**

- Statistiques des effectifs du Bureau sanitaire panaméricain
- Amendements au Status et au Règlement du personnel du Bureau sanitaire panaméricain
- Déclaration du représentant de l'Association du personnel de l'OPS/OMS

### **Questions pour information**

- Programme et budget de l'OPS 2016-2017 : mécanismes pour le rapport intérimaire à l'intention des États Membres
- Processus d'élaboration du budget programme de l'OMS 2018-2019
- Mise à jour sur la réforme de l'OMS
- État d'avancement du système de gestion de l'information du BSP (PMIS)

- Mise en œuvre du Règlement sanitaire international (RSI)
- Mise à jour sur la maladie à virus Zika dans la Région des Amériques
- Mise en œuvre des Objectifs de développement durable dans la Région des Amériques
- Plan d'action régional pour le renforcement du recueil des données d'état civil et de santé : rapport final
- Stratégie et plan d'action régionaux sur la nutrition en matière de santé et de développement : rapport final
- Stratégie et plan d'action pour la réduction de la malnutrition chronique : rapport final
- Plan d'action pour maintenir l'élimination de la rougeole, la rubéole et le syndrome de rubéole congénitale dans la Région des Amériques : rapport final
- 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 : rapport final
- Rapports d'avancement sur les questions techniques :
  - a) Stratégie et plan d'action sur la cybersanté : évaluation à mi-parcours
  - b) Plan d'action sur la santé des adolescents et des jeunes
  - c) Plan d'action pour la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles : évaluation à mi-parcours
  - d) Plan d'action pour réduire l'usage nocif de l'alcool : évaluation à mi-parcours
  - e) Plan d'action sur l'usage de substances psychoactives et la santé publique : évaluation à mi-parcours
  - f) Situation des Centres panaméricains
- Résolutions et autres actions des organisations intergouvernementales d'intérêt pour l'OPS :
  - a) Soixante-neuvième Assemblée mondiale de la Santé
  - b) Organisations sous-régionales

9. Lors de la 158<sup>e</sup> session, le Comité exécutif a adopté 17 résolutions et trois décisions qui sont reproduites, avec un récapitulatif des exposés et des discussions sur chaque point, dans le rapport final de la 158<sup>e</sup> session (annexe B).

Annexes



## **55<sup>e</sup> CONSEIL DIRECTEUR**

### **68<sup>e</sup> SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL DE L'OMS POUR LES AMÉRIQUES**

*Washington, D.C., ÉUA, du 26 au 30 septembre 2016*

---

CD55/2  
Annex A

CE157/FR  
2 octobre 2015  
Original : anglais

**RAPPORT FINAL**

---

---

**TABLE DES MATIÈRES**

	<i>Page</i>
<b>Ouverture de la session</b> .....	4
<b>Questions relatives au Règlement</b>	
Élection du Bureau.....	4
Adoption de l'ordre du jour.....	4
<b>Questions relatives au Comité</b>	
Élection de deux membres au Sous-comité du programme, du budget et de l'administration .....	5
<b>Questions relatives aux Organes directeurs</b>	
Dates proposées pour les réunions des Organes directeurs de l'OPS en 2016 :	
a) Dixième session du Sous-comité du programme, du budget et de l'administration .....	5
b) 158 <sup>e</sup> session du Comité exécutif .....	5
c) 55 <sup>e</sup> Conseil directeur, 68 <sup>e</sup> session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques.....	5
Thèmes proposés pour 2016 :	
a) Dixième session du Sous-comité du programme, du budget et de l'administration .....	5
b) 158 <sup>e</sup> session du Comité exécutif .....	6
<b>Questions administratives et financières</b>	
Amendements au Statut et au Règlement du personnel du Bureau sanitaire panaméricain .....	8
Amendements au Règlement financier et aux Règles de gestion financière de l'OPS .....	8
<b>Autres questions</b> .....	8
<b>Clôture de la session</b> .....	9
<b>Résolutions et décisions</b>	
<i>Résolutions</i>	
CE157.R1    Amendements au Règlement du personnel du Bureau sanitaire panaméricain .....	10
CE157.R2    Amendements aux Règles de gestion financière de l'Organisation panaméricaine de la Santé .....	10

---

**TABLE DES MATIÈRES (suite)**
*Page***Résolutions et décisions (suite)****Décisions**

CE157(D1)	Élection du Bureau .....	13
CE157(D2)	Adoption de l'ordre du jour .....	13
CE157(D3)	Élection de deux membres au Sous-comité du programme, du budget et de l'administration .....	14
CE157(D4)	Dates de la 10 <sup>e</sup> session du Sous-comité du programme, du budget et de l'administration .....	14
CE157(D5)	Dates de la 158 <sup>e</sup> session du Comité exécutif.....	14
CE157(D6)	Dates du 55 <sup>e</sup> Conseil directeur, 68 <sup>e</sup> session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques.....	14
CE157(D7)	Thèmes à discuter pendant la 10 <sup>e</sup> session du Sous-comité du programme, du budget et de l'administration.....	14
CE157(D8)	Thèmes à discuter pendant la 158 <sup>e</sup> session du Comité exécutif....	15

**Annexes**

Annexe A. Ordre du jour

Annexe B. Liste des documents

Annexe C. Liste préliminaire des thèmes proposés pour 2016 : Dixième session du  
Sous-comité du programme, du budget et de l'administrationAnnexe D. Liste révisée des thèmes proposés pour 2016 : Dixième session du  
Sous-comité du programme, du budget et de l'administrationAnnexe E. Liste préliminaire des thèmes proposés pour 2016 : 158<sup>e</sup> session du  
Comité exécutifAnnexe F. Liste révisée des thèmes proposés pour 2016 : 158<sup>e</sup> session du Comité  
exécutif

Annexe G. Liste des participants

## RAPPORT FINAL

### Ouverture de la session

1. La 157<sup>e</sup> session du Comité exécutif s'est tenue au Siège de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) à Washington, D.C., le 2 octobre 2015. Des délégués des sept membres suivants du Comité exécutif élus par le Conseil directeur ont participé à la session : Antigua-et-Barbuda, Argentine, Chili, Costa Rica, Équateur, États-Unis d'Amérique et Trinité-et-Tobago. Les déléguées des deux autres membres, à savoir Bahamas et Guatemala, n'ont pu y assister. Des déléguées du Brésil, du Canada, de la Colombie, d'Haïti, du Mexique, du Paraguay, du Pérou et de Porto Rico étaient présents à titre d'observateurs.

2. Le Dr María Esther Anchía (Costa Rica, vice-présidente du Comité exécutif) a ouvert la session et souhaité la bienvenue aux participants. Elle a réservé un accueil particulier aux nouveaux membres élus par le 54<sup>e</sup> Conseil directeur, qui venait de prendre fin : Antigua-et-Barbuda, Argentine et Chili.

### Questions relatives au Règlement

#### *Élection du Bureau*

3. En vertu de l'article 15 de son Règlement intérieur, le Comité a élu les États Membres suivants comme membres du bureau pour la période s'étendant d'octobre 2015 à octobre 2016 (décision CE157[D1]) :

<i>Président :</i>	Équateur	(S.Exc. Marco Vinicio Albuja Martínez)
<i>Vice-président :</i>	Costa Rica	(Dr María Esther Anchía)
<i>Rapporteur :</i>	Antigua-et-Barbuda	(S.Exc. Molwyn Morgorson Joseph)

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

#### *Adoption de l'ordre du jour (document CE157/I, Rév. 1)*

5. En vertu de l'article 9 de son Règlement intérieur, le Comité a adopté, sans changement, l'ordre du jour provisoire préparé par la Directrice (décision CE157[D2]).



## **Questions relatives au Comité**

### ***Élection de deux membres au Sous-comité du programme, du budget et de l'administration***

6. Le Comité a élu Antigua-et-Barbuda et l'Argentine pour faire partie du Sous-comité du programme, du budget et de l'administration à l'expiration du mandat du Canada et de la Jamaïque au Comité exécutif. Le Comité a remercié le Canada et la Jamaïque pour leurs services (décision CE157[D3]).

## **Questions relatives aux Organes directeurs**

### ***Dates proposées pour les réunions des Organes directeurs de l'OPS en 2016 (document CE157/2)***

#### *a) Dixième session du Sous-comité du programme, du budget et de l'administration*

7. Le Comité a décidé que la 10<sup>e</sup> session du Sous-comité du programme, du budget et de l'administration se tiendrait du 30 mars au 1<sup>er</sup> avril 2016 (décision CE157[D4]).

#### *b) 158<sup>e</sup> session du Comité exécutif*

8. Le Comité a décidé de tenir sa 158<sup>e</sup> session du 20 au 24 juin 2016 (décision CE157[D5]).

#### *c) 55<sup>e</sup> Conseil directeur, 68<sup>e</sup> session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques*

9. Le Comité a décidé que le 55<sup>e</sup> Conseil directeur, 68<sup>e</sup> session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques se tiendrait du 26 au 30 septembre 2016 (décision CE157[D6]).

### ***Thèmes proposés pour 2016 (documents CE157/3, Rév. 1 et CE157/4, Rév. 1)***

#### *a) Dixième session du Sous-comité du programme, du budget et de l'administration*

10. Le Comité exécutif a examiné les sujets proposés devant être discutés par le Sous-comité du programme, du budget et de l'administration pendant sa 10<sup>e</sup> session, tels qu'énumérés dans le document CE157/3 (Annexe C). Il a été demandé à la Directrice de présenter un rapport d'étape sur la mise en œuvre du programme et budget, conformément à la résolution CD54.R16, adoptée par le 54<sup>e</sup> Conseil directeur, qui venait de prendre fin.

11. La Directrice a fait observer que la résolution CD54.R16 lui demandait d'établir, en consultation avec les États Membres, un mécanisme relatif à la présentation de rapports d'étape sur le programme et budget et a suggéré que le Sous-comité envisage de formuler une proposition concernant un tel mécanisme.

12. Le Comité exécutif a accepté la suggestion de la Directrice et a ratifié, en plus de ce changement, la liste de thèmes figurant au document CE157/3, Rév. 1 (Annexe D) (décision CE157[D7]).

*b) 158<sup>e</sup> session du Comité exécutif*

13. La Directrice a attiré l'attention sur les sujets proposés devant être discutés par le Comité exécutif durant sa 158<sup>e</sup> session, tels qu'énumérés dans le document CE158/4 (Annexe E). Elle a noté que la liste comprenait plusieurs rapports sous la rubrique « Questions pour information », et a suggéré de traiter ces points par groupes afin d'accélérer l'examen. Elle a aussi suggéré de reporter à 2017 l'examen du point 15, « Stratégie relative aux ressources humaines pour l'accès universel à la santé », afin de donner au Bureau assez de temps pour participer à des consultations au niveau national, et afin de veiller à ce que la stratégie présentée soit fondée sur un consensus et reflète bien les vues des États Membres ainsi que les besoins et les priorités cernés par ceux-ci. Elle a noté en outre que le Bureau avait déjà provisoirement défini plusieurs sujets devant être examinés en 2017 (énumérés dans un tableau remis aux membres du Comité) afin d'avoir amplement le temps de tenir une consultation avec les États Membres quant au contenu des documents respectifs.

14. Au cours de la discussion qui a suivi, plusieurs délégués se sont dits préoccupés par le grand nombre de questions relatives aux politiques des programmes qui étaient proposées pour discussion, et ont demandé des éclaircissements quant aux critères selon lesquels ces questions avaient été choisies pour inclusion à l'ordre du jour. Les délégués ont également souligné que les contraintes budgétaires et le manque de financement pourraient rendre difficile la réalisation des activités envisagées d'après les diverses stratégies et les divers plans d'action proposés. Il a été suggéré de fusionner certains points afin de raccourcir quelque peu l'ordre du jour et d'éviter de répéter les mêmes activités. Par exemple, le point 13, portant sur l'accès aux nouveaux médicaments à prix élevé, pourrait être combiné au point 14, un projet de stratégie et de plan d'action sur l'usage rationnel des médicaments. Le point 43, le rapport final relatif au Plan stratégique régional pour le VIH/sida/IST, 2006-2015, pourrait être combiné au point 17, un projet de plan d'action sur la prévention et le contrôle du VIH et des infections sexuellement transmissibles. Le point 45, le rapport final sur la Stratégie et le Plan d'action contre le paludisme, pourrait être combiné au point 16, un projet de plan d'action sur le paludisme. On a également suggéré de fusionner le point 16 et le point 19 – le projet de stratégie sur la prévention et le contrôle des arboviroses –, puisqu'un grand nombre des interventions visant à combattre le paludisme et les arboviroses seraient similaires. Plusieurs délégués ont demandé des éclaircissements concernant le point 24, intitulé « Analyse des mandats de l'OPS ».

15. Un soutien sans équivoque a été exprimé quant à la suggestion de la Directrice d'examiner les questions pour information par groupes. La plupart des délégués ont aussi appuyé la suggestion de la Directrice de reporter à 2017 l'examen du point 15, bien qu'une déléguée ait exprimé l'avis que cet examen ne devrait pas être reporté, étant donnée la priorité élevée accordée à la question des ressources humaines en santé, telle

que réaffirmée durant la consultation régionale relative à la Stratégie mondiale sur les ressources humaines pour la santé tenue lors du 54<sup>e</sup> Conseil directeur. On a suggéré qu'il serait peut-être sage de reporter aussi l'examen du point 20, puisque les Objectifs de développement durable venaient d'être adoptés – en septembre 2015 – et que, par conséquent, il serait peut-être prématuré de tenter de définir une stratégie et un plan d'action pour leur mise en œuvre dans la Région. Il a été souligné que la prompte distribution de tous les documents pertinents était primordiale.

16. La Directrice a mentionné que la date limite pour la distribution des documents était six semaines avant la session concernée. Elle a ajouté que le Bureau avait souvent des difficultés à respecter cette date limite tout en veillant à ce que les documents publiés soient de première qualité sur le plan technique et que les États Membres aient été adéquatement consultés quant à leur contenu. Pour cette raison, elle avait suggéré le report du point 15, et elle avait déjà commencé à identifier d'autres sujets pour examen en 2017. Elle était d'accord qu'il serait également judicieux de remettre à plus tard l'examen d'une stratégie et d'un plan d'action relatifs à la mise en œuvre des Objectifs de développement durable dans la Région ; elle a toutefois assuré le Comité que le Bureau continuerait de collaborer avec les États Membres pour définir des indicateurs et pour étudier la meilleure façon de lier les Objectifs au Plan stratégique 2014-2019 de l'Organisation.

17. En ce qui a trait aux critères d'inclusion des points à l'ordre du jour, la Directrice a expliqué que certains points étaient des plans d'action régionaux concernant la mise en œuvre de stratégies adoptées par les États Membres au niveau mondial. D'autres points, tels que les plans d'action sur le paludisme et sur le VIH et les infections sexuellement transmissibles, avaient été inclus parce que les plans d'action existants dans ces domaines arrivaient à leur terme. Certains points, tels que ceux qui portaient sur le renforcement des politiques de santé publique au-delà des frontières et sur l'accès aux nouveaux médicaments et aux nouvelles technologies à prix élevé, avaient été inclus en réponse aux priorités définies par les États Membres. Quant au point 24, son but était d'évaluer si les mandats de l'OPS, dont certains existent depuis de nombreuses années, demeuraient pertinents et, sinon, d'en retirer peut-être quelques-uns.

18. Le Bureau examinera la possibilité de fusionner certains points de l'ordre du jour selon les suggestions formulées. Par exemple, on pourrait inclure les rapports relatifs à la Stratégie et au Plan d'action contre le paludisme et au plan stratégique sur le VIH/sida et les IST comme documents de référence aux projets de plans d'action dans ces domaines.

19. Le Comité a ratifié la liste de thèmes figurant au document CE157/4, Rév. 1 (Annexe F), avec les amendements proposés par les États Membres et par la Directrice (décision CE157[D8]). Il a été convenu que le Bureau continuerait à consulter les États Membres concernant l'ordre du jour provisoire au cours des prochains mois.

**Questions administratives et financières*****Amendements au Statut et au Règlement du personnel du Bureau sanitaire panaméricain (document CE157/5)***

20. Mme Kate Rojkov (Directrice du Département de gestion des ressources humaines du BSP) a expliqué que l'un des amendements proposés au Règlement du personnel du BSP et figurant à l'annexe A du document CE157/5 était nécessaire pour que celui-ci soit en harmonie avec le règlement du personnel de l'OMS et pour assurer la transparence du processus de recrutement. Les autres amendements étaient proposés dans un souci de clarté et de cohérence interne avec les autres articles du Règlement du personnel du BSP.

21. Le Comité a adopté la résolution CE157.R1, qui confirme les amendements apportés au Règlement du personnel du BSP, telles qu'indiquées à l'annexe A du document CE157/5.

***Amendements au Règlement financier et aux Règles de gestion financière de l'OPS (document CE157/6, Rév. 1)***

22. M. Gerald Anderson (Directeur de l'administration du BSP) a rappelé que le 54<sup>e</sup> Conseil directeur avait approuvé plusieurs amendements au Règlement financier de l'OPS (voir résolution CD54.R3), lesquels rendaient nécessaires plusieurs amendements correspondantes aux Règles de gestion financière afin d'introduire le concept de budget intégré, d'assurer l'harmonie avec le Règlement financier et de continuer à renforcer la gestion fondée sur les résultats au sein de l'Organisation. Les amendements proposés figurent à l'annexe A du document CE157/6, Rév. 1.

23. Lors de la discussion qui a suivi, un délégué a demandé pourquoi la modification proposée à la Règle 102.1 laissait à la Directrice le choix de demander ou non des évaluations de rendement à 6 mois et à 18 mois au cours de la période budgétaire. Il a dit qu'à son avis, ces évaluations constituaient une pratique optimale et devraient être obligatoires.

24. La Directrice a expliqué que le Bureau était tenu de faire un rapport concernant l'exécution du budget à la fin de la première année de chaque exercice biennal et à la fin de cet exercice. Elle avait également choisi de faire mener des évaluations internes à 6 mois et à 18 mois durant chaque exercice biennal. Elle a ajouté toutefois que le fait de gérer le programme et budget comme bon lui semble était l'une des prérogatives du Directeur ou de la Directrice, et qu'un autre Directeur ou une autre Directrice pourrait ne pas considérer ces évaluations comme nécessaires.

25. Après avoir consulté la conseillère juridique, le Comité exécutif a décidé de remplacer la formulation « Le Directeur peut demander », dans la Règle 102.1, par « Le Directeur demandera ». Ainsi, le Directeur doit obligatoirement demander un suivi et une évaluation du rendement à 6 mois et à 18 mois durant chaque période budgétaire. En plus

de ce changement, le Comité a adopté la résolution CE157.R2, qui confirme les amendements proposés aux Règles de gestion financière indiqués à l'annexe du document CE157/6, Rév. 1.

### **Autres questions**

26. Il a été demandé au Bureau de préparer des documents d'information décrivant les conséquences potentielles pour la Région des décisions qui seront prises prochainement dans le contexte de la réforme de l'OMS, en particulier quant à la gouvernance et au cadre du dialogue avec les acteurs non étatiques. Concernant ce dialogue, l'opinion a été émise que des informations sur les lignes directrices actuelles de l'OPS en matière d'interaction avec les acteurs non étatiques seraient particulièrement utiles pour éclairer la prise de décision par les États Membres en ce qui a trait au cadre mondial. Il a également été demandé au Bureau de veiller à ce que toute la documentation sur la réforme de l'OMS soit distribuée aux États Membres de la Région. En outre, il a été demandé au Bureau de fournir des informations sur la relation historique de l'OPS avec l'OMS et sur la façon dont les initiatives mondiales ont été incorporées au niveau régional.

27. La Directrice a mentionné qu'en réponse à des demandes antérieures, le Bureau avait déjà préparé un document sur la relation entre l'OPS et l'OMS, sur la base de la Constitution des deux organisations et d'autres documents historiques. Elle a déclaré que le Bureau enverrait cette information de nouveau à tous les États Membres, en plus de la mettre à la disposition de leurs missions permanentes à Genève. Le Bureau fournira aussi les informations demandées sur les conséquences possibles pour la Région des décisions à venir concernant la réforme de l'OMS. Il faut toutefois comprendre que le Bureau travaillera sur la base de documents de l'OMS qui ne sont pas définitifs : si des dispositions essentielles de ces documents changeaient au cours des négociations entre les États Membres, les conséquences pour la Région pourraient changer également.

### **Clôture de la session**

28. Après l'échange habituel de politesses, le président a déclaré la clôture de la 157<sup>e</sup> session.

### **Résolutions et décisions**

29. Voici les résolutions et les décisions adoptées par le Comité exécutif durant la 157<sup>e</sup> session :

***Résolutions***

***CE157.R1 : Amendements au Règlement du personnel du Bureau sanitaire panaméricain***

***LA 157<sup>e</sup> SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,***

Ayant examiné les amendements au Règlement du personnel du Bureau sanitaire panaméricain soumises par la Directrice à l'annexe A du document CE157/5 ;

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

Reconnaissant la nécessité de disposer d'un Règlement du personnel qui facilite et accélère la gestion des promotions et la classification des postes,

***DÉCIDE :***

De confirmer, conformément à l'article 020 du Règlement du personnel, les amendements aux articles 320.4, 560.3 et 570 du Règlement du personnel apportés par la Directrice, avec effet le 2 octobre 2015, concernant l'établissement des salaires, la promotion par reclassification et la réduction de classe.

*(Plénière unique, 2 octobre 2015)*

***CE157.R2 : Amendements aux Règles de gestion financière de l'Organisation panaméricaine de la Santé***

***LA 157<sup>e</sup> SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,***

Ayant examiné les amendements proposés par la Directrice aux Règles de gestion financière de l'Organisation panaméricaine de la Santé (document CE157/6, Rév. 1) ;

Tenant compte du fait que ces amendements permettront aux Règles de s'harmoniser avec les amendements au Règlement financier adoptées par le 54<sup>e</sup> Conseil directeur,

***DÉCIDE :***

De confirmer les amendements proposés par la Directrice aux Règles de gestion financière de l'Organisation panaméricaine de la Santé telles qu'elles apparaissent en annexe, et de mettre ces amendements en application en date du 1<sup>er</sup> janvier 2016.

De transmettre les Règles de gestion financière modifiées de l'Organisation panaméricaine de la Santé au 55<sup>e</sup> Conseil directeur pour information.

Annexe

**AMENDEMENTS AUX RÈGLES DE GESTION FINANCIÈRE DE L'OPS  
TELLES QU'APPROUVÉS PAR LA 157<sup>e</sup> SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF  
(2015)**

Nouveau texte
<b><i>Règle II — Période budgétaire et période de communication de l'information financière</i></b>
102.1 Le suivi et l'évaluation du rendement du programme et budget seront réalisés à la fin de la période budgétaire ; l'évaluation de mi-mandat sera réalisée à la fin de la première année de la période budgétaire. Le Directeur demandera un suivi et une évaluation du rendement semestriel à six mois et à 18 mois au cours de la période budgétaire.
<b><i>Règle III — Le programme et budget</i></b>
103.1 Chaque entité organisationnelle élaborera un plan de travail biennal et le soumettra au Directeur pour approbation, afin que ce plan serve à la mise en œuvre du programme et budget.
103.2 Le programme et budget est alloué aux entités organisationnelles au niveau approprié de la hiérarchie des résultats afin d'orienter l'élaboration des plans de travail biennaux. Ces allocations budgétaires sont indépendantes des sources de financement.
103.3 Les coûts prévus sont le résultat d'une ventilation du programme et budget dans les plans de travail biennaux et sont indépendants des sources de financement. Une entité organisationnelle peut accroître les coûts prévus au-delà des niveaux approuvés, moyennant la réception de ressources supplémentaires pour financer le plan de travail biennal.
<b><i>Règle IV — Financement du programme et budget</i></b>
104.1 Le programme et budget approuvé par la Conférence ou par le Conseil directeur constitue une autorisation budgétaire d'effectuer les dépenses pour lesquelles il a été adopté. Le Directeur peut déterminer le montant des allocations qu'il serait prudent de verser pour pouvoir prendre des engagements, sous réserve de la disponibilité des fonds, et en tenant compte du solde disponible du Fonds de roulement ainsi que des autres ressources financières disponibles pour financer le programme et budget approuvé.
104.2 L'autorisation budgétaire est accordée conformément aux niveaux fixés par le Directeur, à la résolution approuvée ainsi qu'aux politiques de la Conférence, du Conseil directeur et du Comité exécutif.
104.8 Conformément à l'article 4.5 du Règlement, une entente contractuelle indivisible est une entente qui ne peut pas raisonnablement être subdivisée ou qui a pour résultat un produit unique

ou unifié. Toutes les demandes de report des crédits du budget ordinaire qui concernent les ententes contractuelles indivisibles doivent être autorisées par le directeur de l'administration. L'exécution et le paiement de ces engagements doivent avoir lieu pendant les trois premiers mois de la nouvelle période budgétaire, et seront communiqués séparément au sein du nouveau programme et budget. Si le Directeur l'autorise, les engagements et l'autorisation budgétaire afférente relatifs aux biens et services dont la livraison a été retardée en raison de circonstances imprévues seront reportés à la période budgétaire suivante. L'exécution et le paiement de ces engagements doivent avoir lieu pendant les six premiers mois de la nouvelle période budgétaire, et seront communiqués séparément au sein du nouveau programme et budget. Le solde de tout engagement non exécuté sera crédité au surplus budgétaire de la nouvelle période budgétaire, et on pourra s'en servir conformément aux Règles applicables.

#### ***Règle V — Contributions fixées***

105.1 Le Directeur informera les Membres au moins deux fois par an de l'état de leurs contributions fixées, immédiatement après les réunions du Comité exécutif et de la Conférence ou du Conseil directeur.

105.2 Comme indiqué à l'article 5.6 du Règlement financier, le Directeur déterminera l'acceptabilité des paiements relatifs aux contributions fixées effectués en devises autres que le dollar des États-Unis, sous réserve d'une approbation annuelle au cas par cas. Ces approbations stipuleront les conditions que le Directeur juge nécessaires, s'il y a lieu, pour protéger l'Organisation, y compris des limites aux sommes pouvant être versées en devise locale.

105.3 Tous les paiements effectués dans des devises autres que le dollar des États-Unis pour lesquels une autorisation préalable du Directeur n'a pas été reçue, ou qui ne se conforment pas aux conditions stipulées par le Directeur, peuvent être automatiquement retournés au Membre concerné ; la contribution fixée reste alors due et exigible.

#### ***Règle VI — Contributions volontaires***

106.1 Toutes les contributions volontaires seront appuyées par une entente écrite signée conforme à ce Règlement et à ces Règles, ainsi qu'aux politiques et procédures en vigueur.

106.2 Le Directeur peut accorder une autorisation budgétaire relativement aux dépenses qui doivent être financées à partir de sources autres que les contributions fixées et les revenus divers prévus au budget ; ces sommes doivent correspondre aux conditions de l'entente écrite signée et aux pratiques optimales de l'industrie en matière de gestion financière. Ces fonds seront administrés conformément aux Règles 104.3 à 104.7, à moins que ces Règles n'indiquent qu'il doit en être autrement.

106.3 Des coûts de soutien aux programmes seront prélevés sur toutes les contributions volontaires, sauf autorisation écrite contraire du Directeur.

106.4 Les frais de service standards seront prélevés sur les activités relatives aux fonds d'achat, sauf autorisation écrite contraire du Directeur.

#### ***Règle VII — Revenus – autres sources***

107.1 Parmi les autres sources de revenus, on pourrait inclure le résultat net des activités opérationnelles non budgétaires, y compris, sans s'y limiter, les gains et les pertes sur les opérations de change, la disposition d'immobilisations corporelles, les remises, les dons, etc.



<b>Règle VIII — Fonds de roulement et emprunts</b>
108.1 En plus des exigences de financement approuvées qui concernent le programme et budget, on peut dégager des ressources à partir du Fonds de roulement pour financer des dépenses imprévisibles et extraordinaires.
108.2 Le terme « dépenses imprévisibles » désigne des dépenses imputables à, ou liées à, l'exécution d'un programme conformément aux politiques approuvées par la Conférence ou le Conseil directeur, dépenses qui n'étaient pas prévues lorsque les estimations ont été réalisées.
108.3 Le terme « dépenses extraordinaires » désigne des dépenses relatives à des biens ou à des objets qui dépassent le cadre du budget.
108.4 Un membre du bureau désigné est responsable de la préparation des informations sur l'état de tous les engagements relatifs aux dépenses imprévisibles et extraordinaires afin que ces informations soient soumises au Comité exécutif, et prépare les estimations supplémentaires requises à ce sujet en vue de leur soumission à la Conférence ou au Conseil directeur.

*(Plénière unique, 2 octobre 2015)*

### ***Décisions***

#### ***CE157(D1) : Élection du Bureau***

En vertu de l'article 15 du Règlement intérieur du Comité exécutif, le Comité a élu les États Membres suivants comme membres du bureau pour la période s'étendant d'octobre 2015 à septembre 2016 :

Présidence :	Équateur
Vice-présidence :	Costa Rica
Rapporteur :	Antigua-et-Barbuda

*(Plénière unique, 2 octobre 2015)*

#### ***CE157(D2) : Adoption de l'ordre du jour***

En vertu de l'article 9 du Règlement intérieur du Comité exécutif, le Comité a adopté l'ordre du jour soumis par la Directrice (document CE157/1, Rév. 1).

*(Plénière unique, 2 octobre 2015)*

***CE157(D3) : Élection de deux membres au Sous-comité du programme, du budget et de l'administration***

Le Comité exécutif a élu Antigua-et-Barbuda et l'Argentine pour faire partie du Sous-comité du programme, du budget et de l'administration.

*(Plénière unique, 2 octobre 2015)*

***CE157(D4) : Dates de la 10<sup>e</sup> session du Sous-comité du programme, du budget et de l'administration***

Le Comité exécutif a décidé que la 10<sup>e</sup> session du Sous-comité du programme, du budget et de l'administration se tiendrait du 30 mars au 1<sup>er</sup> avril 2016.

*(Plénière unique, 2 octobre 2015)*

***CE157(D5) : Dates de la 158<sup>e</sup> session du Comité exécutif***

Le Comité exécutif a décidé que la 158<sup>e</sup> session du Comité exécutif se tiendrait du 20 au 24 juin 2016.

*(Plénière unique, 2 octobre 2015)*

***CE157(D6) : Dates du 55<sup>e</sup> Conseil directeur, 68<sup>e</sup> session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques***

Le Comité exécutif a décidé que le 55<sup>e</sup> Conseil directeur, 68<sup>e</sup> session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques se tiendrait du 26 au 30 septembre 2016.

*(Plénière unique, 2 octobre 2015)*

***CE157(D7) : Thèmes proposés pour la 10<sup>e</sup> session du Sous-comité du programme, du budget et de l'administration***

Le Comité exécutif a ratifié la liste des sujets devant être discutés par le Sous-comité du programme, du budget et de l'administration figurant au document CE157/3, Rév. 1, avec les amendements suggérés par les États Membres et par la Directrice.

*(Plénière unique, 2 octobre 2015)*

***CE157(D8) : Thèmes proposés pour la 158<sup>e</sup> session du Comité exécutif***

Le Comité exécutif a ratifié la liste de thèmes devant être discutés pendant sa 158<sup>e</sup> session figurant au document CE157/4, Rév. 1, avec les amendements suggérés par les États Membres et par la Directrice.

*(Plénière unique, 2 octobre 2014)*

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

FAIT à Washington, D.C., États-Unis d'Amérique, en ce deuxième jour d'octobre de l'année deux mille quinze. Le Secrétaire déposera les textes originaux dans les archives du Bureau sanitaire panaméricain. Après avoir été approuvé par le Président, le rapport final sera publié sur le site Web de l'Organisation panaméricaine de la Santé.

---

Marco Vinicio Albuja Martínez  
Délégué de l'Équateur  
Président de la  
157<sup>e</sup> session du Comité exécutif

---

Carissa Etienne  
Directrice du  
Bureau sanitaire panaméricain  
Secrétaire de droit de la  
157<sup>e</sup> session du Comité exécutif

## **ORDRE DU JOUR**

### **1. OUVERTURE DE LA SESSION**

### **2. QUESTIONS RELATIVES AU RÈGLEMENT**

- 2.1 Élection du Bureau
- 2.2 Adoption de l'ordre du jour

### **3. QUESTIONS RELATIVES AU COMITÉ**

- 3.1 Élection de deux membres du Sous-comité du programme, du budget et de l'administration à l'expiration des mandats du Canada et de la Jamaïque auprès du Comité exécutif

### **4. QUESTIONS RELATIVES AUX ORGANES DIRECTEURS**

- 4.1 Dates proposées pour le cycle des réunions des Organes directeurs de 2016 :
  - a) Dixième session du Sous-comité du programme, du budget et de l'administration
  - b) 158<sup>e</sup> session du Comité exécutif
  - c) 55<sup>e</sup> Conseil directeur, 68<sup>e</sup> session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques
- 4.2 Liste préliminaire des thèmes proposés pour 2016 :
  - a) Dixième session du Sous-comité du programme, du budget et de l'administration
  - b) 158<sup>e</sup> session du Comité exécutif

### **5. QUESTIONS ADMINISTRATIVES ET FINANCIÈRES**

- 5.1 Amendements au Statut et au Règlement du personnel du Bureau sanitaire panaméricain
  - 5.2 Amendements au Règlement financier et aux Règles de gestion financière de l'OPS
-

**6. AUTRES QUESTIONS**

**7. CLÔTURE DE LA SESSION**

## LISTE DES DOCUMENTS

### Documents de travail

- CE157/1, Rév. 1    Ordre du jour
- CE157/2            Dates proposées pour le cycle des réunions des Organes directeurs de l'OPS en 2016
- CE157/3, Rév. 1    Liste révisée des thèmes proposés pour 2016 : Dixième session du Sous-comité du programme, du budget et de l'administration
- CE157/4, Rév. 1    Liste révisée des thèmes proposés pour 2016 : 158<sup>e</sup> session du Comité exécutif
- CE157/5            Amendements au Statut et au Règlement du personnel du Bureau sanitaire panaméricain
- CE157/6, Rév. 1    Amendements au Règlement financier et aux Règles de gestion financière de l'OPS
-

**LISTE PRÉLIMINAIRE DES THÈMES PROPOSÉS POUR 2016 :  
DIXIÈME SESSION DU SOUS-COMITÉ DU PROGRAMME,  
DU BUDGET ET DE L'ADMINISTRATION**

**Questions relatives au Règlement**

1. Élection du Bureau
2. Adoption de l'ordre du jour

**Questions relatives à la politique des programmes**

3. Ébauche de l'évaluation de fin de période biennale du Programme et budget 2014-2015
4. Évaluation à mi-parcours de la politique budgétaire de l'OPS
5. Méthodologie affinée pour une hiérarchisation programmatique
6. Organisations non gouvernementales en relations officielles avec l'OPS
7. Nomination d'un membre au Comité d'audit de l'OPS

**Questions administratives et financières**

8. Vu d'ensemble du Rapport financier du Directeur pour 2015
  9. Proposition pour l'utilisation de l'excédent budgétaire
  10. Programmation de l'excédent de revenus
  11. Assurance maladie après cessation de service
  12. Rapport sur la Stratégie relative au Plan directeur d'investissement : examen et réévaluation du Plan directeur d'investissement
  13. Amendements au Statut et au Règlement du personnel du Bureau sanitaire panaméricain
  14. Statistiques des effectifs du BSP
  15. Nomination du Commissaire aux comptes de l'OPS pour 2018-2019 et 2020-2021
  16. Amendements au Règlement financier et aux Règles de gestion financière de l'OPS (le cas échéant)
-



**Questions soumises pour information**

17. Mise à jour sur la Réforme de l’OMS
18. État d’avancement du système de gestion de l’information du Bureau sanitaire panaméricain
19. Projet d’ordre du jour provisoire de la 158<sup>e</sup> session du Comité exécutif

**LISTE RÉVISÉE DES THÈMES PROPOSÉS POUR 2016 :  
DIXIÈME SESSION DU SOUS-COMITÉ DU PROGRAMME,  
DU BUDGET ET DE L'ADMINISTRATION**

**Questions relatives au Règlement**

1. Élection du Bureau
2. Adoption de l'ordre du jour

**Questions relatives à la politique des programmes**

3. Ébauche de l'évaluation de fin de période biennale du Programme et budget 2014-2015
4. Programme et budget 2016-2017 : mécanismes pour le rapport intérimaire à l'intention des États Membres [nouveau point]
5. Évaluation à mi-parcours de la politique budgétaire de l'OPS
6. Méthodologie affinée pour une hiérarchisation programmatique
7. Organisations non gouvernementales en relations officielles avec l'OPS
8. Nomination d'un membre au Comité d'audit de l'OPS

**Questions administratives et financières**

9. Vu d'ensemble du Rapport financier du Directeur pour 2015
  10. Proposition pour l'utilisation de l'excédent budgétaire
  11. Programmation de l'excédent de revenus
  12. Assurance maladie après cessation de service
  13. Rapport sur la Stratégie relative au Plan directeur d'investissement : examen et réévaluation du Plan directeur d'investissement
  14. Amendements au Statut et au Règlement du personnel du Bureau sanitaire panaméricain
  15. Statistiques des effectifs du BSP
-

16. Nomination du Commissaire aux comptes de l'OPS pour 2018-2019 et 2020-2021

**Questions administratives et financières** (*suite*)

17. Amendements au Règlement financier et aux Règles de gestion financière de l'OPS (le cas échéant)

**Questions pour information**

18. Mise à jour sur la Réforme de l'OMS
19. État d'avancement du système de gestion de l'information du Bureau sanitaire panaméricain
20. Projet d'ordre du jour provisoire de la 158<sup>e</sup> session du Comité exécutif

**LISTE PRÉLIMINAIRE DES THÈMES PROPOSÉS POUR 2016 :  
158<sup>e</sup> SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF**

**Questions relatives au Règlement**

1. Adoption de l'ordre du jour et du programme des réunions
2. Représentation du Comité exécutif lors du 55<sup>e</sup> Conseil directeur de l'OPS, 68<sup>e</sup> session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques
3. Projet d'ordre du jour provisoire du 55<sup>e</sup> Conseil directeur de l'OPS, 68<sup>e</sup> session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques

**Questions relatives au Comité**

4. Rapport sur la dixième session du Sous-comité du programme, du budget et de l'administration
5. Prix de l'OPS pour l'administration (2016)
6. Organisations non gouvernementales en relations officielles avec l'OPS
7. Rapport annuel du Bureau d'éthique (2015)
8. Rapport du Comité d'audit de l'OPS
9. Nomination d'un membre au Comité d'audit de l'OPS

**Questions relatives à la politique des programmes**

10. Rapport préliminaire sur l'évaluation en fin de période biennale du Programme et budget 2014-2015
  11. Évaluation à mi-parcours de la politique budgétaire de l'OPS
  12. Méthodologie affinée pour une hiérarchisation programmatique
  13. Accès aux médicaments nouveaux et à coûts élevés et autres technologies de la santé (document de politique)
  14. Stratégie et plan d'action sur l'usage rationnel des médicaments
  15. Stratégie en matière de ressources humaines pour l'accès universel à la santé
  16. Plan d'action sur le paludisme
-

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

17. Plan d'action pour la prévention et la lutte contre le VIH et les infections sexuellement transmissibles
18. Plan d'action pour l'élimination des maladies infectieuses négligées et activités après la phase d'élimination
19. Stratégie pour la prévention et la lutte contre les arboviroses
20. Stratégie et plan d'action pour la mise en œuvre des Objectifs de développement durable dans la Région des Amériques
21. Plan d'action pour un secteur sanitaire résistant aux catastrophes
22. Élimination de la rougeole dans les Amériques
23. Renforcement des politiques de santé publique au-delà des frontières (document de conception)
24. Analyse des mandats de l'Organisation panaméricaine de la Santé

**Questions administratives et financières**

25. Rapport sur le recouvrement des contributions fixes
26. Rapport financier du Directeur et rapport du Commissaire aux comptes externe pour 2015
27. Proposition pour l'utilisation du solde de l'excédent budgétaire
28. Programmation de l'excédent de revenus
29. Assurance maladie après cessation de service
30. Rapport sur la Stratégie relative au Plan directeur d'investissement : examen et réévaluation du Plan directeur d'investissement
31. Rapport du Bureau de contrôle interne et services d'évaluation
32. Mise à jour sur la nomination du Commissaire aux comptes de l'OPS pour 2018-2019 et 2020-2021
33. Amendements au Règlement financier et aux Règles de gestion financière de l'OPS (le cas échéant)

**Questions relatives au personnel**

34. Statistiques des effectifs du BSP
35. Amendements au Statut et au Règlement du personnel Bureau sanitaire panaméricain
36. Déclaration du représentant de l'Association du personnel de l'OPS/OMS

**Questions pour information**

37. Mise à jour sur la Réforme de l'OMS
38. État d'avancement du Système de gestion de l'information du Bureau sanitaire panaméricain
39. Centre collaborateurs de l'OPS/OMS
40. Mise en œuvre du Règlement sanitaire international (RSI)  
(Résolution WHA68.5 [2015])
41. Plan d'action régional pour le renforcement du recueil des données d'état civil et de santé : rapport final  
(Résolution CD48.R6 [2008])
42. Vers l'élimination de l'onchocercose (cécité des rivières) aux Amériques : rapport final  
(Résolution CD48.R12 [2008])
43. Plan stratégique régional pour le VIH/sida/IST, 2006-2015, élaboré par l'Organisation panaméricaine de la santé : rapport final  
(Résolution CD46.R15 [2005])
44. Stratégie et plan d'action pour l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis congénitale : rapport final  
(Résolution CD50.R12 [2010])
45. Stratégie et plan d'action sur le paludisme : rapport final  
(Résolution CD51.R9 [2011])
46. Stratégie et Plan d'action pour la prévention, le contrôle et les soins contre la maladie de Chagas : rapport final  
(Résolution CD50.R17 [2010])

**Questions pour information** (*suite*)

47. Élimination des maladies négligées et autres infections liées à la pauvreté :  
rapport final  
(Résolution CD49.R19 [2009])
48. Stratégie et plan d'action régionaux sur la nutrition en santé et développement :  
rapport final  
(Résolution CD47.R8 [2006])
49. Stratégie et plan d'action pour la réduction de la malnutrition chronique :  
rapport final  
(Résolution CD50.R11 [2010])
50. Plan d'action sur la sécurité des hôpitaux : rapport final  
(Résolution CD50.R15 [2010])

**Rapports d'avancement sur les questions techniques**

51. Stratégie et plan d'action sur la cybersanté  
(Résolution CD51.R5 [2011])
52. Plan d'action sur la santé des adolescents et des jeunes  
(Résolution CD49.R14 [2009])
53. 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  
(Résolution CD48.R4 [2008])
54. Plan d'action pour la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles  
(Résolution CD52.R9 [2013])
55. Plan d'action pour réduire l'usage nocif de l'alcool  
(Résolution CD51.R14 [2011])
56. Plan d'action sur l'usage de substances psycho actives et la santé publique  
(Résolution CD51.R7 [2011])
57. Situation des Centres panaméricains

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

- 58. 69<sup>e</sup> Assemblée mondiale de la Santé
- 59. 46<sup>e</sup> Assemblée générale de l'Organisation des États Américains
- 60. Organisations sous-régionales



**LISTE RÉVISÉE DES THÈMES PROPOSÉS POUR 2016 :  
158<sup>e</sup> SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF**

**Questions relatives au Règlement**

1. Adoption de l'ordre du jour et du programme des réunions
2. Représentation du Comité exécutif lors du 55<sup>e</sup> Conseil directeur de l'OPS, 68<sup>e</sup> session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques
3. Projet d'ordre du jour provisoire du 55<sup>e</sup> Conseil directeur de l'OPS, 68<sup>e</sup> session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques

**Questions relatives au Comité**

4. Rapport sur la dixième session du Sous-comité du programme, du budget et de l'administration
5. Prix de l'OPS pour l'administration (2016)
6. Organisations non gouvernementales en relations officielles avec l'OPS
7. Rapport annuel du Bureau d'éthique (2015)
8. Rapport du Comité d'audit de l'OPS
9. Nomination d'un membre au Comité d'audit de l'OPS

**Questions relatives à la politique des programmes**

10. Rapport préliminaire sur l'évaluation en fin de période biennale du Programme et budget 2014-2015
  11. Programme et budget 2016-2017 : mécanismes pour le rapport intérimaire à l'intention des États Membres [nouveau point]
  12. Évaluation à mi-parcours du budget de l'OPS
  13. Méthodologie affinée pour une hiérarchisation programmatique
  14. Accès aux médicaments ~~nouveaux~~ et aux technologies de la santé stratégiques et à coûts élevés et leur usage rationnel (document de politique)
-

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

14. ~~Stratégie et plan d'action pour l'usage rationnel des médicaments~~
15. ~~Stratégie en matière de ressources humaines pour l'accès universel à la santé [reporté à 2017]~~
15. Plan d'action sur le paludisme
16. Plan d'action pour la prévention et la lutte contre le VIH et les infections sexuellement transmissibles
17. Plan d'action pour l'élimination des maladies infectieuses négligées et activités après la phase d'élimination
18. Stratégie pour la prévention et la lutte contre les arboviroses
19. Plan d'action pour un secteur sanitaire résistant aux catastrophes
20. Élimination de la rougeole dans les Amériques
21. Renforcement des politiques de santé publique au-delà des frontières (document de conception)
22. Analyse des mandats de l'Organisation panaméricaine de la Santé

**Questions administratives et financières**

23. Rapport sur le recouvrement des contributions fixes
24. Rapport financier du Directeur et rapport du Commissaire aux comptes externe pour 2015
25. Proposition pour l'utilisation du solde des excédents budgétaires
26. Programmation de l'excédent de revenus
27. Assurance maladie après cessation de service
28. Rapport sur la Stratégie relative au Plan directeur d'investissement : examen et réévaluation du Plan directeur d'investissement
29. Rapport du Bureau de contrôle interne et services d'évaluation

**Questions administratives et financières** (*suite*)

30. Mise à jour concernant la nomination du Commissaire aux comptes de l'OPS pour 2018-2019 et 2020-2021
31. Amendements au Règlement financier et aux Règles de gestion financière de l'OPS (le cas échéant)

**Questions relatives au personnel**

32. Statistiques des effectifs du BSP
33. Amendements au Statut et au Règlement du personnel du Bureau sanitaire panaméricain
34. Déclaration du représentant de l'Association du personnel de l'OPS/OMS

**Questions pour information**

35. Mise à jour sur la Réforme de l'OMS
36. État d'avancement du système de gestion de l'information du Bureau sanitaire panaméricain
37. ~~Stratégie et plan d'action pour la~~ Mise en œuvre des Objectifs de développement durable dans la Région des Amériques
38. Centres collaborateurs de l'OPS/OMS
39. Mise en œuvre du Règlement sanitaire international (RSI) (Résolution WHA68.5 [2015])
40. Plan d'action régional pour le renforcement du recueil des données d'état civil et de santé : rapport final (Résolution CD48.R6 [2008])
42. ~~Vers l'élimination de l'onchocercose (cécité des rivières) aux Amériques : rapport final~~ [compris sous le point 16] (Résolution CD48.R12 [2008])
43. ~~Plan stratégique régional pour le VIH/sida/IST, 2006-2015, élaboré par l'Organisation panaméricaine de la santé : rapport final~~ [compris sous le point 15] (Résolution CD46.R15 [2005])

**Questions pour information** (*suite*)

41. Stratégie et plan d'action pour l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis congénitale : rapport final  
(Résolution CD50.R12 [2010])
45. ~~Stratégie et Plan d'action sur le paludisme : rapport final~~ [compris sous le point 14]  
(~~Résolution CD51.R9 [2011]~~)
46. ~~Stratégie et Plan d'action pour la prévention, le contrôle et les soins contre la maladie de Chagas : rapport final~~ [compris sous le point 16]  
(~~Résolution CD50.R17 [2010]~~)
47. ~~Élimination des maladies négligées et autres infections liées à la pauvreté : rapport final~~ [compris sous le point 16]  
(~~Résolution CD49.R19 [2009]~~)
42. Stratégie et Plan d'action régionaux sur la nutrition en santé et développement : rapport final  
(Résolution CD47.R8 [2006])
43. Stratégie et Plan d'action pour la réduction de la malnutrition chronique : rapport final  
(Résolution CD50.R11 [2010])
44. 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 : rapport final  
(Résolution CD48.R4 [2008])
45. Plan d'action sur la sécurité des hôpitaux : rapport final  
(Résolution CD50.R15 [2010])

**Rapports d'avancement sur les questions techniques**

46. Stratégie et Plan d'action sur la cybersanté  
(Résolution CD51.R5 [2011])
47. Plan d'action sur la santé des adolescents et des jeunes  
(Résolution CD49.R14 [2009])
48. Plan d'action pour la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles  
(Résolution CD52.R9 [2013])

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

- 49. Plan d'action pour réduire l'usage nocif de l'alcool  
(Résolution CD51.R14 [2011])
- 50. Plan d'action sur l'usage de substances psycho actives et la santé publique  
(Résolution CD51.R7 [2011])
- 51. Situation des Centres panaméricains

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

- 52. 69<sup>e</sup> Assemblée mondiale de la Santé
- 53. 46<sup>e</sup> Assemblée générale de l'Organisation des États Américains
- 54. Organisations sous-régionales

**LIST OF PARTICIPANTS/LISTA DE PARTICIPANTES**

**OFFICERS / MESA DIRECTIVA**

**President / Presidente:** H.E. Marco Vinicio Albuja Martínez (Ecuador)  
**Vice-President / Vicepresidente:** Dra. María Esther Anchía (Costa Rica)  
**Rapporteur / Relator:** Hon. Molwyn M. Joseph (Antigua and Barbuda)

**MEMBERS OF THE EXECUTIVE COMMITTEE / MIEMBROS DEL COMITÉ EJECUTIVO**

**ANTIGUA AND BARBUDA/ANTIGUA Y BARBUDA**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegate – Delegado

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

**BAHAMAS**

**COSTA RICA**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

**ARGENTINA**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

**CHILE**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegate – Delegado

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

**ECUADOR**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

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

---

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

**ECUADOR (cont.)**

Delegates – Delegados (cont.)

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

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

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

**GUATEMALA**

Delegates – Delegados

**TRINIDAD AND TOBAGO/TRINIDAD Y  
TABAGO**

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

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegate – Delegado

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

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

**BRAZIL/BRASIL**

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

**CANADA/CANADÁ**

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

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

**CANADA/CANADÁ (cont.)**

Ms. Lucero Hernandez  
Manager  
Office of International Affairs for the  
Health Portfolio  
Health Canada  
Ottawa

**COLOMBIA**

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

**HAITI/HAÏTÍ**

Dr Georges Dubuche  
Directeur général  
Ministère de la Santé publique  
et de la Population  
Port-au-Prince, Haïti

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

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

**MEXICO/MÉXICO**

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

**MEXICO/MÉXICO (cont.)**

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

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

**PARAGUAY**

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

**PERU/PERÚ**

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



**ASSOCIATE MEMBERS/MIEMBROS ASOCIADOS**

**PUERTO RICO**

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

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

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

Dr. Carissa F. Etienne

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

Dr. Isabella Danel  
Deputy Director  
Directora Adjunta

Dr. Francisco Becerra  
Assistant Director  
Subdirector

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

Mr. Gerald Anderson  
Director of Administration  
Director de Administración

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

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

- - -

## **55<sup>e</sup> CONSEIL DIRECTEUR**

### **68<sup>e</sup> SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL DE L'OMS POUR LES AMÉRIQUES**

*Washington, D.C., ÉUA, du 26 au 30 septembre 2016*

---

CD55/2  
Annex B

CE158/FR  
24 juin 2016  
Original : anglais

**RAPPORT FINAL**

---

---

**TABLE DES MATIÈRES**

	<i>Page</i>
<b>Ouverture de la session</b> .....	6
<b>Bureau</b> .....	7
<b>Questions relatives au Règlement</b>	
Adoption de l'ordre du jour et du programme de réunions .....	7
Représentation du Comité exécutif lors du 55 <sup>e</sup> Conseil directeur de l'OPS, 68 <sup>e</sup> session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques.....	7
Projet d'ordre du jour provisoire du 55 <sup>e</sup> Conseil directeur de l'OPS, 68 <sup>e</sup> session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques.....	7
<b>Questions relatives au Comité</b>	
Rapport sur la 10 <sup>e</sup> session du Sous-comité du programme, du budget et de l'administration .....	8
Prix de l'OPS pour l'administration (2016).....	9
Prix de l'OPS pour l'administration : Changements aux procédures .....	9
Organisations non gouvernementales en relations officielles avec l'OPS.....	11
Rapport annuel du Bureau d'éthique (2015).....	12
Rapport du Comité d'audit de l'OPS .....	15
Nomination d'un membre au Comité d'audit de l'OPS.....	18
<b>Questions relatives à la politique des programmes</b>	
Rapport provisoire de l'évaluation de fin de période biennale du Programme et budget 2014-2015/Premier rapport intérimaire du Plan stratégique de l'OPS 2014-2019.....	19
Évaluation intérimaire de la mise en œuvre de la politique budgétaire de l'OPS .....	23
Méthodologie du cadre de stratification des priorités programmatiques du Plan stratégique de l'OPS .....	24
Résilience des systèmes de santé .....	27
Accès aux médicaments et autres technologies de la santé stratégiques et à coûts élevés et leur usage rationnel .....	29
La santé des migrants.....	32
Plan d'action pour l'élimination du paludisme 2016-2020 .....	35
Plan d'action pour la prévention et la lutte contre le VIH et les infections sexuellement transmissibles 2016-2021 .....	37
Plan d'action pour l'élimination des maladies infectieuses négligées et activités après la phase d'élimination 2016-2022.....	40
Stratégie pour la prévention et la lutte contre les arboviroses .....	42
Plan d'action pour la réduction des risques liés aux catastrophes 2016-2021 .....	43
Analyse des mandats de l'Organisation panaméricaine de la Santé .....	46

**TABLE DES MATIÈRES (-suite)**

	<i>Page</i>
<b>Questions administratives et financières</b>	
Rapport sur le recouvrement des contributions fixées .....	47
Rapport financier du Directeur et rapport du Commissaire aux comptes externe pour 2015 .....	48
Programmation de l'excédent budgétaire .....	52
Programmation de l'excédent de revenus .....	53
Assurance maladie après cessation de service .....	53
Rapport sur le Fonds directeur d'investissement .....	54
Rapport du Bureau de contrôle interne et services d'évaluation .....	55
Mise à jour concernant la nomination du Commissaire aux comptes de l'OPS pour 2018-2019 et 2020-2021 .....	56
<b>Questions relatives au personnel</b>	
Statistiques des effectifs du BSP .....	57
Amendements au Statut et au Règlement du personnel du BSP .....	59
Déclaration du représentant de l'Association du personnel de l'OPS/OMS .....	60
<b>Questions pour information</b>	
Programme et budget de l'OPS 2016-2017 : mécanismes pour le rapport intérimaire à l'intention des États Membres .....	62
Processus d'élaboration du budget programme de l'OMS 2018-2019 .....	63
Mise à jour sur la réforme de l'OMS .....	64
État d'avancement du système de gestion de l'information du BSP (PMIS) .....	68
Mise en œuvre du Règlement sanitaire international (RSI) .....	69
Mise à jour sur la maladie à virus Zika dans la Région des Amériques .....	72
Mise en œuvre des Objectifs de développement durable dans la Région des Amériques .....	74
Plan d'action régional pour le renforcement du recueil des données d'état civil et de santé : rapport final .....	76
Stratégie et plan régionaux sur la nutrition en matière de santé et de développement, 2006-2015 : rapport final .....	78
Stratégie et plan d'action pour la réduction de la malnutrition chronique : rapport final .....	79
Plan d'action pour maintenir l'élimination de la rougeole, la rubéole et le syndrome de rubéole congénitale dans la Région des Amériques : rapport final .....	81
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 : rapport final .....	83

**TABLE DES MATIÈRES** (-suite)

	<i>Page</i>
<b>Questions pour information</b> ( <i>suite</i> )	
Rapports d'avancement sur les questions techniques .....	84
A. Stratégie et plan d'action sur la cybersanté : évaluation à mi-parcours .....	84
B. Plan d'action sur la santé des adolescents et des jeunes .....	85
C. Plan d'action pour la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles : évaluation à mi-parcours .....	86
D. Plan d'action pour réduire l'usage nocif de l'alcool : évaluation à mi-parcours .....	87
E. Plan d'action sur l'usage de substances psychoactives et la santé publique : évaluation à mi-parcours.....	88
F. Situation des Centres panaméricains .....	89
Résolutions et autres actions d'organisations intergouvernementales révêtant un intérêt pour l'OPS .....	89
A. Soixante-neuvième Assemblée mondiale de la Santé.....	89
B. Organisations sous-régionales .....	90
<b>Clôture de la session</b> .....	92
<b>Résolutions et décisions</b>	
<i>Résolutions</i>	
CE158.R1 Recouvrement des contributions fixées .....	92
CE158.R2 Plan d'action pour la réduction des risques liés aux catastrophes 2016-2021 .....	93
CE158.R3 Stratégie pour la prévention et la lutte contre les arboviroses.....	95
CE158.R4 Plan d'action pour l'élimination du paludisme 2016-2020.....	97
CE158.R5 : Désignation d'un membre auprès du Comité d'audit de l'OPS.....	100
CE158.R6 Recouvrement des contributions fixées Plan d'action pour la prévention et la lutte contre le VIH et les infections sexuellement transmissibles 2016-2021 .....	101
CE158.R7 Méthodologie du cadre de stratification des priorités programmatiques du Plan stratégique de l'OPS .....	106
CE158.R8 Plan d'action pour l'élimination des maladies infectieuses négligées et activités après la phase d'élimination 2016-2022 .....	108
CE158.R9 Analyse des mandats de l'Organisation panaméricaine de la Santé.....	112

---

**TABLE DES MATIÈRES** *(suite)*

	<i>Page</i>
<b>Resolutions and Decisions</b> <i>(suite)</i>	
<b>Resolutions</b> <i>(suite)</i>	
CE158.R10 Amendements au statut et au Règlement du personnel du BSP .....	113
CE158.R11 La santé des migrants.....	116
CE158.R12 Résilience des systèmes de santé .....	118
CE158.R13 Prix de l'OPS pour l'Administration (2016).....	122
CE158.R14 Prix de l'OPS pour l'Administration (2016) – Changements aux procédures .....	123
CE158.R15 Organisations non gouvernementales en relations officielles avec l'OPS .....	126
CE158.R16 Accès aux médicaments et autres technologies de la santé stratégiques et à coûts élevés et leur usage rationnel.....	127
CE158.R17 Ordre du jour provisoire du 55 <sup>e</sup> Conseil Directeur, 68 <sup>e</sup> session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques .....	132
<b>Décisions</b>	
CE158(D1) Adoption de l'ordre du jour .....	133
CE158(D2) Représentation du Comité exécutif au 55 <sup>e</sup> Conseil directeur de l'OPS, 68 <sup>e</sup> session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques .....	133
CE158(D3) Programmation de l'excédent budgétaire .....	133
<b>Annexes</b>	
Annexe A. Ordre du jour	
Annexe B. Liste des documents	
Annexe C. Liste des participants	

## RAPPORT FINAL

### Ouverture de la session

1. La 158<sup>e</sup> session du Comité exécutif s'est tenue au Siège de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) à Washington, D.C., du 20 au 24 juin 2016. Des délégués des neuf membres suivants du Comité exécutif élus par le Conseil directeur ont participé à la session : Antigua-et-Barbuda, Argentine, Bahamas, Chili, Costa Rica, Équateur, États-Unis d'Amérique, Guatemala et Trinité-et-Tobago. Des délégués d'autres États Membres, États participants et États observateurs suivants ont assisté à titre d'observateurs : Brésil, Canada, El Salvador, Espagne, Honduras, Mexique, Panama, Paraguay et Saint-Kitts-et-Nevis. De plus, huit organisations non gouvernementales étaient représentées.

2. Le Dr Margarita Guevara Alvarado (Équateur, Présidente du Comité exécutif) a ouvert la session et souhaité la bienvenue aux participants, notant que la soixante-neuvième Assemblée mondiale de la Santé récemment conclue avait adopté un nombre de décisions qui affecteraient le travail de l'OPS. Elle a souligné que tous les États Membres devaient travailler ensemble pour atteindre les objectifs de développement durable, en tirant parti des progrès accomplis sur la voie des objectifs du Millénaire pour le développement. Dans un contexte dans lequel divers pays étaient en proie aux effets de catastrophes naturelles et de crises sociales, politiques ou économiques, tous les efforts devaient être faits pour protéger les groupes vulnérables à l'aide de politiques publiques qui mettaient en avant l'équité et qui incorporaient une perspective interculturelle et de genre. Elle a exprimé sa gratitude pour l'assistance internationale reçue de l'OPS et des États Membres individuels, à la suite du séisme dévastateur que son pays avait subi en avril 2016.

3. Le Dr Carissa Etienne (Directrice du Bureau sanitaire panaméricain [BSP]), a également souhaité la bienvenue aux participants, observant que la Région avait affronté de nombreux défis en matière de santé publique depuis le 54<sup>e</sup> Conseil directeur en octobre 2015, dont les effets destructeurs de diverses catastrophes naturelles et l'impact profond de l'épidémie de maladie à virus Zika, qui avait une fois de plus testé la préparation aux urgences et la capacité de réponse de l'Organisation. Le Bureau avait répondu ponctuellement et efficacement à la flambée et aux catastrophes naturelles et soutenu les États Membres pour affronter ces défis. Elle a noté que le Comité discuterait de stratégies, de plans d'action et de documents de politique sur un certain nombre de thèmes techniques importants. Il examinerait également les questions financières, administratives et de personnel cruciales. Le Comité jouait un rôle vital en assurant le fonctionnement efficace et performant de l'Organisation, et son travail au cours de la session actuelle préparerait le terrain à la réussite du 55<sup>e</sup> Conseil directeur en septembre. Elle a exprimé sa gratitude à l'avance aux Membres du Comité pour leur détermination et dévouement au cours de la session.

4. Mme Piedad Huerta (Conseillère principale du Bureau des Organes directeurs du BSP) a expliqué un nouveau mécanisme informatisé de distribution des documents piloté à l'occasion de la 10<sup>e</sup> session du Sous-comité du programme, du budget et de l'administration. Le système comprend un mécanisme électronique de suivi des résolutions qui faciliterait la circulation de versions amendées des projets de résolutions au cours de la session.

### **Bureau**

5. Les membres suivants élus à la 157<sup>e</sup> session du Comité continueront à servir dans leurs capacités respectives pendant la 158<sup>e</sup> session :

<i>Présidente :</i>	Équateur	(Dr Margarita Guevara Alvarado)
<i>Vice-présidente :</i>	Costa Rica	(Dr María Esther Anchía)
<i>Rapporteur :</i>	Trinidad-et-Tobago	(Dr Rhonda Sealey-Thomas)

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

### **Questions relatives au Règlement**

#### ***Adoption de l'ordre du jour et du programme de réunions (documents CE158/1, Rev. 1, et CE158/WP/1, Rev. 1)***

7. Le Comité a adopté l'ordre du jour provisoire proposé par la Directrice (document CE158/1, Rev.1) sans changement ; le Comité a également adopté un programme provisoire des réunions (CE158/WP/1, Rev. 1) (Décision CE158 [1]).

#### ***Représentation du Comité exécutif lors du 55<sup>e</sup> Conseil directeur de l'OPS, 68<sup>e</sup> session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques (document CE158/2)***

8. Conformément à l'article 54 de son Règlement intérieur, le Comité exécutif a nommé l'Équateur et le Costa Rica, Président et Vice-président respectivement, pour représenter le Comité au 55<sup>e</sup> Conseil directeur, 68<sup>e</sup> session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques. L'Argentine et les États-Unis d'Amérique ont été élus représentants suppléants (décision CE158 [D2]).

#### ***Projet d'ordre du jour provisoire du 55<sup>e</sup> Conseil directeur de l'OPS, 68<sup>e</sup> session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques (document CE158/3, Rev. 1)***

9. Mme Piedad Huerta (Conseillère principale du Bureau des Organes directeurs du BSP) a présenté l'ordre du jour provisoire du 55<sup>e</sup> Conseil directeur, 68<sup>e</sup> session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques (document CE158/3, Rev. 1), en notant qu'un point sur le cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques avait été ajouté à l'ordre du jour



à la suite de la soixante-neuvième Assemblée mondiale de la Santé (voir « Mise à jour sur la réforme de l'OMS, » paragraphes 264 à 277). Le Bureau déplacerait le rapport sur la mise en œuvre du Règlement sanitaire international (2005) des questions pour information aux questions relatives à la politique des programmes, conformément aux recommandations faites par le Comité exécutif (voir « Mise en œuvre du Règlement sanitaire international, » paragraphes 287 à 296).

10. Lors de la discussion qui a suivi, on a noté que la soixante-neuvième Assemblée mondiale de la Santé avait adopté une résolution sur le rôle du secteur de la santé dans la gestion internationale des produits chimiques,<sup>1</sup> qui demandait au Directeur général de l'OMS de développer, en consultation avec les États Membres et d'autres parties prenantes concernées, une feuille de route pour le secteur de la santé dans le but d'atteindre l'objectif fixé de 2020 pour une gestion stratégique des produits chimiques adoptée par la Conférence internationale sur la gestion des produits chimiques (Dubai, février 2006) et de contribuer aux cibles pertinentes du Programme de développement durable à l'horizon 2030. Tous les comités régionaux de l'OMS ont été exhortés à inclure une discussion de la feuille de route dans leurs programmes. Il était par conséquent suggéré que le Conseil directeur devrait discuter de cette question sous le point 7.7 de l'ordre du jour, « Mise en œuvre des objectifs de développement durable dans la Région des Amériques ».

11. Mme Huerta a indiqué qu'un sous-point concernant la feuille de route serait ajouté à l'ordre du jour sous le point 7.7.

12. Le Comité exécutif a adopté le projet de résolution contenu dans le document CE158/3, Rev. 1, avec les révisions et additions mentionnées ci-dessus.

### **Questions relatives au Comité**

#### ***Rapport sur la 10<sup>e</sup> session du Sous-comité du programme, du budget et de l'administration (document CE158/4)***

13. Le Dr Rhonda Sealey-Thomas (Antigua-et-Barbuda, Présidente du Sous-comité du programme, du budget et de l'administration) a informé que le Sous-comité du programme, du budget et de l'administration (SPBA) avait tenu sa 10<sup>e</sup> session le 30 mars et le 1<sup>er</sup> avril 2016. Le Sous-comité avait discuté d'un certain nombre de questions financières, administratives et autres questions importantes, dont une ébauche du Rapport financier du Directeur pour 2015, une ébauche de l'évaluation de fin d'exercice du programme et budget pour 2014-2015 et du premier rapport intérimaire sur le Plan stratégique de l'OPS 2014-2019, un perfectionnement du cadre de stratification des priorités programmatiques pour le Plan stratégique actuel, le mécanisme pour les rapports intérimaires aux États Membres sur le programme et budget pour l'exercice biennal actuel, une évaluation intérimaire de la mise en œuvre de la politique budgétaire de l'OPS, et la programmation du budget et des excédents de recettes restants de l'exercice biennal

---

<sup>1</sup> Résolution WHA69.4.

2014-2015. Le Sous-comité avait également discuté de la réforme de l’OMS et recommandé un candidat pour remplacer un membre sortant du Comité d’audit de l’OPS. Le Dr Sealey-Thomas a noté que du fait que toutes les questions discutées par le Sous-comité étaient également à l’ordre du jour du Comité exécutif, elle en ferait état au fur et à mesure qu’elles seraient examinées par le Comité.

14. La déléguée du Mexique a indiqué que le paragraphe 78 du rapport ne reflétait pas avec précision les commentaires faits par sa délégation en ce qui concernait le rapport présenté au Sous-comité sur le Plan d’investissement directeur<sup>2</sup> et a demandé que le paragraphe soit amendé.

15. La Directrice a suggéré que la délégation mexicaine clarifie sa position quand le Comité examinerait le point sur le Plan d’investissement directeur (voir paragraphes 218 à 222) ; la déléguée du Mexique a accepté cette suggestion. La Directrice a exprimé sa gratitude aux membres du Sous-comité et aux observateurs qui avaient participé à sa 10<sup>e</sup> session pour leurs commentaires précieux, qui avaient été très utiles au Bureau pour se préparer pour la session du Comité exécutif.

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

***Prix de l’OPS pour l’administration (2016) (documents CE158/5 et Add. I)***

17. Mme Gabrielle Lamouelle (États-Unis d’Amérique) a indiqué que le Jury d’octroi du Prix de l’OPS pour l’administration (2016), composé des représentants des Bahamas, de l’Équateur et des États-Unis, s’était rencontré le 21 juin 2016 et avait examiné l’information sur les candidats nommés par les États Membres. À la suite des discussions, et reconnaissant les mérites des trois candidats, le Jury d’octroi a décidé de recommander que le Prix de l’OPS pour l’administration (2016) soit décerné au Dr Pastor Castell-Florit Serrate, de Cuba, pour ses contributions louables à la santé publique, dont témoigne son leadership dans la gestion et l’administration du système national de santé de Cuba, et pour sa trajectoire professionnelle et ses contributions à la recherche et à l’enseignement de la gestion administrative des systèmes de santé, corroborées par les positions qu’il a occupées et ses nombreuses publications dans les journaux nationaux et internationaux.

18. Le Comité exécutif a adopté la résolution CE158.R13, conférant le Prix de l’OPS pour l’administration (2016) au Dr Pastor Castell-Florit Serrate, de Cuba.

***Prix de l’OPS pour l’administration : Changements aux procédures (document CE158/6, Rev. 2)***

19. Le Dr Rhonda Sealey-Thomas (Représentante du Sous-comité du programme, du budget et de l’administration) a indiqué que le Sous-comité avait considéré une proposition

---

<sup>2</sup> Document SPBA10/12.

par le Bureau de modifier les directives pour conférer le Prix de l'OPS pour l'administration dans le but de renforcer l'importance du prix et d'encourager les États Membres à présenter des candidats qui avaient fait preuve d'excellence. Le Sous-comité avait décidé de former un groupe de travail composé de l'Argentine, la Grenade, le Honduras et le Mexique pour examiner les changements proposés. Le groupe de travail s'était réuni pendant la 10<sup>e</sup> session du Sous-comité et avait décidé de recommander certaines modifications aux amendements proposés par le Bureau. Les procédures révisées ont été avalisées par le Sous-comité et ont été présentées au Comité exécutif dans le document CE158/6.

20. Le Dr James Fitzgerald (Directeur du Département des systèmes et services de santé du BSP), a remercié le groupe de travail et a expliqué que les changements proposés aux procédures se rapportaient essentiellement à la portée du prix. Depuis sa création, le prix avait été fortement axé sur les services de santé. Toutefois, le contexte avait évolué et l'Organisation avait adopté de nouveaux mandats, dont la stratégie pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle. À la lumière de ces changements, tout comme du travail constant de l'Organisation sur les objectifs du Millénaire pour le développement de même que le travail futur sur les objectifs de développement durable, une proposition avait été faite que le prix soit désormais connu sous le nom de Prix de l'OPS en gestion et leadership dans le domaine des services de santé. Le prix serait conféré à des individus ayant fait preuve d'excellence en leadership dans les domaines touchant à l'accès, la couverture, la gestion, le développement de réseaux intégrés et les domaines similaires liés à la prestation du service de la santé.

21. Lors de la discussion qui a suivi, une déléguée a demandé quels seraient les critères qui seraient utilisés pour évaluer les candidats, notant qu'il était important que les critères soient précis afin d'assurer la rigueur et la transparence dans le processus d'examen et également pour aider les États Membres à nommer les candidats appropriés. Elle a également voulu savoir si les États Membres devaient avaliser les candidats qui répondaient par le biais de l'appel ouvert et si la limite de deux nominations par État Membre incluait les candidats soumis par l'État Membre et ceux qui passaient par le processus d'appel ouvert.

22. Le Dr Fitzgerald a répondu que les candidats seraient proposés par les États Membres, qui donc les approuveraient. Convenant qu'il était important de disposer d'un ensemble défini de critères, il a noté que les conditions générales pour les candidats étaient stipulées dans le paragraphe 2 des procédures. La responsabilité d'évaluer si les candidats remplissaient ces conditions reviendrait au Comité du Prix. Quand le Bureau émettait son appel aux candidats, il exposerait explicitement les domaines de travail auxquels le Prix s'appliquerait et publierait des questionnaires standardisés pour les États Membres et exigerait également une documentation approfondie pour appuyer les candidatures, comme expliqué au paragraphe 5 des procédures. D'autres détails, tels que les points à accorder aux différents critères, pourraient être arrêtés avant la session de juin 2017 du Comité exécutif.

23. La Directrice a remarqué qu'il était un devoir pour le Bureau d'assurer que les candidats méritaient le prix. Il revenait aux États Membres de proposer des candidats qui non seulement avaient démontré des résultats significatifs dans la gestion de la santé, mais aussi avaient une bonne réputation et une bonne capacité professionnelle aux niveaux national, régional et mondial. Comme l'avait indiqué le Dr Fitzgerald, une méthode objective pour noter les candidats n'avait pas encore été établie, mais quand lors de ses réunions futures le Comité du prix pourrait décider le nombre de points qui seraient accordés pour chacun des critères, même si ces détails ne devaient pas nécessairement être inclus dans les procédures.

24. Le Comité exécutif a adopté la résolution CE158.R14, approuvant les procédures amendées et le changement du nom du prix.

***Organisations non gouvernementales en relations officielles avec l'OPS (document CE158/7)***

25. Le Dr Rhonda Sealey-Thomas (Représentante du Sous-comité du programme, du budget et de l'administration) a indiqué qu'en conformité à la procédure décrite dans les principes régissant les relations entre l'Organisation panaméricaine de la Santé et les organisations non gouvernementales, le Sous-comité avait tenu une réunion privée au cours de sa 10<sup>e</sup> session, pour examiner le statut de huit ONG en relations officielles avec l'OPS et considérer la demande d'une organisation cherchant à entrer en relations officielles avec l'Organisation. Le Sous-comité avait décidé de recommander que le Comité exécutif admette *Mundo Sano* en relations officielles avec l'OPS et poursuive les relations officielles entre l'OPS et *Healthy Caribbean Coalition*, *Inter-American College of Radiology*, *Inter-American Society of Cardiology*, *Latin American and Caribbean Women's Health Network*, *Latin American Association of Pharmaceutical Industries*, *Latin American Federation of Hospitals*, *Panamerican Federation of Associations of Medical Schools* et *Pan American Federation of Nursing Professionals*.

26. Lors de la discussion du Comité exécutif sur ce point, il a été suggéré qu'à la lumière de l'approbation du cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques (FENSA, selon le sigle anglais) par la soixante-neuvième Assemblée mondiale de la Santé (voir paragraphes 264 à 277), le Bureau devrait réviser ses procédures concernant la collaboration avec les ONG, en tenant compte des quatre catégories acceptées par l'Assemblée. Le besoin d'éviter tout conflit d'intérêt a été souligné.

27. Un représentant de l'Association latino-américaine des industries pharmaceutiques (ALIFAR, selon le sigle en espagnol) a affirmé l'engagement des laboratoires pharmaceutiques représentés par la Fédération à la qualité, sécurité et accessibilité des médicaments et a décrit les politiques et les activités de la Fédération concernant l'harmonisation des réglementations pharmaceutiques, les normes de qualité des médicaments et la fabrication, distribution et commercialisation des médicaments.

28. Un représentant de l'Association interaméricaine du génie sanitaire et de l'environnement (AIDIS) a décrit le travail de son association dans les domaines de l'eau, de l'assainissement, de l'hygiène et de l'air sain, ajoutant que l'AIDIS était prête à travailler avec l'OPS dans ses domaines d'expertise technique ou dans des domaines apparentés tels que les maladies transmissibles et la réponse aux catastrophes ou aux épidémies. Il a également noté que l'AIDIS et l'OPS accueilleraient ensemble un symposium sur l'eau et l'assainissement avant le 35<sup>e</sup> Congrès interaméricain sur le génie sanitaire et l'environnement, qui se tiendra à Cartagena (Colombie) du 21 au 24 août 2016. Un représentant de la Fédération latino-américaine de l'industrie pharmaceutique (FIFARMA) a affirmé l'engagement de la Fédération à appuyer les systèmes de santé publique dans chacun des pays de la Région où elle était représentée. Elle considérait qu'il y avait un besoin de créer des systèmes inclusifs axés essentiellement sur les meilleurs soins possibles aux patients. Elle se réjouissait de poursuivre son association active avec l'OPS à l'avenir.

29. En remerciant les représentants des ONG pour les contributions de leurs organisations, M. Alberto Kleiman (Directeur du Département des relations extérieures, mobilisation des ressources et partenariats du BSP) a indiqué que le Bureau avait pris note des commentaires concernant FENSA, qui serait en fait mis en œuvre en tenant compte de l'application des critères définis et approuvés par les États Membres pour travailler non seulement avec les ONG mais aussi avec les autres catégories d'acteurs non étatiques.

30. La Directrice a exprimé son appréciation pour les contributions continues des ONG en relations officielles avec l'Organisation. Le Bureau se réjouissait de la poursuite de la collaboration avec les ONG à l'avenir, dans un esprit de respect et de compréhension mutuels et dans le plein respect de FENSA.

31. Le Comité exécutif a adopté la résolution CE158.R15, renouvelant ses relations officielles entre l'OPS et les huit organisations citées ci-dessus pour une période de quatre ans, et admettant *Mundo Sano* en relations officielles avec l'OPS, également pour une période de quatre ans.

#### ***Rapport annuel du Bureau d'éthique (2015) (document CE158/8)***

32. M. Philip MacMillan (Gérant du Bureau d'éthique du BSP) a présenté le rapport, en soulignant les principales activités du Bureau d'éthique en 2015 dans quatre domaines clés : les conseils et recommandations donnés au personnel de l'OPS sur les questions d'éthique, les rapports reçus à propos d'éventuelles préoccupations éthiques, les cas de fraude et de vol ou de perte de biens et de ressources appartenant à l'OPS et les nouvelles initiatives mises en œuvre pour améliorer la culture éthique à l'OPS et encourager un environnement de travail respectueux. Il a passé en revue les données présentées dans le rapport sur les consultations du personnel, les rapports de comportement qui ont soulevé des préoccupations éthiques éventuelles et les rapports de harcèlement et de conduite inappropriée sur les lieux de travail, en notant que d'autres détails figuraient dans le document CE158/8.

33. Il a également indiqué qu'un certain nombre de rapports anonymes avait été reçu par le biais de la ligne d'assistance pour l'éthique concernant des hauts fonctionnaires du BSP. Le Bureau d'éthique avait enquêté sur ces allégations et les avait jugées infondées. Par la suite, le Bureau avait découvert qu'il existait de nombreuses communications anonymes par courriel sur les mêmes allégations, envoyées en dehors des circuits normaux de communication et sous des noms fictifs aux autorités de l'OPS, à l'OMS, au Bureau d'éthique des Nations Unies et au Comité d'audit de l'OPS. Conformément à une décision de la Directrice, un enquêteur extérieur avait été engagé pour procéder à une évaluation indépendante de ces allégations, dont le résultat serait inclus dans le rapport du Bureau d'éthique devant être présenté au Comité en 2017.

34. De nouvelles initiatives en 2015 comprenaient une enquête menée pour mesurer le climat éthique et l'environnement de travail au siège et dans les bureaux de terrain et l'initiative *Lieux de travail respectueux*, menée par le Bureau du médiateur, qui avait pour but de réduire les conflits et la conduite inappropriée sur les lieux de travail. En 2016, le Bureau d'éthique mettrait en œuvre une nouvelle ligne d'assistance qui offrirait des outils analytiques plus sophistiqués et un programme de formation ayant pour but d'assurer que les responsables reconnaissent l'importance du fait que le personnel soit en mesure de soulever des préoccupations de bonne foi sans peur de représailles.

35. Le Comité d'audit avait récemment fait des recommandations concernant la structure du Bureau d'éthique et son double rôle de conseil sur les questions d'éthique et d'enquête sur les allégations de faute (voir paragraphes 43 à 58). L'une de ces recommandations était que l'OPS devrait suivre le modèle des Nations Unies, selon lequel les enquêtes étaient menées par le Bureau des services de contrôle interne. Toutefois, un rapport de 2016 par l'Unité conjointe d'inspection avait noté que si les auditeurs étaient largement engagés dans la détection des fraudes et/ou s'ils faisaient partie d'une équipe d'enquête, il pourrait être difficile pour eux d'être considérés comme des membres du personnel auxquels on pouvait faire confiance quand ils retournaient à leur rôle purement interne. Cette mise en garde illustre clairement que les enquêtes menées par un bureau d'audit présentaient leurs propres défis distinctifs et ne représentaient pas nécessairement une bonne pratique.

36. Il a noté que le double rôle de conseil et d'enquête n'était pas unique au Bureau d'éthique de l'OPS : les bureaux d'éthique de la Banque mondiale, de la Banque interaméricaine de développement, du Fonds international pour le développement agricole, et d'autres organisations avaient également cette double responsabilité. Le Bureau d'éthique de l'OPS était unique toutefois, du fait qu'il ne faisait pas rapport à la direction, mais directement aux Organes directeurs à travers le Comité exécutif. À son avis, toute décision concernant la structure ou les responsabilités du Bureau d'éthique devrait tenir compte de cette caractéristique unique et importante.

37. Depuis son établissement, le Bureau d'éthique avait tenté d'équilibrer le temps qu'il passait à s'acquitter de ses deux responsabilités primaires ; toutefois, cet équilibre était devenu de plus en plus difficile à maintenir en raison du nombre croissant de rapports

et du temps requis pour enquêter sur les allégations. Le Bureau avait récemment pris des mesures pour régler ce problème en établissant deux nouvelles positions professionnelles : l'une pour se concentrer uniquement sur les enquêtes et l'autre sur les rôles de conseil et de formation. Avec la séparation des fonctions, le Bureau d'éthique serait en mesure de renforcer ses efforts sur la prévention, réduisant ainsi le risque de conduite inappropriée.

38. En ce qui concernait la protection des lanceurs d'alerte, l'OPS disposait d'une politique solide pour protéger de représailles tout fonctionnaire qui aurait signalé une faute professionnelle ou coopéré dans une enquête. Toutefois, la protection des lanceurs d'alerte ne relevait pas et ne devrait pas relever du seul Bureau d'éthique ; ce devait être un effort collectif entre différents bureaux, y compris la haute direction, cela aidant à assurer que le fonctionnaire qui signalait un acte répréhensible aurait l'appui institutionnel nécessaire et ne subirait pas de conséquences adverses.

39. Lors de la discussion qui a suivi, le Bureau d'éthique a été félicité pour ses efforts destinés à promouvoir l'intégrité et la conduite éthique et son plan pour développer un programme de formation pour les responsables concernant la protection des lanceurs d'alerte a été applaudi. Les délégués ont noté que le rapport indiquait que, même si le nombre de rapports de préoccupations éthiques semblait être resté à peu près constant, le nombre réel avait augmenté d'environ 18%, en raison d'une augmentation du nombre de questions couvertes. Ils voulaient avoir des informations sur les raisons de cette augmentation et sur la raison pour laquelle le nombre de rapports, après avoir augmenté pendant plusieurs années, était resté relativement constant à environ 50 après 2012. Ils ont suggéré que les rapports futurs incluent un graphique indiquant le nombre de consultations faites au siège et dans les bureaux de terrain.

40. M. MacMillan a dit que 72 des 115 consultations concernant des préoccupations éthiques reçues en 2015 provenaient du personnel du siège. Sur les 53 rapports de comportement qui soulevaient de possibles préoccupations éthiques, 32 provenaient du personnel du siège ou se rapportaient à des questions au siège. Ces statistiques seraient incluses dans les rapports futurs du Bureau d'éthique. Il a noté que, suite à des visites faites dans les bureaux des représentants de l'OPS/OMS, on avait observé une augmentation des consultations et des rapports, du fait que le personnel de ces bureaux prenait conscience des ressources qui étaient à leur disposition ; cette tendance se poursuivrait probablement du fait que le Bureau élargissait son audience auprès des bureaux de terrain. Il a noté également que certains rapports ne concernaient pas des questions éthiques graves.

41. Commentant les efforts pour changer la culture au sein de l'Organisation, la Directrice a expliqué que l'initiative *Lieux de travail respectueux* cherchait davantage sensibiliser le personnel sur le fait qu'il était acceptable qu'ils s'expriment quand ils n'étaient pas d'accord sur la façon dont ils étaient traités sur les lieux de travail et qu'ils demandait d'être traité avec respect de la part leurs superviseurs. Il était essentiel de créer des lieux de travail respectueux où les personnes se sentaient valorisées et ne craignaient pas les représailles si elles se plaignaient de traitement irrespectueux. Elle espérait qu'il y aurait ainsi une diminution des dénonciations anonymes alors que le personnel et les

responsables apprenaient à prendre des mesures préventives pour éliminer les fautes ou comportements inappropriés et commençaient à discuter des problèmes entre eux ouvertement et sans ressentiment ultérieur.

42. Le Comité exécutif a pris note du rapport.

***Rapport du Comité d'audit de l'OPS (document CE158/9)***

43. M. Nicholas Treen (Président du Comité d'audit de l'OPS) a présenté le rapport du Comité d'audit en soulignant les thèmes d'intérêt pour le Comité pour 2015-2016 et ses plans pour l'année suivante, notant que le rapport mettait en avant huit recommandations. Il a également noté que le Comité suivait l'action prise sur ces recommandations et a grandement apprécié la volonté de la Directrice de les mettre en œuvre ou d'expliquer la raison pour laquelle elles ne l'avaient pas été. Son ouverture et son empressement à donner au Comité l'information qu'il demandait ont également été appréciés.

44. Les états financiers de l'Organisation pour 2015 n'avaient pas été prêts à temps pour que le Comité d'audit les examine, même sous forme de version préliminaire avant que les Commissaires aux comptes n'aient terminé leur audit. Cette situation était regrettable, car le Comité d'audit aurait pu identifier des sujets dans les états financiers dans lesquels le Commissaire aux comptes pouvait voir des difficultés et discuter avec la Directrice des moyens d'améliorer la situation. C'était là l'une des fonctions les plus importantes d'un comité d'audit.

45. Le Comité entretenait une relation fructueuse avec le Commissaire aux comptes et également avec le Bureau de contrôle interne et services d'évaluation (IES) (voir paragraphes 223 à 227), dont les recommandations et les rapports étaient constamment de qualité élevée. Il était plaisant de constater qu'une culture de l'évaluation se développait dans l'Organisation, car cette culture permettait tant l'apprentissage que la responsabilité. Le Comité a accueilli favorablement l'intention d'IES de mener à bien une évaluation indépendante de la qualité de la fonction d'audit interne en 2016 et de réviser la charte de l'audit interne pour se conformer aux bonnes pratiques des Nations Unies et de l'Institut des auditeurs internes.

46. Le Comité d'audit a passé un temps considérable à examiner l'environnement de la technologie pour l'information de l'OPS en se concentrant en particulier sur la sécurité de l'information, qu'il avait identifiée comme une faiblesse importante. Toutefois, il avait déjà constaté des améliorations dans ce domaine. Le Comité avait recommandé que le Bureau prenne des mesures pour assurer la conformité aux normes internationales pertinentes dès que possible.

47. Le Comité considérait que le projet *Mais Médicos* était un superbe exemple de coopération sud-sud à grande échelle, et était satisfait de la façon dont le projet progressait. Il y avait encore certaines questions à résoudre, mais le Comité n'avait pas identifié de risques majeurs. Il aimerait toutefois être plus assuré que les coûts de soutien au projet, qui



constituaient maintenant une source très importante de recettes pour l'OPS, étaient correctement gérés. Un mécanisme pour suivre ces montants importants était requis, dans l'intérêt d'une plus grande transparence. Une difficulté potentielle par la suite serait de voir comment le Brésil maintiendrait les améliorations faites quand les professionnels de la santé étrangers se seraient retirés. Par conséquent, le Comité avait recommandé qu'une stratégie et un plan soient élaborés à cet effet. L'achèvement du projet ne devrait pas avoir de répercussions négatives financières ou autres pour l'OPS.

48. Le Comité d'audit avait examiné les domaines de l'éthique et des enquêtes et avait fait plusieurs suggestions qui avaient été acceptées. Deux questions restaient à aborder. L'une était les dispositions concernant la protection des lanceurs d'alerte. Le Comité considérait qu'il y avait conflit d'intérêt, car il serait très difficile pour un enquêteur de protéger un lanceur d'alerte contre des représailles si le lanceur d'alerte avait pris part à une enquête. Ceci était une faiblesse importante avec des conséquences potentiellement désastreuses pour la fonction d'enquête, car il ne serait pas possible d'induire les gens à divulguer ce qu'ils savaient s'ils ne croyaient pas qu'ils seraient protégés contre des représailles. Le Comité était également préoccupé par le système d'intégrité et de résolution des différends et avait recommandé que le processus soit soumis à un examen des pairs. Le niveau de ressources consacré à l'éthique constituait également une préoccupation, en particulier depuis que le fardeau des enquêtes s'était considérablement développé.

49. Enfin, le Comité d'audit avait procédé à une auto-évaluation par rapport aux normes internationales et travaillait à un questionnaire pour obtenir des commentaires des hauts responsables du Bureau et des États Membres. Ceci constituerait une étape préparatoire à la révision du mandat du Comité qui datait d'environ six ans. Les thèmes à examiner comprenaient le nombre et le calendrier des réunions, une plus grande flexibilité dans le calendrier des réunions, les dispositions pour l'insertion des nouveaux membres du Comité, l'accès pour les membres à l'intranet de l'OPS, l'e-manuel et autres documents de référence et la création de sites sur l'intranet et l'Internet pour le Comité d'audit.

50. Le Comité exécutif a bien accueilli l'information fournie et a exprimé son appui aux recommandations du Comité d'audit, avec toutefois quelques questions pour certaines d'entre elles. Une déléguée a demandé si le Bureau avait accepté toutes les recommandations ou si certaines étaient encore sous considération, et si c'était le cas, pourquoi. Quant aux recommandations concernant le Bureau d'éthique, la même déléguée se demandait s'il était logique de mettre en œuvre la recommandation 7 avant que les résultats de l'examen des pairs proposé dans la recommandation 6 n'aient été reçus. Elle a également demandé si le Comité d'audit avait tenu compte de la taille et des ressources de l'OPS avant de recommander la séparation des fonctions d'éthique et d'enquête et elle a suggéré qu'il serait utile d'étudier les modèles d'autres organisations internationales de taille similaire à l'OPS. Comme il ressortissait du rapport que le Comité d'audit avait des préoccupations au sujet du Bureau d'éthique depuis quelque temps, elle se demandait quelles étaient les raisons pour lesquelles il n'en avait pas fait part dans le passé.

51. Concernant la recommandation 1, des clarifications ont été demandées sur la différence de conseil que le Comité d'audit donnerait sur la version provisoire des états financiers par rapport à la version finale. Les délégués ont également demandé le point de vue du Bureau en la matière. Une déléguée souhaitait savoir si le sujet de préoccupation dans la recommandation 1 concernait uniquement le moment donné auquel les états financiers deviendraient disponibles ou s'il y avait également des préoccupations concernant le processus de leur approbation. Une autre déléguée a exhorté à se conformer rapidement à la recommandation sur la sécurité de l'information, étant données ses implications financières et opérationnelles. Sa délégation a également prié instamment le Comité d'audit à continuer à suivre le processus d'évaluation conjointe du Plan stratégique en ayant à l'esprit la façon dont ce mécanisme pourrait être amélioré.

52. M. Treen a indiqué que le Comité d'audit était satisfait de la mise en œuvre par le Bureau des diverses recommandations de contrôle et d'audit. Il n'était pas essentiel qu'elles soient toutes acceptées et mises en œuvre, pour autant qu'une explication à leur non mise en œuvre soit fournie. Il considérait urgent d'exécuter la recommandation 7, même avant l'examen des pairs, du fait que des conflits d'intérêt dans le domaine de la protection des lanceurs d'alerte étaient évidents. Il n'était simplement pas possible qu'une protection efficace soit fournie par la même entité qui menait les enquêtes. Il ne considérait pas que la taille d'une organisation puisse empêcher son adoption du modèle du Secrétariat des Nations Unies, qui de l'avis du Comité était le meilleur, avec une bonne séparation des fonctions et une bonne clarté pour ce qui était des responsabilités.

53. De préférence, le Comité d'audit aimerait recevoir les états financiers en version quasiment finale, qu'il pourrait examiner pour assurer que tout était en ordre. Dans le cas contraire, il pourrait conseiller le Directeur sur toute question qui pourrait être soulevée, notamment s'il avait estimé que le Commissaire aux comptes n'émettrait pas une opinion sans réserve. Recevoir une toute première ébauche serait moins utile car les chiffres pourraient changer, mais même cela était mieux que rien. Le Comité d'audit portait un très grand intérêt au processus conjoint d'évaluation et ferait tout son possible pour rendre le processus aussi transparent et réussi que possible.

54. La Directrice a remercié le Comité d'audit de son travail et exprimé sa gratitude au membre sortant, Mme Amalia Lo Faso, pour son dévouement et sa serviabilité. Elle a noté qu'il restait des recommandations sur lesquelles il n'y avait pas encore consensus. Par exemple, il fallait discuter davantage en ce qui concernait la recommandation 1 sur la fourniture des états financiers en version provisoire. Le Bureau ne serait pas à l'aise à l'idée de rendre disponible une version très préliminaire des états financiers en mars, alors que la première réunion de l'année du Comité d'audit prenait actuellement place. Une possibilité serait de déplacer la réunion à avril, époque à laquelle les états financiers seraient définitifs ou presque.

55. En ce qui concernait *Mais Médicos*, le Bureau était d'accord avec la recommandation consistant à élaborer une stratégie et un plan d'action pour établir la façon dont le projet se terminerait, mais la deuxième partie de la recommandation – assurer la

durabilité des améliorations réalisées des soins de santé primaires – devrait relever de la responsabilité du gouvernement brésilien. Sur la recommandation 3, le Bureau avait inscrit les coûts de soutien au projet de *Mais Médicos* – quelque US\$56 millions<sup>3</sup> – dans le budget général de sorte qu'ils soient distribués dans l'Organisation conformément à la méthodologie de priorisation établie par les États Membres. Quant à la recommandation 7, le Bureau examinait la façon dont les fonctions d'éthique et d'enquête étaient organisées dans différentes organisations, en particulier celles de la taille de l'OPS. Il convenait que des possibles conflits d'intérêt devaient être évités, et si la disposition présente du Bureau d'éthique avait le potentiel pour ce genre de conflits, le Bureau organiserait alors l'examen des pairs recommandé par le Comité d'audit pour aider à déterminer la voie à suivre. Elle a noté toutefois qu'aucune disposition n'était prévue dans le budget de l'Organisation pour couvrir le coût de l'examen des pairs.

56. Outre les huit recommandations, le Comité d'audit avait fait certaines suggestions informelles, dont certaines soulevaient des difficultés. Par exemple, le Comité considérait qu'il avait besoin de trois réunions par an au lieu de deux pour s'acquitter de ses fonctions, mais il serait très difficile pour le Bureau d'organiser une troisième réunion. De même, le Comité d'audit souhaitait effectuer davantage de visites de terrain, ce qui serait également difficile à concrétiser. Ces questions étaient encore en discussion.

57. Elle a observé qu'il y avait un certain sentiment au BSP d'être sur-audit, du fait que les activités du Bureau étaient soumises à l'examen par des entités multiples. Elle estimait qu'il y avait besoin d'une plus grande clarté sur les fonctions respectives du Comité d'audit et du Commissaire aux comptes et sur la façon dont ces deux séries de fonctions devraient se compléter l'une l'autre.

58. Le Comité exécutif a pris note du rapport.

#### ***Nomination d'un membre au Comité d'audit de l'OPS (document CE158/10)***

59. Le Dr Rhonda Sealey-Thomas (Représentante du Sous-comité du programme, du budget et de l'administration) a indiqué que le Sous-comité avait été informé que le mandat d'un membre du Comité d'audit viendrait à expiration en juin 2016 et avait établi un groupe de travail pour examiner la liste des candidats proposés par la Directrice. Le groupe de travail avait évalué les trois candidats en fonction des critères d'admission stipulés dans la section 4 des termes de référence du Comité d'audit et avait recommandé que M. Claus Andreasen soit nommé comme membre du Comité d'audit pour une période de trois ans, de juin 2016 à juin 2019.

60. Le Comité exécutif a pris note du rapport, divers délégués louant le dévouement et l'expertise du membre partant du Comité d'audit, Mme Amalia Lo Faso. Le Comité a

---

<sup>3</sup> Sauf stipulation contraire, toutes les valeurs monétaires dans le présent rapport sont exprimées en dollars des États-Unis.

adopté la résolution CE158.R5, nommant M. Claus Andreasen au Comité d'audit pour une période de trois ans, de juin 2016 à juin 2019.

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

#### ***Rapport provisoire de l'évaluation de fin de période biennale du Programme et budget 2014-2015/Premier rapport intérimaire du Plan stratégique de l'OPS 2014-2019 (document CE158/11, Rev. 1)***

61. Le Dr Rhonda Sealey-Thomas (Représentante du Sous-comité du programme, du budget et de l'administration) a indiqué que le Sous-comité avait examiné un aperçu de l'évaluation de fin de période biennale du programme et budget de l'OPS pour 2014-2015, qui servirait également de premier rapport intérimaire du Plan stratégique 2014-2019. Le Sous-comité avait également été informé que les États Membres avaient joué un rôle majeur dans l'évaluation, dont la première étape avait été une auto-évaluation par les autorités sanitaires nationales des progrès sur les divers indicateurs. Le Sous-comité avait souligné que l'évaluation marquait un changement organisationnel important dans la relation et le niveau de collaboration entre le Bureau et les États Membres, ainsi qu'une opportunité pour améliorer la planification, la transparence et la responsabilité et pour renforcer la capacité au niveau national. Les délégués avaient considéré l'évaluation comme un moyen d'identifier les domaines dans lesquels des ajustements ou des corrections à mi-parcours étaient requis afin de combler les lacunes et de venir à bout des défis à l'amélioration de la santé publique. Le Sous-comité avait demandé que le rapport d'évaluation final comporte des informations sur les progrès en ce qui concernait les indicateurs d'impact ainsi que par rapport aux indicateurs de résultats intermédiaires et immédiats.

62. M. Daniel Walter (Directeur du Département de la planification et du budget du BSP) a présenté le rapport qui contenait plus de 200 pages et évaluait de nombreuses dimensions de la performance programmatique et financière. Le rapport contenait une analyse des risques, les enseignements tirés, les interventions clés et les défis en cours, et il présentait également un grand nombre des données factuelles utilisées pour confirmer les résultats, classements, conclusions et recommandations. Il a noté que la Région était la première des régions de l'OMS à mener à bien cette évaluation conjointe. L'exercice avait permis aux États Membres d'intervenir activement dans l'évaluation de la réalisation des résultats qu'ils avaient aidé à définir. Il servait également à renforcer la transparence et la responsabilité et à approfondir l'engagement de l'Organisation à la gestion axée sur les résultats.

63. Les réalisations clés documentées dans le rapport comprenaient l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis congénitale à Cuba, l'élimination de l'onchocercose en Équateur et au Mexique, l'élimination de la rubéole et du syndrome de la rubéole congénitale dans la Région, des réductions de la mortalité des enfants de moins de cinq ans et la réalisation consécutive de l'objectif 4 du Millénaire pour le développement dans la Région, ainsi que des gains substantiels dans l'accès aux services

de santé et dans la couverture des services de santé. Toutefois, les insuffisances et des défis persistaient dans certains domaines, dont les maladies non transmissibles et les facteurs de risque, la santé maternelle, le financement du secteur de la santé et le maintien et renforcement des capacités essentielles pour la réponse aux urgences et aux crises. Le rapport fournissait des détails sur les difficultés dans ces domaines, dont les facteurs qui empêchaient les progrès et des moyens d'y remédier.

64. Passant à la réalisation des résultats en 2014-2015, il a indiqué que 57 des 116 indicateurs avaient été soit atteints ou dépassés, 57 autres avaient été partiellement atteints, et les deux restants avaient été soit annulés ou soit n'avaient pas été évalués. Des 57 résultats partiellement atteints, 49 avaient eu des cibles qui étaient le double du niveau de référence et avaient donc été très ambitieux, facteur qui entraînait dans le fait qu'ils n'avaient pas été entièrement réalisés. Ceci servait de leçon pour l'établissement de cibles qui étaient motivantes tout en étant réalistes. Quant aux résultats pour le Plan stratégique, 75 des 83 indicateurs avaient soit été déjà réalisés soit étaient en voie d'achèvement pour la fin de 2019. Toutefois, alors que la perspective globale de l'achèvement de toutes les cibles 2019 était positive, quatre indicateurs de résultats avaient montré un déclin par rapport à leur niveau de référence en 2014-2015. Les raisons de ce déclin étaient discutées dans les sections IV et V et dans l'annexe C du rapport.

65. La section V offrait des informations sur l'exécution du budget en 2014-2015. Il a noté qu'il était difficile d'établir une corrélation directe entre les réalisations techniques et l'exécution du budget, du fait que ce n'était pas seulement les ressources de l'OPS qui affectaient les résultats : les investissements par les États Membres et d'autres acteurs devaient également être pris en compte. Il a également noté que l'Organisation avait entamé l'exercice biennal avec un déficit de financement de \$171,9 millions, qui se montait à 31 % du programme et budget total. À la fin de l'exercice biennal, le budget avait été presque totalement financé. Sur les \$549,7 millions budgétisés pour exécution sur la période de deux ans, \$523,8 millions avaient été dépensés. La principale raison de la différence entre le taux de financement de 97,5 % et le taux d'exécution de 93 % était que certains fonds étaient arrivés tard dans l'exercice biennal et avaient été budgétisés, mais il n'y avait pas eu suffisamment de temps pour l'exécution totale. Heureusement, la plupart de ces fonds avait été reportés à l'exercice biennal actuel.

66. Parmi les leçons clés apprises lors de l'évaluation il fallait compter : *a*) l'échec de la pleine réalisation de certains résultats immédiats pourrait être attribué à la fois à des cibles excessivement ambitieuses et à la spécificité des indicateurs, *b*) il avait été difficile d'évaluer certains indicateurs intersectoriels qui se fondaient sur des intrants et des données extérieurs au secteur de la santé, *c*) l'évaluation avait révélé ce qui pourrait être désigné sous le terme « effet de graduation » – à savoir, une réticence à déclarer une cible comme étant atteinte de peur que le soutien de l'OPS et les investissements nationaux puissent être retirés ou réduits en conséquence, *d*) il avait été réalisé que les évaluations futures devaient suivre les progrès par rapport aux objectifs de développement durable et lier ces objectifs aux indicateurs du Plan stratégique et *e*) plutôt que d'attendre jusqu'à la fin de l'exercice biennal, le Bureau pourrait suivre plus fréquemment les résultats

immédiats et intermédiaires au titre des examens de suivi et évaluation de son programme régulier afin d'identifier assez rapidement les défis et de mettre en œuvre des ajustements ponctuels.

67. Le Comité exécutif a fait un bon accueil au rapport et à l'évaluation conjointe, affirmant qu'il avait contribué à une plus grande transparence et responsabilité et à une gestion plus solide axée sur les résultats ; le rapport offrait une idée précise des progrès accomplis vers les différents résultats immédiats et intermédiaires et permettrait aux États Membres d'identifier les pratiques réussies tout comme les domaines dans lesquels de plus gros efforts étaient requis. Plusieurs délégués ont noté que l'expérience de la Région, en tant que première des régions de l'OMS à mener cette évaluation conjointe, pourrait être utile aux autres régions ; de plus, les enseignements tirés de l'exercice pourraient devenir les bonnes pratiques pour les pays de la Région, servir de référence pour la formulation des politiques de santé et mener à une plus grande complémentarité entre les niveaux nationaux et régional. Le Bureau a été invité à commenter sur la façon dont les conclusions de l'évaluation seraient utilisées pour développer des plans futurs.

68. Il a noté que la Région avait accompli des progrès considérables pour affronter les inégalités en santé et aborder les déterminants sociaux et environnementaux de la santé et qu'elle avait franchi des étapes historiques en santé publique au cours de l'exercice biennal, tous ces éléments étant une raison de célébrer. Dans le même temps, l'attention était appelée sur plusieurs challenges persistants qui nécessitaient des efforts intensifiés, dont la lente baisse de la mortalité maternelle. Le besoin d'un engagement constant envers la santé et les droits des femmes et des enfants et de la garantie de leur accès aux services de santé a été souligné. La violence contre les femmes a également été considérée une question prioritaire de santé publique nécessitant une attention constante. Le besoin de continuer à travailler pour atteindre la couverture sanitaire universelle et pour renforcer les systèmes de santé afin de maintenir les gains acquis a également été souligné ainsi que l'importance de créer et de maintenir les capacités essentielles pour la réponse et la gestion des urgences dans le cadre du Règlement sanitaire international (voir paragraphes 287 à 296).

69. En ce qui concernait les déficits de financement, il était considéré que l'adoption d'un budget intégré faciliterait la mobilisation et l'allocation stratégique de ressources aux domaines prioritaires identifiés par les États Membres. Le Bureau était encouragé à élargir sa base de donateurs, et les États Membres étaient encouragés à fournir un financement plus souple.

70. Il a été noté que certains aspects de la méthodologie d'évaluation restaient à perfectionner, notamment la façon de traiter les désaccords entre le Bureau et les États Membres en ce qui concernait les résultats de l'évaluation. À cet égard, une déléguée a observé qu'alors que le Bureau avait eu l'opportunité de valider les résultats rapportés par les États Membres, ces derniers n'avaient pas participé à la validation des résultats rapportés par le Bureau au titre de la catégorie 6 du Plan stratégique (Services institutionnels/fonctions essentielles). Elle a demandé des clarifications sur la façon dont les objectifs de développement durable seraient incorporés dans les évaluations futures,

que voulait dire « facilitateur » dans le rapport, et la façon dont le travail sur le cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques avait affecté négativement la mobilisation des ressources par l'OPS, comme indiqué dans le paragraphe 149 du rapport. Elle a également suggéré qu'une note devrait être ajoutée pour expliquer ce qu'était l'initiative des villes et communautés amies des aînés.

71. Plusieurs délégués ont soulevé des questions sur les cibles des résultats immédiats et intermédiaires qui n'avaient pas été atteintes, en soulignant le besoin d'établir des objectifs réalistes qui étaient mesurables et réalisables. Un membre du groupe consultatif du Plan stratégique (voir paragraphes 84 à 93) s'est demandé pourquoi certains des indicateurs restaient problématiques, malgré le temps et les efforts considérables qui avaient été investis pour les développer, les valider et les perfectionner. Il a été noté qu'il fallait trouver un moyen d'évaluer non seulement la performance dans des domaines programmatiques spécifiques, mais aussi la performance globale des fonctions essentielles de la santé publique telles que la promotion de la santé, qui était considérée essentielle pour prévenir les maladies non transmissibles, cause croissante de mortalité et de morbidité dans tous les pays de la Région. Le besoin de trouver un moyen de faciliter le recueil d'information sur les indicateurs qui nécessitaient un travail intersectoriel, et de renforcer ce travail, a également été mis en relief.

72. Remerciant les délégués pour leur lecture attentive du très long rapport, M. Walter a remarqué qu'il s'agissait encore d'une version provisoire qui serait révisée avant d'être soumise sous forme finale au Conseil directeur. Les États Membres auraient donc l'opportunité de soumettre des commentaires additionnels après avoir eu la possibilité d'examiner la version provisoire de plus près. Le Bureau veillerait à ce que les demandes de clarification du Comité ainsi que les commentaires reçus par la suite soient pris en compte dans le rapport final.

73. Il a noté que les consultations avec certains États Membres étaient encore en cours et que les résultats pour ces pays n'étaient par conséquent pas définitifs. Le Bureau poursuivrait les discussions avec ces États Membres dans le but d'atteindre un accord et de parachever les résultats avant le Conseil directeur. Comme le classement dans un seul pays pouvait changer un résultat de « partiellement atteint » à « atteint, » il était important d'assurer que les résultats rapportés étaient validés et définitifs. Il a reconnu que les États Membres n'avaient pas eu beaucoup d'apport dans l'évaluation de la catégorie 6, mais a assuré le Comité qu'il s'était agi d'un processus approfondi et bien documenté et a dit que le Bureau serait heureux d'expliquer la façon dont il était arrivé au classement pour cette catégorie.

74. Quant à la façon dont les conclusions de l'évaluation seraient utilisées, il a noté que le Bureau avait mené sa propre évaluation interne avant d'entreprendre l'évaluation conjointe avec les États Membres et avait développé ses plans de travail pour 2016-2017 et au-delà pour combler les lacunes identifiées dans cet exercice interne. Il continuerait désormais à utiliser les résultats de l'évaluation dans sa planification.

75. L'évaluation offrait une opportunité d'avoir un autre regard sur certains indicateurs qui ne semblaient pas réalistes ou qui s'étaient avérés difficiles à mesurer par manque de données. L'un des challenges à cet égard était que l'OPS devait utiliser essentiellement les mêmes indicateurs que l'OMS, et que certains de ces indicateurs montraient des insuffisances. Le Bureau continuerait à travailler avec le groupe consultatif du Plan stratégique pour renforcer les indicateurs et les cibles.

76. Soulignant que les réalisations mises en relief dans le rapport témoignaient des efforts du Bureau et des États Membres à travailler en tandem, la Directrice a exprimé sa gratitude aux autorités des 51 pays et territoires qui avaient pris part à l'évaluation. Elle convenait que la mortalité maternelle demeurait une grave préoccupation. Le taux de mortalité maternelle était un reflet direct de la qualité des soins et du statut des services de santé, mais il était également lié à la pauvreté et l'inégalité et aux facteurs culturels. En 2014-2015, le Bureau avait alloué un financement important pour le travail inter-programmatique conjoint sur le problème, tant au siège que dans les bureaux de terrain. Ce travail se poursuivrait, et la question demeurerait une priorité dans l'actuel exercice biennal et au-delà.

77. En ce qui concernait la performance des fonctions essentielles de santé publique, elle a observé que certaines de ces fonctions – telles que le développement et la formation des ressources humaines, l'assurance de qualité, le suivi et évaluation, la surveillance et la recherche et le renforcement des réglementations de santé publique – étaient déjà évaluées au titre de divers domaines programmatiques. Toutefois, certaines pourraient requérir une approche plus holistique. Le Bureau considérerait la façon dont elles pourraient être évaluées. Il pourrait être impossible d'entreprendre cette évaluation lors de tous les exercices biennaux, mais elle pourrait être incorporée dans l'analyse entreprise à la fin de chaque quinquennat.

78. Le Comité a pris note du rapport.

***Évaluation intérimaire de la mise en œuvre de la politique budgétaire de l'OPS (document CE158/12)***

79. Le Dr Rhonda Sealey-Thomas (Représentante du Sous-comité du programme, du budget et de l'administration) a indiqué que le Sous-comité avait été informé qu'une évaluation intérimaire de la mise en œuvre de la politique budgétaire adoptée en 2012 avait indiqué que la politique avait donné les résultats escomptés sans conséquences adverses imprévues qui justifieraient des ajustements avant l'évaluation en profondeur devant être effectuée à la fin de l'exercice biennal en cours. Le Sous-comité avait également été informé de plusieurs questions qui pourraient affecter la politique budgétaire, dont le passage à un budget intégré dans l'exercice biennal 2014-2015, la révision de la méthodologie des priorités programmatiques et l'adoption de la nouvelle méthodologie d'allocation de l'espace budgétaire stratégique de l'OMS et l'augmentation consécutive de l'allocation de l'OMS aux Amériques.



80. Le Sous-comité a accueilli favorablement les conclusions de l'évaluation intérimaire et fait part de son soutien aux principes sous-tendant la politique budgétaire, en particulier la plus grande équité dans l'allocation des ressources. Il a également exprimé son appui à l'application continue de la politique, bien qu'il ait reconnu que certains ajustements puissent être apportés afin de permettre l'introduction de la budgétisation intégrée et d'autres changements qui se sont produits depuis l'adoption de la politique. L'harmonisation de l'allocation des ressources de la politique avec les objectifs et les priorités nationaux a été applaudie et le soutien a été exprimé pour l'allocation différentielle de financement aux pays clés avec des besoins spéciaux.

81. M. Daniel Walter (Directeur du Département de la planification et du budget du BSP) a expliqué que la politique actuelle abordait plusieurs faiblesses dans la politique budgétaire antérieure, telles que les critères d'allocation des ressources qui avaient laissé certains États Membres sans un budget suffisant pour soutenir une présence minimum de l'OPS. L'évaluation intérimaire avait montré que la politique avait assuré que tous les pays recevaient un financement essentiel adéquat et étaient en mesure de maintenir une présence minimum de l'OPS et que les allocations des pays clés étaient protégées. Le Bureau ne voyait aucune raison de faire des changements avant l'évaluation de fin de l'exercice biennal de la politique.

82. Lors de la discussion qui a suivi, le niveau élevé de conformité à la politique a été accueilli favorablement, ainsi que le fait qu'une présence minimum de l'OPS ait été maintenue dans tous les pays et territoires, y compris ceux qui sont devenus récemment membres associés de l'OPS. Les délégués ont soutenu la recommandation du Bureau de ne pas faire de changements à la politique avant l'évaluation de fin d'exercice biennal, époque à laquelle les effets des changements approuvés depuis 2012 seraient évalués.

83. Le Comité a pris note du rapport.

***Méthodologie du cadre de stratification des priorités programmatiques du Plan stratégique de l'OPS (document CE158/13)***

84. Le Dr Rhonda Sealey-Thomas (Représentante du Sous-comité du programme, du budget et de l'administration) a informé sur la considération par le Sous-comité d'une version précédente du document sur la méthodologie pour l'établissement de priorités Hanlon adaptée à l'OPS développée conjointement par le Bureau et le groupe consultatif du Plan stratégique. Le Sous-comité a félicité le groupe consultatif et le Bureau sur le travail accompli pour affiner la méthode d'établissement de priorités et exprimé son appréciation au Mexique et au Canada pour leur leadership du processus. Les délégués ont exprimé leur soutien aux modifications apportées afin d'adapter la méthode Hanlon à l'usage de l'OPS, en particulier l'addition des facteurs d'iniquité et de positionnement. Alors que le besoin d'une formule objective d'établissement de priorités a été reconnu, il a également été considéré important d'assurer une flexibilité suffisante pour permettre à l'Organisation de s'occuper des urgences qui peuvent se produire.

85. M. Rony Maza (Conseiller principal par intérim de l'Unité de suivi et évaluation de la planification et de la performance du BSP) a examiné le contexte qui avait mené au développement du cadre de stratification des priorités programmatiques, en notant qu'une méthodologie d'établissement de priorités était particulièrement nécessaire quand il y avait de nombreuses demandes mais des ressources insuffisantes pour toutes les satisfaire. Un groupe de 12 États Membres nommés par le Comité exécutif a travaillé étroitement avec le Bureau depuis 2013 pour produire la méthodologie décrite dans le document CE158/13. La composition du groupe avait quelque peu varié au fil des ans, mais chaque sous-région avait toujours été représentée. Ses membres représentaient également un certain nombre de disciplines, dont la planification, la santé publique, la surveillance épidémiologique, les relations internationales, ce qui avait enrichi la méthodologie. Plusieurs pays avaient joué des rôles de leadership particulièrement importants, dont le Brésil, le Canada, El Salvador, l'Équateur et le Mexique.

86. Le groupe a mené un examen approfondi de quelques 15 méthodes d'établissement de priorités et avait conclu qu'avec quelques modifications, la méthode Hanlon adaptée à l'OPS développée et utilisée pour orienter l'allocation des ressources dans le cadre du Plan stratégique de l'OPS 2014-2019 serait la meilleure méthode aux fins de l'Organisation. Des améliorations notables à la méthodologie comprenaient des définitions plus précises des composantes et un ajustement des critères de classement, avec une séparation des domaines programmatiques axés sur les maladies et non axés sur les maladies, une simplification de la méthodologie afin d'en faciliter son usage dans les pays et l'addition d'un facteur d'iniquité et d'un facteur de positionnement institutionnel. Le facteur d'iniquité tenait compte des inégalités évitables en présence de la maladie et dans l'accès aux programmes de santé, alors que le facteur de positionnement évaluait la mesure dans laquelle l'OPS était uniquement positionnée pour ajouter de la valeur dans un domaine programmatique.

87. Le document CE158/13 offrait d'autres détails sur les ajustements apportés à la méthodologie et à la formule de classement des priorités. Le Bureau développait actuellement des matériels de formation sur la méthode et offrirait une formation au personnel au niveau des pays. De plus, un manuscrit sur la méthode Hanlon adaptée à l'OPS était en cours de préparation pour publication dans un journal scientifique approuvé par des pairs, ce qui permettrait aux planificateurs dans d'autres régions de l'OMS et dans d'autres organisations de bénéficier de l'expérience de l'OPS. L'article du journal aiderait également à promouvoir l'OPS et son travail.

88. Le Comité exécutif a bien accueilli la méthodologie ajustée, qui était considérée comme un outil utile qui rendrait l'allocation des ressources plus efficace, plus orientée sur les besoins et les priorités et plus équitable. Ils ont manifesté un très large soutien à la formule de classement des priorités, en particulier les facteurs d'iniquité et de positionnement institutionnel. Les délégués ont loué le travail du groupe consultatif du Plan stratégique et exprimé leur gratitude au Mexique, à l'Équateur et au Canada pour leur leadership. Les délégués ont également félicité le Bureau pour son appui au processus. Ils considéraient que le processus participatif de développement, ajustement et test de la

méthodologie constituait une bonne pratique qui devrait être reproduite dans d'autres situations. Le processus et l'engagement montrés par tous ceux qui y avaient participé témoignaient du panaméricanisme qui distinguait l'Organisation. Les délégués ont également fait un bon accueil au plan pour documenter ce qui avait été appris au cours du processus, à la fois comme un moyen de mettre la méthodologie à la disposition d'autres et comme un moyen de permettre aux membres de la communauté plus vaste de la santé publique de l'examiner et de la commenter.

89. La déléguée du Mexique, Présidente du groupe consultatif du Plan stratégique, a noté qu'à la dernière réunion du groupe, il avait été suggéré que les modèles des indicateurs du Plan stratégique soient adaptés pour montrer quels étaient les objectifs de développement durable qui étaient abordés sous chaque indicateur. Elle a souligné que la proposition ne consistait pas à modifier les indicateurs eux-mêmes, mais simplement à les lier aux objectifs. Elle a également noté que l'exercice de stratification des priorités avait à la fois des composantes techniques et politiques. Le groupe consultatif avait abordé principalement l'aspect technique à travers le développement de la formule de classement des priorités, mais il fallait encore que les autorités de haut niveau prennent conscience de la méthodologie afin d'introduire l'aspect politique. D'autres délégués ont convenu de l'importance d'informer les ministres de la Santé et autres décideurs sur la méthodologie.

90. En ce qui concernait la résolution proposée contenue dans le document CE158/13, alors que l'utilité potentielle de la méthodologie au niveau national était reconnue, certains délégués estimaient qu'elle devait faire l'objet d'autres tests avant que les États Membres soient encouragés à l'adopter et l'utiliser et avant qu'on puisse la décrire comme une bonne pratique. Par conséquent, il était suggéré que les mots « bonne pratique » dans la résolution soient remplacés par les mots « outil utile » et que les États Membres soient invités à considérer plutôt qu'à encourager son usage au niveau national pour informer l'établissement des priorités.

91. M. Maza a noté que le groupe consultatif s'était efforcé de créer une méthodologie qui serait utile non seulement au sein de l'OPS mais plus largement. Il a également noté qu'une équipe technique au sein du Bureau travaillait à lier les indicateurs du Plan stratégique aux objectifs de développement durable (voir paragraphes 309 à 316).

92. La Directrice a indiqué que le processus de développement de la méthodologie avait démontré ce que le Bureau et les États Membres pouvaient accomplir en travaillant ensemble et avait montré l'Organisation sous son meilleur jour. Elle a remercié les membres du groupe consultatif et a exprimé l'espoir qu'avec le temps, la méthodologie serait adoptée comme une bonne pratique et aiderait à influencer l'établissement des priorités non seulement dans la Région mais au-delà.

93. Le projet de résolution a été amendé pour tenir compte des suggestions faites au cours de la discussion et a été adopté comme résolution CE158.R7, qui recommande que le Conseil directeur adopte la méthodologie.

***Résilience des systèmes de santé (document CE158/14)***

94. Le Dr James Fitzgerald (Directeur du Département des systèmes et services de santé du BSP) a présenté le document de politique sur ce point en notant que les périodes de croissance économique soutenue, jumelées à des politiques destinées à alléger la pauvreté et à améliorer la santé au cours des 30 années antérieures, avaient eu pour conséquence des améliorations considérables dans les résultats de la santé et l'espérance de vie dans la Région. Les systèmes de santé des pays étaient devenus plus inclusifs et réactifs, et l'accès aux services de santé s'était élargi. Néanmoins, les systèmes de santé restaient vulnérables comme l'avaient démontré les récentes flambées de maladie à virus Zika et la menace de maladie à virus Ebola. Il y avait également des risques constants affectant la durabilité et la réactivité des systèmes de santé, dont une gouvernance faible, le fardeau croissant des maladies non transmissibles et la disponibilité insuffisante de médicaments, technologies de la santé, agents de santé et financement de la santé. De plus, avec la mondialisation, les systèmes de santé devenaient de plus en plus liés entre eux et interdépendants.

95. Le document de politique définissait la résilience du système de santé comme la capacité d'amortir les perturbations et de répondre et de récupérer avec la prestation ponctuelle des services requis, ainsi que la capacité des acteurs de la santé, des institutions et des populations pour se préparer et répondre efficacement aux crises, maintenir les fonctions essentielles en cas de crise et, informé par les enseignements tirés, réorganiser selon les besoins. Le document décrivait également les caractéristiques d'un système de santé résilient et fournissait une orientation de politique pour les États Membres pour qu'ils appuient le développement de systèmes de santé réceptifs et adaptatifs face aux menaces tant immédiates que futures. Il préconisait une approche visant à renforcer progressivement la résilience à travers des actions dans les domaines essentiels de politique du renforcement des systèmes de santé, déterminants sociaux de la santé, réduction du risque, surveillance de la santé publique, application du Règlement sanitaire international et de gestion des flambées de maladies.

96. Le Comité exécutif a bien accueilli les efforts du Bureau pour promouvoir le renforcement et la résilience des systèmes de santé. Les délégués ont affirmé l'importance de la résilience, en particulier dans le contexte des récentes flambées et également à la lumière des engagements établis dans le cadre des objectifs de développement durable. Les déléguées du Brésil et de l'Équateur ont observé que leurs gouvernements avaient pu constater l'importance de la résilience des systèmes de santé car leurs pays avaient été confrontés à la flambée du virus Zika (Brésil) et aux suites d'un séisme (Équateur).

97. Le besoin d'une collaboration multisectorielle pour construire des systèmes résilients a été souligné, ainsi que le besoin d'investissements à long terme. On a observé que l'investissement à long terme dans le renforcement des systèmes de santé était plus rentable que le financement de la réponse à court terme aux urgences. Les délégués ont noté un certain nombre de facteurs et d'actions qui contribueraient à une plus grande résilience des systèmes de santé, dont la mise en œuvre et le maintien des capacités

essentielles au titre du Règlement sanitaire international, des efforts constants pour atteindre la couverture sanitaire universelle, le renforcement des fonctions essentielles de la santé publique et des efforts pour aborder les déterminants sociaux de la santé.

98. Il été noté que des systèmes de santé nationaux solides devaient être complétés par un leadership régional et mondial robuste pour assurer des réponses coordonnées aux urgences sanitaires, et le BSP a été encouragé à continuer à travailler avec le Secrétariat de l'OMS au développement du nouveau programme d'urgences sanitaires de l'OMS. On a également noté le besoin de mettre en place un système normatif avec des règles et des protocoles précis pour gérer les urgences et canaliser les ressources et les dons. Un leadership solide par l'autorité sanitaire et un système de gouvernance transparent et participatif étaient considérés d'une importance primordiale. On a également considéré qu'il était essentiel de maintenir des systèmes d'information robustes, y compris les systèmes d'état civil et de statistiques vitales. L'importance de la promotion d'une culture de résilience et d'une autonomisation des acteurs sociaux pour contribuer à une résilience accrue a été mise en relief.

99. La plupart des délégués a soutenu le contenu du document de politique. Cependant, une déléguée a mis en cause la valeur ajoutée du document et du projet de résolution afférent, étant donné que les divers initiatives et accords mondiaux et régionaux qui y étaient mentionnés – dont la stratégie pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle, les objectifs de développement durable et le Règlement sanitaire international – fournissaient un solide cadre normatif pour le renforcement des systèmes de santé. Elle a suggéré qu'afin d'éviter la duplication des efforts et de faire un usage plus efficace des ressources existantes, il serait préférable de réorienter le document et la résolution vers le renforcement de ces initiatives existantes, pour lesquelles le financement avaient déjà été alloué. Une autre déléguée a observé qu'alors que l'axe du document était censé être la résilience, dans un certain nombre de paragraphes il mettait l'accent sur une approche de risque. À son avis, l'axe devrait être sur les facteurs qui renforceraient la préparation et la capacité de réponse des systèmes de santé, et leur permettraient de résister aux pressions ou aux adversités, en particulier dans les situations d'urgence.

100. Les délégués ont suggéré un certain nombre d'amendements au projet de résolution contenu dans le document CE158/14 conformément aux commentaires faits au cours de la discussion. Notant que le projet de résolution demandait au Conseil directeur d'approuver la politique, un délégué était d'avis que par principe, les Organes directeurs ne devraient pas approuver les documents de politique ; cette approbation devrait être réservée à des documents qui avaient été sujet à discussion et négociation par les États Membres avant d'être soumis aux Organes directeurs. Il n'était pas d'avis que le Bureau nécessitait un mandat des États Membres afin de poursuivre son travail dans le domaine de la résilience des systèmes de santé, qu'il appuyait résolument.

101. Le Dr Fitzgerald a remercié les délégués pour leurs suggestions en vue de l'amélioration du document, dont le Bureau tiendrait compte en le révisant pour le Conseil directeur. Il a noté que la discussion sur la résilience était centrale au développement de

systèmes de santé robustes, réactifs, adaptatifs et prédictifs qui étaient en mesure de traiter les événements à court terme et à risques multiples aussi bien que les menaces à long terme plus soutenues. La résilience des systèmes de santé était également centrale à la stratégie pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle. Il convenait que des investissements à long terme étaient bien plus rentables que le lancement d'une réponse à court terme à une flambée ou une autre urgence. De plus, l'investissement dans des systèmes de santé résilients et robustes ayant la capacité d'absorber les chocs, d'être adaptatifs et réactifs et d'être en mesure de réorganiser au besoin pourrait atténuer l'impact de flambées et de catastrophes naturelles futures dans la Région.

102. Le projet de résolution contenu dans le document CE158/14 a été amendé pour tenir compte des commentaires faits au cours de la discussion et a été adopté en tant que résolution CE158.R12.

***Accès aux médicaments et autres technologies de la santé stratégiques et à coûts élevés et leur usage rationnel (document CE158/15)***

103. Le Dr James Fitzgerald (Directeur du Département des systèmes et services de santé du BSP) a présenté le document de politique, notant qu'un accès équitable et ponctuel à des services de santé complets et de haute qualité et à des médicaments sûrs de qualité élevée et efficaces par rapport au coût, y compris les médicaments à coût élevé, était une condition indispensable à l'accès universel à la santé et à la couverture sanitaire universelle. Il a également noté que les dépenses en médicaments et autres technologies de la santé représentaient le pourcentage le plus élevé du coût du traitement et des soins dans les pays de la Région, consommant une part sans cesse croissante des budgets nationaux en santé et menaçant la durabilité des systèmes de santé. La diffusion rapide, l'adoption et l'usage inapproprié de nouveaux produits étaient des moteurs majeurs de l'augmentation des coûts des soins de santé dans les systèmes de santé et des mauvais résultats en santé.

104. Le document de politique offrait une vue d'ensemble du problème multidimensionnel de l'accès à des médicaments et autres technologies de la santé à coût élevé, proposant des options de politique qui assureraient un accès élargi et durable à ces produits. Il proposait également des politiques et/ou des stratégies nationales complètes qui offriraient des solutions durables et efficaces qui tiendraient compte des besoins des systèmes de santé.

105. Des cadres législatifs et réglementaires appropriés étaient essentiels, non seulement pour garantir la sécurité, la qualité et l'efficacité des médicaments et autres technologies de la santé, mais aussi pour appuyer l'introduction de nouveaux produits dans les systèmes de santé. Une fois que des produits étaient offerts dans les systèmes de santé, leur usage rationnel, dont le développement et l'application de protocoles de traitement et de directives, combiné au contrôle nécessaire des pratiques de prescription, était crucial. De plus, des mécanismes pour incorporer et réglementer les technologies à coût élevé pourraient avoir un effet dissuasif face à la demande de médicaments et de technologies de la santé coûteux et inefficaces. La politique examinait également les possibilités

d'innovation pour relever les défis de l'accès à des médicaments à coût élevé au moyen d'une action multinationale et/ou régionale, de négociations conjointes de prix et du regroupement des achats par le biais de mécanismes tels que le Fonds renouvelable de l'OPS pour les fournitures stratégiques de santé publique (connu sous le nom du « Fonds stratégique »).

106. Le Comité exécutif a accueilli favorablement le document de politique et apprécié son approche intégrée. Les délégués ont noté que les médicaments étaient des biens essentiels de santé publique et ont souligné l'importance d'une action pour développer les mécanismes qui assureraient un plus grand accès aux médicaments essentiels et aux technologies de la santé pour aider à réaliser l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle.

107. Alors qu'il y avait consensus sur de nombreux aspects du document – notamment l'importance de la prise de décision fondée sur des données factuelles, la prescription rationnelle, l'utilisation des évaluations de la technologie de la santé et autres mesures dans la considération du coût des médicaments, l'amélioration de la transparence et de la responsabilité, l'accent mis sur la qualité, la sécurité et l'efficacité des médicaments et l'utilisation des génériques et des équivalents thérapeutiques – il a été suggéré que le document pourrait bénéficier d'un travail supplémentaire pour clarifier son objectif et sa portée. On a considéré que l'axe devrait être sur la façon dont les systèmes de santé pourraient durablement gérer l'accès aux médicaments et aux technologies de la santé, y compris les nouveaux et coûteux produits pharmaceutiques, produits biologiques, appareils médicaux et produits sanitaires de source unique. L'usage rationnel des médicaments et des technologies de la santé était considéré comme un élément clé à cet égard. Les délégués estimaient également que certains concepts dans le document avaient besoin d'être clarifiés, comme ceux de « médicaments stratégiques », « médicaments et technologies à coût élevé », « bonne gouvernance des médicaments », « listes explicites de médicaments », « médicaments de qualité de sources multiples », « soutien de prescription », « politiques nationales complètes » et « incitations complètes destinées aux prescripteurs ».

108. Un sujet qui préoccupait considérablement les délégués qui se sont exprimé était celui de l'industrie pharmaceutique et ses pratiques. Plusieurs délégués ont noté que les droits de propriété intellectuelle et licences constituaient des barrières à l'accès universel à la santé et à la couverture sanitaire universelle, observant que les médicaments vitaux pour le traitement du VIH par exemple, même s'ils étaient disponibles, étaient financièrement hors d'atteinte pour la plupart des patients. Une déléguée a préconisé que les pays développent des mécanismes pour gérer les droits de propriété intellectuelle et fassent pleinement usage des flexibilités pour la santé publique offertes par l'accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (accord ADPIC). Une autre déléguée, tout en reconnaissant l'importance du problème, a noté le besoin de protéger le système pour l'innovation des médicaments de sorte qu'il y ait accès aux médicaments non seulement aujourd'hui mais aussi à l'avenir.

109. Plusieurs délégués ont critiqué l'accent de l'industrie pharmaceutique mis sur les profits plutôt que sur les gens, manifesté non seulement par leur position agressive sur les droits de propriété intellectuelle, mais aussi par le gonflement des prix et la publicité mensongère sur les médicaments. Une déléguée a suggéré que la résolution demande à la Directrice d'établir un cadre de principes éthiques pour la commercialisation des médicaments, ainsi qu'un code de conduite pour guider le comportement des agents de l'industrie pharmaceutique par rapport à la commercialisation. Une autre déléguée a suggéré que des mécanismes soient mis en place pour assurer la transparence sur le marché et renforcer la capacité en ce qui concernait la propriété intellectuelle, l'enregistrement des médicaments et la régulation du marché pharmaceutique.

110. Il y a eu consensus sur le besoin de négociations de prix collectives pour les produits stratégiques. Les délégués ont noté la réussite du Fonds renouvelable et du Fonds stratégique de l'OPS dans la réalisation d'économies d'échelle. Ils ont observé que les pays du marché commun du sud (MERCOSUR) avaient également obtenu une baisse des prix en faisant des achats en masse. L'importance de la stimulation de la production locale de médicaments a également été mise en relief.

111. Plusieurs délégués ont noté que le secteur judiciaire jouait un rôle croissant pour déterminer l'accès aux médicaments dans certains pays, en soulignant qu'il était inapproprié que des individus tels que des juges – qui n'avaient pas de qualifications médicales pour prescrire des traitements – décident si les patients devaient recevoir les médicaments qu'ils avaient demandés. Ils ont noté le besoin pour le secteur de la santé d'offrir des conseils aux juges sur ces questions.

112. Des représentants de l'Association latino-américaine des industries pharmaceutiques (ALIFAR) et de la Fédération latino-américaine de l'industrie pharmaceutique (FIFARMA) ont assuré que leurs efforts portaient sur le bien-être des populations. Ils se sont engagés à continuer à travailler avec le Bureau et les États Membres pour assurer une fourniture adéquate de médicaments de qualité à un coût raisonnable par le biais de négociations avec l'industrie pharmaceutique internationale.

113. Le Dr Fitzgerald, faisant référence à la portée générale et aux objectifs globaux du document, a rappelé qu'en 2004 le Conseil directeur avait adopté une résolution sur l'accès aux médicaments et leur usage rationnel.<sup>4</sup> Le document apparenté avait été très général, et lors d'un événement parallèle tenu conjointement avec le 54<sup>e</sup> Conseil directeur en 2015, les États Membres avaient indiqué qu'il fallait une approche plus spécifique, une approche qui se concentrerait sur les problèmes affectant actuellement les systèmes de santé dans la Région, y compris le coût élevé de certains médicaments. Le Bureau avait préparé le document de politique dans cet esprit, cherchant à aborder les problèmes de l'accès aux médicaments, les initiatives pour promouvoir leur usage rationnel et les éléments en place pour appuyer l'action au niveau national. Il avait également examiné la façon dont les politiques pharmaceutiques se rattachaient à la politique de la santé, la politique

---

<sup>4</sup> Résolution CD45.R7.



scientifique et technologique et la politique économique. La composante régulatrice du document de politique parlait des questions de qualité, de sécurité et d'efficacité soulevées par de nombreux délégués, soulignant le rôle des gouvernements, en particulier des ministères de la Santé, dans le renforcement de la capacité réglementaire afin d'améliorer l'accès aux médicaments, dont ceux à coût élevé.

114. En ce qui concernait l'accès aux produits provenant de source unique, il a observé que certains médicaments essentiels tombaient maintenant dans cette catégorie, y compris les médicaments pour le traitement de l'hépatite C et les nouveaux traitements du cancer. Le document de politique mettait en avant une approche qui impliquait l'examen des caractéristiques des produits à coût élevé et la formulation de stratégies différenciées, dépendant des caractéristiques du produit concerné, avec une approche de politique globale qui s'efforçait d'améliorer l'accès à ces produits dans le système de santé.

115. La Directrice a indiqué qu'il s'agissait là d'un point de l'ordre du jour qui avait suscité un vif intérêt et à juste titre, du fait que les médicaments et les technologies de la santé à coût élevé étaient l'une des raisons liées aux dépenses catastrophiques et constituaient un obstacle majeur à l'accès aux soins de santé.

116. Au vu du nombre de commentaires sur le document CE156/15 et des changements suggérés au projet de résolution afférent, le Comité a décidé de former un groupe de travail pour réviser le projet de résolution. Par la suite, le Dr Rubén Nieto (Argentine), président du groupe de travail, a informé qu'en dépit des visions et des intérêts opposés, l'honnêteté intellectuelle, l'enthousiasme et l'engagement philosophique avaient permis aux membres du groupe de travail d'atteindre un consensus sur le texte d'un projet de résolution à recommander pour adoption par le Conseil directeur. La résolution révisée saisissait d'une manière équilibrée les préoccupations et les attentes que les délégations avaient exprimées lors des discussions sur le contenu conceptuel du document.

117. Le Comité exécutif a adopté la résolution telle qu'amendée par le groupe de travail (résolution CE158.R16). Il a convenu que des consultations intersessionnelles seraient tenues avant le 55<sup>e</sup> Conseil directeur pour se mettre d'accord sur les révisions au document de politique.

### ***La santé des migrants (document CE158/16, Rev. 1)***

118. Le Dr James Fitzgerald (Directeur du Département des systèmes et services de santé du BSP) a présenté le document de politique sur ce point, observant que la migration humaine était actuellement l'un des domaines les plus difficiles de la santé mondiale. Selon les estimations, 61,4 millions de migrants vivaient actuellement dans la Région. La migration interrégionale dans les Amériques avait considérablement augmenté de même que la migration à l'intérieur des pays. Les politiques et stratégies de santé mondiales et nationales n'avaient pas suivi le rythme des défis croissants liés à la vitesse et la diversité de la migration moderne et n'abordaient pas suffisamment les inégalités en santé ni les

déterminants de la santé des migrants, comme les obstacles à l'accès aux services de santé, l'emploi et les conditions de vie appropriées.

119. Le document de politique présentait une analyse de la situation sanitaire actuelle des migrants dans les Amériques, reconnaissait que les migrants constituaient un groupe important de population dans des conditions de vulnérabilité et, tirant parti de récentes résolutions de l'OPS, offrait une série d'options de politique que les États Membres pourraient envisager afin de répondre aux besoins de santé de ce groupe. Le document proposait que la stratégie pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle devraient constituer le cadre fondamental pour que les actions du système de santé protègent la santé et le bien-être des migrants. Il notait le besoin d'assurer l'accès à des services de santé qui étaient inclusifs et réactifs à leur santé tant dans les pays de transit que dans les pays de destination. De plus, il suggérait que les migrants nécessitent le même niveau de protection financière en ce qui concernait les soins de santé que les autres vivant sur le même territoire, indépendamment de leur statut. Enfin, il notait le besoin d'une action intersectorielle pour renforcer la résilience individuelle et communautaire et pour l'adoption de politiques et programmes sociaux sensibles aux difficultés des migrants.

120. Le Comité exécutif a accueilli favorablement le document de politique, considérant que la santé des migrants était une question d'actualité. Les délégués ont reconnu les efforts du Bureau et des États Membres pour garantir le droit à la santé des populations itinérantes. Ces groupes étaient considérés particulièrement vulnérables aux menaces pour leur santé et leur bien-être, y compris l'accès interrompu aux soins de santé, la perte de leurs dossiers et informations de santé, les expositions environnementales et la stigmatisation. Le besoin de tenir compte des questions de genre, culturelles et religieuses a été souligné.

121. Le soutien a été exprimé pour les domaines de politique identifiés dans le document, mais plusieurs délégués ont demandé des informations supplémentaires sur la manière dont les priorités se traduiraient en action en collaboration avec les parties prenantes. Plusieurs délégués liaient le droit des migrants aux soins de santé au droit à la santé, observant que les pays qui refusaient les soins de santé aux migrants en fonction de leur statut d'immigration refusaient non seulement le droit à la santé, mais en certaines occasions, le droit à la vie elle-même. Dans le même temps, ils observaient que tous les pays ne reconnaissaient pas un droit légalement protégé à la santé et ils ont demandé que le document et le projet de résolution qu'il contenait soient modifiés pour refléter ce fait. Ils ont suggéré que le langage utilisé dans la stratégie pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle soit utilisé, en ajoutant « là où reconnu nationalement » après les références au droit à la santé et également d'harmoniser le texte avec le langage de la Constitution de l'OMS en faisant référence « au droit à la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre ».

122. Un délégué, notant que le projet de résolution recommandait que le Conseil directeur adopte le document de politique, a suggéré que le document devait être apprécié

mais non adopté, car il ne constituait pas véritablement une politique mais une approche, et le terme « adopter » avait des implications juridiques qui poseraient des difficultés pour introduire des changements ultérieurs. Une autre déléguée a suggéré que la résolution devrait demander à la Directrice de créer une base d'informations sur les expériences réussies en matière de santé des migrants dans les pays de la Région pour faciliter la coopération et le partage des expériences entre les États Membres.

123. Des clarifications ont été demandées concernant la signification de « protection financière » dans la résolution, et il a été suggéré qu'une disposition préconisant aux États Membres d'assurer que les migrants aient accès au même niveau de protection financière en santé que les autres personnes vivant sur le même territoire devrait, à la place, les inciter à travailler en vue de cet objectif. Il a été noté à cet égard que certains pays n'étaient pas en position d'assurer cette protection même pour leurs propres populations. Des préoccupations se faisaient également jour en raison d'une disposition apparentée qui indiquait que les migrants devraient avoir accès à des interventions au-delà du secteur de la santé qui abordaient les déterminants de la santé.

124. Plusieurs délégués ont décrit les efforts de leur pays pour répondre à la situation des populations itinérantes, notant l'existence d'une législation garantissant l'accès égal aux services de santé pour les migrants, une formation pour sensibiliser le personnel de santé, des accords réciproques avec les pays voisins sur la santé et d'autres services pour les migrants, des systèmes d'information sanitaire pour suivre la santé des migrants et l'éducation en santé pour les migrants. Il a également été fait mention du besoin de partenariats, réseaux et coopération sud-sud pour traiter les besoins de santé des migrants, en particulier dans les zones frontalières. Une déléguée a décrit les services fournis aux migrants avant leur arrivée dans son pays afin de protéger non seulement leur santé mais aussi la santé de ses concitoyens. Un autre délégué a soulevé la question du personnel sanitaire qui émigre pour améliorer sa qualité de vie, une circonstance qui avait de sérieuses implications quand les services de santé de leur pays d'origine manquaient d'effectifs.

125. Les délégués d'Amérique centrale ont noté que l'augmentation de la migration avait posé de sérieux problèmes dans leur sous-région, accroissant la vulnérabilité des pays, non seulement en termes du fardeau sur les systèmes de santé et les budgets sanitaires créés par les volumes élevés de nouveaux patients, mais également en termes de pathologies importées. Les problèmes potentiels associés au retour de migrants des États-Unis, destination ultime de la plupart des migrants de la sous-région, ont également été notés.

126. Le Dr Fitzgerald, saluant la confirmation de la pertinence et de l'importance de cette question, a noté la reconnaissance par des délégués que les migrants étaient des individus en situation de vulnérabilité et par conséquent nécessitaient une attention particulière à leurs besoins différenciés. Il a également noté le consensus entre les délégués qui avaient parlé concernant le fait que le cadre fondamental sur l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle fournissait les orientations stratégiques et de politique

nécessaires pour que les États Membres répondent à ces besoins différenciés. Il a reconnu les défis mentionnés par les délégués en ce qui concernait la protection sociale, sanitaire et financière pour les migrants, soulignant que cette protection était un élément essentiel de l'axe stratégique 3 de la stratégie pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle. Le terme « protection financière » qui était également utilisé dans la stratégie, signifiait l'assurance que les migrants ne subissent pas de dépenses en santé catastrophiques après avoir reçu des prestations de santé.

127. Concernant les actions spécifiques requises au niveau national pour mettre en œuvre l'approche mise en avant dans le document de politique, le Bureau suggérait que la santé des migrants soit pleinement intégrée dans le dialogue national de politique sur l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle. Elle ne devait pas être considérée comme une question séparée ; les besoins de santé de la population migrante devraient être pris en compte dans les actions législatives et stratégiques prises au niveau national dans le but d'atteindre la couverture sanitaire universelle.

128. La Directrice, notant que la question était une préoccupation évidente pour de nombreux pays de la Région, a observé qu'en plus d'inclure des questions se rapportant à la santé des migrants dans les discussions sur l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle, il était également important d'assurer un plaidoyer suffisant, en particulier dans les pays subissant une migration importante, pour leur permettre de conceptualiser ce que la protection des droits humains des migrants et l'assurance de leur accès aux services de santé signifiaient et de déterminer les coûts et d'identifier la façon de garantir cet accès.

129. Le projet de résolution a été révisé afin d'incorporer les divers changements suggérés par les délégués et a été adopté en tant que résolution CE158.R11.

***Plan d'action pour l'élimination du paludisme 2016-2020 (document CE158/17, Rev. 1)***

130. Le Dr Marcos Espinal (Directeur du Département des maladies transmissibles et de l'analyse en santé du BSP) a présenté le projet de plan d'action, affirmant que la Région des Amériques avait parcouru un long chemin dans la lutte contre le paludisme. Néanmoins, deux pays continuaient à signaler des augmentations du nombre total de cas, et le paludisme devait par conséquent rester une priorité.

131. L'objectif du plan d'action proposé était de continuer à faire des progrès vers l'élimination de la transmission locale du paludisme dans les États Membres et d'empêcher le rétablissement de la maladie. Le plan était aligné sur la stratégie technique mondiale de lutte contre le paludisme et comportait cinq axes d'intervention : *a*) accès universel aux interventions de prévention du paludisme de bonne qualité, gestion intégrée des vecteurs, et diagnostic et traitement du paludisme, *b*) surveillance renforcée du paludisme en vue de décisions et de réponse fondées sur des données factuelles, *c*) systèmes de santé renforcés, planification stratégique, suivi et évaluation, recherche opérationnelle et renforcement de la capacité au niveau national, *d*) plaidoyer stratégique, communications et partenariats et

collaborations et e) efforts centrés et approches adaptées pour faciliter l'élimination du paludisme et empêcher son rétablissement dans des zones exemptes de paludisme.

132. Le plan était le produit de consultations étendues qui avaient commencé en avril 2014 et avaient coïncidé avec le développement de la stratégie technique mondiale de lutte contre le paludisme. Une consultation régionale avait été tenue en 2015, avec la participation de 25 États Membres et de 15 institutions partenaires. Le plan avait été ensuite amélioré avec des apports du groupe consultatif technique du paludisme dans les Amériques de l'OPS, qui s'était réuni en Colombie en mai 2016.

133. Le Comité exécutif a bien accueilli le plan d'action, les délégués exprimant leur soutien à la réalisation des objectifs d'élimination et remerciant l'appui du Bureau à leurs efforts dans ce sens. Ils ont noté que le plan d'action reconnaissait que l'engagement des parties prenantes et la participation communautaire étaient essentiels pour prévenir des résurgences du paludisme et éviter tout affaiblissement des efforts de prévention et de contrôle. Une plus grande coordination entre partenaires et parties prenantes dans la Région était considérée nécessaire afin de réaliser et de maintenir l'élimination du paludisme, et ils ont suggéré que le plan bénéficierait des stratégies pour améliorer cette coordination et promouvoir le partage de l'information. Le renforcement et le maintien de la surveillance à tous les niveaux du système de santé était considéré important pour permettre aux pays de détecter les menaces liées au paludisme et répondre de manière appropriée dans un délai minimum. L'importance du suivi pour une détection précoce de la résistance aux médicaments et insecticides antipaludéens a également été mise en avant, ainsi que le besoin d'aborder les déterminants sociaux, économiques, climatiques et environnementaux du paludisme. Le délégué d'Argentine était heureux d'informer que son pays n'avait pas eu de cas autochtones de paludisme depuis 2010 et qu'il avait commencé à éliminer la transmission autochtone du paludisme.

134. Il a été noté que les cibles et les indicateurs établis dans le plan d'action proposé se rapportaient presque exclusivement aux cibles à atteindre par les pays ; bien que le plan demandait un budget de \$30 millions pour la coopération technique par le Bureau, le plan ne comportait aucune référence aux activités qu'il entreprendrait pour appuyer les pays en vue d'atteindre les cibles. Il a été demandé que le Bureau établisse une liste d'intrants et d'activités et les incluent dans le document à soumettre au Conseil directeur afin de donner aux États Membres une idée de la façon dont les fonds seraient dépensés et de démontrer l'engagement du BSP à la réalisation des objectifs conjoints du plan. On a aussi encouragé le Bureau à considérer la manière dont l'outil de vérification des données du paludisme de l'OPS pourrait être renforcé pour aider à la prise de décision et suivre et améliorer le partage des données entre les pays.

135. Le Dr Espinal a bien accueilli la suggestion de préparer une liste des activités que le Bureau mettrait en œuvre au cours des cinq prochaines années et indiqué qu'elle serait incluse dans le document pour le Conseil directeur. Il a noté que l'Argentine avait demandé la vérification de l'élimination du paludisme et qu'elle serait bientôt certifiée exempte de paludisme.

136. La Directrice a affirmé que les efforts de la Région pour la lutte contre le paludisme avaient donné lieu à une réussite considérable en termes de l'une des cibles des objectifs du Millénaire pour le développement, mais elle était préoccupée par les deux États Membres qui continuaient à signaler des nombres importants de cas. La situation en Haïti était particulièrement préoccupante en raison de la menace qu'elle posait pour la République dominicaine. Le Bureau continuerait à travailler avec les deux pays, avec l'assistance de certains partenaires dans le cas d'Haïti. Elle a noté toutefois, qu'il y avait des problèmes de gouvernance qui militaient contre la réussite de la réduction de la transmission du paludisme et même dans la gestion des cas de paludisme. La situation posait un défi pour lequel le Bureau devrait formuler des stratégies au-delà des axes d'intervention du plan.

137. Le Comité exécutif a adopté la résolution CE158.R4, recommandant que le Conseil directeur approuve le plan d'action.

***Plan d'action pour la prévention et la lutte contre le VIH et les infections sexuellement transmissibles 2016-2021 (document CE158/18, Rev. 1)***

138. Le Dr Marcos Espinal (Directeur du Département des maladies transmissibles et de l'analyse en santé du BSP) a présenté le plan d'action proposé, notant que la récente réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/sida tenue en juin 2016 avait recommandé que des efforts soient faits pour mettre fin au VIH/sida en tant que menace à la santé publique d'ici 2030. La Région des Amériques comptait encore 2 millions de personnes vivant avec le VIH et, bien que des progrès certains aient été accomplis pour leur garantir un accès au traitement, près de 47 % ne recevaient toujours pas la thérapie antirétrovirale. Par conséquent, le VIH/sida devait rester une priorité essentielle. Les développements positifs comprenaient la certification de Cuba concernant l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH, avec 17 autres pays de la Région sur la bonne voie pour recevoir une certification similaire au cours de la période biennale en cours. Le Bureau s'efforçait de garantir que tous les pays réussiraient à éliminer la transmission mère-enfant.

139. Le plan d'action était harmonisé avec les stratégies mondiales du secteur de la santé de l'OMS pour le VIH/sida, l'hépatite virale et les infections sexuellement transmissibles (IST) pour 2016-2021, la stratégie mondiale de l'initiative « fast-track » de l'ONUSIDA pour la même période et la stratégie mondiale pour la santé des femmes, des enfants et des adolescents 2016-2030. Il témoignait de la transition des objectifs du Millénaire pour le développement aux objectifs de développement durable (ODD) et contribuerait à la réalisation de la cible apparentée sous l'ODD 3 (d'ici à 2030, mettre fin à l'épidémie de sida comme problème de santé publique). Le plan intégrait également des objectifs antérieurs d'élimination de la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis avec l'élimination d'autres maladies transmissibles telles que le virus périnatal de l'hépatite B, la maladie de Chagas et la tuberculose. Ses quatre axes stratégiques d'intervention étaient harmonisés sur les axes d'intervention des stratégies mondiales du secteur de la santé de l'OMS. Les résultats escomptés comprenaient une réduction substantielle des nouvelles infections par le VIH et des décès liés au sida par rapport à la référence de 2014, ainsi que

des réductions du taux de transmission mère-enfant du VIH, de l'incidence de la syphilis congénitale et de nouveaux cas de cancer du col de l'utérus.

140. Le Comité exécutif a apprécié le plan d'action et loué le Bureau pour son travail de lutte contre le VIH et les IST, qui constituaient une cause majeure de décès et de handicap dans les Amériques et nécessitaient une approche intégrée qui incluait la participation de la société civile et une perspective interculturelle et de genre. Les délégués ont exprimé leur appui au plan et à son emphase sur le ciblage des populations vulnérables, citant les engagements de leurs pays à la prévention et la lutte et soulignant le besoin de renforcer la surveillance du VIH et des IST. Ils ont fait part de leur soutien général à l'harmonisation du plan avec les initiatives mondiales, mais ont noté le besoin également de tenir compte des conditions locales. Un délégué a préconisé une emphase plus importante sur la fourniture à vie d'antirétroviraux pour les enfants, les adolescents et les adultes, indépendamment de la numération cellulaire CD4, comme moyen de réduire drastiquement les nouvelles infections et ouvrir ainsi la voie à une génération exempte de sida. Plusieurs délégués ont mentionné l'importance de la stratégie de l'initiative « fast-track » pour mettre fin à l'infection par le VIH. L'importance de l'approche des déterminants sociaux de la santé et de l'adoption d'une approche de droits humains au problème a également été mise en relief.

141. Les délégués ont noté le besoin d'améliorer l'accès aux soins de santé et à l'information sur la santé sexuelle et génésique, de combattre la stigmatisation et la discrimination, de développer des protocoles communs de traitement pour usage au sein des programmes gouvernementaux et d'étendre la prestation des soins au-delà des installations sanitaires au système des soins de santé primaires. Ils ont suggéré que chaque pays développe son propre ensemble d'interventions de base et de services, qui devrait comporter des mesures pour lutter contre la co-infection par le VIH/IST. Ils étaient généralement préoccupés par les pénuries régionales de pénicilline intramusculaire à action prolongée et de pénicilline intraveineuse pour la lutte contre la syphilis et la prévention de la syphilis congénitale, un délégué demandant au Bureau de travailler avec les fabricants pour formuler un plan destiné à réduire ces pénuries.

142. Assurer le financement durable des programmes de VIH/IST était un autre domaine de préoccupation, ainsi que l'était le prix croissant des médicaments contre le VIH, ce qu'un délégué a décrit comme opportuniste et abusif. Dans le même ordre d'idées, une autre déléguée a préconisé de baisser les obstacles de la propriété intellectuelle et le coût des médicaments génériques, soulignant que les intérêts de la santé publique devraient l'emporter sur les intérêts commerciaux. Plusieurs délégués ont mentionné que leurs pays envisageaient l'introduction d'une prophylaxie pré-exposition pour le VIH, l'un d'entre eux notant son efficacité lorsque combinée avec d'autres mécanismes de prévention. Un autre délégué a indiqué que des kits d'autodiagnostic du VIH étaient maintenant disponibles dans les pharmacies privées dans son pays.

143. Plusieurs délégués ont demandé des changements dans le document et la résolution. Un délégué a noté que le plaidoyer pourrait être une question sensible et a

suggéré de clarifier le langage dans la résolution pour assurer une compréhension commune par tous les États Membres. D'autres délégués ont suggéré que les groupes autochtones et les femmes en situation de prostitution (par opposition à celles s'identifiant comme professionnelles du sexe) devraient être inclus dans la liste des populations clés.

144. Le Dr Espinal a remercié les délégués pour leurs commentaires et suggestions et a indiqué que les changements suggérés dans le document de travail seraient incorporés avant le Conseil directeur.

145. Le Dr Massimo Ghidinelli (Chef de l'Unité du VIH, tuberculose et infections sexuellement transmissibles du BSP) a remercié les délégués pour leur soutien au plan d'action et à la résolution proposés. Il a observé qu'un grand nombre des commentaires concernait les faiblesses perçues dans la déclaration politique adoptée par la réunion de haut niveau des Nations Unies, en particulier les questions des populations clés et des nouvelles technologies qui pourraient potentiellement apporter des avantages formidables en termes de prévention. Il a noté qu'il y avait de grandes espérances en ce qui concernait la prophylaxie pré-exposition qui étendrait l'usage stratégique des antirétroviraux non seulement pour traiter l'infection par le VIH mais aussi pour l'empêcher chez des individus à risque élevé d'exposition.

146. Le coût des antirétroviraux était un problème persistant. À cet égard, il avait eu le plaisir d'entendre certaines délégations à la récente réunion de haut niveau des Nations Unies louer le rôle du Fonds stratégique de l'OPS en abordant la question des coûts et en établissant des négociations groupées avec les fournisseurs de médicaments. La pénicilline devenait un antibiotique négligé et un produit de niche, ce qui était préoccupant car c'était le seul médicament efficace pour empêcher la transmission mère-enfant de la syphilis. Il a noté que le Bureau avait mené une enquête sur la nature et la portée des pénuries dans les États Membres et que l'OMS menait actuellement une étude similaire dans d'autres régions et parmi les fournisseurs pour obtenir un panorama complet de la situation.

147. Le Dr James Fitzgerald (Directeur du Département des systèmes et services de santé du BSP) a ajouté que la pénicilline n'avait plus qu'un intérêt limité pour l'industrie pharmaceutique, une situation qui mettait le doigt sur le besoin d'une fourniture stratégique de santé publique. Le Bureau avait identifié un fournisseur de pénicilline benzathine et avait émis un contrat d'achat ; il cherchait maintenant un fournisseur de pénicilline G par le biais du Fonds stratégique.

148. La Directrice a observé que mettre fin au sida en tant que menace pour la santé publique d'ici 2030 nécessiterait des niveaux considérables d'investissement. Les États Membres auraient à fournir davantage de financement national dans un environnement dans lequel de nombreux d'entre eux ne recevaient plus de fonds du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme ni d'autres sources. L'engagement politique au plus haut niveau serait donc extrêmement important, comme le seraient l'assurance de la protection sociale et l'accès au traitement pour les groupes vulnérables et les personnes vivant avec le VIH. Des efforts étaient nécessaires pour régler le problème de la



stigmatisation et la discrimination qui empêchait ces groupes d'avoir accès aux soins et au traitement et de changer d'attitude et de renforcer la prise de conscience et la sensibilité, y compris parmi les agents de santé. Le Bureau était engagé à assister les pays dans ces efforts.

149. Le Comité exécutif a adopté la résolution CE158.R6, recommandant que le Conseil directeur adopte le plan d'action.

***Plan d'action pour l'élimination des maladies infectieuses négligées et activités après la phase d'élimination 2016-2022 (document CE158/19)***

150. Le Dr Marcos Espinal (Directeur du Département des maladies transmissibles et de l'analyse en santé du BSP) a présenté le plan d'action proposé, qui établissait une série d'objectifs et de stratégies généraux pour aborder les questions transversales et les causes sous-jacentes de l'occurrence persistante de maladies infectieuses négligées (MIN) dans la Région. Le plan décrivait également les enseignements tirés et les progrès accomplis, suggérant des axes stratégiques d'intervention qui mèneraient la Région sur la voie de l'élimination de ces maladies.

151. Les objectifs et priorités du plan d'action comprenaient l'interruption de la transmission de huit MIN pour lesquelles des outils efficaces par rapport au coût étaient disponibles : trachome, maladie de Chagas, rage humaine par morsures de chiens, lèpre, ténia-cysticercose, filariose lymphatique, onchocercose et schistosomiase. Le plan préconisait également la prévention, maîtrise et réduction du fardeau de la maladie de cinq MIN pour lesquelles il existait des outils de gestion intégrée et novatrice : échinococcose cystique, fasciolose, peste humaine, leishmaniose (cutanée et viscérale) et helminthiase transmise par le sol. Six axes d'intervention étaient proposés afin de réaliser ces objectifs. Le Dr Espinal a noté qu'après la certification de l'élimination, il faudrait compter au moins trois ans de surveillance après élimination pour empêcher la réintroduction de ces maladies.

152. Lors de la discussion qui a suivi, les délégués ont exprimé leur soutien au plan, qui tirait parti des réussites de la décennie antérieure et établissait des cibles ambitieuses d'élimination alignées sur la feuille de route de l'OMS sur les maladies tropicales négligées et sur les objectifs de développement durable. Il y a eu consensus sur l'importance du rôle des systèmes de santé dans l'effort d'élimination des MIN. Ils ont suggéré qu'une évaluation des lacunes des systèmes actuels pour la détection et le suivi d'autres MIN soit effectuée, de sorte que des approches puissent être développées pour combler les lacunes identifiées. L'importance de la surveillance comme composante critique pour prévenir et détecter les MIN a été soulignée.

153. Les délégués ont suggéré un certain nombre d'améliorations au plan d'action, l'une étant l'inclusion d'une référence à l'importance de l'amélioration des conditions de logement pour prévenir et contrôler les MIN. Ils ont également suggéré que le plan d'action recommande l'établissement de protocoles pour documenter le chemin historique de pays

ou de groupes de pays dans l'élimination de MIN particulières. Ils ont également suggéré que le projet de résolution proposé pour transmission au Conseil directeur devrait inclure une recommandation pour promouvoir des mécanismes dans chaque pays afin de garantir la professionnalisation et la stabilité du personnel technique et la continuité politique des stratégies programmatiques, car leur absence avait donné lieu à des contretemps dans l'élimination des MIN. Le besoin de lier les stratégies de lutte antivectorielle dans le plan d'action avec les stratégies de lutte antivectorielle existantes a été mis en relief, ainsi que le besoin d'efforts intersectoriels, étant donné que nombre des activités requises, en particulier dans le domaine de l'eau et de l'assainissement, sortaient du champ des activités des ministères de la Santé. Ils ont demandé la clarification du terme « infranational » et le Bureau a été prié d'expliquer pourquoi les efforts pour éliminer la rage humaine avaient été limités à la rage transmise par les chiens. Ils ont suggéré que les efforts d'élimination de la rage devaient être élargis pour inclure d'autres animaux qui étaient importants dans la transmission de la rage, tels que les chauves-souris.

154. Il a été noté que, comme pour le plan d'action proposé pour l'élimination du paludisme (voir paragraphes 130 à 137), le plan d'action sur les MIN était axé uniquement sur les objectifs et les indicateurs et omettait d'inclure une liste d'apports et d'activités que le Bureau pourrait contribuer pour appuyer les pays. Le Bureau était prié d'inclure cette liste dans le document à soumettre au Conseil directeur. Ils ont également observé qu'il y avait des incohérences dans le calendrier proposé pour l'évaluation du plan d'action, et ont suggéré qu'une évaluation à mi-parcours et une évaluation finale devaient être réalisées.

155. Le Dr Espinal a remercié les délégués pour leurs suggestions pour l'amélioration du plan que le Bureau incorporerait dans une version révisée du document pour le Conseil directeur. Une liste des apports et des activités du Bureau et des pays serait également incluse. Il a observé que le fait que certaines activités n'étaient pas mentionnées explicitement dans le plan ne signifiait pas qu'elles n'étaient pas menées à bien. Par exemple, le Bureau avait une équipe régionale à Lima pour fournir la coopération technique en relation à l'eau et l'assainissement aux pays qui en avaient besoin. En ce qui concernait la rage, il reconnaissait que la transmission par des animaux autres que les chiens était un problème dans certains pays et a indiqué que les équipes régionales et les conseillers infrarégionaux de l'OPS effectueraient une analyse de la situation de la rage si nécessaire, ajoutant que cette information pourrait être incluse dans le plan.

156. La Directrice a reconnu qu'il était important pour le Bureau d'indiquer clairement ce que seraient ses responsabilités et activités et comment elles seraient mesurées et a affirmé que le BSP travaillait en étroite collaboration avec les États Membres pour atteindre l'un des objectifs clés de l'OPS, l'élimination de l'iniquité, qui, avec la pauvreté était la cause profonde de la persistance de maladies infectieuses négligées. Les déterminants sociaux et environnementaux de la santé jouaient également un rôle majeur. Elle estimait que l'effort mondial sur la santé dans toutes les politiques et les objectifs de développement durable serait très important pour l'élimination finale des maladies infectieuses négligées, tout comme le serait une approche holistique multisectorielle.

157. Le Comité a adopté la résolution CE158.R8, recommandant que le 55<sup>e</sup> Conseil directeur approuve le plan d'action.

***Stratégie pour la prévention et la lutte contre les arboviroses (document CE158/20, Rev. 1)***

158. Le Dr Marcos Espinal (Directeur du Département des maladies transmissibles et de l'analyse en santé du BSP) a présenté le projet de stratégie pour la prévention et la lutte contre les arboviroses, notant que les infections virales transmises par les arthropodes étaient en croissance, tant dans les Amériques que dans le reste du monde. Bien que les efforts actuels portent sur les virus de la dengue, du chikungunya et du Zika, il y avait des cas d'autres arboviroses, comme la fièvre d'Oropuche, au Pérou. L'émergence de nouvelles arboviroses, jointe à des virus endémiques tels que la dengue et la fièvre jaune, ont posé un réel défi pour la santé publique. Entre 2000 et 2014, il y a eu 14 millions de cas de dengue dans la Région, et pour la seule année 2016 54 000 cas de chikungunya ont été signalés. La Région était maintenant confrontée au virus Zika. Le Bureau proposait par conséquent une revalorisation de la stratégie actuelle de gestion intégrée pour la prévention et la lutte contre la dengue en place depuis 2003, à une stratégie arbovirale, car il était clair qu'une approche holistique et approfondie des arboviroses était requise.

159. La stratégie proposée mettait en avant quatre axes d'intervention dans le but de guider les États Membres dans le renforcement de la surveillance, du diagnostic et de la gestion des cas et dans l'adoption d'une approche clinique et épidémiologique qui mettait l'accent sur le contrôle vectoriel et la participation sociale active. Les résultats escomptés étaient une stratégie finale intégrée pour la prévention et la lutte contre les arboviroses, des directives précises pour le diagnostic et la prise en charge clinique des arboviroses, une capacité renforcée pour le diagnostic différentiel dans les services de santé, un cadre au niveau national pour le renforcement de la gestion intégrée des vecteurs et la surveillance entomologique, ainsi que des directives précises et des algorithmes de diagnostic normalisés pour renforcer la capacité technique du réseau de laboratoires de diagnostic arboviral dans les Amériques.

160. Le Comité exécutif a félicité le Bureau pour son développement de la stratégie, convenant que les flambées de maladie à virus chikungunya et Zika avaient fait des arboviroses une priorité élevée pour la Région. Les délégués ont exprimé leur appui aux axes d'intervention proposés et ont noté que leur adaptation aux circonstances particulières de chaque pays améliorerait la réponse aux flambées, aux défis et aux conséquences des arboviroses. Ils ont encouragé le Bureau à continuer à fournir un soutien technique solide aux États Membres pour renforcer les systèmes de santé publique.

161. Il y avait consensus sur le besoin de mesures de contrôle durables des moustiques, de diagnostic clinique ponctuel de la maladie, de systèmes de surveillance robustes et réactifs, de capacité renforcée de diagnostic des laboratoires et de ressources humaines bien formées. Un délégué a mentionné l'importance de la collecte et/ou du partage d'échantillons cliniques afin de faciliter le développement et la validation de stratégies

diagnostiques, thérapeutiques et vaccinales pour une meilleure réponse aux urgences de santé publique. Une autre déléguée a préconisé des investissements dans la formation de personnel technique local pour améliorer la surveillance et la prise en charge intégrée des arboviroses. L'importance du partage des expériences et des bonnes pratiques a été soulignée. À cet égard, un délégué a noté le besoin de partenariats entre ministères de la Santé et universités pour assurer que les décisions des administrateurs de la santé publique étaient fondées sur des données factuelles scientifiques valables produites dans le pays. Il a suggéré que ces données factuelles devraient être conservées dans un dépôt accessible aux États Membres.

162. Plusieurs délégués ont mentionné le besoin d'encourager le public à participer à l'élimination des sites de reproduction des moustiques, ce qui aurait l'avantage ajouté de réduire l'usage des pesticides comme stratégie principale de contrôle du vecteur. Plusieurs délégués ont également noté le besoin d'une plus grande attention à la gestion environnementale en combinaison avec la participation sociale coordonnée. Ils ont suggéré qu'une section sur la gestion environnementale devrait être comprise dans la stratégie.

163. Le Dr Espinal a indiqué qu'un paragraphe sur la gestion environnementale et des déchets solides serait ajouté à la stratégie soumise au Conseil directeur.

164. Le Comité exécutif a adopté la résolution CD158.R3, recommandant que le Conseil directeur adopte la stratégie.

***Plan d'action pour la réduction des risques liés aux catastrophes 2016-2021 (document CE158/21)***

165. Le Dr Ciro Ugarte (Directeur du Département de la préparation aux situations d'urgence et des secours en cas de catastrophe du BSP) a présenté le plan d'action proposé, qui avait pour but de tirer parti des enseignements tirés de la mise en œuvre du plan d'action sur la sécurité des hôpitaux 2010-2015.<sup>5</sup> Il a noté que le séisme d'avril 2016 en Équateur avait témoigné de la capacité du pays à évaluer et renforcer la capacité de ses services de santé. L'Équateur avait démontré que la capacité à apporter une réponse aux catastrophes reposait principalement sur les pays. L'objectif du plan d'action était précisément cela : renforcer la capacité des pays à réduire les risques liés aux catastrophes et prendre action en conformité au Cadre d'action de Sendai pour la réduction des risques de catastrophes 2015-2030, dans le but d'empêcher les décès, les maladies et les handicaps.

166. Le plan d'action était fondé sur une série d'activités concrètes, axées sur les personnes, à mettre en œuvre par les États Membres et le Bureau. Le plan comportait quatre axes d'intervention. Le premier, reconnaissant le risque lié aux catastrophes dans le secteur de la santé, impliquait la recherche de données factuelles et l'identification de menaces, de vulnérabilités et de capacité de réponse. Il incluait également l'établissement de systèmes d'alerte précoce axés sur les gens et de partenariats avec la communauté

---

<sup>5</sup> Voir document CD50/10 et résolution CD50.R15.

scientifique pour réunir des preuves et préparer le personnel du secteur sanitaire. Le deuxième axe d'intervention, gouvernance de la gestion du risque lié aux catastrophes dans le secteur de la santé, était une responsabilité multi-institutionnelle et multisectorielle dans lequel le rôle du secteur de la santé était fondamental. Il nécessitait que la réduction du risque lié aux catastrophes soit formellement incorporée dans la structure et les opérations journalières du secteur de la santé. Il nécessitait également une participation active par l'autorité sanitaire nationale dans la gestion du risque lié aux catastrophes, la sécurité et les systèmes de gestion des urgences.

167. Le troisième axe d'intervention était la promotion d'hôpitaux sûrs et intelligents, c'est-à-dire d'hôpitaux en mesure de rester ouverts quand les services essentiels, tels que l'électricité et l'eau, étaient coupés. Le quatrième axe d'intervention était d'améliorer la capacité du secteur de la santé pour la préparation aux situations de catastrophe, la réponse et la reprise des activités après la catastrophe. La capacité des pays à se mobiliser dans les situations d'urgence pour protéger les populations touchées et entamer immédiatement les efforts de redressement était également abordée dans le plan d'action.

168. Le plan d'action avait été longuement discuté dans plusieurs forums, dont un au Nicaragua en 2015 auquel 29 États Membres avaient participé. Des consultations virtuelles avaient également été tenues avec les membres du Comité exécutif et d'autres. Il notait que le plan d'action proposé se terminerait en 2021, alors que le Cadre d'action de Sendai se poursuivrait jusqu'à 2030. Il serait par conséquent nécessaire de faire un bilan en 2021 et de décider si un nouveau plan d'action devait être préparé ou non.

169. Lors de la discussion qui a suivi, les délégués ont exprimé leur soutien au plan et ont décrit les progrès de leurs pays dans la réduction des risques liés aux catastrophes. Ils ont loué les efforts et les progrès faits par les États Membres et le Bureau pour revaloriser les systèmes d'alerte précoce, améliorer la préparation et atténuer l'impact des catastrophes. Il y avait consensus sur le besoin de renforcer la capacité nationale et régionale, les plans de réduction de risques liés aux catastrophes et la coordination de la gestion du risque, ainsi que d'adopter une approche plus complète de la préparation et de la réponse aux catastrophes. Il a été observé que de nombreuses conséquences des catastrophes pouvaient être évitées, ou à tout le moins réduites, si les risques associés étaient gérés à l'aide d'une approche intégrée et multisectorielle. La coordination avec d'autres initiatives, telles que le programme d'action pour la sécurité sanitaire mondiale, a également été considérée importante. Des systèmes de santé nationaux et régionaux solides étaient jugés critiques pour prévenir les crises sanitaires et appuyer des réponses ponctuelles et efficaces aux catastrophes et aux flambées de maladies. Il a été observé qu'une plus grande adhésion au Règlement sanitaire international pourrait aider à accroître la préparation et la résilience aux catastrophes. Il a également été suggéré que des évaluations externes conjointes au titre du nouveau cadre de suivi et d'évaluation du RSI de l'OMS (voir paragraphes 287 à 296) pourraient s'avérer utiles dans l'évaluation des capacités nationales concernant la réduction des risques liés aux catastrophes.

170. Il a été suggéré que du fait que le plan était axé sur des menaces multiples, il faudrait faire référence à des « urgences en santé » plutôt qu'à des « catastrophes, » étant donné que le concept d'urgences en santé était plus inclusif et comprenait des flambées de maladies et d'autres événements. Il a également été suggéré que l'axe stratégique d'intervention sur la gouvernance devrait appeler plus explicitement les ministères de la Santé à créer ou renforcer une section ou un bureau de préparation aux urgences et de réponse pour servir de point focal pour la coordination avec les domaines techniques dans le secteur de la santé et dans d'autres secteurs. De plus, il a été suggéré que les indicateurs du plan d'action pour évaluer les progrès devraient être plus spécifiques et que le Bureau devrait développer des outils opérationnels pour la mise en œuvre nationale du plan.

171. La déléguée de l'Équateur a décrit les efforts de préparation aux catastrophes de son pays avant le séisme, qui avaient inclus l'évaluation de 123 hôpitaux publics utilisant l'indice de sécurité des hôpitaux de l'OPS. Après le séisme, son gouvernement avait déployé des équipes de personnel médical d'urgence comme première ligne de réponse, auxquelles s'ajoutait l'usage d'unités médicales mobiles. Il avait également employé la gestion centralisée de toute l'assistance humanitaire. Elle a suggéré que l'expérience de l'Équateur pourrait servir d'exemple pour d'autres pays.

172. Le Dr Ugarte a réitéré que la prévention des catastrophes et les efforts de contrôle étaient principalement la responsabilité des pays, notant que près de 80 % des équipes de réponse régionale aux catastrophes étaient constitués par du personnel des ministères de la Santé ou d'institutions nationales. Chaque pays dans les Amériques avait assumé ses responsabilités en ce qui concernait la réduction du risque de catastrophe. La Région avait été au premier rang dans ce domaine, ayant identifié les enseignements tirés de l'évaluation de la réponse aux catastrophes antérieures, et avait adopté des initiatives sur la sécurité des hôpitaux, la gestion des équipes médicales internationales et les hôpitaux intelligents avant le reste de l'OMS. Il avait pris note des commentaires et des suggestions des délégués sur le document et veillerait à ce qu'ils soient incorporés dans le document à soumettre au Conseil directeur.

173. La Directrice a noté que le programme de préparation aux urgences et aux catastrophes de l'OPS était le produit de l'expérience cumulée de près de 40 années. Elle a souligné qu'il était important de s'inspirer de la mémoire collective du Bureau et des États Membres pour progresser dans ce domaine. La solidarité entre les États Membres était l'un des nombreux facteurs qui permettait à la Région de répondre aux catastrophes de cette manière ponctuelle et appropriée. Il était important de reconnaître et de mettre à profit cette solidarité.

174. Le Comité exécutif a adopté la résolution CD158.R2, recommandant que le Conseil directeur approuve le plan d'action.

*Analyse des mandats de l'Organisation panaméricaine de la Santé (document CE158/22)*

175. Mme Piedad Huerta (Conseillère principale du Bureau des Organes directeurs du BSP) a présenté ce point, notant qu'en 2013 le Comité exécutif avait demandé que le Bureau développe un outil pour organiser et systématiser les mandats de l'OPS qui permettraient aux États Membres et à d'autres acteurs de suivre les progrès sur les engagements internationaux en santé publique. Le Comité avait également demandé que le Bureau organise l'information sur les résolutions et les documents approuvés par les Organes directeurs de l'OPS d'une manière cohérente avec le Plan stratégique de l'OPS de façon à faciliter l'analyse de la complémentarité et de l'exécution des mandats de l'Organisation dans la durée.

176. En 2014, le Bureau avait présenté un rapport analysant le respect des engagements de l'OPS sur une période de 15 ans (1999-2013). Le rapport incluait également des informations sur le dépôt institutionnel dans lequel la documentation de l'Organisation était archivée. À cette occasion, les États Membres avaient demandé que le Bureau conduise une analyse plus approfondie des résolutions et présente un rapport aux Organes directeurs contenant une proposition pour décider si les résolutions devaient être classées comme actives, conditionnellement actives, ou prêtes à devenir caduques.

177. En conséquence, la Directrice avait formé un groupe de travail de représentants de chaque département dans le Bureau pour formuler une méthodologie destinée à analyser les résolutions, chargeant le Bureau des Organes directeurs de sa préparation, sous la supervision du Directeur adjoint. Le groupe de travail avait procédé au développement d'une méthodologie pour évaluer toutes les résolutions adoptées au cours de la période de 17 ans, de 1999 à 2015 et déterminer la manière dont la conformité aux mandats serait mesurée, si les mandats avaient été remplacés par une résolution plus récente et, dans ce cas, quelles étaient ces résolutions et si des rapports d'avancement avaient été soumis aux Organes directeurs et quand. Pour faciliter l'évaluation, les résolutions avaient été classées sous les catégories figurant dans le Plan stratégique actuel. Le groupe de travail avait également défini les critères pour classer les résolutions. Ces critères figuraient dans le document CE158/22.

178. Mme Huerta a décrit les résultats de l'évaluation à l'aide d'une série de graphiques montrant la ventilation des résolutions par statut et catégorie. Sur les 287 résolutions qui avaient été adoptées par le Conseil directeur et la Conférence sanitaire panaméricaine de l'OPS au cours de la période 1999-2015, 101 pouvaient être considérées actives, 24 pouvaient être considérées conditionnellement actives et 162 prêtes à devenir caduques.

179. Pour effectuer cette évaluation, il avait fallu créer une énorme base de données, divisée en catégories, qui comprenait toutes les résolutions, mandat par mandat. Chaque département et entité du Bureau avait analysé les résolutions et rédigé des notes correspondant à chaque mandat. L'accès à la base de données serait mis à la disposition des

États Membres une fois la résolution validant les propositions du groupe de travail adoptée par le Conseil directeur en septembre.

180. Le groupe de travail avait noté certaines limitations en déterminant la conformité aux mandats par les États Membres et le Bureau. Il avait fait des recommandations sur la pertinence des thèmes, la clarté des mandats, l'inclusion d'information sur leurs implications financières et l'engagement de la responsabilité à travers les rapports d'avancement. Il avait également recommandé que le Bureau informe périodiquement les Organes directeurs sur la conformité aux mandats, ce qui rendrait possible le maintien d'une liste potentielle des questions à aborder, conformément aux recommandations de l'OMS sur la réforme de la gouvernance.

181. Lors de la discussion qui a suivi la présentation de Mme Huerta, les délégués ont félicité le Bureau de ses efforts herculéens pour mener à bien l'évaluation et ont exprimé leur soutien à sa poursuite. Il y a eu consensus sur la valeur de l'examen des mandats régionaux, un délégué suggérant que des évaluations de ce type devraient devenir une bonne pratique régionalement et à l'OMS. D'autres délégués ont noté qu'un usage intelligent des données collectées pourrait produire une économie réelle de temps, d'énergie et de ressources.

182. Mme Huerta a remercié les délégués au nom du groupe de travail pour leur expression de soutien et a affirmé que les évaluations se poursuivraient. Elle a demandé aux États Membres de continuer à fournir l'information en conformité aux mandats afin d'enrichir la base de données.

183. La Directrice a mentionné que l'initiative avait représenté un montant énorme de travail. Elle espérait que la base de données serait d'une grande utilité pour le Bureau et les États Membres et qu'elle aiderait à rationaliser les ordres du jour et les demandes concernant des points de l'ordre du jour, et elle s'était engagée à la tenir à jour.

184. Le Comité exécutif a adopté la résolution CE158.R9, recommandant que le Conseil directeur approuve les recommandations sur la présentation limitée dans le temps des rapports et sur le classement comme caduque de résolutions qui ont été totalement remplacées par des résolutions successives ou dont les engagements sont considérés comme respectés.

### **Questions administratives et financières**

#### ***Rapport sur le recouvrement des contributions fixées (documents CE158/23 et Add. I)***

185. M. Xavier Puente Chaudé (Directeur du Département de la gestion des ressources financières du BSP) a présenté le rapport sur le recouvrement des contributions fixées et fourni des informations sur le statut des recouvrements de contributions à la date du 20 juin 2016. Un total de 81,2 % des arriérés avait été versé, laissant un solde non recouvré de \$8,3 millions à la date du 20 juin 2016. Ce montant comprenait \$2,2 millions attribuables



aux contributions de 2014 et \$6,1 millions attribuables aux contributions de 2015. Aucun État Membre n'était sujet à l'heure actuelle à l'Article 6.B de la Constitution. Toutefois, un pays avait des arriérés d'un montant excédant deux années de contributions, et s'il ne versait pas de paiement d'ici à l'ouverture du 55<sup>e</sup> Conseil directeur, il deviendrait sujet aux dispositions de l'Article 6.B.

186. À la date du 20 juin, l'Organisation avait reçu \$24,4 millions de versements sur les contributions fixées de 2016, ce qui ne représentait que 23,9 % des contributions totales de l'année en cours. Un total de 11 États Membres s'étaient acquittés de l'intégralité de leurs contributions de 2016, et deux avaient déjà versé leurs contributions pour 2017, ce dont le Bureau était très reconnaissant. Il a remercié les États Membres qui s'étaient déjà acquittés de leurs obligations envers l'Organisation pour l'année et a appelé les autres à en faire de même afin d'assurer l'exécution efficace et performante du programme et budget du BSP.

187. La Directrice a indiqué que les contributions fixées des États Membres représentaient une source très importante de financement souple pour les programmes essentiels et pour la mise en œuvre des plans d'action que les États Membres avaient approuvés. Le Bureau par conséquent comptait sur les États Membres pour qu'ils s'acquittent de leurs contributions fixées d'une manière ponctuelle. Elle a remercié les États Membres qui avaient déjà versé leurs contributions pour 2016, appelant les autres à en faire de même.

188. La déléguée de l'Équateur a souligné la volonté de son gouvernement de s'acquitter de ses obligations envers l'Organisation, expliquant que le besoin d'allouer des ressources pour faire face aux conséquences du séisme d'avril 2016 avait donné lieu à un retard dans son versement.

189. Le Comité exécutif a adopté la résolution CE158.R1, remerciant les États Membres qui s'étaient acquittés de leurs versements pour 2016 et les années antérieures et priant instamment les autres États Membres de s'acquitter de leurs arriérés dès que possible.

***Rapport financier du Directeur et rapport du Commissaire aux comptes externe pour 2015 (Document officiel 351)***

190. Le Dr Rhonda Sealey-Thomas (Représentante du Sous-comité du programme, du budget et de l'administration) a informé qu'après avoir examiné une version préliminaire non audité du Rapport financier, le Sous-comité avait demandé qu'une analyse des risques associés à l'évolution à la baisse des contributions volontaires soit incluse dans la version finale du rapport, ainsi qu'une évaluation du niveau de financement pour chaque catégorie du budget ordinaire, afin d'identifier les risques potentiels résultant des flux financiers. Le Bureau avait été également prié de fournir des informations sur les implications pour l'OPS du nouveau barème des contributions adopté par l'Assemblée générale de l'Organisation des États Américains en juin 2015 et d'inclure des informations sur la façon dont les recommandations du Commissaire aux comptes externe avaient été incorporées dans les pratiques de l'Organisation.

191. M. Xavier Puente Chaudé (Directeur du Département de la gestion des ressources financières du BSP) avait résumé l'information présentée dans le Rapport financier du Directeur, attirant l'attention en particulier sur les recettes perçues en 2015. Les recettes totales consolidées, y compris les contributions volontaires et les fonds perçus des achats au nom des États Membres, s'élevaient à un total de \$1460 millions, représentant une baisse de 15 % par rapport à 2014. La baisse était principalement le résultat d'une diminution des contributions volontaires nationales, qui à leur tour étaient le résultat de la dépréciation du taux de change. Mis à part les contributions volontaires, les recettes totales étaient restées relativement stables, se situant entre \$800 millions et \$900 millions par an sur les trois exercices biennaux antérieures. Le programme et budget de l'OPS – qui était composé des contributions fixées, des recettes diverses, de la contribution de l'OMS et des contributions volontaires – s'élevait à un total de \$226 millions, \$20 millions de plus qu'en 2014, quand il y avait eu un retard dans la réception du montant dû de l'OMS. Le revenu divers avait augmenté en 2014 et en 2015, grâce à une augmentation du taux d'intérêt.

192. Le recouvrement des contributions fixées en 2015 s'était élevé à \$99,5 millions, dont \$64,8 millions pour 2015 et \$34,7 millions pour des années antérieures. Trente États Membres s'étaient acquittés de l'intégralité de leurs contributions fixées pour 2015, quatre avaient effectué des versements partiels et huit n'avaient fait aucun versement. Le total recouvré en 2015 avait été inférieur de \$7 millions à celui de 2014. Par conséquent le total des arriérés était passé de \$38,1 millions à \$44,2 millions de décembre 2014 à décembre 2015.

193. Les contributions volontaires de l'OPS, à l'exclusion des contributions volontaires nationales, s'étaient élevées à \$61 millions en 2015, \$2 millions de moins qu'en 2014, poursuivant ainsi l'évolution à la baisse des quatre années précédentes. Toutefois, cette tendance semblait changer, du fait que le nombre de contributions avec des accords ouverts en fin d'exercice avait augmenté pour la première fois depuis 2009, passant de 163 en 2014 à 187 en 2015. Le revenu reporté de contributions volontaires ouvertes avait également augmenté. Le revenu de contributions volontaires nationales exécutées par l'OPS avait chuté de \$793 millions en 2014 à \$554 millions en 2015 en raison de la dépréciation du taux de change ; en monnaie locale toutefois, le montant était resté le même. Le projet *Mais Médicos* était resté la source la plus importante de recettes de contributions volontaires nationales. L'Organisation continuait à s'appuyer sur un groupe relativement restreint de pays pour les contributions volontaires, qui constituaient une source majeure de financement pour ses activités.

194. Les recettes des activités d'achat au nom des États Membres avaient baissé de \$668 millions en 2014 à \$638 millions en 2015 en raison d'une faible baisse de l'usage du Fonds renouvelable pour l'achat de vaccins. D'autre part, l'usage du Fonds renouvelable pour les fournitures stratégiques de santé publique avait augmenté en 2015.

195. L'Organisation avait terminé sa exercice biennal 2014-2015 avec un excédent budgétaire de \$0,7 million et un excédent de revenu de \$7,9 millions. L'usage de ces fonds serait discuté séparément (voir paragraphes 208 à 213).

*Rapport du Commissaire aux comptes externe pour 2016*

196. En introduisant le rapport du Commissaire aux comptes externe, Mme Karen Linda Ortiz Finnemore (Cour des comptes d'Espagne) a indiqué que dans son travail en cours en tant que Commissaire aux comptes externe, la Cour des comptes d'Espagne avait continué à se familiariser avec l'OPS et s'était efforcée d'adapter ses recommandations de façon à aider l'Organisation à réaliser ses objectifs en matière de transparence et de gestion financière saine. Une équipe composée de neuf auditeurs avait effectué deux visites au siège de l'OPS au cours de 2015 et 2016 et s'était rendue également dans les bureaux des représentants de l'OPS/OMS au Brésil, en Haïti et en République dominicaine. Les membres de l'équipe avaient également participé aux onzième et douzième sessions du Comité d'audit de l'OPS.

197. En résultat de ce travail, le Commissaire aux comptes externe avait préparé les documents comprenant le rapport du Commissaire aux comptes externe contenu dans le *document officiel 349*, ainsi que les rapports à la direction sur les trois visites de pays. Les conclusions les plus importantes du travail du Commissaire aux comptes se trouvaient dans l'opinion du Commissaire aux comptes et le rapport sous forme longue concernant l'audit des états financiers pour 2015. Le Commissaire aux comptes avait émis une opinion d'audit favorable, ou « sans réserve » sur les états financiers de l'Organisation pour 2015, ce qui signifiait que l'auditeur avait conclu que les états financiers étaient corrects et avaient été préparés conformément au cadre financier applicable, y compris les normes comptables internationales du secteur public et le Règlement financier et les Règles de gestion financière de l'OPS.

198. En faisant ressortir les chiffres de l'examen financier contenu dans le rapport sous forme longue, M. Alfredo Campos Lacoba (Cour des comptes d'Espagne), a noté que l'Organisation avait terminé l'année 2015 avec un déficit net de \$8,8 millions, alors qu'en 2014 elle avait affiché un excédent de \$23,7 millions. Les recettes totales s'étaient élevées à \$1460 millions, une réduction de 15,5 % par rapport à 2014. Les dépenses avaient également diminué, passant de \$1703,4 millions en 2014 à \$1468,8 millions en 2015. Ces baisses étaient le résultat d'une réduction dans les contributions volontaires et dans les décaissements du projet *Mais Médicos*. Les coûts du personnel et autres coûts liés au personnel avaient augmenté de 9,4 %. En termes généraux, l'OPS disposait de ressources suffisantes pour faire face à ses obligations financières, ses soldes et réserves ayant augmenté de 6,3 % par rapport à 2014. Elle avait également des ressources suffisantes pour couvrir le passif des prestations du personnel sur le court terme. Toutefois, sur le moyen et long terme, le financement de ce passif resterait un défi, et le Commissaire aux comptes encourageait l'Organisation à continuer d'appliquer des mesures pour satisfaire ces obligations.

199. Il a ensuite résumé les recommandations figurant dans le rapport, qui comprenaient diverses mesures destinées à consolider les contrôles internes et à renforcer la base de données du projet *Mais Médicos*, à renforcer le système d'information pour la gestion du BSP et à normaliser les procédures pour le transfert du savoir du personnel partant à la retraite et à améliorer les processus de recrutement. Le Commissaire aux comptes avait également recommandé d'améliorer le calendrier de l'exécution du programme et budget 2016-2017 pour éviter l'accumulation des dépenses à la fin de la période biennale. La majorité des recommandations antérieures avait été mise en œuvre, ce qui démontrait l'engagement du Bureau à améliorer ses systèmes et procédures.

200. Le Comité exécutif a accueilli favorablement l'opinion d'audit sans réserve. Les délégués ont noté avec préoccupation la baisse de 15,5 % des recettes et le déficit de \$8,8 millions en 2015, le nombre important de départs à la retraite de cadres supérieurs attendu dans les trois prochaines années et l'augmentation du passif des prestations du personnel. Ils ont reconnu que des facteurs échappant au contrôle du Bureau avaient contribué aux résultats budgétaires négatifs pour 2015, mais avaient néanmoins encouragé le BSP à prendre des mesures pour prioriser et étudier des moyens de gérer le déficit afin d'assurer un fonctionnement réaliste de l'Organisation. Ils lui ont également demandé de fournir des informations sur ce qui était fait pour transférer le savoir du personnel partant à la retraite, accélérer le recrutement de personnel nouveau et assurer que la vague de départs à la retraite et le passif des prestations en résultant ne créaient pas un fardeau financier pour l'Organisation.

201. Des préoccupations ont été également émises concernant la baisse des contributions volontaires et l'échec à mettre en œuvre certaines contributions en 2015, ce qui avait eu pour résultat le retour de ces fonds aux donateurs. Le Bureau était à nouveau invité à offrir une analyse des risques associés à l'évolution à la baisse des contributions volontaires et une évaluation du financement par catégorie. Le faible taux de recouvrement des contributions fixées était également préoccupant, et les États Membres étaient encouragés à s'acquitter de leurs obligations financières vis-à-vis de l'Organisation. Des clarifications ont été demandées sur le niveau autorisé du fonds de roulement.

202. En réponse à la dernière question, M. Puente Chaudé a répondu que le niveau autorisé du fonds de roulement était de \$25 millions. Le montant restant dans le fonds à la fin de 2015 avait été approximativement de \$20 millions. Le déficit en 2015 était principalement attribuable aux taux de change plus faible et à une réévaluation des actifs immobiliers en Amérique latine. Néanmoins, le résultat global pour la période 2014-2015 avait été positif.

203. La baisse des contributions volontaires était effectivement une préoccupation. Toutefois, en fonction de la tendance de ces contributions jusqu'ici en 2016, il estimait qu'il y avait des raisons d'être optimiste. L'augmentation des revenus reportés, en particulier, devrait permettre à l'Organisation de soutenir le même niveau d'activité et d'atteindre éventuellement un niveau supérieur à celui des activités financées par les contributions volontaires au cours de la présente période biennale.

204. Répondant aux commentaires concernant le passif des prestations du personnel, M. Gerald Anderson (Directeur de l'administration du BSP) a expliqué que les pensions des personnes à la retraite étaient financées par la Caisse commune des pensions du personnel des Nations Unies, un fonds mondial couvrant toutes les agences participantes des Nations Unies, dont l'OPS et l'OMS. Ces pensions étaient entièrement financées au moment où le membre du personnel prenait sa retraite et, par conséquent, les pensions du personnel qui devrait prendre sa retraite dans les prochaines années, n'auraient pas d'impact sur la capacité financière du Bureau à exécuter son programme et budget. Il a également noté que le Bureau avait augmenté le nombre de ressources humaines chargées du recrutement afin d'accélérer le processus d'attribution des postes.

205. La Directrice a expliqué qu'une portion importante de l'allocation de la Région de l'OMS n'avait été reçue qu'au second semestre de 2015, ce qui avait posé beaucoup de difficultés pour prévoir les dépenses. Même si les plans et les priorités étaient en place, il n'était pas possible de procéder à l'exécution si les fonds n'étaient pas disponibles. En ce qui concernait les contributions volontaires, un mécanisme de contrôle avait été institué au niveau de la gestion exécutive dans le but d'assurer que les fonds étaient dépensés d'une manière ponctuelle afin d'éviter d'avoir à retourner les fonds aux donateurs.

206. Elle a remercié le Commissaire aux comptes et a assuré le Comité que le Bureau prendrait toutes les recommandations de l'audit au sérieux. Il menait des examens tous les six mois pour vérifier le suivi sur les recommandations. Ces examens représentaient un investissement de temps considérable, mais le Bureau les considérait comme faisant partie de sa responsabilité d'être redevable des ressources confiées à l'Organisation. Elle a également noté que des informations supplémentaires sur les plans assurant le transfert des connaissances des retraités seraient données lorsque le Comité discuterait des questions de personnel (voir paragraphes 231 à 240).

207. Le Comité exécutif a pris note du rapport.

***Programmation de l'excédent budgétaire (document CE158/24)***

208. Le Dr Rhonda Sealey-Thomas (Représentante du Sous-comité du programme, du budget et de l'administration) a informé que le Sous-comité avait considéré une proposition par le Bureau d'utiliser \$0,7 million de fonds non dépensés du budget ordinaire du programme et budget 2014-2015. Il avait été proposé, conformément au Règlement financier 4.6, que l'intégralité de l'excédent soit allouée au fonds de roulement, et le Sous-comité avait approuvé cette proposition.

209. Le Comité a adopté la décision CD158(D3), approuvant la proposition pour la programmation de l'excédent budgétaire contenue dans le document CE158/24.

***Programmation de l'excédent de revenus (document CE158/25)***

210. Le Dr Rhonda Sealey-Thomas (Représentante du Sous-comité du programme, du budget et de l'administration) a indiqué que le Sous-comité avait été informé en mars d'un excédent de revenus prévu de près de \$7,8 millions pour l'exercice biennal 2014-2015. Il avait également été informé que la Directrice préparerait une proposition pour l'usage de l'excédent, que le Sous-comité serait invité à examiner à sa 11<sup>e</sup> session en mars 2017. La Directrice a expliqué qu'il était courant et avantageux de retarder une décision sur l'usage des excédents de revenus, dans ce cas jusqu'au début de 2017, parce que cela permettait au Bureau d'entreprendre une meilleure analyse des déficits de financement et de faire par conséquent des recommandations plus ciblées au Sous-comité.

211. Lors de la discussion qui a suivi, le Bureau a été prié d'indiquer s'il avait envisagé d'utiliser une portion de l'excédent pour financer le passif de l'assurance maladie après cessation de service (voir paragraphes 214 à 217) ou certains grands projets d'investissement en suspens (voir paragraphes 218 à 222).

212. M. Gerald Anderson (Directeur de l'administration du BSP) a expliqué que du fait que l'OPS avait un programme et budget biennal, il valait mieux réserver son jugement sur ce que pourrait être le meilleur usage de l'excédent jusqu'à la seconde année de la période biennale. Il a également noté que le Bureau avait produit un certain nombre de documents décrivant les passifs qui devraient être financés dans les années à venir, dont l'assurance maladie après cessation de service. De plus, le Bureau était actuellement en train de développer une proposition qu'il espérait présenter en 2017 sur le passif du Plan directeur d'investissement.

213. Le Comité a pris note du rapport.

***Assurance maladie après cessation de service (document CE158/26)***

214. Le Dr Rhonda Sealey-Thomas (Représentante du Sous-comité du programme, du budget et de l'administration) a indiqué que le Sous-comité avait écouté un rapport sur les mesures à prendre pour assurer un financement suffisant de l'assurance maladie après cessation de service (ASHI, selon le sigle anglais) pour le personnel à la retraite de l'OPS et les membres de leur famille. Il avait été informé que le passif des avantages du personnel défini à la date du 31 décembre 2015 s'était élevé à \$300,2 millions, avec un supplément sur la masse salariale fournissant environ \$3,2 millions par an pour ce passif. Le passif net non financé au 31 décembre 2015, avait été de \$212,6 millions. Pour financer ce passif, le Bureau et le Secrétariat de l'OMS avaient établi une stratégie conjointe, décrite dans le document CE158/26. Le Sous-comité a reconnu les efforts du Bureau pour assurer qu'il serait en mesure de couvrir ses obligations vis-à-vis du personnel en matière de prestations, et a exprimé son soutien à la proposition de fusionner les services actuariels de l'OPS et de l'OMS.

215. Lors de la discussion du Comité exécutif sur ce point, un soutien a été exprimé à la consolidation des avoirs que l'OPS et l'OMS avaient réservés pour le passif de l'ASHI comme moyen de réaliser des efficacités dans la gestion des actifs. Une clarification a été demandée sur un commentaire dans le rapport du Commissaire aux comptes externe (voir paragraphes 190 to 207), qui indiquait que les postes financés par AMRO et les postes financés par l'OPS n'existeraient plus.

216. M. Gerald Anderson (Directeur de l'administration du BSP) a dit qu'en réponse aux recommandations du Commissaire aux comptes externe sur l'ASHI, il représentait l'OPS au Comité global de contrôle pour l'assurance maladie du personnel. Ce Comité se réunissait deux fois par an, et au cours de 2016 l'un de ses thèmes majeurs avait été la fusion des actifs de l'OPS et des actifs de l'OMS afin d'optimiser l'efficacité et le retour sur investissement pour permettre aux deux Organisations de respecter leurs obligations respectives aussi efficacement que possible. À la prochaine réunion en novembre, il était prévu d'approuver les résolutions formelles qui mettraient en œuvre ces modalités, et également d'aborder la question globale de la représentation à long terme de l'OPS auprès de cette entité. Concernant la question des postes financés par AMRO et de ceux financés par l'OPS, il a expliqué que dans le passé, il y avait eu des procédures comptables séparées pour environ 30 % du personnel dont les postes étaient financés par des ressources allouées à la Région des Amériques (AMRO) par l'OMS. Cette situation s'était traduite en dernier ressort par un déficit cumulé dans le fonds d'indemnité de résiliation d'engagement et de rapatriement. Au titre de l'adoption du budget intégré, les procédures avaient été modifiées ; maintenant, aucun membre du personnel de l'OPS n'était formellement considéré être membre de l'OMS, et le déficit avait été épongé.

217. Le Comité a pris note du rapport.

***Rapport sur le Fonds directeur d'investissement (document CE158/27)***

218. Le Dr Rhonda Sealey-Thomas (Représentante du Sous-comité du programme, du budget et de l'administration) a indiqué que le Sous-comité avait été informé que le Bureau effectuait une étude du marché de l'immobilier de Washington, D.C., conformément à une demande du Comité exécutif en 2015. L'étude devait mener à un plan d'autofinancement pour financer les \$50 millions requis pour mener à bien les réparations au siège de l'OPS. Le plan en résultant serait présenté au Sous-comité en 2017.

219. Lors de la discussion du Sous-comité sur le rapport, une clarification de plusieurs points avait été demandée, y compris la rénovation des quatre ascenseurs du siège. Ils avaient noté que certains des montants cités au titre du sous-fonds de remplacement des véhicules ne semblait pas suffisant pour couvrir l'achat de véhicules de remplacement de qualité adéquate du point de vue de la sécurité. En réponse à ces commentaires, il a été expliqué que la rénovation des ascenseurs au siège avait été considérée comme une réparation urgente et avait été entreprise sur la base d'un appel d'offres à la concurrence. En ce qui concernait les véhicules, certains des chiffres donnés étaient des montants nets

additionnels aux montants de la vente des véhicules existants, et ne représentaient donc pas le coût total de nouveaux véhicules.

220. Lors de la discussion du Comité exécutif qui a suivi, d'autres informations ont été demandées sur la portée de l'étude de l'immobilier, en particulier sur la façon dont cette étude contribuerait au financement des réparations nécessaires aux bâtiments de l'Organisation.

221. M. Gerald Anderson (Directeur de l'administration du BSP) a rappelé que le rapport sur le Plan directeur d'investissement soumis aux Organes directeurs en 2015<sup>6</sup> avait détaillé toutes les composantes des \$50 millions estimés requis pour régler la maintenance à long terme et les besoins de réparations pour le bâtiment du siège. L'objectif de l'étude de marché était de développer un plan pour générer ces \$50 millions, en fonction des flux financiers associés à l'usage de l'immobilier par l'OPS. Les biens immobiliers appartenant à l'OPS comprenaient non seulement le bâtiment du siège, mais aussi un terrain proche sur lequel une compagnie privée avait construit un bâtiment. L'OPS payait un loyer pour une partie de ce bâtiment, ainsi que pour l'espace dans le bâtiment abritant le Secrétariat général de l'Organisation des États Américains. Le BSP avait engagé une firme de consultants immobiliers pour l'aider à analyser la propriété foncière ou louée et l'échelle des besoins d'espace de bureaux de l'Organisation et pour conseiller l'Organisation sur un plan qui lui permettrait sur une période de temps de générer les \$50 millions requis pour mener à bien les réparations nécessaires. La firme avait fourni un certain nombre de rapports et d'options que le Bureau envisageait, et on espérait qu'il serait possible à la fin de l'année de fournir des informations sur les options les plus appropriées.

222. Le Comité exécutif a pris note du rapport.

***Rapport du Bureau de contrôle interne et services d'évaluation (document CE158/28)***

223. M. David O'Reagan (Auditeur général auprès du Bureau de contrôle interne et services d'évaluation du BSP) a expliqué que le Bureau de contrôle interne et services d'évaluation (IES) était un bureau indépendant, offrant des conseils au Directeur et au Bureau sur la gestion des risques et les contrôles internes. Ses deux activités principales étaient l'audit interne et les conseils sur les activités d'évaluation. Présentant le rapport d'IES, il a expliqué que ses paragraphes 1 à 13 mettaient en avant l'indépendance de l'Office, qui était maintenue en évitant les activités gestionnaires et décisionnelles. Cette section soulignait également la coopération entre IES et d'autres organes de contrôle, en particulier le Commissaire aux comptes externe. Les paragraphes 14 à 25 récapitulaient les conclusions des activités d'audit interne. Dans ses paragraphes 26 à 32, le rapport couvrait les services consultatifs et le statut de la mise en œuvre des recommandations d'audit interne, alors que les paragraphes 33 à 38 définissaient l'opinion globale d'IES sur l'environnement de contrôle interne de l'Organisation, en fonction de son propre travail et des conclusions des autres organes de contrôle.

---

<sup>6</sup> Voir document CE156/24, Rev. 1.



224. Lors de la discussion qui a suivi, il a été noté que le rôle consultatif indépendant du Bureau ajoutait de la valeur et pouvait améliorer les opérations de l'OPS, et on a encouragé la Directrice à assurer la mise en œuvre des recommandations d'IES, en particulier celles émanant des audits sur le traitement interne des demandes de remboursement de frais médicaux et sur les dépenses téléphoniques qui pourraient conduire à des épargnes de coûts et à la réduction des risques associés. Le développement des activités de gestion du risque d'entreprise qui commençaient à informer le processus de planification de l'audit interne d'IES était considéré encourageant. IES a été félicité pour avoir entrepris un examen interne de la conformité aux normes d'audit internationales et pour aborder rapidement tous les domaines susceptibles d'amélioration.

225. M. O'Reagan a dit qu'il s'agissait d'une procédure rigoureuse pour assurer la mise en œuvre des recommandations du Bureau, dans le cadre de laquelle la gestion exécutive se réunissait une ou deux fois par an pour discuter du statut de toutes les recommandations en suspens.

226. La Directrice a remercié M. O'Reagan pour son travail rigoureux consistant à aider le Bureau à améliorer ses contrôles et assurer qu'il comprenait les recommandations. Il était avantageux pour l'Organisation que la gestion puisse interagir étroitement avec IES, en discutant ses recommandations et leur mise en œuvre. Notant le soin d'IES à ne pas intervenir dans des décisions qui pourraient saper son indépendance, elle a ajouté que la gestion non seulement consultait l'Auditeur général sur les audits d'IES mais aussi lui demandait de suivre certaines activités importantes de l'Organisation, telles que la mise en œuvre du PMIS, et d'offrir des recommandations dans les domaines dont lui et son personnel estimaient que les contrôles pouvaient être améliorés. Là aussi, IES ajoutait de la valeur au travail de l'Organisation.

227. Le Comité exécutif a pris note du rapport.

***Mise à jour concernant la nomination du Commissaire aux comptes de l'OPS pour 2018-2019 et 2020-2021 (document CE158/29)***

228. Le Dr Rhonda Sealey-Thomas (Représentante du Sous-comité du programme, du budget et de l'administration) a indiqué que le Sous-comité avait reçu une mise à jour sur le processus de nomination d'un nouveau Commissaire aux comptes pour remplacer la Cour d'audit d'Espagne, dont le mandat de Commissaire aux comptes venait à expiration en 2018. Il serait par conséquent nécessaire que la 29<sup>e</sup> Conférence sanitaire panaméricaine de septembre 2017 nomme un nouveau Commissaire aux comptes pour les deux prochains exercices biennaux, couvrant la période 2018-2021. En août, le Bureau enverrait une note verbale aux États Membres, États participants et Membres associés demandant des candidatures pour la position. La date limite pour la soumission de ces candidatures serait le 31 janvier 2017. Les conditions requises pour les candidats étaient stipulées dans l'annexe au document CE158/29.

229. M. Xavier Puente Chaudé (Directeur du Département de la gestion des ressources financières du BSP) a prié instamment les États Membres de présenter leurs meilleurs candidats pour la position. La Directrice a approuvé cet appel, notant qu'il était très important pour l'Organisation d'avoir le meilleur Commissaire aux comptes possible.

230. Le Comité a pris note du rapport.

### **Questions relatives au personnel**

#### *Statistiques des effectifs du Bureau sanitaire panaméricain (document CE158/30)*

231. Le Dr Rhonda Sealey-Thomas (Représentante du Sous-comité du programme, du budget et de l'administration) a indiqué que le Sous-comité avait examiné un rapport soulignant les tendances des statistiques des effectifs du Bureau. Le Sous-comité avait noté que le Bureau continuait à maintenir la presque parité hommes-femmes dans les catégories professionnelles. Alors qu'il appréciait ce fait, il avait également noté qu'il n'y avait pas de parité hommes-femmes à tous les niveaux, du fait que les femmes occupaient la majorité des postes de P1 à P3 et que les hommes occupaient la majorité des postes de niveau supérieur. Également, les femmes étaient surreprésentées dans des postes temporaires. Alors que l'importance de sélectionner des candidats en fonction du mérite et de la compétence avait été reconnue, le Bureau était encouragé à développer des stratégies de planification des effectifs qui contribueraient à une plus grande égalité des sexes. Des préoccupations avaient également exprimées concernant les impacts de la prochaine vague de départs à la retraite sur la performance de l'Organisation.

232. Le Comité exécutif était également préoccupé en raison de la parité hommes-femmes incomplète et a exhorté le Bureau à favoriser des politiques d'égalité des sexes dans la nomination des effectifs afin d'assurer que la parité des sexes était réalisée à tous les niveaux professionnels. Il a remarqué que le manque de parité hommes-femmes était un phénomène qui allait au-delà des processus de recrutement ; l'inégalité hommes-femmes était déterminée par une série de facteurs sociologiques liés aux inégalités structurelles dans les pays. Il a été toutefois souligné que ces inégalités ne devaient pas être reflétées dans l'Organisation.

233. Des préoccupations ont été exprimées au sujet de la prochaine vague de départs à la retraite et on a demandé au Bureau de fournir un rapport détaillé sur son impact budgétaire et opérationnel sur la performance de l'Organisation. Il a été suggéré que le rapport comporte également des informations sur les stratégies que le Bureau devrait mettre en œuvre pour essayer de rectifier les lacunes en matière d'égalité des sexes. Plusieurs délégués ont noté le nombre de retraités engagés sous des contrats temporaires ou des contrats de consultant. On a reconnu que les retraités pouvaient grandement contribuer au transfert du savoir et à la continuité des programmes, et la prolongation des contrats au-delà de l'âge de la retraite était considérée acceptable quand elle était dans le meilleur intérêt de l'Organisation. Dans le même temps, il a été remarqué que les effectifs nouveaux offraient différentes perspectives et expériences qui étaient précieuses pour une

organisation. Il a été suggéré que dans des discussions futures sur les statistiques des effectifs, le Bureau devrait fournir un bref résumé global expliquant les raisons de la réintégration de personnes retraitées. Le Bureau a également été invité à expliquer pourquoi le Rapport financier du Directeur pour 2015 (voir paragraphes 190 à 207) indiquait une augmentation de 9,4 % des coûts du personnel alors que le nombre d'effectifs avait diminué.

234. M. Paul de la Croix (Directeur intérimaire du Département de la gestion des ressources humaines du BSP) a répondu que son département avait examiné avec beaucoup d'attention toutes les demandes de réintégration d'un ancien membre du personnel. Il y avait un processus bien établi pour ces réintégrations, et chacune d'entre elles devait être pleinement justifiée. Prenant note de la demande d'information supplémentaire, il a déclaré qu'à l'avenir, chaque fois que son département recevait une demande d'une entité pour réintégrer une personne retraitée, il fournirait des statistiques supplémentaires à la Directrice pour qu'elle soit informée en tout temps du nombre de retraités travaillant pour l'Organisation et qu'elle tienne compte de cette information dans sa considération de la nouvelle demande.

235. La considération de la parité hommes-femmes était une composante de la procédure de recrutement des effectifs, que son département suivait avec attention. La question était incluse dans la recommandation de recrutement soumise à la Directrice. Il a ajouté que 2015 avait été la première fois qu'il y avait eu pleine parité hommes-femmes au niveau des représentants de l'OPS/OMS : 13 représentants de chaque sexe. On continuerait de s'efforcer de réaliser le même niveau de parité dans toute l'Organisation. La parité hommes-femmes était un aspect important de la stratégie des ressources humaines du Bureau.

236. M. Gerald Anderson (Directeur de l'administration du BSP) a dit que l'augmentation de 9,4 % des coûts du personnel était un phénomène comptable passager découlant de la décision du BSP de financer un déficit à long terme dans le Fonds d'indemnité de résiliation d'engagement et de rapatriement (voir « Assurance maladie après cessation de service, » paragraphes 214 à 217). En ce qui concernait les implications budgétaires de la vague de départs à la retraite, comme il avait été expliqué lors de la discussion du Rapport financier du Directeur (voir paragraphes 190 à 207), les frais liés au départ à la retraite des effectifs étaient déjà couverts au moyen des contributions à la Caisse commune des pensions du personnel des Nations Unies, le Fonds d'indemnité de résiliation d'engagement et de rapatriement et le Fonds d'assurance maladie après cessation d'emploi. Le départ à la retraite du personnel n'avait donc pas d'impact budgétaire sur le travail de l'Organisation.

237. La réintégration de retraités pour de courtes périodes pour couvrir les déficits d'effectifs n'aurait pas non plus d'impact budgétaire, étant donné qu'il y avait déjà un programme et budget établi pour le projet ou programme en question, qui couvrait le coût du personnel requis pour son exécution. Il a affirmé qu'un système était en place pour aborder les divers impacts des prochains départs à la retraite et a indiqué que le Bureau

fournirait d'autres informations dans les futurs rapports de sorte que les États Membres puissent avoir une meilleure compréhension de la façon dont le BSP traitait ces impacts prévus. En ce qui concernait la parité hommes-femmes, il a noté qu'il ressortait de conversations sur le sujet à l'OMS que le succès de la Région à cet égard était étroitement lié à la disponibilité de candidats qualifiés sur le marché. La Région des Amériques et également la Région de l'Europe étaient relativement mieux fournies en professionnels qualifiés que ne l'étaient les autres régions de l'OMS. Toutefois, il fallait noter que si l'Organisation essayait de recruter dans un domaine où les femmes se faisaient rares, elle devait souvent faire concurrence au secteur privé, qui était en mesure d'offrir des prestations plus attrayantes.

238. La Directrice a assuré les États Membres que la gestion exécutive était très consciente du besoin de parité hommes-femmes et de la dominance masculine aux niveaux les plus élevés. Le Bureau disposait d'un processus pour sélectionner les meilleurs candidats, mais bien souvent, même quand il aurait préféré engager une femme, il y avait simplement de trop nombreux candidats masculins relativement mieux qualifiés. Les États Membres pouvaient aider à cet égard, en recherchant des candidates qualifiées dans leurs populations et en les mettant en avant en réponse aux annonces de postes vacants de l'OPS.

239. Les États Membres pouvaient également aider à réduire le besoin de retenir ou de réintégrer des retraités. Les représentants de l'OPS/OMS formaient une large part des effectifs dont les contrats étaient prorogés au-delà de l'âge de la retraite. Souvent, les États Membres étaient réticents à accepter le candidat mis en avant par le Bureau comme nouveau représentant et demandaient de disposer d'un choix entre trois candidats comme par le passé, mais il y avait désormais une nouvelle procédure de sélection, établie par les États Membres de l'OMS. Une fois admis sur la liste, tout candidat qualifié de n'importe quelle partie du monde avait le droit de postuler pour une position. Le BSP sélectionnait alors parmi tous les candidats qualifiés et présentait le nom du candidat sélectionné au ministère de la Santé. Si le ministère n'était pas d'accord sur le choix, le processus de consultation et d'explication en découlant pouvait se poursuivre pendant un an. Dans le même temps, le représentant en place pouvait atteindre l'âge de la retraite, et il n'y avait donc pas d'autre choix que de proroger son contrat ou de réintégrer un membre du personnel à la retraite qui avait l'expérience requise. Les États Membres pouvaient aider en acceptant le processus de sélection qu'ils ont approuvé à Genève et en encourageant des personnes appropriées de leur pays à postuler pour se joindre à la liste des candidats. Le Bureau continuerait à être vigilant et demanderait toujours une justification stricte des raisons pour lesquelles le contrat du membre du personnel devait être prorogé ou une personne à la retraite réintégrée.

240. Le Comité a pris note du rapport.

***Amendements au Statut et au Règlement du personnel du BSP (document CE158/31)***

241. Le Dr Rhonda Sealey-Thomas (Représentante du Sous-comité du programme, du budget et de l'administration) a informé que le Sous-comité avait considéré plusieurs

amendements au Statut du personnel lors de sa 10<sup>e</sup> session. Il avait été informé que les amendements avaient pour but de maintenir la cohérence dans les conditions d'emploi des effectifs du Bureau et le Secrétariat de l'OMS, à la lumière de l'expérience et dans l'intérêt d'une bonne gestion des ressources humaines. Le Sous-comité avait également été informé que la majorité des amendements était de nature rédactionnelle et avaient pour but d'accroître la clarté et la cohérence. Une nouvelle règle avait été introduite afin de donner une définition explicite de l'obligation des membres du personnel de protéger les intérêts financiers de l'Organisation.

242. Le Sous-comité avait approuvé les amendements proposés au Statut et au Règlement du personnel et avait par conséquent recommandé que le Comité exécutif adopte la résolution proposée contenue dans l'annexe C au document CE158/31.

243. Le Comité exécutif a adopté la résolution CE158.R10, confirmant les amendements proposés au Statut du personnel et fixant les rémunérations annuelles du Directeur, du Directeur adjoint et du Sous-directeur 2016.

***Déclaration du représentant de l'Association du personnel de l'OPS/OMS (document CE158/32)***

244. Mme Carolina Báscones (Présidente de l'Association du personnel de l'OPS/OMS) a dit que le personnel de l'Organisation était reconnaissant au Comité exécutif de l'attention qu'il accordait aux questions ayant trait à leurs conditions de travail. Elle a réaffirmé l'engagement du personnel aux mandats du BSP et a exprimé son appréciation à la Directrice pour sa disponibilité à discuter des problèmes ouvertement avec les représentants du personnel. Cette ouverture témoignait non seulement de leur intérêt à comprendre la situation à laquelle le personnel faisait face dans certaines circonstances, mais aussi d'un désir sincère de résoudre les problèmes.

245. Le document CE158/32 décrivait les questions préoccupant en priorité l'Association du personnel. Une de ces questions était la réintégration de personnel retraité. À cet égard, elle souhaitait attirer l'attention du Comité sur le fait que les retraités étaient parfois engagés au moyen de contrats de service, qui n'étaient pas gérés par le Département de la gestion des ressources humaines et qui par conséquent n'entraient pas dans les statistiques des effectifs du Département.

246. Un autre sujet de préoccupation était le démarrage du PMIS, qui avait représenté une charge de travail supplémentaire énorme pour le personnel, une grande part de ce temps non planifié impliquant un travail sur une base volontaire sans compensation. Tout le personnel méritait une reconnaissance spéciale pour ses efforts pour faire fonctionner le PMIS. L'administration de la justice demeurait préoccupante, tout comme le système de résolution des conflits. L'Association du personnel avait précisé sa position sur la question de nombreuses fois dans le passé, et elle appuyait pleinement la recommandation du Comité d'audit selon laquelle le système devait être examiné et changé (voir paragraphes 43 à 58). Le personnel estimait qu'il y avait un besoin urgent d'un système solide et précis

de traitement des cas pour assurer que les résultats des enquêtes étaient disponibles dans un délai raisonnable, et éviter ainsi l'incertitude et la spéculation alors qu'une enquête était en cours et permettre de trouver une conclusion rapide. L'Association du personnel était satisfaite du fait que la Directrice avait indiqué sa volonté de revoir le système et aiderait et coopérerait comme toujours avec enthousiasme et engagement, de sorte que la gestion et le personnel puissent apporter ensemble une amélioration importante.

247. En ce qui concernait la parité hommes-femmes (voir paragraphes 231 à 240), elle a remarqué que cette question avait trait non seulement à la sélection du personnel, mais aussi à leur développement de carrière ultérieur, car il fallait généralement beaucoup plus de temps aux femmes pour obtenir une promotion qu'il ne le fallait pour les hommes.

248. Lors de la discussion qui a suivi, une déléguée a affirmé que le travail de l'Organisation dépendait fortement de son personnel. Pour l'OPS, comme pour d'autres organisations, les ressources humaines constituaient l'un des atouts les plus précieux. À son avis, le personnel avait beaucoup à apporter au sujet de la prise en compte de la question de la parité. Il était remarquable que dans le monde, il y avait plus de femmes que d'hommes avec une éducation universitaire, mais il y avait encore plus d'hommes que de femmes aux positions clés. Un facteur majeur était que souvent les femmes avaient tellement d'autres rôles ; en plus de leurs rôles professionnels, elles étaient souvent chefs de famille et mères, par exemple. Un autre facteur était que parfois les femmes avaient tendance à douter d'elles-mêmes et se demandaient si elles étaient qualifiées pour une position, alors que les hommes étaient confiants du fait qu'ils pouvaient satisfaire les conditions, même s'ils étaient moins qualifiés.

249. Mme Báscones a dit que le personnel continuerait à aider le Bureau dans ses efforts pour améliorer l'égalité hommes-femmes. Spécifiquement, dans les futurs rapports du Bureau d'éthique, l'Association souhaiterait voir des données désagrégées par sexe, étant donné qu'un cas de harcèlement par exemple, ou de représailles soumis par une femme n'était pas le même que celui soumis par un homme.

250. La Directrice a reconnu la valeur du personnel pour l'Organisation. En particulier, elle appréciait la disponibilité de l'Association du personnel à coopérer avec elle dans un esprit ouvert. Elles devraient toujours parler librement ensemble, et si des désaccords survenaient, ils devaient être traités respectueusement et sans rancœur. Elle convenait pleinement que l'ensemble du personnel méritait d'être apprécié pour leurs contributions remarquables au démarrage du PMIS.

251. Le Comité a pris note du rapport.

**Questions pour information*****Programme et budget de l'OPS 2016-2017 : mécanismes pour le rapport intérimaire à l'intention des États Membres (document CE158/INF/1)***

252. Le Dr Rhonda Sealey-Thomas (Représentante du Sous-comité du programme, du budget et de l'administration) a informé que le Sous-comité avait examiné un rapport qui présentait des options pour le rapport intérimaire à l'intention des États Membres sur l'exécution du programme et budget de l'Organisation. Il avait été proposé que les suivis et évaluations de la performance (PMA, selon le sigle anglais) menés par le Bureau tous les six mois puissent servir de mécanisme de rapport. Un mécanisme additionnel qui pourrait compléter l'information du PMS, et éventuellement la remplacer, serait un nouveau portail web de l'OPS qui tiendrait les États Membres continuellement au courant de la performance financière et programmatique. Le portail devait être opérationnel en 2017.

253. Le Sous-comité a bien accueilli la proposition de création du portail, le considérant comme un outil important pour la transparence et pour fournir une information ponctuelle et précise aux États Membres. Des préoccupations ont été soulevées toutefois sur le calendrier pour le développement de mécanismes de rapport intérimaire. Il a été noté que du fait que 2017 serait la fin de la période biennale, les données fournies à ce stade ne pouvaient pas vraiment être considérées comme une information intérimaire à moyen terme. De plus, si l'information n'était pas fournie jusqu'à la fin de la période biennale actuelle, il y aurait peu d'opportunité pour faire des ajustements avant le début de la période biennale 2018-2019, la dernière période biennale couverte par le Plan stratégique actuel. Plusieurs délégués avaient suggéré que le Sous-comité propose que le Comité exécutif établisse un groupe consultatif d'États Membres pour travailler avec le Bureau à la définition du type de rapports requis.

254. M. Daniel Walter (Directeur du Département de la planification et du budget du BSP) a expliqué que les PMA, qui étaient effectués au niveau de l'ensemble de l'Organisation tous les six mois, évaluaient les risques programmatiques et financiers, ce qui permettaient au Bureau de faire les ajustements nécessaires à moyen terme. De plus, le rapport financier annuel du Directeur incluait l'information sur les dépenses réelles par rapport aux dépenses budgétisées, les sources de financement et d'autres données qui venaient en complément des résultats des PMA. L'information pourrait être accessible en ligne ou par le biais des représentants de l'OPS/OMS lors du premier trimestre de la seconde année de chaque période biennale, à partir de 2017. Le Bureau estimait que ces deux sources d'information, avec le nouveau portail, satisferaient les conditions établies dans la résolution CD54.R16 (2015), y compris la fourniture d'information sur les risques financiers et programmatiques et sur les mesures prises pour les atténuer.

255. Lors de la discussion qui a suivi, la création du portail a été bien accueillie et les efforts du Bureau pour promouvoir la transparence et la responsabilité ont été applaudis. Il a été souligné que le portail devait être facile à utiliser et accessible à tous les États Membres. Il a été à nouveau observé qu'il serait difficile de faire des corrections en cours

de route si le rapport de suivi n'était pas disponible avant 2017, et la proposition de l'établissement d'un groupe consultatif d'États Membres a été réitérée.

256. M. Walter a dit que l'information serait disponible au cours du premier trimestre de 2017, et serait par conséquent un rapport à mi-parcours sur la période biennale en cours. Les informations que les États Membres avaient demandées dans la résolution CD54.R16 était régulièrement rassemblées par le Bureau à travers les PMA et, dans le court terme, le Bureau proposait d'utiliser ces évaluations pour tenir les États Membres au courant durant la période biennale du statut de l'exécution du programme et budget, incluant les risques financiers et programmatiques et tout ajustement à moyen terme les concernant. Sur le plus long terme, l'information du portail web fournirait les renseignements requis dans la résolution et permettrait aux États Membres d'être informés sur le statut de l'exécution du programme et budget non seulement à la moitié de la période biennale, mais continuellement tout au long de la période.

257. Le Comité a pris note du rapport.

***Processus d'élaboration du budget programme de l'OMS 2018-2019 (document CE158/INF/2)***

258. M. Daniel Walter (Directeur du Département de la planification et du budget du BSP) a dit qu'un premier projet du budget programme de l'OMS 2018-2019 serait présenté au 55<sup>e</sup> Conseil Directeur et à tous les autres comités régionaux de l'OMS pour commentaires et révisions proposés à la version à soumettre au Conseil exécutif de l'OMS en janvier 2017 et ensuite à l'Assemblée mondiale de la Santé pour adoption en mai de la même année. Le budget programme 2018-2019 serait le troisième et dernier budget programme dans le cadre du douzième programme général de travail de l'OMS pour la période 2014-2019. Il servirait également de pont pour le travail à entreprendre au titre du programme pour le développement durable à l'horizon 2030, car il aborderait les cibles liées à la santé dans le cadre des objectifs de développement durable.

259. La réforme du travail de l'OMS dans la gestion des urgences sanitaires approuvée par la soixante-neuvième Assemblée mondiale de la Santé en mai 2016<sup>7</sup> serait également incorporée dans le projet de budget programme. Mis à part un montant supplémentaire pour la mise en œuvre du nouveau programme des urgences sanitaires, le budget global de \$4 milliards ne devrait pas beaucoup changer. La structure programmatique du budget programme devait également rester essentiellement la même, même si la résistance antimicrobienne pouvait devenir un domaine programmatique distinct. Comme dans la période biennale 2016-2017, une approche ascendante serait appliquée à l'élaboration du budget programme, en commençant par les priorités des pays.

260. La part de la Région dans le budget programme de l'OMS augmenterait en 2018-2019 en résultat de l'adoption de la nouvelle formule d'allocation stratégique de

---

<sup>7</sup> Décision WHA69(9).



l'espace budgétaire. Le travail sur l'élaboration du programme et budget de l'OPS commencerait au début août 2016. La première étape de ce processus serait les consultations et l'établissement des priorités au niveau national. L'échéance de l'élaboration du budget de l'OPS serait donc alignée plus étroitement sur celle de l'OMS. Une première version du programme et budget pour 2018-2019 serait prête pour discussion par le Sous-comité du programme, du budget et de l'administration en mars 2017.

261. Les membres du Comité exécutif ont accueilli favorablement la coordination et l'alignement plus étroit entre l'OPS et l'OMS dans le processus d'élaboration du budget programme et ont exprimé leur soutien aux principes et aux concepts sous-tendant ce processus. Les membres étaient également satisfaits de voir que le budget programme 2018-2019 tiendrait compte des objectifs de développement durable et ont bien accueilli l'établissement des priorités prévu au niveau national. Ils espéraient que le processus d'établissement des priorités serait mené à bien à l'aide d'une méthodologie normalisée. D'autres informations ont été demandées sur l'augmentation prévue de la part de la Région du budget de l'OMS et sur le plaidoyer qui pourrait être requis des États Membres à cet égard.

262. M. Walter a confirmé que l'OPS appliquerait une méthodologie normalisée pour l'établissement des priorités, à savoir la méthodologie Hanlon améliorée adaptée à l'OPS (voir paragraphes 84 à 93). En ce qui concernait l'allocation à la Région du budget de l'OMS, il a noté que c'était sa part de « l'espace budgétaire » qui avait augmenté, ce qui signifiait qu'elle avait droit à une portion plus large du budget. Dans le passé toutefois, la Région n'avait pas reçu l'intégralité de son allocation. Les États Membres pouvaient aider en plaidant pour assurer que la part des Amériques du budget de l'OMS soit entièrement financée.

263. Le Comité a pris note du rapport.

***Mise à jour sur la réforme de l'OMS (document CE158/INF/3)***

264. Le Dr Rhonda Sealey-Thomas (Représentante du Sous-comité du programme, du budget et de l'administration) a indiqué que le Sous-comité avait examiné un rapport antérieur sur la réforme de l'OMS, notant que le Sous-comité avait encouragé le Bureau à continuer à mettre en œuvre les domaines applicables de la réforme de l'OMS. L'engagement de l'OMS à adhérer à l'Initiative internationale pour la transparence de l'aide a été applaudie et l'OPS a également été exhortée à adhérer à l'Initiative, soit dans le cadre de l'OMS soit séparément. La réforme de la gouvernance aux trois niveaux de l'OMS était considérée comme fondamentale pour assurer l'efficacité de l'Organisation dans son ensemble. Alors qu'il avait été reconnu qu'il fallait assurer que les processus de réforme étaient cohérents avec le statut juridique de l'OPS, une intégration plus étroite de l'OPS et de l'OMS sur les questions de gouvernance avait été considérée importante afin d'assurer une approche « une seule OMS ».

265. Le Sous-comité avait exprimé l'espoir qu'un consensus serait atteint sur le cadre proposé de collaboration avec les acteurs non étatiques (FENSA, selon le sigle anglais) avant la soixante-neuvième Assemblée mondiale de la Santé. Il avait souligné que le cadre assurerait la responsabilité, la transparence et la gestion efficace de conflits d'intérêt potentiels. En ce qui concernait la réponse aux urgences et aux flambées, on a exprimé un soutien à la proposition mise en avant en mars 2016 par le groupe de la politique générale du Directeur général concernant l'établissement d'un programme unique avec un personnel, un budget, une série de règles et de procédures et une ligne claire d'autorité pour le siège de l'OMS, les bureaux régionaux et les pays.

266. M. Daniel Walter (Directeur du Département de la planification et du budget du BSP) a présenté une mise à jour sur les progrès concernant la réforme de l'OMS, notant qu'il y avait eu de nombreux accomplissements depuis la session de mars 2016 du Sous-comité. Globalement 84 % des résultats de la réforme étaient en phase d'exécution et le taux d'achèvement était de 60 %. Même si la réforme de la gouvernance continuait à être à la traîne, des avancées considérables avaient été réalisées lors de la soixante-neuvième Assemblée mondiale de la Santé. Une réforme dans le domaine de la réponse aux urgences et aux flambées, provoquée par la flambée de maladie à virus Ebola, avait également été approuvée durant l'Assemblée. Une réforme programmatique clé mise en œuvre à l'OMS et à l'OPS avait été illustrée par l'introduction de la planification ascendante et de l'établissement de priorités. Le portail web de l'OMS était un autre produit réussi de la réforme de l'OMS. Le portail, auquel les États Membres avaient accès, offrait une information détaillée et relativement actuelle sur les flux financiers par source. L'OPS avait l'intention de lancer son propre portail, sur le modèle du portail de l'OMS, en 2017. De nouvelles stratégies des ressources humaines et d'inventaires de risque étaient également des exemples de produits de réforme en place à l'OPS et à l'OMS.

267. Après de longues négociations, la soixante-neuvième Assemblée mondiale de la Santé avait approuvé les réformes pour mettre en place le Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques. C'est une politique essentielle à laquelle de nombreux États Membres de la Région avaient apporté des contributions considérables, dont l'Argentine qui avait présidé le groupe de travail intergouvernemental qui avait conclu le cadre. Il comportait plusieurs principes fondamentaux et quatre politiques spécifiques sur la collaboration avec les ONG, les entités du secteur privé, les fondations philanthropiques et les établissements universitaires. Le cadre avait été reconnu par les États Membres de l'OMS comme la première politique complète du genre au sein des organisations de la famille des Nations Unies.

268. Les États Membres des Amériques s'étaient engagés à mettre FENSA en œuvre dans la Région. Conformément à l'article 14 de la Constitution de l'OPS et l'article 7 du Règlement intérieur du Conseil directeur, la Directrice avait introduit un point sur FENSA dans l'ordre du jour provisoire du 55<sup>e</sup> Conseil directeur. Le Bureau préparerait un document de travail et un projet de résolution à afficher sur le site web de l'OPS six semaines au moins avant l'ouverture du Conseil directeur. Le document refléterait la

structure et la terminologie de l'OPS, mais ne modifierait pas la substance du cadre tel qu'adopté par l'Assemblée de la Santé.

269. Le Comité exécutif a bien accueilli les progrès sur la réforme de l'OMS et exprimé sa satisfaction particulière concernant l'adoption de FENSA. Les délégués ont remercié l'Argentine pour son leadership du groupe de travail intergouvernemental et le Bureau pour son appui durant le processus de consultation. Il a été noté que les États Membres des Amériques s'étaient engagés à l'exécution intégrale de FENSA dans la Région, mais ils ont également reconnu qu'en raison du statut juridique de l'OPS en tant qu'organisation séparée, le cadre devait être adopté par son Conseil directeur. Afin de faciliter ce processus, il a été suggéré que des consultations devaient être organisées avant l'ouverture du Conseil pour permettre aux États Membres d'examiner et de discuter le document de travail et le projet de résolution devant être préparé par le Bureau. D'autres informations ont été demandées sur la façon dont le cadre serait adapté pour exécution par l'OPS et sur les coûts associés à son exécution. Le Bureau a été prié de rendre le document disponible au moins six semaines à l'avance, et préférablement plus tôt.

270. Des informations supplémentaires ont été demandées sur la façon dont le portail web de l'OPS serait lié au portail de l'OMS et sur la participation de la Région à l'inventaire des risques, la politique de mobilité des effectifs, l'Initiative pour la transparence de l'aide internationale et le nouveau programme d'urgences sanitaires de l'OMS. Pour ce qui était de ce dernier, il a été remarqué que les antécédents de l'OPS faisaient preuve du succès de l'Organisation concernant la gestion réussie des urgences sanitaires et qu'elle pouvait partager nombre d'expériences afin de renforcer l'OMS dans son ensemble. Les délégués ont souligné que la réforme de l'OMS devrait être menée par les États Membres et guidée par les principes de transparence, responsabilité, équité et efficacité. L'importance du renforcement du multilatéralisme de l'OMS et de sa coordination avec d'autres organismes du système des Nations Unies a également été mise en relief. Un appui ferme a été exprimé pour le concept d'« une seule OMS » et son application dans le contexte de la réforme a été recommandée. Dans le même temps, le besoin de préserver le statut de l'OPS en tant qu'organisation indépendante a été souligné. À cet égard, il a été estimé qu'il était particulièrement important d'analyser les répercussions que la participation à la politique de mobilité des effectifs de l'OMS pourrait avoir par rapport au maintien de la qualité technique de l'OPS.

271. Il a été demandé que le document à préparer pour le Conseil directeur sur la réforme de l'OMS présente un rapport plus exhaustif résultats de la soixante-neuvième Assemblée mondiale de la Santé. Il a été également demandé que le document explique la façon dont les activités de réponse aux urgences de l'OPS seraient harmonisées avec le programme d'urgences sanitaires de l'OMS.

272. M. Walter a assuré le Comité que les documents de travail sur FENSA et d'autres aspects de la réforme de l'OMS seraient disponibles au moins six semaines avant l'ouverture du 55<sup>e</sup> Conseil directeur. Concernant le lien entre les portails de l'OMS et de l'OPS, il a expliqué que l'OPS espérait utiliser le même logiciel que l'OMS de sorte que les deux systèmes seraient identiques au point de vue contenu, même si les sources

d'information étaient différentes. L'information de l'OPS proviendrait du système d'information pour la gestion du BSP (PMIS) (voir paragraphes 278 à 286), alors que l'information de l'OMS proviendrait du système mondial de gestion. En outre, le système de l'OPS fournirait un plus grand nombre d'informations sur les résultats que ce qui était actuellement disponible sur le portail de l'OMS.

273. L'OPS et l'OMS avaient toutes deux un inventaire des risques. Ils n'étaient pas identiques mais ils étaient harmonisés. Quant à l'Initiative pour la transparence de l'aide internationale, l'OPS laissait l'OMS prendre les commandes dans l'analyse des nombreuses conditions de participation et collaborerait à l'Initiative par le biais de l'OMS, au moins sur le court terme.

274. Répondant aux questions sur la politique de mobilité des effectifs de l'OMS, M. Gerald Anderson (Directeur de l'administration du BSP), a indiqué que l'OPS avait participé au comité mondial sur la mobilité en tant qu'observateur et était donc pleinement informé sur les mécanismes utilisés. Durant la phase volontaire initiale du plan de mobilité des effectifs, qui devait se poursuivre jusqu'à la fin 2018, le Bureau continuerait sa pratique existante consistant à prendre des décisions de mobilité ad hoc en coordination avec le Secrétariat de l'OMS. Il a noté que le Bureau avait effectué neuf transferts en 2015, dont six entre l'OPS et l'OMS.

275. La Directrice a observé que l'inventaire des risques, qui prévoyait l'enregistrement d'acteurs non étatiques, se trouvait en phase pilote à l'OMS. Le Bureau continuerait à travailler avec le Secrétariat de l'OMS pour mettre l'inventaire en œuvre. En ce qui concernait les réformes dans le domaine de la réponse aux urgences et aux flambées, le Bureau était actuellement en discussion avec le Secrétariat de l'OMS sur les détails de la participation de l'OPS au programme mondial. Elle a souligné que l'OPS collaborait pleinement avec l'OMS dans la réponse aux urgences, en envoyant du personnel sur demande du Directeur général et fournissant d'autres ressources pour assister les efforts mondiaux. Toutefois, certains aspects du programme de l'OMS seraient difficiles à mettre en œuvre dans la Région, en raison du statut de l'OPS comme une organisation à part entière. De plus, elle ne pouvait pas en bonne conscience démanteler une structure de gestion des urgences qui avait fonctionné efficacement pendant plus de 40 ans et adopter une structure toute neuve qui n'avait pas encore fait ses preuves. Ce serait un mauvais service à rendre aux États Membres de l'OPS. L'OPS s'alignerait elle-même fonctionnellement sur l'OMS et adhérerait aux directives et procédures communes mais pour le moment elle n'avait pas l'intention d'introduire des changements structurels dans son programme de réponse aux urgences.

276. Pour ce qui était de FENSA, elle notait que le Bureau n'avait reçu que récemment le document de l'OMS et commençait à peine à travailler sur le document pour le Conseil directeur, qui établirait les changements terminologiques et autres qui seraient requis pour rendre le cadre approprié pour adoption par l'OPS. Le Bureau veillerait à ce que le document soit disponible pour les États Membres dès que possible et organiserait également la consultation préalable demandée.

277. Le Comité a pris note du rapport.

***État d'avancement du système de gestion de l'information du BSP (PMIS) (document CE158/INF/4)***

278. Le Dr Rhonda Sealey-Thomas (Représentante du Sous-comité du programme, du budget et de l'administration) a examiné l'information fournie au Sous-comité concernant l'avancement du PMIS à la date de mars 2016.

279. M. Valentin Prat (Directeur du Département des services de technologie de l'information du BSP) a donné une vue d'ensemble de l'exécution du projet PMIS, notant qu'il comportait trois phases : la phase 1, qui avait démarré en février 2015, incluait les ressources humaines et les salaires ; la phase 2 avait démarré comme prévu en janvier 2016 et incluait les finances, les achats et le budget, bien que certaines composantes non critiques de cette phase restaient à mettre en œuvre au cours de 2016. La phase 3 – la phase post-démarrage – avait commencé en janvier 2016. Cette phase comprenait les améliorations et la génération des rapports qui restaient à mettre en œuvre en 2016, la stabilisation du système et l'exécution d'un module de cyber-recrutement. En outre, au cours de 2016 le Département des services de technologie de l'information assumerait la responsabilité du soutien et de la maintenance. Cette transition marquera l'achèvement de la mise en œuvre du projet.

280. Peu de temps après le démarrage du système, le comité consultatif du PMIS avait été établi. Le comité se réunissait tous les mois et était composé de membres de tous les départements de l'Organisation. Parmi d'autres fonctions, le Comité examinait les progrès accomplis sur les priorités approuvées au préalable et prenait des décisions pour rationaliser les recommandations proposées par l'équipe du PMIS ou par les responsables des divers processus opérationnels.

281. Pour ce qui était du budget, sur les \$22,5 millions initiaux, \$17,4 millions avaient été dépensés à la fin de la période biennale 2014-2015. Il restait donc \$5,1 millions, réservés aux composantes en suspens qui n'avaient pas été jugées essentielles pour le processus de démarrage du système. Il y avait également \$500 000 de plus, approuvés par le Conseil directeur pour la mise en œuvre du module de cyber-recrutement. Il n'était pas prévu que le budget total approuvé soit dépassé.

282. Lors de la discussion qui a suivi, le Bureau a été félicité pour la mise en œuvre réussie de la phase 2 et pour le fait que le projet soit resté dans les limites du budget original approuvé. Il a été noté que le Commissaire aux comptes externe avait soulevé un certain nombre de questions liées au PMIS (voir paragraphes 278 à 286), y compris le fait qu'il y restait des fonctionnalités et des améliorations du système à mettre en œuvre, mais que l'on ne disposait d'aucune stratégie détaillée, de plan opérationnel, ou de calculs fiables des coûts pour ces points. Le Bureau était prié de fournir une mise à jour sur les progrès depuis la visite du Commissaire aux comptes externe en ce qui concernait la planification en cours et la priorisation des futures améliorations, ainsi que d'indiquer s'il s'attendait à ce que les

coûts soient absorbés dans le budget existant pour la maintenance de la technologie de l'information.

283. M. Prat a confirmé que certaines des améliorations et des ajustements requis dans le système n'avaient pas encore commencé, y compris ceux qui avaient été identifiés auparavant comme non essentiels. Il reviendrait au comité consultatif du PMIS de les prioriser. Il a fait remarquer qu'un système comme le PMIS était dynamique et avait besoin d'ajustements constants.

284. M. Gerald Anderson (Directeur de l'administration du BSP) a ajouté que quand le Bureau avait préparé sa stratégie de technologie de l'information, qui avait été présentée aux Organes directeurs en 2015,<sup>8</sup> il avait décidé d'allouer une quantité suffisante de ressources au budget des services de technologie de l'information pour l'avenir, de façon à être en mesure de maintenir le système et également de disposer d'un flux prévisible de fonds pour d'autres besoins. Les ajustements constants qui seraient requis seraient couverts au titre de cette stratégie, et le montant calculé dans le budget serait suffisant pour couvrir les dépenses apparentées.

285. La Directrice a noté que la mise en œuvre du PMIS avait représenté un énorme défi pour le personnel du Bureau, qui avait investi des montants considérables de son propre temps pour assurer que le système entrerait en fonction. Elle souhaitait exprimer sa gratitude au personnel pour ses efforts. Il restait encore un certain niveau de frustration parmi les membres du personnel parce que le PMIS n'était pas seulement un système, c'était un changement dans la manière dont le Bureau fonctionnait, un changement qui nécessiterait des ajustements dans les procédures mais aussi dans les attitudes. Le système était opérationnel, l'apprentissage par le personnel continuait et les améliorations immédiates à apporter étaient connues. Des difficultés mineures étaient normales dans l'introduction d'un progiciel commercial d'utilisation des ressources et nombre d'entre eux avaient échoué. Le système et l'usage qu'en faisait le Bureau allaient dans la bonne direction mais il restait encore du chemin à parcourir.

286. Le Comité exécutif a pris note du rapport.

***Mise en œuvre du Règlement sanitaire international (RSI) (documents CE158/INF/5 et Add. 1)***

287. Le Dr Marcos Espinal (Directeur du Département des maladies transmissibles et de l'analyse en santé du BSP) a présenté les rapports sur ce point, notant que le document CE158/INF/5 offrait des informations sur la conformité des États Parties aux conditions administratives dans le cadre du Règlement sanitaire international (RSI) et sur leurs progrès à satisfaire les conditions du RSI en termes de capacités essentielles. Il fournissait également des informations sur les récents événements de santé publique de préoccupation internationale, dont les flambées de la maladie à virus Zika dans les Amériques et ailleurs.

---

<sup>8</sup> Voir document CE156/26.

Il a noté que pour la première fois depuis que le rapport des États Parties à l'Assemblée mondiale de la Santé sur la mise en œuvre du Règlement avait été introduit en 2011, les 35 États Parties des Amériques avaient tous soumis leurs rapports annuels.

288. Le document CE158/INF/5, Add. I, offrait une mise à jour sur deux questions qui étaient cruciales pour l'application future du Règlement, la première étant le statut du nouveau cadre de suivi et d'évaluation du RSI,<sup>9</sup> qui n'avait pas été formellement adopté par la soixante-neuvième Assemblée mondiale de la Santé en mai 2016. La seconde question était les 12 recommandations contenues dans le rapport du comité d'examen sur le rôle du Règlement sanitaire international (2005) dans le cadre de l'épidémie de maladie à virus Ebola et de la riposte,<sup>10</sup> qui avaient été discutées durant la soixante-neuvième Assemblée mondiale de la Santé et s'étaient avérées relativement controversées. Par conséquent, l'Assemblée mondiale de la Santé avait décidé de renvoyer les recommandations aux comités régionaux de l'OMS pour discussions ultérieures.<sup>11</sup>

289. Par conséquent, le Bureau proposait de tenir une consultation régionale en face à face à la fin juillet ou au début août 2016 pour envisager la pertinence pour les Amériques de chacune des 12 recommandations et de définir les domaines de travail d'un plan régional prospectif sur le RSI et le contenu d'un projet de résolution à soumettre au 55<sup>e</sup> Conseil directeur. Le Bureau estimait qu'un solide mandat du Conseil directeur aiderait à établir les priorités dans la Région liées au RSI et à faciliter le positionnement des États Membres des Amériques sur la question, en préparation à la session de janvier 2017 du Conseil exécutif de l'OMS. Il permettrait également au Bureau d'appuyer les États Membres plus efficacement. Le Comité était par conséquent invité à envisager d'introduire un point sur la mise en œuvre du RSI à l'ordre du jour du Conseil en tant que question relative à la politique des programmes. Étant donnée la date de la consultation régionale, le Comité était également prié d'envisager de permettre au Bureau de publier le document de travail et le projet de résolution trois semaines au moins, au lieu de six, avant l'ouverture du Conseil directeur.

290. Le Comité exécutif a bien accueilli les progrès accomplis par les États Membres dans l'exécution du Règlement et a appuyé la proposition de tenir des consultations en face à face sur les recommandations du comité d'examen du RSI et d'introduire un point à l'ordre du jour du Conseil directeur en tant que question relative à la politique des programmes. Le Règlement était considéré non seulement comme un outil pour réduire la propagation internationale de maladies, mais aussi comme une base pour le renforcement des systèmes de santé et l'amélioration des systèmes de surveillance, de la capacité des laboratoires et de la communication du risque. Il a été noté que le renforcement des capacités essentielles du RSI aiderait à assurer une meilleure intégration des systèmes de santé et à renforcer leur capacité à répondre aux besoins journaliers tout comme aux besoins urgents.

---

<sup>9</sup> Voir document de l'OMS A69/20.

<sup>10</sup> Voir document de l'OMS A69/21.

<sup>11</sup> Voir décision WHA69(14).

291. Un soutien au nouveau cadre de suivi et d'évaluation du RSI a été exprimé, tout en soulignant le besoin de reconnaître le droit des États Parties à construire et valider les procédures, méthodes et outils pour leur application. Le Bureau a été invité à formuler un système pour tester les capacités essentielles du RSI à travers des exercices de simulation. Il était estimé que ces exercices pourraient servir non seulement à évaluer la performance des pays mais aussi à les aider à être mieux préparés pour affronter à l'avenir les événements et les urgences de santé publique. Le délégué des États-Unis a informé que son pays avait récemment fait l'objet d'une évaluation conjointe externe, dont les résultats seraient rendus publics en juin 2016, et a encouragé les autres États Membres à envisager également de faire l'objet d'une évaluation de ce type.

292. Les délégués ont demandé des clarifications sur plusieurs points, notamment le soutien que le Bureau fournirait dans le cas où une autre prolongation de l'échéance pour établir les capacités essentielles n'était pas approuvée et si des progrès ultérieurs avaient été faits concernant les procédures de certification volontaire d'aéroports et de ports désignés. Une mise à jour a été demandée sur le travail du groupe consultatif scientifique et technique chargé de recenser le risque de fièvre jaune et de fournir des orientations sur la vaccination des voyageurs.

293. Le Dr Espinal a assuré le Comité que le Bureau continuerait à appuyer les États Parties dans l'exécution du Règlement, indépendamment du fait qu'une autre prolongation de l'échéance pour établir les capacités essentielles soit approuvée ou non. Il a noté qu'il était important que les gouvernements demeurent engagés à mettre les capacités en place pour le bien de leurs populations. Quant aux procédures pour la certification volontaire des aéroports et des ports, il a dit qu'il n'y avait pas eu d'autres développements.

294. Le Dr Roberta Andraghetti (Conseillère en, Règlement sanitaire international, Unité du RSI, de l'alerte et la réponse aux épidémies et des maladies hydriques du BSP) a dit que le groupe consultatif chargé de recenser le risque de fièvre jaune avait tenu deux réunions depuis son établissement en décembre 2015 et s'était mis d'accord sur ses méthodes de travail. Le groupe consultait actuellement les autorités dans les pays avec des zones à risque pour la transmission de la fièvre jaune. Il devait tenir sa prochaine réunion le 28 juin 2016.

295. Faisant allusion à la flambée en cours de fièvre jaune en Afrique, la Directrice a souligné le besoin pour les États Membres des Amériques de faire preuve de vigilance concernant les cas importés de la maladie.

296. Le Comité a pris note du rapport et a approuvé la proposition de tenir une consultation régionale en face à face sur les recommandations du comité d'examen du RSI et d'introduire un point sur la mise en œuvre du RSI à l'ordre du jour du 55<sup>e</sup> Conseil directeur dans la section des questions relatives à la politique des programmes.



***Mise à jour sur la maladie à virus Zika dans la Région des Amériques (document CE158/INF/6)***

297. Le Dr Silvain Aldighieri (Chef de l'Unité du RSI, de l'alerte et la réponse aux épidémies et des maladies hydriques du BSP) a présenté ce point, notant que 39 pays et territoires de la Région avaient une circulation autochtone du virus Zika. Cinq pays de la Région avaient signalé des cas transmis par des rapports sexuels. Les larges variations sur l'incidence des cas de Zika dans la Région ont posé des difficultés pour évaluer la situation, malgré des efforts intensifs sur les six derniers mois. Le problème était aggravé par la co-circulation du virus Zika avec d'autres arbovirus, tels que les virus de la dengue et du chikungunya, qui étaient largement transmis par le même moustique, *Aedes aegypti*. Des études épidémiologiques au Brésil, en Colombie et à Porto Rico avaient confirmé la co-circulation des trois virus, compliquant le diagnostic du Zika.

298. Avant 2015, les cas de microcéphalie avaient été rares. On recensait désormais des milliers de cas confirmés estimés être associés au virus Zika au Brésil, et d'autres pays de la Région avaient également signalé des cas. Le virus Zika était également associé à une incidence accrue du syndrome de Guillain-Barré.

299. Il s'était passé six mois depuis que l'OMS avait déclaré l'épidémie de Zika une urgence de santé publique de portée internationale. Le comité d'urgence du RSI concernant le virus Zika s'était réuni deux fois depuis la déclaration : il avait indiqué qu'il y avait une évidence croissante d'une relation causale entre le virus Zika et la microcéphalie et avait confirmé et mis à jour ses recommandations sur la prévention de l'infection parmi les voyageurs internationaux. La réunion la plus récente, en juin 2016, avait conclu que les prochains Jeux olympiques de Rio de Janeiro au mois d'août posaient un très faible risque d'une propagation supplémentaire du Zika.

300. La stratégie régionale de l'OPS pour combattre le virus Zika avait trois piliers – détection, prévention et réponse des services de santé – avec un axe d'intervention transversal de recherche dans les trois domaines. En décembre 2015, la Directrice avait activé le centre de commandement des interventions de l'Organisation, qui avait fonctionné à pleine capacité depuis le 1<sup>er</sup> février 2016. Environ 30 personnes au siège et dans les bureaux des représentants des pays les plus touchés avaient travaillé à plein temps sur la riposte à l'urgence. Le centre de l'OPS travaillait en coordination avec les centres des cinq autres régions de l'OMS et avec le centre mondial, qui disposait de son propre système de commandement.

301. En décembre 2015, la Directrice avait également activé le fonds de réponse épidémique pour assurer une réponse précoce en fin d'année, et des fonds de réponse aux urgences avaient été reçus de l'OMS et de plusieurs donateurs depuis février. Il y avait eu également des engagements des États Membres et des États observateurs de l'OPS. Selon les estimations, un financement de \$17 millions était requis pour une réponse régionale. Les fonds avaient été distribués entre la surveillance, la communication du risque, la réponse du service de santé, la recherche et la coordination du centre de commandement.

302. La réponse à l'urgence de la maladie à virus Zika suivait le modèle de la réponse au chikungunya et les préparatifs pour l'importation potentielle de cas d'Ebola, qui avaient impliqué la mobilisation et le déploiement d'équipes multidisciplinaires dans les pays prioritaires et dans les pays à transmission élevée du virus Zika. L'OPS avait mobilisé des experts régionaux et internationaux dans 25 pays d'Amérique centrale et des Caraïbes, qui avaient été classés prioritaires à cause de leur situation ou de leur histoire de flambées de chikungunya ou de dengue. Les équipes de laboratoire étaient également mobilisées pour aider à relever les défis dans la mise en œuvre de nouvelles technologies.

303. Le Comité exécutif avait fait un bon accueil au rapport et félicité le comité pour son action rapide afin de répondre à l'urgence en santé publique. Les délégués ont demandé au BSP de continuer à aider les États Membres à prévenir, détecter et répondre aux menaces de maladies infectieuses, eut égard au besoin de collaboration en matière de surveillance et de lutte, et en matière d'élaboration de meilleurs outils de diagnostic. Il était estimé que la priorité absolue devait être de réduire le risque pour les femmes enceintes et les autres femmes en âge de procréer, ce qui nécessiterait une réponse pangouvernementale.

304. Il a été observé qu'en 1996, le Conseil directeur avait adopté une résolution<sup>12</sup> appelant les États Membres à entamer un effort au niveau de l'hémisphère pour éradiquer l'*Aedes aegypti*, mais il semblait que la volonté politique avait été insuffisante pour mettre en œuvre la résolution. Ce manque de volonté avait mené à la situation actuelle, avec des conséquences désastreuses pour la santé et les systèmes de santé régionaux. Il était estimé que la solution la plus simple et la plus durable au problème serait d'éliminer les lieux de reproduction, ce qui signifiait l'amélioration de la gestion des déchets solides.

305. La déléguée du Brésil a dit que son gouvernement avait travaillé de manière transparente pour établir un dialogue continu avec les autres gouvernements et avec les organisations internationales, dont l'OPS et l'OMS. Les politiques mises en œuvre au Brésil s'étaient concentrées sur la lutte contre les moustiques, les soins aux familles et la formulation et l'amélioration des protocoles de surveillance. Les efforts de recherche avaient également été intensifiés et le développement d'un vaccin avait été promu, qui devrait être prêt pour être testé au cours de 2016. Le nombre de cas signalés d'infection par arbovirose avait diminué, avec une réduction de 90 % des cas de Zika depuis le pic au début de 2016. En ce qui concernait les prochains Jeux olympiques et paralympiques, elle a souligné que le risque de transmission du virus Zika était extrêmement faible pendant les mois d'hiver quand les jeux se tiendraient, fait confirmé par la recherche scientifique internationale récente et la dernière réunion du comité d'urgence sur le virus Zika.

306. Le Dr Aldighieri a remercié les États Membres pour leur soutien et le Brésil pour sa participation au récent comité d'urgence de juin 2016 et pour l'information fournie sur la situation de la maladie à virus Zika à Rio de Janeiro et dans les autres sites olympiques. Il a reconnu la relation entre ce point de l'ordre du jour et le point sur les arboviroses (voir

---

<sup>12</sup> Résolution CD39.R11 (1996).

paragraphe 158 à 164), notant que la question de la résolution adoptée en 1996 serait traitée sous ce point.

307. La Directrice a indiqué que la situation de la maladie à virus Zika avait été une expérience instructive pour tous ceux qui étaient intervenus. L'engagement politique et le leadership au plus haut niveau de gouvernement avait été important pour faire progresser la réponse. Elle a loué l'approche pangouvernementale observée dans de nombreux pays et a souligné l'importance de solides systèmes de surveillance, qui dans le cas du Brésil avaient pu alerter la Région de la présence du virus Zika et de ses conséquences. Elle a noté avec satisfaction que les pays signalaient les cas de Zika d'une manière ponctuelle, rendant possible de caractériser l'épidémie. Elle a remercié tous les partenaires et les États Membres de leur assistance au Bureau, ainsi que de leur travail côte à côte pour renforcer la capacité dans les pays et lancer des missions dans les pays affectés. Le défi pour la Région maintenant était de maintenir le même niveau d'engagement sur le moyen et long terme parce que l'*Aedes aegypti* s'avérait pratiquement insurmontable. Le Bureau continuerait à travailler étroitement avec les États Membres affectés concernant le programme de recherche et la surveillance. Le centre de commandement continuerait à fonctionner à pleine capacité jusqu'à la fin septembre 2016 et les opérations se poursuivant probablement à un rythme réduit jusqu'à la fin de décembre au moins, en attendant un examen de la situation.

308. Le Comité a pris note du rapport.

***Mise en œuvre des Objectifs de développement durable dans la Région des Amériques (document CE158/INF/7)***

309. Le Dr Kira Fortune (Chef par intérim du Programme spécial sur le développement durable et l'équité en santé du BSP) a présenté le rapport sur la mise en œuvre des objectifs de développement durable (ODD) dans la Région, notant que les objectifs étaient harmonisés avec le Plan stratégique de l'OPS 2014-2019. Bien que la santé soit l'axe spécifique d'un seul ODD, elle était intégrale à la réalisation de tous les ODD. Plusieurs des cibles sanitaires dans les ODD faisaient suite au travail inachevé des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) et à diverses résolutions et plans d'action apparentés de l'Assemblée mondiale de la Santé.

310. Le rapport mettait en relief les progrès accomplis en préparant la Région pour la mise en œuvre du programme de développement durable et en formulant l'approche régionale des objectifs : ce processus comprenait une analyse de la façon dont les objectifs se rapportaient aux cibles et aux indicateurs du Plan stratégique. Les États Membres avaient demandé au Bureau de les aider à la mise en œuvre des responsabilités en santé dans le cadre des ODD et de promouvoir des approches multisectorielles. Par conséquent, conformément au plan d'action de la santé dans toutes les politiques, le Bureau avait établi un groupe de travail des ODD et de la santé dans toutes les politiques. De plus, l'OPS et l'Organisation des États Américains avaient établi un groupe de travail informel pour identifier les actions conjointes à entreprendre par rapport aux ODD et à leurs cibles.

Le groupe travaillerait pour établir une alliance interinstitutions plus large sur les ODD dans la Région.

311. Plusieurs pays avaient présenté des rapports sur la mise en œuvre du programme de développement durable et d'autres rédigeaient leurs rapports. Globalement, les rapports montraient que les pays étaient engagés envers les ODD et disposés à investir du temps et des ressources pour leur réalisation. Le processus de mise en œuvre des ODD offrait une opportunité aux gouvernements de renouveler leur engagement envers la santé publique et de travailler entre secteurs sur les aspects liés à la santé des ODD. Il offrait également une opportunité d'établir un réseau régional et une plateforme officielle pour partager leurs expériences nationales dans la mise en œuvre des ODD.

312. Le Comité exécutif a bien accueilli les progrès accomplis dans la planification pour la mise en œuvre des ODD dans la Région et a exprimé un appui ferme à l'établissement d'un réseau régional et d'une plateforme officielle pour faciliter le partage de l'expérience. Les délégués ont affirmé l'engagement de leurs gouvernements aux objectifs et ont reconnu le besoin d'une action multisectorielle afin de les réaliser. Ils ont convenu que le processus de mise en œuvre des objectifs offrirait une opportunité aux pays de renouveler leur engagement envers la santé publique et de promouvoir la collaboration intersectorielle sur les aspects des objectifs liés à la santé. D'autres informations ont été demandées sur les résultats des diverses consultations menées dans la Région, en particulier en ce qui concernait l'identification des forces et des défis liés à la mise en œuvre des ODD et sur la façon dont le Bureau contribuerait à la réalisation des objectifs. Le besoin de renforcer les mécanismes pour mesurer les progrès vers les cibles liées à la santé a été souligné.

313. Le Dr Fortune a observé qu'alors que les OMD avaient été axés sur les secteurs, les ODD étaient beaucoup plus axés sur les pays, un changement qui avait considérablement modifié la façon de penser. Le processus de suivi des progrès vers les ODD devait également être axé sur les pays, ces derniers choisissant parmi les nombreux indicateurs ceux qui leur semblaient pertinents. Alors que certains pouvaient critiquer les ODD pour leurs limitations du point de vue de la santé car un seul objectif traitait spécifiquement de la santé, ils offraient un énorme potentiel pour le travailler intersectoriel. Une des activités entreprises par le groupe de travail sur les ODD et la santé dans toutes les politiques avait été une analyse des 17 ODD pour identifier les opportunités pour la santé, non seulement dans le cadre de l'ODD 3, mais au-delà. Cette analyse était disponible pour tous les États Membres.

314. L'un des principaux résultats des consultations régionales avait été la recommandation concernant le renforcement des capacités afin de permettre aux autorités sanitaires de travailler sur l'ensemble des 17 objectifs : le Bureau travaillait par conséquent avec les partenaires pour développer un cours sur les ODD qui serait disponible pour tous les États Membres. Un autre résultat avait été de continuer à produire des documents tels que celui sur la préparation de la Région à réaliser les ODD liés à la santé, mentionnés au paragraphe 7 du document CE158/INF/7, qui fait le bilan du travail en cours, des

partenaires impliqués et des résolutions et mandats apparentés. Le Bureau travaillait sur une plateforme pour rendre ces documents accessibles aux États Membres et au grand public.

315. La Directrice a indiqué que le Bureau fournissait un appui important aux États Membres en ce qui concernait les ODD, non seulement à partir du siège mais aussi des bureaux de terrain. Les représentants de l'OPS/OMS étaient activement engagés dans des discussions au niveau national sur le développement de plans nationaux pour la réalisation des objectifs. Comme on l'avait remarqué, un certain nombre de mandats de l'OPS, y compris le Plan stratégique, la stratégie pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle et le plan d'action pour la santé dans toutes les politiques, étaient étroitement alignés sur les ODD, comme l'était le Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017. Le processus de formulation d'un nouveau document pour la période d'après 2017 pourrait offrir une opportunité de considérer le programme d'action sanitaire de la Région par rapport au contexte des ODD.

316. Le Comité a pris note du rapport.

***Plan d'action régional pour le renforcement du recueil des données d'état civil et de santé : rapport final (document CE158/INF/8)***

317. Le Dr Marcos Espinal (Directeur du Département des maladies transmissibles et de l'analyse en santé du BSP) a présenté le rapport final sur le plan d'action pour le renforcement du recueil des données d'état civil et de santé, expliquant que, bien que la période de cinq ans couverte par le plan s'était achevée en 2013, le rapport final était présenté en 2016 parce que les données nécessaires n'avaient pas été disponibles pour certains pays avant 2015. La résolution approuvant le plan (résolution CD48.R6) avait exhorté les États Membres à promouvoir et coordonner la participation des différentes entités et acteurs intervenant dans la production de données d'état civil et de santé et à préparer et suivre les plans nationaux pour renforcer et améliorer les statistiques en santé.

318. Durant la période du plan, 20 pays avaient établi des comités institutionnels pour renforcer l'information en santé, 35 avaient mené des évaluations sur le statut des données d'état civil et de santé et 29 avaient formulé des plans d'action nationaux. La couverture de l'enregistrement des naissances et des décès s'était améliorée, ainsi que la qualité des données rapportées. Néanmoins, des défis persistants demeuraient dans plusieurs domaines, dont l'imprécision et l'inexactitude dans le rapport des causes de décès, l'arrondissement des données de poids à la naissance et les faiblesses dans les systèmes d'information ainsi que l'absence de données aux niveaux municipal, provincial ou étatique.

319. Le Comité a été invité à envisager de recommander la préparation d'un nouveau plan d'action régional pour relever ces défis et tirer parti des progrès accomplis dans le cadre du plan d'action 2008-2013. Notant que les ressources pour l'amélioration des systèmes d'information en santé avaient traditionnellement été limitées, le Dr Espinal a

appelé les États Membres à faire des efforts pour accroître le soutien à leurs systèmes d'information afin qu'ils puissent produire les données requises pour concevoir des politiques de santé qui bénéficieraient leurs populations.

320. Le Comité exécutif a bien accueilli les progrès accomplis pour améliorer les données d'état civil et de santé et exprimé son soutien à la proposition de développer un plan d'action mis à jour afin de maintenir les réalisations atteintes dans le cadre du plan d'action 2008-2013 et de continuer à renforcer les systèmes d'information en santé et améliorer la qualité des données produites. Ils considéraient particulièrement important d'améliorer la qualité des données des certificats de décès, et ont exhorté le Bureau à appuyer les États Membres pour assurer l'adhérence à la classification internationale des maladies, volume 10 (ICD-10) dans le rapport des causes de décès. Le besoin d'améliorer la ponctualité de l'enregistrement des naissances et la précision des données rapportées dans certains pays ont également été notés, tout comme le besoin de renforcer la disponibilité de données sous-nationales de qualité. L'importance de l'utilisation de données de qualité pour les prises de décision factuelles a été mise en avant.

321. Les délégués ont souligné que le nouveau plan devrait être cohérent avec les efforts des partenaires régionaux et mondiaux tels que la Banque mondiale et ont suggéré que ses activités soient élargies pour englober des domaines d'information en santé autres que les données d'état civil et de santé. Le plan devrait également appuyer le recueil de l'information requise pour suivre les progrès au titre du Plan stratégique de l'OPS 2014-2019 et les objectifs de développement durable liées à la santé. Des initiatives telles que le dispositif de collaboration des données sanitaires étaient vues comme des outils utiles pour renforcer la capacité nationale pour le recueil des données à ces fins. Ils ont remarqué qu'il était vital d'assurer l'enregistrement civil universel et des données d'état civil précises pour combler les lacunes des données sexospécifiques, qui à leur tour, étaient essentielles pour atteindre l'égalité des sexes, l'autonomisation des femmes et des filles et la réalisation des droits humains. Le Bureau était invité à appuyer les États Membres pour qu'ils intègrent une perspective de genre dans leurs systèmes d'information en santé.

322. Le Dr Espinal a remercié les États Membres pour leurs efforts pour améliorer les systèmes d'information en santé dans la Région et leur appui à la proposition pour établir un nouveau plan d'action. Une question critique à aborder dans le nouveau plan serait la qualité des données. Il n'était pas suffisant de se concentrer seulement sur la quantité des données recueillies. Il fallait aussi assurer que ces données étaient précises. Il était tout aussi important d'assurer que les États Membres avaient la capacité de produire les données requises pour suivre les progrès vers les objectifs de développement durable.

323. La Directrice a observé que les données d'état civil étaient absolument vitales : si les enfants n'étaient pas enregistrés, c'était presque comme s'ils n'existaient pas. Ils n'avaient pas d'identité légale et dans certains pays ils n'étaient pas en mesure d'accéder aux services de base de santé et d'éducation. Alors que la qualité des données d'état civil et de santé s'était améliorée dans un certain nombre d'États Membres, globalement des progrès insuffisants avaient été accomplis dans la Région. Les pays disposaient de

plusieurs types de systèmes d'information différents, dont nombre d'entre eux ne produisaient pas les données ponctuelles et fiables pour la prestation des programmes et pour les prises de décision. Le problème était particulièrement aigu dans les huit pays clés de l'Organisation. Il était par conséquent une priorité essentielle pour le Bureau de continuer à travailler avec les États Membres pour améliorer les systèmes d'information en santé et assurer que chaque enfant serait recensé et que chaque décès, et sa cause, serait signalé.

324. Le Comité a approuvé la proposition de formuler un plan d'action régional mis à jour à présenter aux Organes directeurs pour approbation en 2017.

***Stratégie et plan régionaux sur la nutrition en matière de santé et de développement, 2006-2015 : rapport final (document CE158/INF/9)***

325. Le Dr Anselm Hennis (Directeur du Département des maladies non transmissibles et de la santé mentale du BSP) a rappelé que le 47<sup>e</sup> Conseil directeur avait approuvé la stratégie et le plan d'action régionaux sur la nutrition en matière de santé et de développement dans le but d'améliorer l'état nutritionnel tout au long de la vie, en particulier parmi les personnes défavorisées et autres groupes vulnérables, contribuant à une plus grande équité en santé et à la prévention des maladies, ainsi qu'à la prolongation de la durée de vie et l'amélioration de la qualité de vie des populations des Amériques.

326. Au cours de la période couverte par la stratégie et le plan d'action (2006-2015), 18 États Membres avaient examiné leurs politiques et les programmes pour affronter la malnutrition et 20 avaient établi des politiques de sécurité alimentaire et nutritionnelle. Dix-huit États Membres avaient établi des programmes de transfert conditionnel de fonds qui avaient bénéficié à environ 130 millions de personnes. Trente-trois États Membres avaient adopté les normes OMS 2006 de croissance de l'enfant et pratiquement tous les pays de la Région avaient des politiques pour promouvoir l'allaitement. Trois pays avaient augmenté les taux d'allaitement exclusif de plus de 25 % ; toutefois, 44 % seulement des nourrissons de moins de six mois étaient exclusivement allaités. Le rapport final contenu dans le document CE158/INF/9 présentait des données supplémentaires sur la situation actuelle de la nutrition dans la Région et sur les mesures prises par les États Membres pour réduire les déficiences nutritionnelles et promouvoir une alimentation et des modes de vie sains.

327. Les données sur la nutrition provenaient principalement d'enquêtes nationales sur la santé et la nutrition des jeunes enfants et des femmes en âge de procréer effectuées environ tous les cinq ans ; toutefois, seuls 22 pays menaient ces enquêtes et beaucoup les effectuaient moins fréquemment que tous les cinq ans. Par conséquent, les lacunes de données demeuraient un défi important. Pour relever ce défi et d'autres restants, dont le double fardeau de la surnutrition et de la dénutrition, le Bureau recommandait que les États Membres appliquent pleinement le plan d'application exhaustif de l'OMS concernant la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant et le plan d'action de l'OPS pour la prévention de l'obésité chez les enfants et les adolescents. Les actions prioritaires

recommandées incluait le renforcement de la coordination intersectorielle pour accroître l'accès à des aliments sains et les opportunités d'activité physique, l'augmentation de la capacité du secteur de la santé d'assurer des interventions clés en nutrition pour réduire le retard de croissance et l'obésité, la supplémentation de micronutriments et la fortification des denrées alimentaires de base pour prévenir les déficiences en micronutriments, les politiques et la réglementation fiscales en matière de commercialisation et d'étiquetage des aliments pour réduire la consommation de boissons édulcorées et à forte teneur énergétique et les produits faibles en nutriments par les enfants et les adolescents, ainsi que des systèmes de surveillance sanitaires robustes qui incorporent les indicateurs de nutrition, associés au suivi et à l'évaluation des programmes pour mesurer les effets sur la nutrition.

328. Lors de la discussion qui a suivi, un délégué a décrit les efforts de son gouvernement pour combattre les déficiences en micronutriments à l'aide de l'amélioration de la distribution de micronutriments et d'aliments fortifiés, ainsi que la fourniture de suppléments de fer aux femmes enceintes. Il a noté que le secteur de la santé travaillait avec celui de l'éducation dans son pays afin d'améliorer la qualité des aliments que les enfants recevaient à l'école et réglementer l'information mise à leur disposition. Il a également noté que les efforts pour améliorer la nutrition et combattre l'obésité étaient parfois entravés par les coutumes et les conditions locales.

329. Le Dr Hennis a mis en avant le besoin d'une collaboration intersectorielle pour aborder les questions nutritionnelles qui débordaient du cadre du secteur de la santé. La collaboration avec les secteurs de l'éducation et de l'agriculture, par exemple, était essentielle. Il fallait espérer que la Décennie d'action des Nations Unies pour la nutrition (2016-2026) serait perçue comme un appel général en faveur d'actions destinées à prévenir toutes les formes de malnutrition.

330. Le Comité a pris note du rapport.

***Stratégie et plan d'action pour la réduction de la malnutrition chronique : rapport final (document CE158/INF/10)***

331. Le Dr Anselm Hennis (Directeur du Département des maladies non transmissibles et de la santé mentale du BSP) a présenté le rapport final, notant que la stratégie et le plan d'action pour la réduction de la malnutrition chronique avaient été approuvés par le 50<sup>e</sup> Conseil directeur dans le but de contribuer à la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) 1, 2, 3, 4 et 5 et d'améliorer la santé tout au long de la vie. La stratégie avait été élaborée dans le but de compléter la stratégie et le plan d'action régionaux sur la nutrition en matière de santé et de développement (voir paragraphes 325 à 330), se concentrant sur la réduction de la malnutrition chronique comme une priorité urgente.

332. Résumant les principales réalisations au titre de la stratégie et du plan d'action, il a informé que 18 pays avaient établi des stratégies intersectorielles de sécurité alimentaire et de nutrition ; au moins 22 pays avaient mené à bien des enquêtes représentatives au



niveau national sur la santé et la nutrition pour recueillir des données sur la nutrition désagrégées par sexe, ethnicité, quintiles de richesse et zone géographique ; les municipalités en conditions vulnérables dans au moins 18 pays avaient mis en œuvre des programmes ou des interventions sur les aliments et la nutrition ; les ministères de la Santé avaient mise en œuvre des programmes de développement de la capacité pour améliorer les connaissances des aliments et de la nutrition ; et 19 pays avaient établi des comités intersectoriels municipaux ou communautaires pour améliorer la sécurité alimentaire et nutritionnelle.

333. La malnutrition chronique avait diminué au cours de la période couverte par la stratégie et le plan d'action (2010-2015), mais elle restait un problème, en particulier parmi les populations marginalisées. Dans le même temps, le surpoids et l'obésité avaient augmenté. L'anémie avait également baissé, mais elle continuait à être un problème, spécialement parmi les femmes enceintes. Le Bureau recommandait que les États Membres renforcent les mécanismes infranationaux de coordination intersectorielle pour prévenir le retard de croissance, le surpoids et l'anémie, renforcer la capacité du secteur de la santé à assurer des interventions clés en nutrition, telles que la promotion de l'allaitement et une nourriture saine, maintenir des programmes pour fournir des suppléments multi-nutriments et des aliments fortifiés, intensifier les efforts pour promouvoir et faciliter l'allaitement et renforcer les systèmes de surveillance nutritionnelle en incorporant des indicateurs de nutrition.

334. Le Comité exécutif a reconnu les progrès accomplis mais a également noté que la malnutrition sous ses formes variées demeurait un sérieux problème dans certains pays, malgré l'effort considérable fourni par les gouvernements pour la combattre. Les délégués ont souligné le besoin d'action intersectorielle, étant donné qu'il ne s'agissait pas d'un problème qui pouvait être réglé par le seul secteur de la santé. L'allègement de la pauvreté était considéré crucial pour l'élimination de la malnutrition chronique, comme l'était l'éducation. Il a été noté que la qualité de la nutrition tôt dans la vie avait un impact permanent et on a souligné l'importance de l'amélioration de la nutrition pendant la grossesse et dans la petite enfance. Il a également été jugé utile d'évaluer l'impact des diverses stratégies et interventions appliquées afin d'identifier les raisons pour lesquelles certaines étaient efficaces et d'autres pas, et de partager l'information sur les expériences réussies et les bonnes pratiques. À cet égard, il a été suggéré que le rapport pouvait être amélioré au moyen de l'addition de l'information sur les enseignements tirés des rapports sur les indicateurs du plan d'action. Il a été noté que dans certains cas, des problèmes concernant le suivi et l'évaluation et le flux des données du niveau infranational au niveau national avaient empêché le recueil d'information sur la nutrition et l'évaluation de l'impact des interventions.

335. Le Dr Hennis a affirmé que des systèmes robustes étaient nécessaires pour la surveillance nutritionnelle tout au long de la vie. Le Bureau continuerait à travailler avec les États Membres pour renforcer leur capacité à recueillir de bonnes données nutritionnelles et également pour leur permettre de suivre et d'évaluer les programmes et les politiques afin d'identifier les raisons pour lesquelles ils n'avaient pas toujours produit

les résultats escomptés. La recherche était également requise pour identifier les spécificités au sein des pays et adapter des approches pour les aborder. Alors que des progrès avaient été réalisés dans la réduction de la malnutrition chronique due à la dénutrition, les niveaux de surpoids et d'obésité des enfants avaient doublé pendant la période de la stratégie et du plan d'action, et les problèmes nutritionnels continuaient à constituer un facteur important dans la perte d'années de vie corrigées du facteur invalidité dans la Région. La malnutrition dans toutes ses dimensions devait par conséquent demeurer une priorité tant pour le Bureau que pour les États Membres.

336. Notant que de nombreux pays de la Région étaient aux prises avec le double fardeau du surpoids et de l'obésité ainsi que des déficiences de micronutriments et la dénutrition, la Directrice a souligné le besoin d'une approche fondée sur le parcours de vie et d'efforts pour encourager une nourriture saine tout au long de la vie, ce qui était fondamental pour une vie saine et productive. De plus, sans cette approche, on pourrait facilement basculer de la dénutrition à l'obésité, comme cela s'est déjà produit dans certains pays des Caraïbes. Il y avait également un besoin d'engagement multisectoriel et de surveillance plus grand et d'une recherche ciblée pour comprendre la raison pour laquelle les investissements et les programmes ne produisaient pas le degré voulu de réussite. Le Bureau soutiendrait les États Membres dans la recherche de partenaires pour leur permettre d'effectuer cette recherche. Il continuerait également à collaborer avec l'Institut de nutrition d'Amérique centrale et de Panama (INCAP) et l'Agence caribéenne de santé publique (CARPHA) sur le problème de la nutrition.

337. Le Comité a pris note du rapport.

***Plan d'action pour maintenir l'élimination de la rougeole, la rubéole et le syndrome de rubéole congénitale dans la Région des Amériques : rapport final (document CE158/INF/11)***

338. Le Dr Luis Andrés de Francisco Serpa (Directeur du Département de la famille, du genre et du cycle de vie du BSP) a rappelé que le plan d'action pour maintenir l'élimination de la rougeole, la rubéole et le syndrome de rubéole congénitale dans les Amériques avait été adopté en 2012 dans le but d'établir des interventions d'urgence pour renforcer les programmes de vaccination et la surveillance de la rougeole, de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale et assurer ainsi que la Région restait exempte de transmission endémique de rougeole et rubéole. Un rapport de situation intérimaire en 2014 avait conclu que les mesures prises dans le cadre du plan d'action avaient rendu possible le maintien de l'élimination des deux maladies.

339. Les Amériques avaient été déclarées exemptes de rubéole et du syndrome de rubéole congénitale en avril 2015. Quant à la rougeole, des flambées s'étaient produites dans plusieurs pays depuis 2014 suite à des cas importés et la transmission endémique avait émergé à nouveau dans un pays, le Brésil. En août 2016 le Comité international d'experts examinerait les données factuelles de l'interruption de la transmission au Brésil, où aucun cas n'avait été signalé depuis plus d'un an. Si le Comité acceptait les données factuelles, la

Région serait déclarée exempte de rougeole. La maintenir exempte de rougeole et de rubéole nécessiterait toutefois un engagement constant des États Membres à maintenir une couverture vaccinale élevée et une surveillance épidémiologique solide. Le paragraphe 21 du document CE158/INF/11 contenait une série de recommandations visant à assurer le maintien de l'élimination des deux maladies. Puisque ces maladies demeuraient endémiques dans toutes les autres régions de l'OMS, ce qui signifiait un risque de cas importés pour les Amériques, une des recommandations consistait à appuyer l'adoption d'une résolution par l'Assemblée mondiale de la Santé en 2017 pour l'éradication mondiale de la rougeole et la rubéole.

340. Le Comité exécutif a applaudi l'élimination de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale et a accueilli favorablement les progrès vers l'élimination de la rougeole. Il a également soutenu les recommandations pour maintenir l'élimination, en particulier la mise en œuvre de stratégies destinées à atteindre des niveaux élevés de vaccination et des mesures pour mettre fin rapidement à la transmission dans le cas de cas importés. Il a été noté que si les pays n'étaient pas en mesure d'empêcher les importations, ils pouvaient empêcher la transmission en assurant une immunité élevée de la population et une surveillance de haute qualité. Le besoin de désagréger les données de couverture a été souligné ; ceci était considéré particulièrement important afin d'identifier les populations éloignées ou isolées avec de faibles taux de vaccination. Le soutien a été exprimé à l'adoption d'une résolution de l'Assemblée mondiale de la Santé préconisant l'éradication mondiale de la rougeole et de la rubéole, bien qu'il était estimé qu'il fallait faire montre de prudence dans l'établissement d'une date cible pour l'atteinte de cet objectif.

341. Le Dr Francisco Serpa a convenu qu'il était crucial de maintenir des taux élevés de couverture vaccinale et d'assurer une surveillance épidémiologique efficace afin de détecter toute réintroduction des virus de la rougeole et de la rubéole et d'agir rapidement pour prévenir la transmission. Il a également convenu de l'importance de désagréger les données afin d'identifier les zones de faible couverture vaccinale.

342. La Directrice a affirmé que la faible couverture parmi certaines municipalités – dans certains cas seulement 60 % – posait des risques pour le maintien de l'élimination. Le Bureau continuerait à appuyer les États Membres à atteindre et maintenir une couverture uniforme de 95 % ou plus dans au moins 80 % des municipalités afin de prévenir une accumulation de personnes susceptibles qui pourrait potentiellement maintenir la transmission dans le cas d'une flambée de rougeole ou de rubéole. Il appuierait également les États Membres pour qu'ils renforcent leur surveillance épidémiologique et leur capacité de réponse rapide dans le cas où la transmission devait reprendre. Le Fonds renouvelable de l'OPS pour l'achat de vaccins était l'un des éléments clés de la coopération technique du Bureau dans le domaine de la vaccination. La préservation du Fonds serait par conséquent importante pour assurer une couverture élevée constante.

343. Le Comité a pris note du rapport.

***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 : rapport final (document CE158/INF/12)***

344. Le Dr Luis Andrés de Francisco Serpa (Directeur du Département de la famille, du genre et du cycle de vie du BSP) a présenté le rapport final sur la stratégie et le plan d'action régionaux et noté que l'objectif du travail entrepris avait été d'aider les pays de la Région à atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement correspondants. Un rapport de situation intérimaire présenté au Conseil directeur en 2013 avait souligné le besoin d'un effort constant pour réduire la mortalité néonatale en abordant les déterminants et les inégalités qui continuaient à exister. Le rapport final contenu dans le document CE158/INF/12 mettait en avant les résultats du travail accompli durant la période couverte par la stratégie et le plan d'action (2008-2015), les enseignements tirés et les défis restants. Dans les paragraphes 14 à 16, il mettait également en avant les recommandations pour action future.

345. Alors que beaucoup de progrès avaient été réalisés, la mortalité néonatale évitable demeurait une grave préoccupation dans certains pays. Certaines populations continuaient à avoir un taux d'assistance qualifiée à la naissance de moins de 80 %. La qualité des soins et le respect de normes fondées sur des données factuelles pour les soins au nouveau-né étaient limités dans de nombreux cas. La mise en œuvre d'interventions communautaires variait largement entre les pays et en leur sein. Il était par conséquent essentiel de continuer à tirer parti des progrès réalisés dans les cinq domaines stratégiques de la stratégie et du plan d'action, et de poursuivre les actions envisagées dans le cadre d'initiatives mondiales apparentées, dont la stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent (2016-2030)<sup>13</sup> et le plan d'action mondial Chaque nouveau-né.<sup>14</sup>

346. Le Comité exécutif a fait un bon accueil aux progrès réalisés, tout en soulignant le besoin d'un engagement et d'un effort continus pour maintenir les gains réalisés et relever les défis restants. Le Comité a également exprimé son soutien aux recommandations pour action future indiquées dans le rapport final, en particulier la recommandation consistant à harmoniser les efforts régionaux avec les initiatives mondiales apparentées. À cet égard, le Bureau a été invité à fournir plus de détails sur une proposition mentionnée dans le rapport pour établir des mécanismes destinés à adopter les objectifs et les buts stratégiques du plan d'action mondial Chaque nouveau-né.

347. Les États Membres qui ne l'avaient pas encore fait étaient exhortés à mettre en œuvre un plan national sur la santé du nouveau-né. L'importance d'interventions pour répondre aux déterminants de la prématurité, des anomalies congénitales, de la septicémie et de l'asphyxie a été soulignée, de même que le besoin d'identifier des solutions aux

<sup>13</sup>[http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/strategie-mondiale-femme-enfant-ado-2016-2030.pdf?ua=1](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/strategie-mondiale-femme-enfant-ado-2016-2030.pdf?ua=1)

<sup>14</sup>[http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/newborn/every-newborn-action-plan-draft-fr.pdf?ua=1](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/newborn/every-newborn-action-plan-draft-fr.pdf?ua=1)

problèmes liés à la couverture et la qualité des soins durant la naissance. La détection précoce et le traitement des anomalies congénitales et autres pathologies étaient considérés fondamentaux pour réduire la mortalité néonatale. Le besoin d'une action conjointe pour contrer les menaces posées par la maladie à virus Zika a également été souligné, en particulier à la lumière de ses conséquences potentielles pour la santé du nourrisson et de l'enfant, et la valeur du partage de stratégies et d'interventions réussies pour aborder le Zika et d'autres défis a été mise en avant.

348. Le Dr Francisco Serpa a observé que la flambée de virus Zika dans la Région avait servi à mettre en relief les lacunes dans les programmes de santé maternelle et néonatale et à souligner le besoin de renforcer ces programmes et assurer des bons soins prénatals et une assistance qualifiée à la naissance. Le Bureau continuerait à travailler avec les États Membres à cette fin. Concernant le plan Chaque nouveau-né, il a expliqué que le Bureau ne proposait pas de changement aux éléments du plan ; il souhaitait simplement voir des efforts pour assurer que les plans nationaux étaient en place, renforcer les systèmes d'information et améliorer la qualité des soins le cas échéant.

349. La Directrice a noté que les progrès dans la réduction de la mortalité néonatale s'étaient virtuellement arrêtés au cours des cinq dernières années. Des réductions supplémentaires de mortalité en tout début de période néonatale seraient difficiles à atteindre parce que ces cas nécessitaient souvent des services exhaustifs au niveau tertiaire. Toutefois, elle était optimiste sur le fait qu'il serait possible de continuer à réduire la mortalité néonatale due à des causes évitables en renforçant l'accès aux soins, en assurant une bonne qualité des soins au niveau primaire et en abordant les inégalités et autres déterminants sociaux de la santé qui étaient étroitement liés à une mortalité néonatale plus élevée. L'épidémie actuelle de maladie à virus Zika aurait sans nul doute un impact sur les taux de mortalité néonatale. Une bonne surveillance épidémiologique serait requise pour déterminer les décès de nourrissons imputables à l'infection par le virus Zika et ceux imputables à d'autres causes.

350. Le Comité a pris note du rapport.

### ***Rapports d'avancement sur les questions techniques (document CE158/INF/13)***

#### ***A. Stratégie et plan d'action sur la cybersanté : évaluation à mi-parcours***

351. La déléguée du Mexique a remercié le Bureau pour son appui dans l'organisation de la 14<sup>e</sup> Conférence ibéro-américaine des ministres de la Santé qui s'était tenue au Mexique et qui avait porté sur l'usage de la technologie de l'information pour promouvoir des modes de vie sains et combattre les maladies, en particulier les maladies non transmissibles.

352. Le Comité exécutif a pris note du rapport.

*B. Plan d'action sur la santé des adolescents et des jeunes*

353. Une déléguée a noté qu'alors que le rapport contenait des informations sur l'augmentation alarmante des grossesses chez les adolescentes de moins de 15 ans, il y avait peu d'information sur les efforts accomplis par les États Membres pour augmenter l'accès aux services et l'information en matière de santé sexuelle et génésique. Les liens entre cette question importante et la réponse à la propagation de la maladie à virus Zika n'étaient pas non plus mentionnés. Alors qu'il était reconnu que de nombreux pays dans les Amériques disposaient d'un accès médiocre aux services et à l'information en matière de santé sexuelle et génésique pour les adolescents et les femmes, le rapport devrait inclure les actions qu'il fallait prendre pour combler cette lacune ainsi que les mesures pour changer les normes sexospécifiques qui perpétuaient ce manque d'accès.

354. D'autres délégués ont souligné la gravité du problème de la violence, dont la violence sexuelle, parmi les adolescents et les jeunes. La pauvreté, le manque d'éducation et d'information et des déficiences dans le système judiciaire ont été cités comme des facteurs contribuant à la violence. L'éducation était également considérée comme clé pour réduire les grossesses des adolescentes. Le besoin d'une approche fondée sur les droits qui incorporait une perspective de genre et tenait compte des droits sexuels et génésiques était souligné, de même que l'importance d'une approche multisectorielle et multidisciplinaire. Différents délégués ont décrit les efforts que leurs gouvernements faisaient pour améliorer la santé des adolescents et des jeunes.

355. Le Dr Luis Andrés de Francisco Serpa, (Directeur du Département de la famille, du genre et du cycle de vie du BSP) a noté que le plan d'action lançait un appel pour des activités de plaidoyer et de réformes juridiques visant à assurer l'accès aux services de santé sexuelle et génésique pour les adolescents. Il appelait également à renforcer la capacité du personnel des services de santé d'accroître leurs compétences en matière de réponse aux besoins de santé des adolescents et des jeunes. Le plan reconnaissait également l'importance d'une approche multidisciplinaire et multisectorielle qui abordait les déterminants sociaux de la santé. Le plan était maintenant en train d'être ajusté pour tenir compte de défis nouveaux tels que la lutte contre la maladie à virus Zika et la gestion de cette dernière, avec une attention particulière pour les femmes enceintes, y compris les adolescentes. Il a souligné que le plan avait adopté une approche fondée sur les droits, préconisant l'élimination de la discrimination dans l'accès aux services de santé pour les adolescents et les jeunes, y compris la contraception et d'autres services de santé génésique.

356. La Directrice a dit que les adolescents et les jeunes constituaient un groupe auquel le Bureau et les États Membres devaient payer une attention particulière. Il s'agissait d'un groupe qui était collectivement associé à de nombreux comportements à risque élevé, dont l'usage du tabac, de l'alcool, les comportements sexuels à haut risque et la conduite en état d'ivresse. Alors que le rapport présentait des résultats généralement positifs, le Bureau et les États Membres devaient faire beaucoup plus pour répondre aux besoins de santé des adolescents et des jeunes. Le Bureau continuerait à travailler pour

assurer une approche beaucoup plus holistique, qui tiendrait compte des défis auxquels les jeunes se heurtaient et des facteurs sociaux et culturels pertinents. Les adolescents et les jeunes ne rechercheraient probablement pas les soins de santé de leur plein gré, et le moment était venu par conséquent de repenser une nouvelle façon de les atteindre.

357. Le Comité a pris note du rapport.

*C. Plan d'action pour la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles : évaluation à mi-parcours*

358. Il a été noté qu'alors que le rapport offrait un résumé utile des progrès et des défis dans la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles (MNT) dans la Région, il n'abordait pas clairement les quatre axes stratégiques d'intervention du plan d'action, et il a été demandé au Bureau de fournir des informations au Conseil directeur sur les progrès concernant les axes d'intervention. Des détails supplémentaires ont également été demandés concernant le travail du groupe de travail interaméricain sur les MNT. On a considéré qu'il était important que tous les pays partagent leurs résultats de façon à élargir les connaissances globales, peut-être à travers le forum panaméricain d'action sur les MNT. Il a également été considéré comme essentiel que les pays soient dotés de politiques publiques qui adoptent une approche complète des MNT, avec une coopération intersectorielle entre les gouvernements, ONG et domaines universitaires. Il a été suggéré qu'un moyen efficace de persuader les dirigeants politiques de haut niveau et les autorités dans d'autres secteurs du besoin d'une action concertée pour combattre les MNT pourrait être de leur faire prendre conscience du coût des décès liés à ces maladies pour leur pays. Le besoin d'obtenir un équilibre entre les efforts et les ressources dépensées en matière de maladies transmissibles et non transmissibles a également été noté.

359. Le Dr Anselm Hennis (Directeur du Département des maladies non transmissibles et de la santé mentale du BSP) a convenu de l'importance de l'engagement multisectoriel et a souligné la valeur du partage de l'information par les États Membres concernant des initiatives qui avaient été fructueuses. Le forum panaméricain pourrait effectivement servir de mécanisme pour le partage de l'information, bien qu'il y ait eu des obstacles à la capacité du Bureau à travailler avec le forum alors que la question du FENSA (voir paragraphes 264 à 277) restait en suspens. Il a exhorté les États Membres à appliquer la Convention-cadre pour la lutte antitabac, à prendre des mesures pour empêcher l'usage nocif de l'alcool, à créer des politiques et des programmes sur la nutrition et à promouvoir l'activité physique. Il a également prié instamment les États Membres qui ne l'avaient pas encore fait de mettre en place un plan national de lutte contre les MNT d'ici la fin 2016.

360. Soulignant l'importance d'engager les ministres des Finances et les chefs d'État dans les efforts de prévention et de lutte contre les MNT, la Directrice a indiqué que le Bureau coopérait avec plusieurs institutions académiques afin de recueillir des données sur l'impact économique de ces maladies. Dans ses discussions avec les autorités nationales, elle avait observé une conviction persistante, à savoir que la réponse au problème des MNT était le changement du comportement individuel. Ceci était certainement important, mais

ce n'était pas le moyen le plus efficace pour lutter contre les MNT. Une action multisectorielle était requise pour atteindre l'effet maximum. Il fallait espérer que le levier politique nécessaire puisse être obtenu par le biais du groupe de travail interaméricain, mais il était également nécessaire de porter cette question à l'attention des organes infrarégionaux tels que l'Union des Nations sud-américaines (UNASUR) et la Communauté des États latino-américains et caribéens (CELAC).

361. Le Comité a pris note du rapport.

*D. Plan d'action pour réduire l'usage nocif de l'alcool : évaluation à mi-parcours*

362. Il a été noté qu'il semblait y avoir des déclarations bien inférieures aux chiffres réels concernant la consommation d'alcool comme cause sous-jacente de maladie. Une déléguée a informé qu'une étude menée récemment dans son pays avait montré qu'alors que l'usage du tabac était en baisse, en résultat des mesures législatives et autres mises en place, la consommation d'alcool augmentait, mais que cette augmentation n'était pas nécessairement reflétée dans les statistiques produites par les systèmes d'information sanitaire de son pays. Elle a souligné le besoin d'une information fiable, de haute qualité pour servir de base aux décisions, ainsi que le besoin d'accroître la prise de conscience au sein du personnel de santé de l'importance de signaler l'usage de l'alcool. Elle a également souligné le besoin de réglementer la publicité des boissons alcoolisées. Une autre déléguée a décrit ce qui était fait dans son pays pour prévenir l'usage nocif de l'alcool, notamment une augmentation de la taxation des boissons alcoolisées, avec des portions définies des montants perçus de cette taxation étant alloués à la promotion des sports et au traitement de l'addiction.

363. Le Dr Anselm Hennis (Directeur du Département des maladies non transmissibles et de la santé mentale du BSP) a dit qu'il semblait y avoir une reconnaissance insuffisante de l'impact négatif de l'usage de l'alcool, qui était l'une des causes importantes de la perte d'années de vie corrigées de l'incapacité dans la Région. La Région des Amériques avait le niveau le plus élevé de consommation d'alcool après l'Europe ; il y avait également le problème de la consommation excessive (*binge-drinking*) parmi les femmes et celui de l'âge plus précoce de début de consommation d'alcool parmi les adolescents. La consommation d'alcool était liée non seulement aux MNT mais aussi aux maladies transmissibles et à la violence et aux accidents de la route. Mais malgré les preuves de ses effets nocifs, peu d'efforts avaient été consentis pour prévenir l'usage nocif de l'alcool, dont les effets négatifs l'emportaient sur les avantages potentiels. En fait, au niveau de la population, il était maintenant reconnu qu'il n'y avait pas de preuve d'effets bénéfiques de l'usage de l'alcool. Clairement, il y avait beaucoup à faire pour faire prendre conscience que l'usage de l'alcool était un grave problème de santé publique.

364. La Directrice a observé que la consommation d'alcool était profondément enracinée dans la culture de nombreux pays de la Région. De plus, il y avait une industrie de l'alcool prospère dans la plupart des pays. La réduction de la consommation d'alcool serait par conséquent très difficile. Alors que la résolution CD51.R14 faisait référence à



« l'usage nocif de l'alcool, » on n'avait pas défini ce que signifiait « nocif » et certains estimaient désormais que tout niveau de consommation d'alcool était nocif et préconisaient une consommation zéro. Vendre cette idée aux communautés de la Région serait véritablement un combat difficile.

365. Le Comité a pris note du rapport.

*E. Plan d'action sur l'usage de substances psychoactives et la santé publique : évaluation à mi-parcours*

366. Un ferme soutien a été exprimé à une approche de santé publique pour la prévention et le traitement de substances psychoactives, et on a loué les efforts du Bureau pour faire prendre conscience du problème ainsi que son travail avec les États Membres pour assurer que toutes les personnes ayant un problème de substances psychoactives aient accès aux soins dont elles avaient besoin. La nécessité d'une action globale multisectorielle pour prévenir l'usage de substances psychoactives a été soulignée. Dans le même temps, on a mis en relief le rôle clé des autorités sanitaires dans la lutte contre le problème. On a considéré qu'il était particulièrement important que le secteur de la santé dirige les efforts pour réduire la demande de substances illicites à l'aide d'une approche de santé publique qui impliquait tous les acteurs sociaux et qui attirait l'attention sur l'impact du trafic et de l'usage de drogues illicites non seulement sur la santé, mais aussi sur la sécurité publique, l'économie nationale et la compétitivité internationale d'un pays. On a souligné l'importance du plaidoyer pour une allocation équilibrée et coordonnée des ressources et pour des actions destinées à réduire l'approvisionnement en drogues.

367. Il a été noté que la session spéciale de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le problème mondial de la drogue tenue en avril 2016 avait marqué un tournant dans les efforts mondiaux pour répondre au problème de l'usage et de l'abus de substances illicites. Les membres de la communauté mondiale s'étaient engagés à accroître l'usage des approches de santé publique pour adopter une démarche plus équilibrée face au problème mondial de la drogue. Le Bureau était encouragé à poursuivre son travail en collaboration avec des partenaires tels que l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, la Commission des stupéfiants et la Commission interaméricaine contre l'abus des drogues pour promouvoir une approche de santé publique du problème. Cette collaboration était estimée cruciale afin de promouvoir une action multisectorielle dans les domaines de la prévention, du traitement, de la réhabilitation et de la réinsertion sociale des personnes ayant des problèmes d'abus de substances psychoactives.

368. Le Dr Anselm Hennis (Directeur du Département des maladies non transmissibles et de la santé mentale du BSP) a convenu que la session spéciale de l'Assemblée générale des Nations Unies avait effectivement représenté un point tournant potentiel en termes d'approches mondiales vis-à-vis de l'usage de substances psychoactives. Il y avait toutefois encore beaucoup de travail à faire, et le BSP continuerait à travailler étroitement avec les États Membres pour mettre en œuvre des approches de santé publique pour combattre l'usage des substances psychoactives dans la Région.

369. Le Comité a pris note du rapport.

*F. Situation des Centres panaméricains*

370. Soulignant les importantes contributions que les Centres panaméricains avaient faites au travail technique de l'OPS, un délégué a exprimé sa préoccupation sur la situation du Centre d'information sur les sciences de la santé pour l'Amérique latine et les Caraïbes (BIREME), qui semblait faire face à une crise institutionnelle car il avait récemment perdu plus de 30 membres de son personnel, n'avait actuellement pas de Directeur et avait déménagé dans des locaux pour lesquels il devait payer un loyer. Le délégué a demandé des informations supplémentaires sur la viabilité fonctionnelle du BIREME.

371. Le Dr Francisco Becerra Posada (Sous-directeur du BSP) a répondu qu'un nouveau Directeur avait été sélectionné pour le BIREME et qu'il prendrait ses fonctions le 1<sup>er</sup> août 2016. Le Bureau négociait actuellement un nouvel accord de coopération avec le ministère de la Santé du Brésil dans le but d'assurer que le financement du Centre serait garanti et qu'il poursuivrait ses fonctions. Le nouvel accord contiendrait une disposition assurant que le loyer serait couvert et que le BIREME resterait entièrement opérationnel. Dans le même temps, le Bureau avait fourni un financement au BIREME, qui tirait également un revenu de ses projets. Il a encouragé les États Membres à soutenir le BIREME en utilisant ses services et ses produits.

372. Le Comité a pris note du rapport.

***Résolutions et autres actions d'organisations intergouvernementales revêtant un intérêt pour l'OPS (document CE158/INF/14)***

*A. Soixante-neuvième Assemblée mondiale de la Santé*

373. Mme Piedad Huerta (Conseillère principale du Bureau des Organes directeurs du BSP) a résumé les résultats de la soixante-neuvième Assemblée mondiale de la Santé (WHA), soulignant le rôle majeur joué dans les délibérations par certains représentants de la Région des Amériques. La Région s'était également distinguée par un niveau élevé de préparation aux sessions et avait présenté au moins huit positions régionales unifiées sur des questions prioritaires, qui avaient eu un impact majeur sur le contenu des politiques mondiales en santé publique approuvées par l'Assemblée de la Santé.

374. L'Assemblée de la Santé avait adopté 25 résolutions et 19 décisions. Étant donné que l'Assemblée s'était terminée quelques semaines seulement avant l'ouverture de la session du Comité exécutif, le Bureau n'avait eu que le temps de préparer une analyse préliminaire des implications des résolutions pour la Région. Des informations plus détaillées seraient fournies au Conseil directeur.

375. Plusieurs des résolutions qui pouvaient avoir un impact sur l'ordre du jour du Conseil incluaient la résolution WHA69.4, sur le rôle du secteur de la santé dans la gestion

rationnelle des produits chimiques au niveau international d'ici l'objectif fixé pour 2020 et au-delà, qui recommandait des consultations régionales pour analyser la feuille de route proposée. En ce qui concernait la résolution WHA69.10 sur le cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques (FENSA), comme noté précédemment (voir paragraphes 264 à 277), il était proposé d'ajouter un point au thème de l'ordre du jour du Conseil directeur dans la section Questions relatives à la politique des programmes.

376. Le contenu de la résolution WHA69.20 sur la promotion de l'innovation et l'accès à des médicaments pédiatriques de qualité, sûrs, efficaces et abordables avait été pris en compte dans la préparation du document de politique sur l'accès aux médicaments et autres technologies de la santé et leur usage rationnel (voir paragraphes 103 à 117). De même, la résolution WHA69.22 sur les stratégies mondiales du secteur de la santé contre le VIH, l'hépatite virale et les infections sexuellement transmissibles pour la période 2016-2021 avait été tenue en compte en préparant le plan d'action régional proposé sur ce thème (voir paragraphes 138 à 149).

377. Lors de la discussion qui a suivi, plusieurs délégués ont à nouveau suggéré qu'une réunion, soit virtuelle soit en face à face, soit tenue avant le Conseil directeur pour considérer FENSA (voir paragraphes 264 à 277), le but étant de permettre aux délégations d'être mieux préparées pour les discussions du Conseil. Il a également été suggéré que les thèmes de l'accès aux médicaments et aux technologies de la santé et la mise en œuvre du Règlement sanitaire international devraient bénéficier d'une discussion supplémentaire avant le Conseil directeur. Il a ensuite été suggéré que si plusieurs réunions en face à face devaient être tenues, elles devraient être programmées d'une manière rapprochée dans l'intérêt de l'efficacité des voyages.

378. La Directrice était d'accord sur le fait que la discussion préalable concernant des thèmes majeurs faciliterait les délibérations du Conseil directeur. Toutefois, si les réunions sur ces trois sujets étaient tenues à Washington, il était probable que seule la moitié environ des États Membres de l'Organisation serait en mesure de participer. Le Bureau ne disposait pas des fonds permettant de couvrir les frais de voyage, même pour les pays prioritaires. Une solution pourrait être d'organiser des réunions en face à face, mais d'offrir la possibilité d'une participation à longue distance à travers une plateforme web.

379. Un soutien à cette idée a été exprimé et on a noté que la discussion sur FENSA devrait être relativement courte, puisque la réunion ne concernerait pas le contenu du cadre de collaboration et examinerait simplement la façon dont il serait mis en œuvre dans la Région.

#### *B. Organisations sous-régionales*

380. M. Dean Chambliss (Chef du Département de la coordination des pays et sous-régionale du BSP) a décrit diverses résolutions et accords sur des questions liées à la santé adoptées par les entités d'intégration infrarégionale en Amérique centrale, dans les Caraïbes et en Amérique du Sud. Il a informé que le Conseil des ministres de la Santé

d'Amérique centrale (COMISCA) avait discuté le plan de santé pour l'Amérique centrale et la République dominicaine 2016-2020 et s'était engagé à inclure une approche des déterminants sociaux de la santé dans toutes les politiques du système d'intégration centraméricain. Un plan d'action infrarégional pour la prévention et la lutte contre la maladie à virus Zika en Amérique centrale et République dominicaine avait également été approuvé. Lors de la réunion d'octobre 2015 du secteur de la santé d'Amérique centrale et la République dominicaine (RESSCAD), les participants avaient convenu, entre autres, de répertorier les capacités pour aborder le protocole en vue de l'élimination du commerce illicite des produits du tabac, de participer aux réunions de l'OMS sur la mise en œuvre du Règlement sanitaire international et de renforcer la capacité technique des effectifs pour suivre l'usage des pesticides.

381. Dans la sous-région des Caraïbes, le Conseil pour le développement humain et social (COHSOD) de la Communauté des Caraïbes (CARICOM) avait discuté une évaluation de la Coopération des Caraïbes en santé III (CCH III) et l'élaboration de la nouvelle CCH IV. Le COHSOD avait également discuté des activités en cours concernant la couverture sanitaire universelle et l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH/sida, de stratégies pour accroître la couverture vaccinale et introduire de nouveaux vaccins, du renforcement des systèmes d'information en santé et du système caribéen de réglementation pour les médicaments et les technologies de la santé. Les chefs de gouvernement de la CARICOM s'étaient réunis pour se mettre d'accord sur les actions que prendraient les États Membres pour lutter contre la maladie à virus Zika.

382. En Amérique du Sud, la Réunion des Ministres de la Santé de la zone andine (REMSAA) avait discuté un plan andin pour la santé dans les zones frontalières. Il avait également discuté de l'achat de médicaments au travers du Fonds stratégique de l'OPS. REMSAA avait convenu d'une résolution sur l'élimination de la rage transmise par les chiens et d'une autre sur la sécurité du sang. Elle avait également discuté la gestion du risque de catastrophes, y compris les besoins des personnes handicapées, et avait convenu d'établir un plan sur la santé maternelle avec une approche interculturelle.

383. Lors d'une réunion spéciale tenue en février 2016, les ministres de la Santé du MERCOSUR avaient publié une déclaration sur l'importance de renforcer la lutte contre les vecteurs dans le contexte de la flambée de la maladie à virus Zika. UNASUR avait établi un accord avec l'OPS pour accroître l'accès aux médicaments à coûts élevés par le biais du Fonds stratégique. Un protocole d'entente entre l'OPS et UNASUR sur la coopération renforcée était actuellement en phase d'approbation formelle. Le Conseil de l'Alliance pacifique des vice-ministres de la Santé avait défini son programme sanitaire lors d'une réunion en juin 2015 et avait demandé par la suite l'appui technique de diverses organisations multilatérales, dont l'OPS.

384. Le Bureau était en train d'établir de nouvelles structures infrarégionales pour l'Amérique centrale et l'Amérique du Sud, qui renforceraient sa capacité d'appuyer les mécanismes d'intégration infrarégionale qui s'intéressaient de plus en plus aux questions

sanitaires. Les nouveaux bureaux infrarégionaux, qui seraient situés à San Salvador et à Lima, seraient opérationnels vers la fin de 2016.

385. Le Comité exécutif a exprimé son appréciation pour l'information fournie. Il a félicité le Bureau pour son rôle d'assistance aux organisations infrarégionales pour atteindre des accords significatifs sur les questions de santé, ainsi que pour son soutien aux prises de décision sur les mesures pour combattre la flambée de maladie à virus Zika.

386. Le Comité exécutif a pris note des rapports.

### **Clôture de la session**

387. Suivant l'échange habituel de politesses, le Président a déclaré la clôture de la 158<sup>e</sup> session du Comité exécutif.

### **Résolutions et décisions**

388. Les résolutions et décisions suivantes ont été adoptées par le Comité exécutif lors de sa 158<sup>e</sup> session :

#### ***Résolutions***

#### ***CE158.R1 : Recouvrement des contributions fixées***

#### ***LA 158<sup>e</sup> SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,***

Ayant examiné le Rapport sur le recouvrement des contributions fixées (documents CE158/23 et Add. I) ;

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

Notant que 24 États Membres ne se sont acquittés d'aucun paiement correspondant à leurs contributions fixées pour 2016,

#### ***DÉCIDE :***

1. De prendre note du Rapport sur le recouvrement des contributions fixées (documents CE158/23 et Add. I).
2. De remercier les États Membres pour leur engagement à s'acquitter de leurs obligations financières envers l'Organisation en faisant des efforts pour régler leurs contributions impayées.

3. De féliciter les États Membres qui se sont déjà acquittés de leurs paiements pour 2016 et d'exhorter les autres États Membres à s'acquitter de toutes leurs contributions impayées dès que possible.

4. De prier la Directrice de continuer à informer les États Membres de tout montant dû et de présenter un rapport au Conseil directeur sur la situation du recouvrement des contributions fixées.

(Première réunion, 20 juin 2016)

***CE158.R2 : Plan d'action pour la réduction des risques liés aux catastrophes 2016-2021***

***LA 158<sup>e</sup> SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,***

Ayant examiné le projet de *Plan d'action pour la réduction des risques liés aux catastrophes 2016-2021* (document CE158/21), qui inclut le rapport final du *Plan d'action sur la sécurité des hôpitaux* pour la période 2010-2015,

***DÉCIDE :***

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

**PLAN D'ACTION POUR LA RÉDUCTION  
DES RISQUES LIÉS AUX CATASTROPHES 2016-2021**

***LE 55<sup>e</sup> CONSEIL DIRECTEUR,***

Ayant examiné le *Plan d'action pour la réduction des risques liés aux catastrophes 2016-2021* (document CD55/\_\_), qui inclut le rapport final du *Plan d'action sur la sécurité des hôpitaux* pour la période 2010-2015 ;

Tenant compte des progrès accomplis dans la mise en œuvre des résolutions *Protection civile et réponse* (résolution CD45.R8) de 2004, *Hôpitaux surs : une initiative régionale sur les installations sanitaires résistantes aux catastrophes* (résolution CSP27.R14) de 2007 et *Plan d'action sur la sécurité des hôpitaux* (résolution CD50.R15) de 2010;

Observant que l'exécution du *Plan d'action sur la sécurité des hôpitaux* (document CD50/10) au cours de la période 2010-2015 a montré que les progrès accomplis et les défis relevés ont contribué à l'adoption de politiques et programmes nationaux sur la sécurité des hôpitaux, à l'exécution d'activités visant à ce que tous les nouveaux hôpitaux soient construits avec un niveau accru de protection, ainsi qu'à la mise en œuvre de mesures pour

lutter contre le changement climatique en matière d'adaptation aussi bien que d'atténuation des catastrophes pour renforcer les établissements de santé existants ;

Rappelant que le Programme de développement durable à l'horizon 2030, l'Accord de Paris sur les changements climatiques, le Programme d'action pour l'humanité et le Cadre de Sendai pour la réduction du risque de catastrophes 2015-2030 confirment que la santé de la population est une priorité dans la réduction du risque de catastrophes, et qu'il y aurait donc lieu de prêter une attention particulière à la capacité d'intervention en cas de phénomènes naturels, d'événements dérivés de l'activité de l'être humain, y compris ceux de type environnemental, biologique et radiologique, et de mettre l'accent sur l'accès aux services de soins médicaux postérieurs aux catastrophes, sur la satisfaction des besoins de groupes cibles prioritaires, comme ceux des personnes handicapées, sur les groupes ethniques et sur l'approche de genre, ainsi que sur les soins de santé mentale ;

Tenant compte des conclusions de la Réunion régionale des coordonnateurs de catastrophes sanitaires, tenue à Managua (Nicaragua) en octobre 2015 et lors de laquelle 29 pays et territoires de la Région ont identifié les progrès réalisés dans la réduction du risque de catastrophes et la priorisation de l'intervention par rapport aux lacunes existantes ;

Conscient de l'importance d'avoir un plan d'action qui permette aux États Membres de l'Organisation de mettre en œuvre des actions pour améliorer la protection de la santé de la population en cas d'urgences et de catastrophes,

***DÉCIDE :***

1. D'adopter et de mettre en œuvre le *Plan d'action pour la réduction des risques liés aux catastrophes 2016-2021* (document CD55/\_\_\_).
2. De prier instamment les États Membres :
  - a) de renforcer les programmes d'intervention en cas d'urgences et de catastrophes dans le secteur de la santé ;
  - b) d'incorporer la gestion du risque de catastrophes dans le secteur de la santé dans les politiques, plans et budgets nationaux, et de promouvoir l'intégration de la santé dans les stratégies et plans nationaux de réduction du risque de catastrophes ;
  - c) de promouvoir des initiatives en partenariat avec la communauté scientifique et technologique, le secteur universitaire et d'autres, pour rechercher, diffuser et partager les bonnes pratiques de gestion du risque de catastrophes dans le secteur de la santé, ainsi que de promouvoir ces pratiques lors de la formation des ressources humaines ;
  - d) de continuer d'exécuter l'initiative sur la sécurité des hôpitaux et d'incorporer les critères d'atténuation des effets des catastrophes et d'adaptation au changement climatique dans les politiques, la planification, la conception, la construction, le fonctionnement et l'accréditation des établissements de santé ;

- e) de renforcer au niveau national le développement et l'actualisation des connaissances et procédures des équipes d'intervention en cas d'urgences et de catastrophes ;
  - f) d'encourager l'établissement de réserves stratégiques et la bonne gestion de fournitures essentielles pour la préparation, la réponse et le relèvement rapide.
3. De demander à la Directrice :
- a) de collaborer avec les États Membres pour la coordination et l'exécution du *Plan d'action pour la réduction des risques liés aux catastrophes 2016-2021* aux niveaux national, infrarégional et régional ;
  - b) d'appuyer l'élaboration de méthodologies, de guides techniques et de systèmes d'information pour faciliter l'évaluation du risque de catastrophes ;
  - c) d'encourager le renforcement de partenariats avec des organismes spécialisés afin de mobiliser les ressources humaines et financières et la technologie nécessaires pour améliorer la gestion du risque de catastrophes ;
  - d) de faire rapport aux Organes directeurs sur les progrès accomplis et les limitations rencontrées dans l'exécution de ce plan d'action à la fin de chaque exercice biennal et d'élaborer une évaluation finale au cours de la dernière année d'application du plan.

(Première réunion, 20 juin 2016)

***CE158.R3 : Stratégie pour la prévention et la lutte contre les arboviroses***

***LA 158<sup>e</sup> SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,***

Ayant examiné le projet de stratégie pour la prévention et la lutte contre les arboviroses (document CE158/20, Rev. 1),

***DÉCIDE :***

Recommander au Conseil directeur d'adopter une résolution conformément aux termes suivants :

**STRATÉGIE POUR LA PRÉVENTION ET LA LUTTE  
CONTRE LES ARBOVIROSES**

***Le 55<sup>e</sup> CONSEIL DIRECTEUR,***

Ayant examiné la Stratégie pour la prévention et la lutte contre les arboviroses (document CD55/\_\_\_) ;



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

Considérant les facteurs environnementaux, sociaux et biologiques qui ont favorisé l'émergence et la réémergence des différents agents pathogènes dans le monde entier ;

Conscient des difficultés qui ont empêché le contrôle adéquat des moustiques, entraînant l'émergence et la propagation rapide dans la Région des Amériques des virus transmis par des vecteurs arthropodes (arbovirus) ;

Conscient de l'impact social et du fardeau économique causés par les flambées épidémiologiques et les épidémies d'arboviroses ;

Profondément préoccupé par les conséquences potentiellement sévères et les effets chroniques des nouvelles arboviroses dans la Région ;

Rappelant la résolution CD44.R9 de 2003, qui a adopté un nouveau modèle pour la prévention et la lutte contre la dengue avec la Stratégie de gestion intégrée pour la prévention et le contrôle de la dengue (IMS-Dengue) ;

Reconnaissant que le contexte épidémiologique actuel nécessite une stratégie pour aborder globalement les arboviroses,

***DÉCIDE :***

1. D'adopter la stratégie de prévention et de lutte contre les arboviroses (document CD55/\_\_) dans le contexte propre à chaque pays.
2. De prier instamment les États Membres, tenant compte des responsabilités partagées entre les États fédérés et des besoins et priorités de chacun :
  - a) de renforcer les systèmes de surveillance pour la détection précoce des arbovirus émergents et réémergents, ainsi que les systèmes de surveillance des flambées épidémiologiques et des épidémies ;
  - b) d'élaborer une stratégie de lutte contre les arboviroses (IMS-Arbovirus) qui prennent en compte les composants emblématiques de la stratégie de gestion intégrée pour la prévention et la lutte contre la dengue et qui intègre de nouveaux outils pour la surveillance vectorielle des arbovirus et la prévention prioritaire des populations à risque élevé ;
  - c) de renforcer les laboratoires de santé publique au niveau national afin d'assurer l'accès opportun aux services de détection, de diagnostic et de surveillance des arboviroses de chaque laboratoire, , ainsi que leur qualité ;

- d) de renforcer le Réseau des laboratoires de diagnostic des arbovirus dans les Amériques (RELDA) en souscrivant des accords entre les laboratoires et en établissant des canaux efficaces pour l'échange de matériel et de résultats scientifiques ;
  - e) de prioriser et de mobiliser les ressources nécessaires pour la mise en œuvre de la stratégie et chacune de ses composantes.
3. De demander à la Directrice :
- a) de soutenir la mise en œuvre de la stratégie pour maintenir et renforcer la collaboration entre le Bureau sanitaire panaméricain et les pays et territoires afin de combattre les arboviroses ;
  - b) de continuer de renforcer les activités de l'OPS et de l'OMS en vue de produire des données scientifiques sur l'ampleur, les tendances, les conséquences pour la santé et les facteurs de risque et de protection des maladies émergentes et réémergentes, nouvelles et endémiques, dans la Région ;
  - c) de continuer à soutenir les pays et territoires qui le demandent au moyen d'une assistance technique qui leur permette de renforcer les capacités de leurs systèmes de santé et de mener la surveillance des arboviroses de manière coordonnée ;
  - d) de faciliter la coopération de l'OPS avec les comités, les organes et les rapporteurs de droits de l'homme du système des Nations Unies et du système interaméricain afin d'assurer la mise en œuvre de la stratégie dans les pays et territoires de la Région ;
  - e) de donner la priorité à la surveillance et à la lutte contre les arboviroses et d'envisager la possibilité d'affecter les ressources nécessaires pour la mise en œuvre de la stratégie.

*(Deuxième session, 20 juin 2016)*

***CE158.R4 : Plan d'action pour l'élimination du paludisme 2016-2020***

***LA 158<sup>e</sup> SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,***

Ayant examiné le projet de *Plan d'action pour l'élimination du paludisme 2016-2020* (Document CE158/17, Rev. 1),

***DÉCIDE :***

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

## **PLAN D'ACTION POUR L'ÉLIMINATION DU PALUDISME 2016-2020**

### ***LE 55<sup>e</sup> CONSEIL DIRECTEUR,***

Ayant examiné le *Plan d'action pour l'élimination du paludisme 2016-2020* (Document CD55/\_\_), qui propose la mise en œuvre d'efforts pour accélérer l'élimination du paludisme, prévenir la réintroduction et atteindre les cibles proposées pour 2019 dans le Plan stratégique de l'OPS 2014-2019 ;

Reconnaissant les importants progrès accomplis en matière de réduction du fardeau du paludisme dans la Région durant la mise en œuvre de la *Stratégie et Plan d'action contre le paludisme dans les Amériques 2011-2015* (Résolution CD51.R9), tel que reflétés dans l'atteinte des cibles de la lutte antipaludique fixées dans les objectifs du Millénaire pour le développement, grâce aux efforts concertés des États Membres et des partenaires ;

Conscient qu'en dépit de ces progrès, le paludisme constitue toujours une menace sérieuse à la santé, au bien-être et à l'économie des peuples et nations des Amériques et qu'il a historiquement refait surface dans des régions où l'engagement et les efforts contre cette maladie s'étaient affaiblis ;

Conscient que les efforts d'élimination du paludisme nécessiteront une coordination renforcée entre les partenaires et parties prenantes, un examen et une mise à jour des politiques de lutte contre le paludisme et des cadres stratégiques pour accélérer les efforts d'élimination du paludisme, une surveillance soutenue et renforcée à tous les niveaux du système de santé, un engagement continu des parties prenantes et des approches adaptées aux spécificités contextuelles et à la préparation pour l'étape finale et au-delà ;

Considérant que la résolution WHA68.2 de l'Assemblée mondiale de la Santé, qui adopte la stratégie technique mondiale et les cibles de la lutte antipaludique pour la période 2016-2030, a une vision audacieuse d'un monde sans paludisme et vise à réduire les taux d'incidence et de mortalité du paludisme d'au moins 90 % à l'échelle mondiale d'ici à 2030, à éliminer la maladie dans au moins 35 nouveaux pays et à empêcher sa résurgence dans les pays qui en étaient exempts en 2015 ;

Reconnaissant que ce Plan d'action est la plate-forme de mise en œuvre de la stratégie mondiale,

### ***DÉCIDE :***

1. D'approuver le *Plan d'action pour l'élimination du paludisme 2016-2020* (Document CD55/\_\_).
2. De prier instamment les États Membres, tout en tenant compte de leurs contextes, besoins, vulnérabilités et priorités :

- a) d'affirmer l'importance continue de la lutte antipaludique comme une priorité sanitaire ;
  - b) d'examiner et mettre à jour les plans nationaux ou à en créer de nouveaux en vue de l'élimination du paludisme, d'investir les ressources nécessaires et d'avoir recours à des approches adaptées qui traitent les déterminants sociaux de la santé et assurent une collaboration interprogrammatique et une action intersectorielle ;
  - c) de renforcer l'engagement à l'égard des efforts de lutte contre le paludisme, y compris la coordination avec les autres pays et les initiatives infrarégionales pertinentes en matière de surveillance épidémiologique du paludisme, de gestion de la chaîne d'approvisionnement, de surveillance de la résistance aux antipaludiques et aux insecticides, ainsi que de suivi et d'évaluation ;
  - d) de garantir la disponibilité des fournitures nécessaires clés, y compris des antipaludiques, par une planification effective et une prévision des besoins et de l'utilisation, le cas échéant, de la part du Fonds régional renouvelable de l'OPS pour les fournitures stratégiques en matière de santé publique pour des achats groupés ;
  - e) de renforcer les services de santé et de les harmoniser de façon appropriée avec les directives et recommandations factuelles de l'OPS/OMS en matière de prévention du paludisme et de gestion des cas ;
  - f) de soutenir l'engagement des pays où le paludisme est endémique et de ceux où il ne l'est pas ainsi que de divers secteurs pour lutter contre la maladie, particulièrement en termes d'investissements soutenus ou accrus et de mise à disposition des ressources nécessaires ;
  - g) d'établir des stratégies intégrées et développer les capacités pour éliminer le paludisme et prévenir la reprise de la transmission avec une participation communautaire élargie pour que le processus aide à renforcer et à soutenir les systèmes de santé nationaux, les systèmes de surveillance, d'alerte et d'intervention, ainsi que d'autres programmes d'élimination de la maladie, en portant attention aux facteurs de genre, d'ethnicité et d'équité sociale ;
  - h) de continuer à intensifier les efforts en mettant l'accent sur les populations et groupes professionnels fortement exposés et vulnérables ;
  - i) d'appuyer l'engagement à l'égard de l'élaboration et de la mise en œuvre d'un programme de recherche qui traite des importantes lacunes en matière de connaissances et de technologie ainsi que sur le plan opérationnel en matière d'élimination du paludisme et divers contextes du travail antipaludique dans la Région.
3. De demander à la Directrice :
- a) d'appuyer la mise en œuvre du Plan d'action pour l'élimination du paludisme et de fournir une coopération technique, y compris les efforts de renforcement des capacités nécessaires pour que les pays puissent élaborer et mettre en œuvre des plans d'action nationaux ;

- b) de coordonner des efforts à l'échelle régionale pour éliminer la transmission locale du paludisme et prévenir sa réintroduction possible dans les zones exemptes de paludisme, en collaboration avec les pays et les partenaires ;
- c) de fournir des conseils sur la mise en œuvre de plans stratégiques nationaux sur la lutte contre le paludisme ;
- d) de continuer à préconiser la mobilisation active de ressources entre les pays, ainsi qu'à l'échelle mondiale, et d'encourager une collaboration étroite pour établir des partenariats stratégiques qui soutiennent la mise en œuvre d'efforts nationaux et transfrontaliers, y compris ceux qui visent les populations vulnérables et difficiles à atteindre ;
- e) d'avoir recours à des approches adaptées qui traitent les déterminants sociaux de la santé et d'assurer une collaboration interprogrammatique et une action intersectorielle ;
- f) de faire rapport aux organes directeurs sur les progrès accomplis dans la mise en œuvre du Plan d'action et la réalisation de ses cibles, tant à mi-parcours qu'à la fin de la période de mise en œuvre.

*(Deuxième réunion, le 20 juin 2016)*

***CE158.R5 : Désignation d'un membre auprès du Comité d'audit de l'OPS***

***LA 158<sup>e</sup> SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,***

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

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

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

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

***DÉCIDE :***

1. De remercier la Directrice du BSP et le Sous-comité du programme, du budget et de l'administration pour le travail exhaustif effectué de sorte à identifier et désigner des candidats hautement qualifiés auprès du Comité d'audit de l'OPS.

2. De remercier Madame Amalia Lo Faso pour ses années de service au sein du Comité d'audit de l'OPS.
3. De désigner M. Claus Andreasen comme membre du Comité d'audit de l'OPS pour un mandat de trois ans, à savoir de juin 2016 à juin 2019.

*(Troisième réunion, le 21 juin 2016)*

***CE158.R6 : Recouvrement des contributions fixées Plan d'action pour la prévention et la lutte contre le VIH et les infections sexuellement transmissibles 2016-2021***

***LA 158<sup>e</sup> SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,***

Ayant examiné le projet de *Plan d'action pour la prévention et la lutte contre le VIH et les infections sexuellement transmissibles 2016-2021* (Document CE158/18, Rev. 1),

***DÉCIDE :***

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

**PLAN D'ACTION POUR LA PRÉVENTION ET LA LUTTE CONTRE LE VIH ET LES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES 2016-2021**

***LE 55<sup>e</sup> CONSEIL DIRECTEUR,***

Ayant examiné le *Plan d'action pour la prévention et la lutte contre le VIH et les infections sexuellement transmissibles 2016-2021* (Document CD55/\_\_),

Considérant que le Plan est en conformité avec les stratégies mondiales du secteur de la santé sur le VIH et les infections sexuellement transmissibles (IST) de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) pour la période 2016-2021, la Stratégie mondiale (2016-2021) du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) ainsi qu'avec l'objectif de développement durable (ODD) 3,<sup>1</sup> et considérant qu'il prévoit un objectif précis à long terme pour mettre fin aux épidémies de sida et d'IST en tant que problèmes de santé publique dans les Amériques d'ici à 2030 ;

Se référant au projet de résolution de l'Assemblée mondiale de la Santé de 2016 à l'appui de plans et stratégies visant à atteindre l'objectif précité à l'échelle mondiale ;

---

<sup>1</sup> Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge (Résolution 70/1 adoptée par l'Assemblée générale de l'ONU en 2015).

Conscient de l'incidence de ces épidémies dans les Amériques, en particulier parmi les populations clés et d'autres populations prioritaires en situation de vulnérabilité ;

Reconnaissant qu'il est nécessaire de diminuer et d'éliminer le fléau de l'ostracisme, de la discrimination et de la violation des droits de l'homme des populations clés et des personnes vivant avec le VIH ;

Réaffirmant que le Plan offre une continuité et fait fond sur les acquis du précédent Plan stratégique régional sur le VIH/sida/MST (2006-2015) ainsi que sur la Stratégie et le Plan d'action pour l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis congénitale (2010-2015) ;

Conscient de l'effet de synergie produit par l'exécution de ce Plan avec d'autres plans et stratégies de l'OPS approuvés par les organes directeurs ;

Prenant en compte le fait que le Plan illustre les priorités et l'engagement des États Membres, de la société civile et des institutions multilatérales et bilatérales à l'égard de l'élimination des épidémies de sida et d'IST dans les Amériques en tant que problème de santé publique d'ici à 2030,

**DÉCIDE :**

1. D'approuver le *Plan d'action pour la prévention et la lutte contre le VIH et les infections sexuellement transmissibles 2016-2021* (Document CD55/\_\_\_).
2. De prier instamment les États Membres, selon qu'il convient et en tenant compte de leurs conjonctures, de leurs besoins et de leurs priorités :
  - a) de continuer de privilégier la prévention et la lutte contre le VIH et les IST dans les programmes d'action nationaux du secteur de la santé publique et des secteurs sociaux ;
  - b) de renforcer la gestion et la gouvernance en matière de riposte au VIH et aux IST, avec la participation active de la société civile, pour assurer des interventions efficaces et coordonnées faisant intervenir de multiples secteurs et programmes ;
  - c) de formuler, examiner et adapter les stratégies et plans nationaux concernant le VIH et les IST, y compris l'établissement de cibles et d'objectifs nationaux pour 2020 et 2030, pour les rendre en conformité avec les stratégies, plans et cibles établis aux niveaux mondial et régional, et de faire rapport régulièrement sur les progrès accomplis ;
  - d) de renforcer des systèmes intégrés d'information stratégique pour décrire l'épidémie de VIH et d'IST ainsi que la continuité des services s'y rapportant, en approfondissant le degré de granularité des données concernant les analyses au niveau infranational, en matière de genre et autres analyses concernant l'équité ;

- e) de concevoir et examiner régulièrement les règles et directives établies conformément aux dernières recommandations de l'OMS et aux données scientifiques ;
- f) de mettre en œuvre des interventions à fort impact dans la continuité de la promotion de la santé et de la prévention, du diagnostic, de la prise en charge et du traitement du VIH et des IST, en les adaptant aux besoins des populations clés et d'autres populations en situation de vulnérabilité et en les fondant sur les caractéristiques épidémiques des localités, tout en considérant la gestion intégrée des infections opportunistes, des autres co-infections et des comorbidités ;
- g) de poursuivre les interventions déjà en place pour prévenir la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis congénitale en accordant une attention particulière au diagnostic et au traitement de la syphilis chez la mère, de même qu'à la seconde phase de la stratégie d'élimination, laquelle comprend l'élimination de la transmission mère-enfant d'autres infections d'intérêt pour la santé publique, comme l'hépatite B et la maladie de Chagas dans les zones endémiques ;
- h) d'élaborer et exécuter des stratégies et des plans à l'appui de la prévention et de la lutte contre la résistance aux antimicrobiens en accordant une attention particulière à la pharmacorésistance du gonocoque et du VIH, et de renforcer les capacités des laboratoires nationaux à surveiller cette résistance ;
- i) d'adapter la prestation de services associés au VIH et aux IST en se basant sur une approche centrée sur l'être humain et la communauté, par le biais d'équipes multidisciplinaires, dont des prestataires non spécialistes ayant reçu une formation, et un réseau intégré de services sanitaires qui accroissent la capacité résolutive au niveau des soins de première intention, afin de répondre aux besoins cliniques et psychosociaux des personnes vivant avec le VIH, des populations clés et d'autres populations en situation de vulnérabilité en fonction de l'épidémie présente dans la localité, selon des approches adaptées à la réalité culturelle et linguistique et à l'âge des patients, pour parvenir à l'équité, maximiser l'impact, assurer la qualité et éliminer les phénomènes d'ostracisme et de discrimination ;
- j) d'améliorer l'intégration des services associés au VIH et aux IST afin d'aborder de manière adéquate la santé maternelle et infantile, la santé sexuelle et génésique et les co-infections liées au VIH, en particulier la tuberculose-VIH, ainsi que les comorbidités, dont des interventions précises visant la réduction des torts causés par les troubles de pharmacodépendance et de consommation d'alcool, ainsi que l'identification et le traitement précoces des maladies mentales ;
- k) de renforcer les capacités des laboratoires en matière de dépistage et de diagnostic du VIH, des IST, des infections opportunistes et d'autres co-infections, ainsi qu'en matière de surveillance clinique, en s'appuyant sur les dernières recommandations de l'OMS, en privilégiant l'emploi de tests de diagnostic ayant fait l'objet d'une préqualification de l'OMS, et en assurant l'observance de pratiques d'assurance qualité ;



- l) d'assurer un approvisionnement ininterrompu en vaccins, médicaments, tests de diagnostic et préservatifs de qualité assurée et abordables ainsi qu'en autres fournitures stratégiques associées au VIH, aux IST et aux infections opportunistes, par le renforcement des processus et de la structures de gestion de la chaîne d'approvisionnement, notamment les prévisions, l'approvisionnement, l'entreposage et la distribution ;
- m) de renforcer les capacités techniques et les compétences des personnels de santé des pays, et d'aborder et d'éliminer par ailleurs l'ostracisme, la discrimination et les autres formes de violation des droits de l'homme dans le secteur sanitaire ;
- n) de faciliter l'autonomisation de la société civile et de l'habiliter à participer à la promotion de la santé durable et efficace, ainsi qu'aux services de prévention, de prise en charge et de traitement du VIH et des IST ;
- o) d'accroître et optimiser les financements publics dans un contexte d'équité et d'efficacité pour la viabilité de la riposte au VIH et aux IST, et d'intégrer les interventions de prévention, de prise en charge et de traitement à des services de santé intégraux, de qualité, universels et progressivement élargis, en fonction des besoins, et selon une approche centrée sur l'être humain, en faisant remarquer que dans la plupart des cas, un taux de 6 % du PIB en dépenses publiques pour le secteur sanitaire constitue un point de repère utile ;
- p) d'améliorer l'efficacité dans l'approvisionnement en fournitures stratégiques au moyen de mécanismes régionaux et infrarégionaux visant la négociation des prix et l'approvisionnement, y compris le Fonds renouvelable régional pour les fournitures stratégiques en matière de santé publique (Fonds stratégique).

3. De demander à la Directrice :

- a) de soutenir la mise en œuvre de ce Plan d'action au moyen d'une approche coordonnée et interprogrammatique de la coopération technique visant à l'intégration de la riposte au VIH et aux IST dans le contexte de la stratégie globale sur l'accès à la santé et la couverture sanitaire universelle et en rapport avec d'autres stratégies et plans régionaux ;
- b) de fournir un appui aux États Membres au titre de l'élaboration et de l'examen de stratégies et plans nationaux sur le VIH et les IST, y compris l'établissement de cibles et les examens programmatiques afin d'assurer le suivi des progrès accomplis ;
- c) de fournir un appui technique aux États Membres pour renforcer les systèmes d'information et les stratégies de surveillance et de suivi du VIH et des IST, et de consolider la capacité des pays à produire des informations stratégiques de qualité sur le VIH et les IST ;
- d) de fournir un appui technique aux États Membres pour l'élaboration et l'examen de politiques générales et de règles et pour l'exécution d'interventions à fort impact en observant la continuité des services de prévention, de diagnostic, de prise en charge

- et de traitement du VIH et des IST, en s'appuyant sur les dernières recommandations de l'OMS et en assurant la qualité et l'équité ;
- e) de fournir un appui aux pays pour qu'ils accélèrent les progrès accomplis en vue de l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis congénitale ainsi que d'autres infections transmises de cette manière et qui constituent un intérêt de santé publique, comme l'hépatite B et la maladie de Chagas dans les régions endémiques, et de coordonner le processus de validation de l'élimination au niveau régional ;
  - f) de défendre la cause d'un climat propice, garant de l'accès à la santé pour les personnes vivant avec le VIH, les populations clés et autres populations en situation de vulnérabilité, en favorisant, à la demande des États Membres, des politiques générales, des directives et des instruments de droits de l'homme liés à la santé qui traitent des inégalités entre les sexes, de violence sexiste, d'ostracisme et de discrimination ainsi que d'autres restrictions des droits de l'homme ;
  - g) de défendre la cause d'une autonomisation des personnes et des collectivités et de plaider en faveur de leur participation utile, efficace et durable dans l'apport de soins ;
  - h) de défendre la cause d'un renforcement des capacités des ressources humaines au niveau national afin que les agents fournissent des soins de santé qui soient de bonne qualité et centrés sur l'être humain, sans ostracisme ni discrimination ;
  - i) de défendre la cause d'un financement intégral de la riposte au VIH et aux IST et de l'intégration des interventions de prévention, de prise en charge et de traitement du VIH et des IST dans des services de santé qui soient complets, de qualité, et universels et dont la couverture est progressivement élargie en fonction des besoins, tout en adoptant une approche centrée sur l'être humain ;
  - j) de fournir un appui aux États Membres au moyen du Fonds stratégique de l'OPS pour améliorer les processus d'approvisionnement, de gestion y relative et de distribution afin d'assurer un accès ininterrompu à des vaccins, des médicaments, des tests de diagnostic, des préservatifs et d'autres fournitures liées au VIH et aux IST qui soient de qualité assurée et abordables, en conformité avec le processus de préqualification de l'OMS ;
  - k) de présenter un examen à mi-parcours aux organes directeurs en 2018 et un rapport final en 2021.

*(Quatrième réunion, le 21 juin 2016)*

***CE158.R7 : Méthodologie du cadre de stratification des priorités programmatiques du Plan stratégique de l'OPS***

***LA 158<sup>e</sup> SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,***

Ayant examiné la *Méthodologie du cadre de stratification des priorités programmatiques du Plan stratégique de l'OPS* proposée (document CE158/13) ;

Tenant compte de l'importance d'avoir une méthodologie robuste, détaillée et objective pour orienter la mobilisation et l'allocation des ressources pour l'Organisation, en conformité aux bonnes pratiques pour la planification stratégique, les approches scientifiques et les valeurs et la vision stratégique de l'OPS ;

Reconnaissant le travail de collaboration du Bureau sanitaire panaméricain (BSP) avec le groupe consultatif du Plan stratégique de l'OPS, y compris l'enthousiasme et l'engagement manifestés par le groupe pour s'acquitter du mandat confié par le 53<sup>e</sup> Conseil directeur (résolution CD53.R3 [2014]),

***DÉCIDE :***

De recommander que le 55<sup>e</sup> Conseil directeur adopte une résolution rédigée selon les termes suivants :

**MÉTHODOLOGIE DU CADRE DE STRATIFICATION DES PRIORITÉS  
PROGRAMMATIQUES DU PLAN STRATÉGIQUE DE L'OPS**

***LE 55<sup>e</sup> CONSEIL DIRECTEUR,***

Ayant examiné la *Méthodologie du cadre de stratification des priorités programmatiques du Plan stratégique de l'OPS* (document CD55/\_\_) ;

Tenant compte de l'importance d'avoir une méthodologie robuste, objective, et systématique pour mettre en œuvre le cadre de stratification des priorités programmatiques du Plan stratégique de l'OPS ;

Rappelant la demande émanant du 53<sup>e</sup> Conseil directeur en 2014 (résolution CD53.R3) à la Directrice de « continuer à entamer des consultations avec les États Membres afin de perfectionner le cadre pour la stratification des priorités programmatiques et de l'appliquer aux programmes et budgets futurs » dans le but de corriger les faiblesses, dont le parti pris potentiel dans la méthodologie originale qui pourraient avoir eu pour résultat de donner plus de poids – et donc, des classements plus élevés – aux programmes axés sur les maladies et le fait que la méthodologie ne tenait pas compte des changements dans le paradigme régional et mondial de la santé publique ;

Reconnaissant la contribution, la collaboration et l'engagement précieux du Groupe consultatif du Plan stratégique<sup>1</sup> dans ses conseils au BSP sur la conduite d'analyses complètes d'établissement des priorités afin de perfectionner la méthodologie Hanlon adaptée à l'OPS ;

Reconnaissant le rôle qu'un établissement des priorités objectif et systématique peut avoir dans le processus de planification stratégique et de prise de décision, particulièrement dans le contexte de multiples demandes et de limitations des ressources ;

Reconnaissant l'importance d'avoir une méthodologie scientifique conforme au contexte, aux valeurs et à la vision stratégique de l'Organisation, y compris l'incorporation de nouvelles composantes telles que l'équité et le facteur de positionnement institutionnel de l'OPS (la valeur ajoutée de l'Organisation) qui sont uniques à la méthodologie perfectionnée de la méthodologie Hanlon adaptée à l'OPS,

**DÉCIDE :**

1. D'approuver la *Méthodologie du cadre de stratification des priorités programmatiques du Plan stratégique de l'OPS*.
2. D'encourager la sensibilisation au fait que la méthodologie Hanlon adaptée à l'OPS représente un outil utile dans l'établissement des priorités en santé publique dans la Région et au niveau mondial.
3. De prier instamment les États Membres, comme il se doit et tenant compte de leur contexte national :
  - a) de participer activement aux consultations nationales et d'appliquer la méthodologie d'une manière objective et systématique au titre du processus pour l'établissement du Programme et budget 2018-2019 ;
  - b) de considérer l'adoption, l'adaptation et l'utilisation de cette méthodologie au niveau national, dans la mesure où elle est appropriée et pertinente, afin de mieux informer l'établissement des priorités, orientant ainsi l'allocation de ressources limitées là où elles peuvent avoir le plus grand impact sur la santé publique.
4. De demander à la Directrice :

---

<sup>1</sup> À la demande des États Membre, la Directrice a établi le groupe consultatif du plan stratégique en octobre 2014 pour offrir des conseils et des contributions concernant la mise en œuvre du processus conjoint de suivi et évaluation et le perfectionnement du cadre de stratification programmatique du Plan stratégique de l'OPS 2014-2019 (résolution CD53.R3). Il est composé de 12 membres désignés par les ministres de la Santé des Bahamas, du Brésil, du Canada, du Chili, du Costa Rica, d'El Salvador, de l'Équateur, des États-Unis d'Amérique, de la Jamaïque, du Mexique, du Paraguay et du Pérou. Le groupe est présidé par le Mexique et co-présidé par l'Équateur ; le Canada assume la direction technique de l'examen de la méthodologie.

- a) d'appliquer la méthodologie pour le développement et la mise en œuvre du Programme et budget 2018-2019 en étroite collaboration avec les États Membres et les partenaires ;
- b) d'appuyer les consultations nationales dans tous les pays et territoires de la Région, tout en promouvant l'application uniforme de la méthodologie conformément aux composantes, critères et directives, dans un effort visant à obtenir l'image la plus claire et la plus précise des priorités de santé publique de la Région ;
- c) de faire rapport sur l'application de la stratification programmatique pour la mobilisation et l'allocation des ressources dans l'évaluation finale du Plan stratégique de l'OPS 2014-2019 devant être présentée en 2020 ;
- d) de soutenir la publication de la méthodologie Hanlon adaptée à l'OPS afin de contribuer au savoir scientifique régional et mondial pour l'établissement des priorités en santé publique et de promouvoir cette innovation et ses résultats en tant que bonne pratique et exemple du travail de collaboration du BSP et des États Membres ;
- e) de consulter les États Membres sur les mises à jour et améliorations nécessaires de la méthodologie pour de futurs plans stratégiques et programmes et budgets en tenant compte des enseignements tirés et des expériences d'exercices biennaux antérieurs.

(Cinquième réunion, 22 juin 2016)

***CE158.R8 : Plan d'action pour l'élimination des maladies infectieuses négligées et activités après la phase d'élimination 2016-2022***

***LA 158<sup>e</sup> SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,***

Ayant examiné la proposition de *Plan d'action pour l'élimination des maladies infectieuses négligées et activités après la phase d'élimination 2016-2022* (Document CE158/19),

***DÉCIDE :***

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

**PLAN D'ACTION POUR L'ÉLIMINATION DES MALADIES INFECTIEUSES  
ÉGLIGÉES ET ACTIVITÉS APRÈS LA PHASE D'ÉLIMINATION 2016-2022**

***LE 55<sup>e</sup> CONSEIL DIRECTEUR,***

Ayant examiné le *Plan d'action pour l'élimination des maladies infectieuses négligées et activités après la phase d'élimination 2016-2022* (Document CD55/\_\_\_) ;

Considérant que l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a fourni un cadre général pour relever le défi de la prévention, de l'élimination et de la lutte contre les maladies tropicales négligées au niveau mondial ;

Considérant le Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017, le Plan stratégique de l'Organisation panaméricaine de la Santé 2014-2019 (Document officiel 345 [2014]), le Rapport sur la 16<sup>e</sup> Réunion interaméricaine au niveau ministériel sur la santé et l'agriculture (RIMSA 16) (Document CD52/INF/3 [2013]), le Plan d'action sur la santé dans toutes les politiques (Résolution CD53.R2 [2014], la Stratégie pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle (Résolution CD53.R14 [2014]) et le document de réflexion sur la santé et les droits de l'homme (Résolution CD50.R8 [2010]) ;

Reconnaissant l'incidence des maladies infectieuses négligées sur la morbidité et la mortalité, le handicap et la stigmatisation dans la région des Amériques, en particulier au sein des populations à risque élevé et des groupes en situation de vulnérabilité ;

Reconnaissant que les maladies infectieuses négligées reflètent et accentuent les inégalités en matière de couverture des services de santé car elles affectent les populations marginalisées sur le plan économique ;

Reconnaissant que les mesures de prévention et de traitement des maladies infectieuses négligées mises en œuvre dans l'enfance et chez les femmes en âge de procréer dans la Région peuvent protéger ces groupes vulnérables contre des maladies aiguës et chroniques, éviter les décès prématurés et réduire les risques de handicap et de stigmatisation ;

Reconnaissant que certaines maladies infectieuses négligées constituent également un risque pour la population active périurbaine, rurale et agricole dans la Région et portent atteinte au développement économique des personnes, des familles et des communautés à risque ;

Reconnaissant que, dans la Région, il existe des preuves de l'élimination et de l'interruption de la transmission de plusieurs maladies infectieuses négligées prioritaires et de l'élimination en tant que problème de santé publique d'autres maladies infectieuses négligées ;

Reconnaissant que certains pays qui ont éliminé les maladies infectieuses négligées ont mis en place des mesures de suivi/surveillance pour la phase post-élimination en vue de prévenir la réintroduction ou la recrudescence et de consolider la pérennité ;

Considérant que la prévention, l'élimination, le contrôle élargi et le suivi/surveillance après la phase d'élimination des maladies infectieuses négligées dans la Région sont possibles dans chaque pays et territoire dans un avenir prévisible,

**DÉCIDE :**

1. D'approuver le *Plan d'action pour l'élimination des maladies infectieuses négligées et activités après la phase d'élimination 2016-2022* (Document CD55/\_\_\_).
2. De prier instamment tous les États Membres, en tenant compte de leur situation épidémiologique, du contexte national et des priorités :
  - a) de prioriser les maladies infectieuses négligées et leur élimination en tant que priorité essentielle de santé publique, en promouvant une réponse globale intégrée basée sur les recommandations de l'OPS/OMS et en établissant des cibles spécifiques pour relever les défis que posent ces maladies dans le but d'en éliminer le plus grand nombre possible d'ici à 2022 ou avant ;
  - b) de favoriser des alliances, des initiatives, des synergies et des activités inter-programmatiques au sein et en dehors du système de santé, en faisant participer l'ensemble des partenaires concernés et des parties prenantes, y compris la société civile, aux activités de prévention, d'élimination, de contrôle et de surveillance après la phase d'élimination des maladies infectieuses négligées ;
  - c) de promouvoir des mécanismes dans chaque pays pour assurer la professionnalisation et la stabilité du personnel technique et la continuité politique des stratégies programmatiques ;
  - d) de mettre en place des stratégies spécifiques de surveillance et de gestion intégrée des vecteurs des maladies infectieuses négligées, de renforcement de la prévention de certaines zoonoses négligées au moyen d'une approche de santé publique vétérinaire/Une seule santé, y compris par l'entremise de la collaboration avec les domaines de la santé et de la production animales, d'actions de sensibilisation et d'éducation pour les populations clés négligées et les groupes vivant dans des conditions vulnérables, avec la participation des communautés touchées et des principales parties prenantes ;
  - e) de soutenir la promotion du traitement, de la réadaptation et des services de soutien connexes grâce à une approche axée sur la prise en charge intégrée de la morbidité et la prévention des incapacités pour les personnes et les familles touchées par ces maladies infectieuses négligées qui entraînent des incapacités et occasionnent une stigmatisation ;

- 
- f) d'appuyer l'élaboration de politiques, règlements, normes et capacités liés à la santé au niveau national pour la surveillance, le dépistage, le diagnostic, les soins et le traitement des maladies infectieuses négligées tant au sein qu'en dehors des établissements de santé (selon les orientations normatives fondées sur des preuves élaborées par l'OPS et l'OMS), et assurer leur mise en œuvre, leur suivi et leur évaluation périodique ;
  - g) de promouvoir la collaboration et la coordination entre les pays pour le suivi des progrès accomplis vers les objectifs d'élimination et de suivi/surveillance après la phase d'élimination ;
  - h) d'assurer l'inclusion de médicaments, diagnostics et fournitures liés à l'élimination des maladies infectieuses négligées dans les listes et les formulaires nationaux de médicaments essentiels, de négocier l'importation accélérée des médicaments avec les autorités nationales réglementaires, douanières et fiscales et de favoriser l'accès à ces médicaments par le biais de processus de négociation des prix et des mécanismes d'achats nationaux et régionaux comme le Fonds renouvelable régional de l'OPS pour les fournitures de santé publique stratégiques ;
  - i) de renforcer la capacité des pays à générer et diffuser des informations (et cartographies) stratégiques en temps voulu et de qualité sur les maladies infectieuses négligées, ventilées par âge, sexe et groupe ethnique ;
  - j) de soutenir l'élaboration de stratégies intégrées pour la fourniture d'eau potable, l'assainissement de base et l'hygiène, l'amélioration des conditions de logement, la promotion de la santé et l'éducation, la lutte contre les vecteurs et la santé publique vétérinaire reposant sur des approches intersectorielles, en tenant compte et en traitant des déterminants sociaux de la santé, pour l'élimination des maladies infectieuses négligées, et d'assumer un rôle de chef de file pour défendre cet accès au plus haut niveau d'autorité ;
  - k) d'éliminer les obstacles liés au genre ainsi que les obstacles géographiques, économiques, socioculturels, juridiques et organisationnels, qui empêchent l'accès équitable universel à des services de santé complets pour les personnes touchées par des maladies infectieuses négligées, conformément à la Stratégie de l'OPS pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle.
3. De prier la Directrice :
- a) d'établir un groupe consultatif technique sur l'élimination et l'interruption de la transmission interhumaine des maladies infectieuses négligées qui serait en mesure de conseiller le BSP et, par son entremise, les États Membres ;
  - b) de soutenir la mise en œuvre du Plan d'action, en particulier en ce qui concerne le renforcement des services pour une surveillance et une prise en charge des cas innovantes et intensifiées (surveillance, dépistage, diagnostic, soins et traitement) et la chimiothérapie préventive des maladies infectieuses négligées dans le cadre de l'élargissement des soins de santé primaires et de la couverture sanitaire universelle dans la Région des Amériques ;
-



- c) d'appuyer les États Membres dans le renforcement des systèmes d'information nationaux et régionaux et des systèmes de surveillance des maladies infectieuses négligées afin de suivre les progrès sur le plan du contrôle et de l'élimination et d'appuyer la prise de décisions dans les pays en fonction de leur statut épidémiologique ;
- d) de fournir une assistance technique aux États Membres pour intensifier les actions visant à éliminer les maladies infectieuses négligées, ainsi que pour renforcer la gestion intégrée des vecteurs de ces maladies et la prévention de certaines zoonoses négligées dans le cadre d'une approche de santé publique vétérinaire/Une seule santé, conformément aux priorités nationales ;
- e) de soutenir les États Membres en améliorant l'accès à des médicaments et des fournitures abordables pour les maladies infectieuses négligées, notamment au moyen de processus de négociation des prix et d'autres mécanismes pour des achats durables ;
- f) de promouvoir des partenariats stratégiques, des alliances et la coopération technique entre les pays de la Région dans la mise en œuvre des activités prévues dans ce Plan d'action compte tenu de l'objectif, dans un futur prévisible, d'élimination et d'interruption de la transmission interhumaine de certaines maladies infectieuses négligées dans les Amériques ;
- g) de présenter aux Organes directeurs une évaluation à mi-parcours en 2019 ainsi qu'un rapport final d'évaluation en 2023.

(Sixième réunion, 22 juin 2016)

***CE158.R9 : Analyse des mandats de l'Organisation panaméricaine de la Santé***

***LA 158<sup>e</sup> SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,***

Ayant examiné le rapport intitulé *Analyse des mandats de l'Organisation panaméricaine de la Santé* (document CE158/22),

***DÉCIDE :***

De recommander que le Conseil directeur adopte une résolution formulée comme suit :

**ANALYSE DES MANDATS DE  
L'ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ**

***LE 55<sup>e</sup> CONSEIL DIRECTEUR,***

Ayant examiné le rapport intitulé *Analyse des mandats de l'Organisation panaméricaine de la Santé* (document CD55/\_\_), lequel présente le statut des résolutions adoptées par le Conseil directeur et par la Conférence sanitaire panaméricaine, en leur qualité de Comité régional de l'OMS pour les Amériques, au cours des 17 dernières années (1999-2015), et présente aussi des recommandations concernant les résolutions à considérer comme caduques et concernant les exigences en matière de rapports ;

Notant que plusieurs résolutions n'ont pas d'exigences définies pour ce qui est de soumettre un rapport aux Organes directeurs,

***DÉCIDE :***

1. D'entériner les recommandations contenues dans le rapport intitulé *Analyse des mandats de l'Organisation panaméricaine de la Santé* (document CD55/\_\_) concernant les résolutions à considérer comme caduques et concernant la soumission de rapports ; en d'autres termes, d'instaurer une pratique consistant à soumettre des rapports selon des délais fixés et de déclarer caduques les résolutions qui ont été entièrement remplacées par des résolutions ultérieures, ou dont on considère que les engagements ont été remplis.
2. De demander à la Directrice :
  - a) de maintenir la pratique consistant à définir les exigences relatives à la soumission de rapports sur la mise en œuvre des résolutions, en fixant une date limite précise pour faire rapport au Conseil directeur ou à la Conférence sanitaire panaméricaine ;
  - b) de présenter des analyses similaires portant sur les résolutions au moins tous les trois ans, afin de déclarer certaines résolutions caduques au besoin.

*(Sixième réunion, 22 juin 2016)*

***CE158.R10 : Amendements au statut et au Règlement du personnel du BSP***

***LA 158<sup>e</sup> SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,***

Ayant examiné les amendements au Règlement du personnel du Bureau sanitaire panaméricain soumis par la Directrice à l'annexe A du document CE158/31 ;

Prenant en considération l'approbation, par l'Assemblée générale des Nations Unies, du barème modifié des traitements de base minimaux pour les administrateurs et les fonctionnaires de rang supérieur ;

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

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

***DÉCIDE :***

1. De confirmer, conformément à l'article 020 du Règlement du personnel, les amendements au Règlement du personnel qui ont été apportés par la Directrice, entrant en vigueur à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2016, concernant la responsabilité financière, la notification et la date effective de changement de statut, les congés annuels, l'approbation, la déclaration et la comptabilisation des congés, de même que l'examen médical avant la cessation de service (voir annexe).
2. De fixer le traitement annuel du Sous-directeur adjoint du Bureau sanitaire panaméricain, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2016, à US\$ 175 034 avant l'impôt, ce qui a pour résultat un traitement net modifié de \$136 024 (taux avec personnes à charge) ou de \$123 080 (taux sans personne à charge).
3. De fixer le traitement annuel du Directeur adjoint du Bureau sanitaire panaméricain, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2016, à \$176 463 avant l'impôt, ce qui a pour résultat un traitement net modifié de \$137 024 (taux avec personnes à charge) ou de \$124 080 (taux sans personne à charge).
4. De fixer le traitement annuel du Directeur du Bureau sanitaire panaméricain, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2016, à \$194 136 avant l'impôt, ce qui a pour résultat un traitement net modifié de \$149 395 (taux avec personnes à charge) ou de \$134 449 (taux sans personne à charge).

Annexe

## Annexe

**AMENDEMENTS PROPOSÉS AU STATUT ET  
AU RÈGLEMENT DU PERSONNEL DU BSP**

**130 Responsabilité financière**

Le personnel doit faire preuve de diligence raisonnable dans tout domaine concernant les intérêts financiers de l'Organisation, ses ressources matérielles et humaines, ses biens et ses actifs.

**580 Notification et date effective de changement de statut**

...

**580.2** Le membre du personnel sera notifié par écrit à l'avance de toute réduction de classe ou de salaire, la période de préavis étant la même que celle spécifiée pour la cessation de service dans l'article 1050.3 du Règlement du personnel.

**630 Congés annuels**

...

**630.3** Les congés annuels s'accumulent pour tout le personnel à l'exception de :

...

**630.3.3** ceux en congé de maladie couverte par l'assurance au-delà de 30 jours ;

**670 Approbation, déclaration et comptabilisation des jours de congé**

L'approbation de congé au titre des articles 625, 630, 640, 650 et 655 du Règlement du personnel est fonction des exigences de service et doit être autorisée à l'avance par les administrateurs autorisés. Les circonstances personnelles du membre du personnel seront prises en considération dans la mesure du possible. Il est de la responsabilité du membre du personnel d'assurer que tout congé pris est promptement déclaré et comptabilisé.

**1085 Examen médical avant cessation de service**

Avant cessation de service, un membre du personnel peut être tenu de se soumettre à un examen médical par le médecin du personnel ou par un médecin désigné par le Bureau. Si un membre du personnel ne se soumet pas à cet examen médical dans un délai raisonnable fixé par le Bureau, et dépose ensuite une plainte contre le Bureau pour une maladie ou une blessure qui se serait produite avant la date effective de cessation de service, sa plainte ne sera pas recevable ; de plus, la date effective de cessation de service ne sera pas affectée.

*(Septième réunion, 23 juin 2016)*

***CE158.R11 : La santé des migrants***

***LA 158<sup>e</sup> SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,***

Ayant examiné le projet de document de politique *La santé des migrants* (Document CE158/16, Rev. 1),

***DÉCIDE :***

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

**LA SANTÉ DES MIGRANTS**

***LE 55<sup>e</sup> CONSEIL DIRECTEUR,***

Ayant examiné le document de politique *La santé des migrants* (Document CD55/\_\_\_) ;

Reconnaissant que la migration humaine est l'une des priorités représentant le plus grand défi dans la santé publique mondiale ;

Considérant que la Déclaration universelle des droits de l'homme et le droit international reconnaissent le droit de toute personne de quitter tout pays, y compris le sien, et que les droits et libertés ancrés dans la Déclaration, y compris les droits liés à la santé, appartiennent à toutes les personnes, y compris les migrants, les réfugiés et autres non nationaux ;

Considérant le besoin pressant pour la majorité des pays de renforcer leurs systèmes de santé, y compris dans la perspective du droit à la santé là où il est reconnu à l'échelle nationale, et de promouvoir le droit de posséder le meilleur état de santé possible, avec les objectifs fondamentaux d'obtenir l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle;

Reconnaissant que la situation délicate des migrants est de plus en plus reconnue et que son importance est reflétée dans le programme international, plus récemment dans le Programme de développement durable à l'horizon 2030 ;

Observant que pendant des décennies, les États Membres de l'OPS ont accordé la priorité à la santé des populations migrantes et déplacées, en concluant des accords pour des réponses concertées, et reconnaissant que l'OPS a adopté plusieurs résolutions qui promeuvent l'incorporation du respect des droits de l'homme et de la sécurité humaine dans les politiques, plans et programmes de santé nationaux, ainsi que dans les lois liées à la santé pour renforcer la résilience des membres des populations migrantes en conditions de vulnérabilité les plus marquées ;

Notant que les États Membres de l'OPS ont montré une appréciation croissante pour l'élaboration de politiques et programmes de santé qui traitent les iniquités en santé et améliorent l'accès aux services de santé ;

Reconnaissant que la Stratégie pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle, adoptée par la Résolution CD53.R14 (2014), constitue un cadre pour l'action des systèmes de santé pour protéger la santé et le bien-être des migrants, et reconnaissant les contributions de stratégies et mandats antérieurs de l'OPS qui traitent de cette question et sont alignés sur d'autres stratégies et engagements y relatifs, y compris les objectifs de développement durables à l'horizon 2030,

**DÉCIDE :**

1. De soutenir le document de politique *La santé des migrants* (Document CD55/\_\_\_) ;
2. De prier instamment les États Membres, tout en tenant compte de leur contexte :
  - a) d'utiliser ce document de politique dans leurs efforts visant à créer des politiques et programmes de santé pour traiter les iniquités en santé qui affectent les migrants et préparer des interventions ciblées pour réduire les risques de santé pour les migrants en renforçant les programmes et services qui sont sensibles à leurs conditions et besoins ;
  - b) de diriger l'effort visant à modifier ou améliorer les cadres réglementaires et juridiques afin de traiter les besoins de santé spécifiques des personnes, familles et groupes de migrants ;
  - c) de faire des progrès en vue de fournir aux migrants l'accès au même niveau de protection financière<sup>1</sup> et de services de santé complets, de qualité et progressivement étendus dont bénéficient d'autres personnes vivant sur le même territoire, quel que soit leur statut migratoire ou juridique.
3. De demander à la Directrice :
  - a) d'utiliser le document de politique *La santé des migrants* pour accroître la sensibilisation et promouvoir la mobilisation de ressources nationales pour élaborer des politiques et programmes qui sont sensibles aux besoins en santé des populations migrantes ;
  - b) d'élaborer des actions, des ressources techniques et des outils pour appuyer l'inclusion des éléments de la politique proposée dans le programme de travail de l'OPS ;

---

<sup>1</sup> La protection financière, tel qu'établie dans la Stratégie pour l'accès universel à la santé et à la couverture sanitaire universelle (Document CD53/5, Rev. 2 [2014]), est un moyen de "Progresser vers l'élimination du paiement direct [...] qui se transforme en obstacle à l'accès au moment de la prestation de services évitera l'appauvrissement et l'exposition à des dépenses catastrophiques. L'augmentation de la protection financière va diminuer les iniquités dans l'accès aux services de santé".

- c) de renforcer les mécanismes interinstitutionnels de coordination et de collaboration pour obtenir des synergies et des efficience en matière de coopération technique, y compris au sein du système des Nations Unies, et en particulier avec l'Organisation internationale pour les migrations, le Système interaméricain et d'autres parties prenantes qui œuvrent à l'amélioration de la santé et de la protection des migrants dans les pays d'origine, de transit et de destination ;
- d) de faciliter l'échange d'expériences entre les États Membres et de créer une base d'information sur les expériences pertinentes dans les pays de la Région des Amériques.
- e)

(Septième réunion, 23 juin 2016)

***CE158.R12 : Résilience des systèmes de santé***

***LA 158<sup>e</sup> SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,***

Ayant examiné le projet de document de politique intitulé *Résilience des systèmes de santé* (Document CE158/14),

***DÉCIDE :***

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

**RÉSILIENCE DES SYSTÈMES DE SANTÉ**

***LE 55<sup>e</sup> CONSEIL DIRECTEUR,***

Ayant examiné le document de politique intitulé *Résilience des systèmes de santé* (Document CD55/\_\_\_) ;

Considérant que la situation des Amériques sur le plan de la santé s'est considérablement améliorée au cours des dernières décennies, que les politiques sociales visant à atténuer la pauvreté et améliorer la santé et le bien-être ont donné lieu à des améliorations remarquables en ce qui concerne l'espérance de vie et les résultats sanitaires, et que les systèmes nationaux de santé sont plus participatifs et plus réactifs ;

Conscient du fait que les politiques à l'appui d'un développement et d'un investissement soutenus dans les systèmes de santé ainsi que la stabilité économique et sociale contribuent tant directement qu'indirectement à l'amélioration de la santé et du bien-être, à l'atténuation de la pauvreté, à l'élimination des iniquités et à la résilience des systèmes de santé ;

Observant que les systèmes de santé restent fortement vulnérables face aux risques qui ont des effets considérables sur la santé locale, nationale et mondiale, lesquels entravent la capacité de riposte des systèmes de santé et éliminent les acquis réalisés en matière de résultats sanitaires et de développement social et économique ;

Profondément préoccupé par les flambées de maladie à l'échelle mondiale comme les maladies à virus Ebola, chikungunya et Zika, lesquelles ont mis au jour de grandes faiblesses structurelles dans les systèmes de santé, en particulier des faiblesses en rapport avec la veille sanitaire, la riposte et les systèmes d'information, la mise en œuvre de stratégies pour la prévention et le contrôle des infections, les compétences et capacités des professionnels de la santé, le financement de la santé et la mobilisation de ressources financières ainsi que l'organisation et la prestation des services de santé ;

Constatant que ces approches fragmentaires à l'égard de l'état de préparation de la santé publique, dont l'application du Règlement sanitaire international (RSI ou Règlement), constituent un risque majeur pour la santé et le bien-être ainsi que pour le développement social et économique ;

Rappelant l'article 44 du Règlement et l'engagement pris par les États Membres lors de la 65<sup>e</sup> Assemblée mondiale de la Santé (2012) dans le sens d'un renforcement continu de la collaboration active entre les États parties, l'OMS et d'autres organisations et partenaires concernés, selon le cas, afin d'assurer la mise en œuvre du RSI (Résolution WHA65.23 [2012], Document A68/22, Add. I [2015] et Résolution WHA68.5 [2015]), y compris l'établissement et le maintien des capacités de base ;

Reconnaissant que si les flambées de maladies et les catastrophes causées par des phénomènes naturels ainsi que l'impact des changements climatiques représentent des risques de niveau élevé et immédiats pour la santé et le bien-être de la population, il existe d'autres risques intérieurs et extérieurs qui s'inscrivent davantage dans la durée – par exemple l'absence de développement soutenu, l'instabilité sociale, la faiblesse en matière de gestion et des capacités au sein des fonctions essentielles de santé publique, les transitions démographiques, la migration et l'urbanisation rapide, les crises économiques et le fardeau de l'impact croissants des maladies non transmissibles et des facteurs de risques qui s'y rapportent – qui peuvent affecter la viabilité et la réactivité des systèmes de santé et influent sur les résultats en matière de santé ;

Notant que les ralentissements économiques restent l'un des principaux risques qui frappent la réactivité, la faculté d'adaptation et la résilience des systèmes de santé ;

Conscient du fait que la Stratégie pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle (2014), les valeurs de solidarité et d'équité et l'urgente nécessité, pour la plupart des pays, de renforcer leurs systèmes de santé, y compris selon la perspective du droit à la santé lorsqu'il est reconnu au plan national, ainsi que le droit de posséder le meilleur état de santé possible, sont le fondement d'un développement continu des systèmes de santé dans les Amériques ;



Reconnaissant que la résilience est un attribut essentiel pour tout système de santé convenablement développé et fonctionnant correctement, dans le cadre duquel les acteurs de la santé, les institutions et les populations se préparent et ripostent efficacement aux crises, maintiennent les fonctions essentielles lorsqu'une crise surgit et, en tirant parti des enseignements tirés de ces crises, se réorganisent si les circonstances l'exigent ;

Ayant à l'esprit que les systèmes de santé résilients sont alimentés par des informations et des données probantes, et qu'ils sont réactifs, prédictifs, complexes, adaptables, robustes, intégrés, participatifs et centrés sur l'être humain et la communauté ;

Conscient que l'intensification des phénomènes d'intégration, de migration, des catastrophes et des flambées de maladie régionales et mondiales mettent en évidence l'interdépendance des systèmes nationaux de santé au sein du cadre mondial des systèmes de santé ;

Rappelant les cadres et accords pertinents qui ont été adoptés à l'échelle mondiale, dont les objectifs de développement durable, l'Accord de Paris sur les changements climatiques, le Cadre d'action de Sendai pour la réduction des risques de catastrophe et le Règlement sanitaire international, ainsi que les mandats pertinents de l'OPS, en particulier la Stratégie pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle,

**DÉCIDE :**

1. De soutenir la politique de *Résilience des systèmes de santé* (Document CD55/\_\_\_).
2. De prier instamment les États Membres :
  - a) de soutenir le développement de la résilience des systèmes de santé et des sociétés dans le contexte de l'atteinte des objectifs de développement durable ;
  - b) d'accroître la résilience des systèmes de santé en intégrant certaines mesures dans les domaines de politique générale clés du renforcement du système de santé, des déterminants sociaux de la santé, de la réduction du risque, de la veille sanitaire publique et de la gestion des flambées de maladie, dont l'exécution s'inscrit dans le cadre des objectifs de développement durable établis au plan national ;
  - c) d'œuvrer conformément à la situation de chaque pays afin d'accroître progressivement la résilience des systèmes de santé dans le contexte de la Stratégie pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle ;
  - d) de renforcer les capacités en réserve (agents de santé, financement, médicaments et technologiques sanitaires) pour assurer l'expansion de la riposte des services de santé en cas de risque aigu ou soutenu pour le système, et épauler et coordonner la riposte du réseau des services de santé en fonction des besoins des individus et des collectivités ;
  - e) de mettre en œuvre une approche holistique et multisectorielle en ce qui concerne le RSI, y compris en élaborant, en renforçant et en maintenant les capacités et les

- fonctions requises aux termes du Règlement, dans le contexte général du renforcement des fonctions essentielles de santé publique, en inscrivant le Règlement dans les politiques nationales de santé et les processus de planification, tout comme dans les activités des corps législatifs et les cadres de réglementation, et dans le cadre des efforts déployés pour renforcer les capacités des institutions, réseaux et ressources humaines afin de riposter aux flambées de maladie de portée internationale ; et de collaborer avec d'autres partenaires à l'appui de la mise en œuvre du RSI dans les États parties ;
- f) de renforcer les systèmes d'information sanitaire qui soutiennent l'identification et l'isolation des risques pour la santé publique, qui saisissent les risques imminents en temps opportun et soutiennent une riposte mesurée et ciblée, en produisant des rapports sur la capacité du système (par ex. la prestation des services de santé et l'utilisation de ceux-ci, la cartographie des ressources humaines, la disponibilité des financements au service de la santé et la disponibilité de médicaments et de technologies sanitaires), ainsi que les processus décisionnels en rapport avec la réorganisation rapide des systèmes et services de santé ;
  - g) d'élaborer des cadres multisectoriels et mettre en œuvre des interventions multisectorielles qui ciblent précisément la gestion du risque et le renforcement de la résilience du système de santé ;
  - h) de maintenir et d'accroître les investissements dans les systèmes et interventions sanitaires afin d'en améliorer la résilience et ce, en conformité avec les orientations établies dans la Stratégie pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle ;
  - i) de promouvoir la recherche sur les caractéristiques des systèmes de santé résilients afin de produire davantage de données probantes sur les lacunes et les liens avec la résilience des systèmes.
3. De demander à la Directrice :
- a) d'épauler les pays dans le contexte des objectifs de développement durable aux fins de l'élaboration de stratégies et plans multisectoriels qui soutiennent la résilience des systèmes de santé et l'amélioration de la santé et du bien-être ;
  - b) d'insister auprès des pays et partenaires au sujet de l'importance que revêtent des systèmes de santé résilients et sur leurs caractéristiques, ainsi que des interventions intégrées et de long terme qui sont requises pour renforcer de tels systèmes ;
  - c) de continuer de soutenir les pays en matière de renforcement de leurs systèmes de santé et d'élaboration de plans nationaux qui tendent vers l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle ;
  - d) de soutenir le développement des capacités en réserve des systèmes de santé (agents de santé, financement, médicaments et technologies sanitaires) pour développer la riposte des services de santé en cas d'apparition d'un risque aigu ou prolongé pour le système ;

- e) de soutenir les interventions du réseau de services de santé qui visent à répondre aux besoins des particuliers et des collectivités ;
- f) de promouvoir une approche holistique dans l'application du RSI au moyen du renforcement des fonctions essentielles de santé publique et de continuer de fournir une coopération technique aux pays dans le contexte de l'évaluation de l'état de préparation de leurs systèmes de santé en cas de flambée de maladie de portée internationale ;
- g) de soutenir les pays dans l'élaboration de systèmes d'information sanitaire afin d'améliorer la veille sanitaire et d'assurer le suivi des capacités du système aux plans de la détection, des prévisions, de l'adaptation et de la riposte ;
- h) d'intensifier la coopération au titre des efforts déployés pour réduire les risques de catastrophe et d'autres risques au sein des systèmes de santé, de l'évaluation et du calcul du risque et au titre de la gestion du risque, en contribuant ainsi à la résilience des systèmes de santé ;
- i) de continuer à renforcer les efforts déployés par l'OPS pour produire des données scientifiques portant sur la résilience des systèmes de santé, promouvoir la recherche sur les systèmes de santé et concevoir des méthodologies pour évaluer les résultats des systèmes de santé lors de situations de risque ou de stress ;
- j) promouvoir le renforcement des stratégies régionales de coopération qui prévoient des systèmes d'information, l'identification des besoins réels et des mécanismes de soutien, aux fins d'examen par les États au moyen de leurs structures établies sur le plan interne.

*(Septième réunion, le 23 juin 2016)*

***CE158.R13 : Prix de l'OPS pour l'Administration (2016)***

***LA 158<sup>e</sup> SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,***

Ayant examiné le *Rapport du Jury d'octroi du Prix de l'OPS pour l'Administration (2016)* (document CE158/5, Add. I) et

Gardant à l'esprit les dispositions des procédures et directives pour conférer le Prix de l'OPS pour l'Administration, tel qu'approuvées par la 18<sup>e</sup> Conférence sanitaire panaméricaine (1970) et modifiées par la 24<sup>e</sup> Conférence sanitaire panaméricaine (1994) et par le Comité exécutif lors de ses 124<sup>e</sup> (1999), 135<sup>e</sup> (2004), 140<sup>e</sup> (2007) et 146<sup>e</sup> (2010) sessions,

***DÉCIDE :***

1. De féliciter les candidats au Prix de l'OPS pour l'Administration (2016) pour leur professionnalisme hors normes et leur extraordinaire travail au nom de leur pays et de la Région.

2. De conférer, sur recommandation du Jury, le Prix de l'OPS pour l'Administration (2014) au Docteur Pastor Castell-Florit Serrate, de Cuba, pour ses excellentes contributions à la santé publique dont témoigne son leadership dans la gestion et l'administration du système national de santé de Cuba. Le docteur Castell-Florit Serrate est reconnu pour sa carrière et ses apports à la recherche et à l'enseignement en matière de gestion administrative des systèmes de santé, comme le confirment les fonctions qu'il a occupées et le large éventail de travaux qu'il a publiés dans des revues nationales et internationales.

3. De transmettre le *Rapport du Jury d'octroi du Prix de l'OPS pour l'Administration (2016)* (document CE158/5, Add. I) au 55<sup>e</sup> Comité directeur.

*(Huitième réunion, le 23 juin 2016)*

***CE158.R14 : Prix de l'OPS pour l'Administration (2016) – Changements aux procédures***

***LA 158<sup>e</sup> SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,***

Ayant examiné la proposition de changements aux procédures d'octroi du prix de l'OPS pour l'Administration (document CE158/6, Rev. 2) ;

Considérant qu'en 2015 le Comité exécutif a approuvé lors de sa 156<sup>e</sup> session la résolution CE156.R12, qui demandait la révision des procédures générales pour l'octroi du prix, dans le but d'accroître son importance et d'encourager les États Membres à présenter des candidats qui ont fait preuve d'excellence dans le domaine de travail correspondant ;

Compte tenu du fait qu'en conformité à la résolution CE156.R12, le Bureau sanitaire panaméricain a préparé des changements aux procédures qui ont été révisés par un groupe de travail établi à cet effet par le Sous-comité du programme, du budget et de l'administration lors de sa 10<sup>e</sup> session,

***DÉCIDE :***

1. D'approuver le changement de nom du prix à celui de « Prix de l'OPS en gestion et leadership dans le domaine des services de santé » ainsi que les changements apportés aux procédures d'octroi du prix qui sont indiqués à l'annexe.

2. De transmettre les nouvelles procédures pour l'octroi du « Prix de l'OPS en gestion et leadership dans le domaine des services de santé » au 55<sup>e</sup> Conseil directeur.

Annexe

## **Annexe**

### **Prix de l'OPS en gestion et leadership dans le domaine des services de santé**

#### **Procédures**

1. Dans le but de contribuer à l'amélioration de la gestion des systèmes et services de santé, et de reconnaître les contributions et le leadership mis en relief dans la conception et l'exécution d'initiatives favorables à la gestion et la prestation de services de santé intégrés et de bonne qualité dans les systèmes sanitaires de la Région des Amériques, l'Organisation panaméricaine de la Santé renomme le Prix de l'OPS pour l'administration, qui sera désormais connu comme Prix de l'OPS en gestion et leadership dans le domaine des services de santé. Le prix sera octroyé annuellement au moyen d'un concours et consistera en un diplôme et la somme d'US \$ 5000. Ce montant sera modifié, si nécessaire, par le Comité exécutif suite à la recommandation du Directeur du Bureau sanitaire panaméricain.
2. Le prix sera octroyé au candidat qui aura contribué de manière significative dans son propre pays ou dans la Région des Amériques à l'amélioration du développement des systèmes de santé, à l'organisation, la gestion et l'administration des services de santé, à l'élaboration de programmes, projets ou initiatives ayant des effets avérés sur la couverture des services de santé et l'accès à ces derniers par la population, à l'élargissement des services de santé pour répondre aux besoins de toute la population, en particulier de ceux qui se trouvent dans des situations de grande vulnérabilité, à l'élaboration de programmes de qualité et de sécurité du patient au niveau national ou institutionnel, à l'organisation et la gestion des services de soins de santé primaires au niveau communautaire, à la formation de réseaux intégrés de systèmes de santé, en particulier de services hospitaliers, et à la production du savoir et de travaux de recherche pour entraîner des changements dans la prestation de services de santé. Le prix est octroyé en reconnaissance du travail réalisé lors des dix années précédentes.
3. Aucun fonctionnaire actuel ou antérieur du Bureau sanitaire panaméricain ou de l'Organisation mondiale de la Santé ne peut postuler à ce prix pour des activités entreprises dans l'accomplissement de ses fonctions officielles dans l'Organisation.
4. Le Jury d'octroi du Prix sera sélectionné chaque année lors de la première session du Comité exécutif et son mandat ne sera valide que durant ce processus de sélection. Le Comité exécutif désignera le jury qui sera constitué par le Président du Comité exécutif ainsi qu'un délégué titulaire et un délégué suppléant correspondant à chaque sous-région. Si un poste vacant se produisait en dépit de la désignation de délégués suppléants, le Président prendra des mesures pour le couvrir. Quand un candidat se présente qui est originaire d'un État Membre déjà représenté dans le jury, le Président du Comité exécutif désignera le délégué suppléant de la sous-région correspondante.
5. Le Directeur du Bureau sanitaire panaméricain invitera les États Membres à présenter un maximum de deux candidatures. Par conséquent, au cours de la première

semaine de novembre de chaque année civile, le Bureau transmettra l'appel à candidatures invitant à la présentation de candidatures. Les noms des candidats proposés par chaque État Membre devront être reçus par le Directeur du Bureau sanitaire panaméricain le 31 mars de l'année du prix au plus tard, ainsi que leur curriculum vitae et la documentation justifiant leurs mérites. Cette documentation comprendra une brève description de la contribution du travail du candidat dans le domaine pertinent (voir l'article 2 plus haut). Afin de faciliter la tâche du jury, l'information nécessaire sur chaque candidat sera présentée au moyen du formulaire normalisé remis par le Bureau sanitaire panaméricain et inclus dans l'appel. Ce formulaire devra être rempli dans son intégralité et des réponses explicites fournies pour chacune des questions ; il sera accompagné de la documentation accréditant les mérites du candidat. La copie originale de toutes les pièces de documentation devra être présentée.

6. Les candidatures reçues par le Directeur du Bureau sanitaire panaméricain après le 31 mars ne seront pas considérées pour le prix.

7. Le Directeur du Bureau sanitaire panaméricain fera parvenir aux membres du jury des copies de la documentation présentée, 45 jours au moins avant le premier jour de la session du Comité exécutif du mois de juin. Afin d'appuyer les délibérations du jury, le Bureau sanitaire panaméricain proposera également des observations techniques et toute autre information sur les candidats qu'il considère appropriées pour ces délibérations.

8. Le jury se réunira pour délibérer sur les candidats proposés et présentera ses recommandations au cours de la semaine de la session du Comité exécutif. Pour qu'une réunion du jury soit valide, trois de ses membres au moins devront être présents. Les délibérations du jury sont confidentielles et ne doivent faire l'objet d'aucun commentaire en dehors de son sein. Le jury présentera sa recommandation au Comité exécutif, qui sera approuvée par une majorité des membres présents. Le Comité exécutif adoptera la décision définitive d'accepter ou de refuser les recommandations concernant le prix, et le jury pourra éventuellement délibérer à nouveau et formuler de nouvelles recommandations.

9. Les candidats qui n'ont pas été sélectionnés pourront être proposés à nouveau pour considération suivant la procédure prévue précédemment.

10. La proclamation du vainqueur du prix aura lieu durant le Conseil directeur ou la Conférence sanitaire panaméricaine.

11. Le prix sera remis au vainqueur au cours de la réunion correspondante du Conseil directeur ou de la Conférence sanitaire panaméricaine ; le coût du voyage sera couvert par le Bureau sanitaire panaméricain, qui se chargera de faire les arrangements correspondants en conformité aux normes et règlements de l'Organisation panaméricaine de la Santé.

12. Au cas où la remise du prix n'est pas possible, recours sera fait aux alternatives suivantes :

a) réception du prix pendant le Conseil directeur ou la Conférence sanitaire panaméricaine, au nom du candidat, par un membre de la délégation de son pays ;

b) remise du prix dans le pays d'origine par le Représentant de l'OPS/OMS au nom du Directeur du Bureau sanitaire panaméricain.

13. Quelque soit la méthode utilisée pour la remise du prix, celui-ci fera l'objet de la publicité appropriée dans les médias, tant par le Bureau sanitaire panaméricain que par le gouvernement concerné.

14. Ces procédures pourront être modifiées par le Comité exécutif à tout moment jugé opportun au vu de l'expérience acquise. Les modifications proposées devront être approuvées par le Comité exécutif et transmises au Conseil directeur ou à la Conférence sanitaire panaméricaine pour information.

*(Huitième réunion, 23 juin 2016)*

***CE158.R15 : Organisations non gouvernementales en relations officielles avec l'OPS***

***LA 158<sup>e</sup> SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,***

Ayant examiné le rapport du Sous-comité du programme, du budget et de l'administration, *Organisations non gouvernementales en relations officielles avec l'OPS* (document CE158/7) ; et

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

***DÉCIDE :***

1. De renouveler les relations de travail officielles entre l'OPS et les organisations non gouvernementales suivantes pour une période de quatre ans :

- a) la Coalition des Caraïbes saines (*Healthy Caribbean Coalition, HCC*)
- b) le Collège interaméricain de radiologie (*Inter-American College of Radiation, ICR*),
- c) la Société interaméricaine de cardiologie (*Interamerican Society of Cardiology, IASC*),
- d) le Réseau pour la santé des femmes latino-américaines et des Caraïbes (*Latin American and Caribbean Women's Health Network, LACWHN*)
- e) l'Association latino-américaine des industries pharmaceutiques (*Asociación Latinoamericana de Industrias Farmacéuticas, ALIFAR*),
- f) la Fédération latino-américaine des hôpitaux (*Federación Latinoamericana de Hospitales, FLH*),

- g) la Fédération panaméricaine des associations d'écoles de médecine (*Pan American Federation of Associations of Medical Schools*, PAFAMS),
  - h) la Fédération panaméricaine d'infirmiers professionnels (*Federación panamericana de profesionales de enfermería*, FEPPEN).
2. D'autoriser *Mundo Sano* à entretenir des relations officielles avec l'OPS pour une période de quatre ans.
3. De prendre note du rapport à mi-parcours sur la situation des relations entre l'OPS et les organisations non gouvernementales.
4. De demander à la Directrice :
- a) d'informer les organisations non gouvernementales respectives quant aux décisions prises par le Comité exécutif ;
  - b) de continuer à forger des relations de travail dynamiques avec des organisations non gouvernementales interaméricaines présentant un intérêt pour l'Organisation dans des domaines correspondant aux priorités programmatiques adoptées par les Organes directeurs pour l'OPS ;
  - c) de continuer à développer des relations entre les États Membres et les organisations non gouvernementales œuvrant dans le domaine de la santé.

(Huitième réunion, le 23 juin 2016)

***CE158.R16 : Accès aux médicaments et autres technologies de la santé stratégiques<sup>1</sup> et à coûts élevés et leur usage rationnel***

***LA 158<sup>e</sup> SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,***

Ayant revu le projet de document de politique *Accès aux médicaments et autres technologies de la santé stratégiques et à coûts élevés et leur usage rationnel* (Document CE158/15),

---

<sup>1</sup> Une « fourniture stratégique en santé publique » est un produit qui satisfait aux critères suivants : il est listé, reconnu et recommandé par un Comité d'experts ou un Groupe de travail de l'OMS (par ex., médicaments essentiels, composés recommandés par le Système d'Évaluation des pesticides de l'OMS (WHOPES), diagnostiques du VIH, etc.) ; il est inclus dans les protocoles ou les algorithmes de diagnostic recommandés par l'OMS et est considéré comme étant hautement efficace dans le traitement ou la prévention de maladies ; lorsqu'il est disponible de manière permanente, il contribue considérablement à améliorer les taux de mortalité et la qualité de vie des patients et/ou il minimise les possibilités de résistance aux médicaments lors du traitement ; il fait l'objet de défis particuliers dans les domaines de l'approvisionnement, de l'établissement des prix, des prévisions et de l'achat des produits ; des économies d'échelle peuvent être réalisées en fonction de l'augmentation des volumes d'achat. [en anglais]

[http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1044&Itemid=989&lang=en#9](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=1044&Itemid=989&lang=en#9)



**DÉCIDE :**

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

**ACCÈS AUX MÉDICAMENTS ET AUTRES TECHNOLOGIES DE LA SANTÉ  
STRATÉGIQUES ET À COÛTS ÉLEVÉS ET LEUR USAGE RATIONNEL**

**LE 55<sup>E</sup> CONSEIL DIRECTEUR,**

Ayant examiné le document de politique *Accès aux médicaments et autres technologies de la santé stratégiques et à coûts élevés et leur usage rationnel* (Document CD55/\_\_\_) ;

Gardant à l'esprit que la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) établit comme l'un de ses principes de base que « la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soit sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale » ; et observant que les pays de la Région ont affirmé dans la Résolution CD53.R14 « le droit à la santé est reconnu nationalement, et de promouvoir le droit à jouir du plus haut niveau de santé possible » ;

Rappelant la résolution CD53.R14 (2014) sur l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle, et la résolution A/RES/70/1 des Nations Unies adoptant le Programme de développement durable à l'horizon 2030, dont l'objectif numéro 3, « Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge » ;

Reconnaissant que l'amélioration de l'accès équitable et de l'usage rationnel des médicaments et autres technologies de la santé contribue à améliorer l'accès universel à la santé et à la couverture sanitaire universelle, ainsi que l'atteinte des objectifs de développement durable ;

Tenant compte que l'adoption et la mise en œuvre de politiques, de lois, de règlements et de stratégies complets contribue à améliorer l'accès aux médicaments et autres technologies de la santé, dont ceux considérés comme stratégiques et à coût élevé, et la qualité des services de santé et des résultats sanitaires, tout en assurant la viabilité des systèmes de santé ;

Tenant compte que nombre de médicaments et autres technologies de la santé à coût élevé sont désormais considérés comme étant essentiels et peuvent grandement améliorer la qualité de vie et les résultats sanitaires lorsqu'ils sont utilisés conformément aux directives relatives aux pratiques cliniques fondées sur des données factuelles ;

Reconnaissant que l'adoption de certains médicaments et autres technologies de la santé nouveaux et à coûts élevés incorporés aux systèmes de santé n'apporte pas une valeur ajoutée importante puisqu'ils prennent la place de traitements efficaces à moindres coûts ;

Reconnaissant la nécessité d'améliorer l'accès au moyen d'approches globales axées sur l'amélioration de la disponibilité, du caractère abordable et de l'usage rationnel dans les systèmes de santé, ainsi que les processus de sélection décrits dans la résolution WHA67.22 de l'Assemblée mondiale de la Santé ;

Reconnaissant les défis auxquels les États Membres font face en ce moment pour assurer l'accès et l'usage rationnel des médicaments et autres technologies de la santé à coûts élevés,

***DÉCIDE :***

1. De prier instamment les États Membres, en tenant compte de leur contexte et de leurs priorités nationales :
  - a) d'adopter des politiques et/ou des stratégies nationales globales, accompagnées de cadres juridiques et réglementaires, afin d'améliorer l'accès aux médicaments et autres technologies de la santé efficaces sur le plan clinique et rentables, qui tiennent compte des besoins des systèmes de santé et du cycle de vie utile des produits médicaux, de la recherche et du développement jusqu'à l'assurance de la qualité et l'usage, y compris la prescription et la délivrance, et qui découragent les demandes inappropriées de médicaments et technologies de la santé qui sont coûteux et inefficaces, ou qui n'offrent pas d'avantages suffisants par rapport aux alternatives à moindre coût ;
  - b) afin d'améliorer l'efficacité et l'efficience des systèmes de santé, *i*) de renforcer les établissements de santé, les mécanismes et les capacités de réglementation pour promouvoir une bonne gouvernance et un processus décisionnel fondés sur des données factuelles concernant la qualité, l'innocuité et l'efficacité, ainsi que l'usage optimal des médicaments et autres technologies de la santé, et *ii*) de promouvoir la transparence et la responsabilité dans l'affectation des ressources pour les médicaments et autres technologies de la santé ;
  - c) d'évaluer et d'examiner régulièrement les formulaires et les listes de médicaments essentiels au moyen de processus et de mécanismes de sélection transparents et rigoureux fondés sur des données factuelles et éclairés par des méthodes d'évaluation des technologies de la santé pour répondre aux besoins en matière de santé ;
  - d) de promouvoir des mécanismes adéquats de financement et de protection financière pour favoriser la durabilité du système de santé, pour améliorer l'accès et se diriger vers l'élimination des paiements directs qui font obstacle à l'accès au point de prestation des services, afin d'éviter les difficultés financières, l'appauvrissement et l'exposition à des dépenses catastrophiques ;
  - e) de travailler de concert avec le secteur pharmaceutique pour améliorer la transparence et l'accès à des informations complètes et en temps utile, notamment en relation aux tendances et coûts complets en recherche et développement, ainsi qu'aux politiques de fixation des prix et aux structures de prix, à la gestion de la

- chaîne d'approvisionnement, et aux pratiques d'approvisionnement, afin d'améliorer la prise de décisions, d'éviter le gaspillage et d'améliorer l'accessibilité financière des médicaments et autres technologies de la santé ;
- f) de renforcer les capacités institutionnelles à produire des évaluations de qualité des technologies de la santé des nouveaux médicaments et autres technologies de la santé avant de les implanter dans les systèmes de santé, en portant une attention particulière à ceux considérés comme étant à coût élevé ;
  - g) de stimuler la compétition par des stratégies complètes pouvant comprendre des politiques relatives à la propriété intellectuelle tenant compte du point de vue de la santé publique compte tenu de la maximisation de l'innovation en matière de santé, l'établissement d'incitatifs et de règlements permettant l'entrée et l'utilisation rapides de médicaments génériques multisources de qualité<sup>2</sup> et/ou d'équivalents thérapeutiques, la réduction des tarifs et l'adoption de mécanismes communs d'approvisionnement qui limitent la fragmentation en regroupant la demande ;
  - h) d'adopter des stratégies efficaces pour améliorer l'accès aux produits dont la source est unique ou limitée, telles que, sans toutefois s'y limiter, des politiques et stratégies de négociation de prix, de remboursement et de fixation des prix transparentes, nationales et internationales, et lorsque cela convient, l'utilisation des flexibilités affirmées par la Déclaration ministérielle sur l'Accord sur les ADPIC et la santé publique de Doha ;
  - i) d'adopter des mesures pour favoriser l'accès à l'information sur les produits médicaux qui soient impartiales et exemptes de conflit d'intérêt, pour les autorités sanitaires, les agents de santé et la population générale, afin de promouvoir l'usage rationnel des médicaments et autres technologies de la santé et améliorer la prescription et la délivrance, et contrôler l'utilisation sûre et efficace de ces produits grâce à des systèmes fiables de pharmacovigilance et de technovigilance ;
  - j) de reconnaître le rôle des prescripteurs dans les décisions afférentes aux possibilités de traitement et offrir un soutien pour améliorer les pratiques, de sorte que les prescriptions soient appropriées, éthiques et fondées sur l'usage rationnel, en employant des outils tels que les directives relatives aux pratiques cliniques, les stratégies d'éducation et la réglementation pour régler les conflits d'intérêt entre les prescripteurs et les fabricants de produits médicaux ;
  - k) d'élaborer des cadres, notamment au moyen de consultations avec tous les acteurs concernés définissant les principes éthiques qui, du point de vue de la santé publique, guident l'élaboration de publicité et de marketing pharmaceutiques, et de

---

<sup>2</sup> L'OMS emploie le terme « produits pharmaceutiques multisources » défini comme « produits équivalents sur le plan pharmaceutique ou alternatives aux produits pharmaceutiques pouvant ou non être équivalents sur le plan thérapeutique. Les produits pharmaceutiques multisources qui sont équivalents sur le plan thérapeutique sont interchangeables » (Comité OMS d'experts sur les spécifications des produits pharmaceutiques - OMS, Série de rapports techniques, No. 937, 2006, disponible [en anglais] sur : <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s14091e/s14091e.pdf>).

- codes de conduite qui guident le comportement éthique des représentants pharmaceutiques ;
- l) de promouvoir l'adoption d'instruments servant à améliorer la qualité de l'examen des demandes de brevet de produits pharmaceutiques et autres technologies de la santé, et à faciliter l'accès des examinateurs aux informations nécessaires à la prise de décisions qui conviennent ;
  - m) de promouvoir le travail des autorités sanitaires nationales et autres autorités compétentes, suivant le contexte national, portant sur des questions liées aux brevets de produits pharmaceutiques et autres technologies de la santé, et aux pratiques de brevetage, en faisant la promotion de l'innovation dans le domaine de la santé et en favorisant la concurrence du marché.
2. De demander au Directeur:
- a) de soutenir les États Membres dans l'élaboration de politiques et de cadres juridiques complets<sup>3</sup> pour les médicaments et technologies de la santé qui favorisent l'accès aux médicaments et autres technologies de la santé essentiels et stratégiques, dont ceux qui sont considérés comme étant à coût élevé ;
  - b) de soutenir les États Membres dans l'élaboration, la mise en œuvre et/ou l'examen de cadres juridiques et réglementaires nationaux, de politiques et autres dispositions qui permettent l'entrée et l'utilisation rapides de médicaments génériques multisources de qualité et/ou d'équivalents thérapeutiques au moyen de stratégies complètes du point de vue de la santé publique ;
  - c) de soutenir les États Membres dans le renforcement de leurs capacités et l'adoption de stratégies servant à améliorer la sélection et l'usage rationnel des médicaments et autres technologies de la santé fondés sur des évaluations des technologies de la santé et d'autres approches fondées sur des données factuelles pour améliorer les résultats et les efficacités sanitaires ;
  - d) de promouvoir la coopération et le partage d'informations, les expériences fructueuses et la capacité technique concernant le rapport coût-efficacité des médicaments et autres technologies de la santé, les questions de chaîne d'approvisionnement et les meilleures pratiques d'établissement des prix, entre autres choses, par le biais des canaux et des réseaux de l'OPS, et résumer et faire rapport des progrès réalisés par les États Membres dans les principaux domaines ;
  - e) de continuer de renforcer le Fonds renouvelable régional pour les fournitures stratégiques de santé publique de l'OPS et le Fonds renouvelable pour l'achat de vaccins de l'OPS afin de fournir un soutien permanent aux États Membres pour tous les aspects permettant de mettre à disposition des médicaments et technologies de la santé de qualité et de les rendre plus abordables, notamment en fournissant une plateforme pour appuyer les États Membres participants dans le regroupement,

---

<sup>3</sup> Conformément à la Résolution CD54.R9.

- la négociation et l'acquisition de médicaments coûteux de source unique ou de source limitée ;
- f) de soutenir et encourager les États Membres à élaborer et à adopter des cadres définissant des principes éthiques qui, du point de vue de la santé publique, guident l'élaboration de publicité et de marketing pharmaceutiques, et de codes de conduite qui guident le comportement des représentants pharmaceutiques ;
  - g) de promouvoir l'identification et la coordination d'initiatives qui traitent de l'accès aux médicaments et autres technologies de la santé à coûts élevés dans la Région, afin de contribuer à leur efficacité et prévenir le double emploi.

*(Neuvième réunion, 24 juin 2016)*

***CE158.R17 : Ordre du jour provisoire du 55<sup>e</sup> Conseil Directeur, 68<sup>e</sup> session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques***

***LA 158<sup>e</sup> SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,***

Ayant examiné l'ordre du jour provisoire (Document CD55/1) préparé par la Directrice pour le 55<sup>e</sup> Conseil Directeur, 68<sup>e</sup> session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques, présenté comme annexe A au document CE158/3, Rev. 1 ; et

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

***DÉCIDE :***

D'approuver l'ordre du jour provisoire (Document CD55/1) préparé par la Directrice pour le 55<sup>e</sup> Conseil Directeur, 68<sup>e</sup> session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques.

*(Neuvième réunion, le 24 juin 2016)*

***Décisions***

***Décision CE158(D1) : Adoption de l'ordre du jour***

Conformément à l'article 9 du Règlement intérieur du Comité exécutif, le Comité a adopté l'ordre du jour présenté par la Directrice, tel qu'amendé par le Comité (document CE158/1, Rev. 3).

*(Première réunion, 22 juin 2016)*

***Décision CE158(D2) : Représentation du Comité exécutif au 55<sup>e</sup> Conseil directeur de l'OPS, 68<sup>e</sup> session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques***

Conformément à l'article 54 de son Règlement intérieur, le Comité exécutif a décidé de nommer l'Équateur et le Costa Rica, son Président et Vice-président respectivement, pour représenter le Comité au 55<sup>e</sup> Conseil directeur de l'OPS, 68<sup>e</sup> session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques. L'Argentine et les États-Unis d'Amérique étaient élus comme suppléants.

*(Neuvième réunion, 24 juin 2016)*

***Décision CE158(D3) : Programmation de l'excédent budgétaire***

Le Comité exécutif a avalisé la proposition pour la programmation de l'excédent budgétaire comme stipulé au document CE158/24.

*(Septième réunion, 23 juin 2016)*

EN FOI DE QUOI, la Présidente du Comité exécutif, déléguée de l'Équateur, et le Secrétaire de droit, la Directrice du Bureau sanitaire panaméricain, signent le présent rapport final en langue espagnole.

FAIT à Washington, D.C., en ce vingt-quatrième jour de juin de l'année deux mille seize. Le Secrétaire déposera les documents originaux dans les archives du Bureau sanitaire panaméricain. Le rapport final sera publié sur la page web de l'Organisation panaméricaine de la Santé une fois qu'il sera approuvé par la Présidente.

---

Margarita Guevara Alvarado  
Présidente de la 158<sup>e</sup> session du Comité  
exécutif  
Déléguée de l'Équateur

---

Carissa Etienne  
Secrétaire de droit de la 158<sup>e</sup> session du  
Comité exécutif  
Directrice du Bureau sanitaire  
panaméricain

**Annexe A**

**ORDRE DU JOUR**

- 1. OUVERTURE DE LA SESSION**
  - 2. QUESTIONS RELATIVES AU RÈGLEMENT**
    - 2.1 Adoption de l'ordre du jour et du programme des réunions
    - 2.2 Représentation du Comité exécutif lors du 55<sup>e</sup> Conseil directeur de l'OPS, 68<sup>e</sup> session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques
    - 2.3 Ordre du jour provisoire du 55<sup>e</sup> Conseil directeur de l'OPS, 68<sup>e</sup> session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques
  - 3. QUESTIONS RELATIVES AU COMITÉ**
    - 3.1 Rapport sur la 10<sup>e</sup> session du Sous-comité du programme, du budget et d'administration
    - 3.2 Prix de l'OPS pour l'administration (2016)
    - 3.3 Prix de l'OPS pour l'administration : changements aux procédures
    - 3.4 Organisations non gouvernementales en relations officielles avec l'OPS
    - 3.5 Rapport annuel du Bureau d'éthique (2015)
    - 3.6 Rapport du Comité d'audit de l'OPS
    - 3.7 Nomination d'un membre au Comité d'audit de l'OPS
  - 4. QUESTIONS RELATIVES À LA POLITIQUE DES PROGRAMMES**
    - 4.1 Rapport provisoire de l'évaluation de fin de période biennale du Programme et budget 2014-2015/Premier rapport intérimaire du Plan stratégique de l'OPS 2014-2019
    - 4.2 Évaluation intérimaire de la mise en œuvre de la politique budgétaire de l'OPS
-



- 4.3 Méthodologie du cadre de stratification des priorités programmatiques du Plan stratégique de l'OPS
- 4.4 Résilience des systèmes de santé
- 4.5 Accès aux médicaments et autres technologies de la santé stratégiques et à coûts élevés et leur usage rationnel
- 4.6 La santé des migrants
- 4.7 Plan d'action pour l'élimination du paludisme 2016-2020
- 4.8 Plan d'action pour la prévention et la lutte contre le VIH et les infections sexuellement transmissibles 2016-2021
- 4.9 Plan d'action pour l'élimination des maladies infectieuses négligées et activités après la phase d'élimination 2016-2022
- 4.10 Stratégie pour la prévention et la lutte contre les arboviroses
- 4.11 Plan d'action pour la réduction des risques liés aux catastrophes 2016-2021
- 4.12 Analyse des mandats de l'Organisation panaméricaine de la Santé

## **5. QUESTIONS ADMINISTRATIVES ET FINANCIÈRES**

- 5.1 Rapport sur le recouvrement des contributions fixées
- 5.2 Rapport financier du Directeur et rapport du Commissaire aux comptes externe pour 2015
- 5.3 Programmation de l'excédent budgétaire
- 5.4 Programmation de l'excédent de revenus
- 5.5 Assurance maladie après cessation de service
- 5.6 Rapport sur le Fonds directeur d'investissement : examen du Plan directeur d'investissement
- 5.7 Rapport du Bureau de contrôle interne et services d'évaluation
- 5.8 Mise à jour concernant la nomination du Commissaire aux comptes de l'OPS pour 2018-2019 et 2020-2021

**6. QUESTIONS RELATIVES AU PERSONNEL**

- 6.1 Statistiques des effectifs du Bureau sanitaire panaméricain
- 6.2 Amendements au Statut et au Règlement du personnel du Bureau sanitaire panaméricain
- 6.3 Déclaration du représentant de l'Association du personnel de l'OPS/OMS

**7. QUESTIONS POUR INFORMATION**

- 7.1 Programme et budget de l'OPS 2016-2017 : mécanismes pour le rapport intérimaire à l'intention des États Membres
- 7.2 Processus d'élaboration du budget programme de l'OMS 2018-2019
- 7.3 Mise à jour sur la réforme de l'OMS
- 7.4 État d'avancement du système de gestion de l'information du BSP (PMIS)
- 7.5 Mise en œuvre du Règlement sanitaire international (RSI)
- 7.6 Mise à jour sur la maladie à virus Zika dans la Région des Amériques
- 7.7 Mise en œuvre des Objectifs de développement durable dans la Région des Amériques
- 7.8 Plan d'action régional pour le renforcement du recueil des données d'état civil et de santé : rapport final
- 7.9 Stratégie et plan d'action régionaux sur la nutrition en matière de santé et de développement : rapport final  
(*résolution CD47.R8 [2006]*)
- 7.10 Stratégie et plan d'action pour la réduction de la malnutrition chronique : rapport final
- 7.11 Plan d'action pour maintenir l'élimination de la rougeole, la rubéole et le syndrome de rubéole congénitale dans la Région des Amériques : rapport final
- 7.12 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 : rapport final

- 7.13 Rapports d'avancement sur les questions techniques :
- A. Stratégie et plan d'action sur la cybersanté : évaluation à mi-parcours
  - B. Plan d'action sur la santé des adolescents et des jeunes
  - C. Plan d'action pour la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles : évaluation à mi-parcours
  - D. Plan d'action pour réduire l'usage nocif de l'alcool : évaluation à mi-parcours
  - E. Plan d'action sur l'usage de substances psychoactives et la santé publique : évaluation à mi-parcours
  - F. Situation des Centres panaméricains
- 7.14 Résolutions et autres actions d'organisations intergouvernementales revêtant un intérêt pour l'OPS :
- A. Soixante-neuvième Assemblée mondiale de la Santé
  - B. Organisations sous-régionales

**8. AUTRES QUESTIONS**

**9. CLÔTURE DE LA SESSION**

**Annexe B**

**LISTE DES DOCUMENTS**

**Official Documents**

*Off. Doc. 351* Financial Report of the Director and Report of the External Auditor for 2015

**Working Documents**

CE158/1, Rev. 1 Adoption of the Agenda and Program of Meetings

CE158/2 Representation of the Executive Committee at the 55th Directing Council of PAHO, 68th Session of the Regional Committee of WHO for the Americas

CE158/3, Rev. 1 Draft Provisional Agenda of the 55th Directing Council of PAHO, 68th Session of the Regional Committee of WHO for the Americas

CE158/4 Report on the 10th Session of the Subcommittee on Program, Budget, and Administration

CE158/5 and Add. I PAHO Award for Administration (2015)

CE158/6, Rev. 2 PAHO Award for Administration: Changes to the Procedures

CE158/7 Nongovernmental Organizations in Official Relations with PAHO

CE158/8 Annual Report of the Ethics Office (2015)

CE158/9 Report of the Audit Committee of PAHO

CE158/10 Appointment of One Member to the Audit Committee of PAHO

CE158/11, Rev. 1 Preliminary Report of the End-of-biennium Assessment of the Program and Budget 2014-2015/First Interim Report on the PAHO Strategic Plan 2014-2019

CE158/12 Interim Assessment of the Implementation of the PAHO Budget Policy

CE158/13 Methodology for the Programmatic Priorities Stratification Framework of the PAHO Strategic Plan

---

**Working documents** (*suite*)

CE158/14	Resilient Health Systems
CE158/15	Access and Rational Use of Strategic and High-cost Medicines and Other Health Technologies
CE158/16, Rev. 1	Health of Migrants
CE158/17, Rev. 1	Plan of Action for Malaria Elimination 2016-2020
CE158/18, Rev. 1	Plan of Action for the Prevention and Control of HIV and Sexually Transmitted Infections 2016-2021
CE158/19	Plan of Action for the Elimination of Neglected Infectious Diseases and Post-elimination Actions 2016-2022
CE158/20, Rev. 1	Strategy for Arboviral Disease Prevention and Control
CE158/21	Plan of Action for Disaster Risk Reduction 2016-2021
CE158/22	Analysis of the Mandates of the Pan American Health Organization
CE158/23 and Add. I	Report on the Collection of Assessed Contributions
CE158/24	Programming of the Budget Surplus
CE158/25	Programming of the Revenue Surplus
CE158/26	After-service Health Insurance
CE158/27	Report on the Master Capital Investment Fund
CE158/28	Report of the Office of Internal Oversight and Evaluation Services
CE158/29	Update on the Appointment of the External Auditor of PAHO for 2018-2019 and 2020-2021
CE158/30	PASB Staffing Statistics
CE158/31	Amendments to the PASB Staff Regulations and Rules
CE158/32	Statement by the Representative of the PAHO/WHO Staff Association

**Information Documents**

CE158/INF/1	PAHO Program and Budget 2016-2017: Mechanisms for Interim Reporting to Member States
CE158/INF/2	Process for the Development of the WHO Program Budget 2018-2019
CE158/INF/3	Update on WHO Reform
CE158/INF/4	Status of the PASB Management Information System (PMIS)
CE158/INF/5 and Add. I	Implementation of the International Health Regulations (IHR)
CE158/INF/6	Update on the Zika Virus in the Region of the Americas
CE158/INF/7	Implementation of the Sustainable Development Goals in the Region of the Americas
CE158/INF/8	Regional Plan of Action for Strengthening Vital and Health Statistics: Final Report
CE158/INF/9	Regional Strategy and Plan of Action on Nutrition in Health and Development, 2006-2015: Final Report
CE158/INF/10	Strategy and Plan of Action for the Reduction of Chronic Malnutrition: Final Report
CE158/INF/11	Plan of Action for Maintaining Measles, Rubella, and Congenital Rubella Syndrome Elimination in the Region of the Americas: Final Report
CE158/INF/12	Regional Strategy and Plan of Action for Neonatal Health within the Continuum of Maternal, Newborn, and Child Care: Final Report
CE158/INF/13	Progress Reports on Technical Matters
	A. Strategy and Plan of Action on <i>eHealth</i> : Midterm Review
	B. Plan of Action on Adolescent and Youth Health
	C. Plan of Action for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases: Midterm Review
	D. Plan of Action to Reduce the Harmful Use of Alcohol: Midterm Review

**Information Documents** (*suite*)

E. Plan of Action on Psychoactive Substance Use and Public Health: Midterm Review

F. Status of the Pan American Centers

CE158/INF/14

Resolutions and Other Actions of Intergovernmental Organizations of Interest to PAHO

A. Sixty-ninth World Health Assembly

B. Subregional Organizations

**Annexe C**

**LIST OF PARTICIPANTS/LISTA DE PARTICIPANTES**

**OFFICERS / MESA DIRECTIVA**

<b>President / Presidente:</b>	Dra. Margarita Guevara Alvarado (Ecuador)
<b>Vice-President / Vicepresidente:</b>	Dra. María Esther Anchía (Costa Rica)
<b>Rapporteur / Relator:</b>	Dr. Rhonda Sealey-Thomas (Antigua and Barbuda)

**MEMBERS OF THE EXECUTIVE COMMITTEE / MIEMBROS DEL COMITÉ EJECUTIVO**

**ANTIGUA AND BARBUDA/ANTIGUA Y BARBUDA**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

**ARGENTINA**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Rubén A. Nieto  
Secretario de Relaciones Nacionales e Internacionales  
Ministerio de Salud de la Nación  
Buenos Aires

Delegate – Delegado

Dra. Miguela Pico  
Subsecretaria de Relaciones Institucionales  
Ministerio de Salud de la Nación  
Buenos Aires

**BAHAMAS**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Merciana Moxey  
Senior Medical Officer  
Department of Public Health  
Ministry of Health  
Nassau

**CHILE**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

**COSTA RICA**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

Sra. Maureen Barrantes  
Primera Secretaria, Representante Alternativa de Costa Rica ante la Organización de los Estados Americanos  
Washington, D.C.

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

---



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

**ECUADOR**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dra. Margarita Guevara Alvarado  
Ministra de Salud Pública  
Ministerio de Salud Pública  
Quito

Delegates – Delegados

Dra. María Verónica Espinosa Serrano  
Viceministra de Gobernanza y Vigilancia  
de la Salud  
Ministerio de Salud Pública  
Quito

Soc. Peter N. Skerrett Guanoluisa  
Analista de Cooperación y Relaciones  
Internacionales  
Ministerio de Salud Pública  
Quito

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

Sr. Sebastián Jaramillo  
Tercer Secretario, Representante Alterno  
del Ecuador ante la Organización de los  
Estados Americanos  
Washington, D.C.

**GUATEMALA**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Luis F. García Ruano  
Viceministro Técnico de Salud  
Ministerio de Salud Pública y  
Asistencia Social  
Guatemala

**TRINIDAD AND TOBAGO/TRINIDAD Y  
TABAGO**

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

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

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

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

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

Ms. Emily Bleimund  
Director, Office of Trade and Health  
Office of Global Affairs  
Department of Health and Human Services  
Washington, D.C.

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

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

**MEMBERS OF THE EXECUTIVE COMMITTEE / MIEMBROS DEL COMITÉ EJECUTIVO (suite)**

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

Delegates – Delegados (contt.)

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

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

Mr. Conor Harrington  
Director  
Office of Intellectual Property and Innovation  
Office of the U.S. Trade Representative  
Washington, D.C.

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

Ms. Leslie Hyland  
Deputy Director  
Office of Management Policy and Resources  
Bureau of International Organization Affairs  
Department of State  
Washington, D.C.

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

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

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

Delegates – Delegados (contt.)

Ms. Gabrielle Lamourelle  
Deputy Director, Multilateral Relations  
Office of Global Affairs  
Department of Health and Human Services  
Washington, D.C.

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

Ms. Hannah Lobel  
Attorney Advisor  
Office of the Legal Advisor  
Department of State  
Washington, D.C.

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

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

Ms. Rebecca Minneman  
Malaria Advisor  
Bureau for Latin America and the Caribbean  
US Agency for International Development  
Washington, D.C.

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

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

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

Delegates – Delegados (contt.)

Mr. Jacob Olivo  
International Health Analyst, Americas  
Region  
Office of Global Affairs  
Department of Health and Human Services  
Washington, D.C.

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

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

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

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

Delegates – Delegados (contt.)

Ms. Anne Snyder  
Policy Analyst, Office of Trade and Health  
Office of Global Affairs  
Department of Health and Human Services  
Washington, D.C.

Ms. Jennifer Stradtman  
Director for Technical Barriers to Trade  
Office of the World Trade Organization and  
Multilateral Affairs  
Office of the U.S. Trade Representative  
Washington, D.C.

Ms. Leslie Yang  
Director for Agricultural Affairs  
Office of Agricultural Affairs  
Office of the U.S. Trade Representative  
Washington, D.C.

Ms. Anne Yu  
Deputy Director  
Pandemics and Emerging Threats Office  
Office of Global Affairs  
Department of Health and Human Services  
Washington, D.C.

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

**BRAZIL/BRASIL**

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

Sr. Diogo Henrique Tomaz Afonso Alves  
Técnico Especializado de Assessoria de  
Assuntos Internacionais de Saúde  
Ministério da Saúde  
Brasília

**BRAZIL/BRASIL (contt.)**

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

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

**CANADA/CANADÁ**

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

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

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

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

**COLOMBIA**

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

**EL SALVADOR**

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

**HONDURAS**

Abog. Laura E. Mejía  
Jefe, Unidad de Cooperación Externa  
Secretaría de Salud  
Tegucigalpa

**MEXICO/MÉXICO**

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

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

**PANAMA/PANAMÁ**

Dra. Iritzel Isolina Santamaría  
Subdirectora Nacional de Planificación  
de Salud  
Ministerio de Salud  
Ciudad de Panamá

Licdo. Cecilio Tejeira  
Coordinador de la Dirección de Asuntos  
Internacionales y Cooperación Técnica  
Ministerio de Salud  
Ciudad de Panamá

**PARAGUAY**

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

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

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

H. E. Ms. Thelma Patricia Phillip Browne.  
Ambassador of Saint Kitts And Nevis to the  
United States  
Washington, D.C.

**OBSERVER STATES / ESTADOS OBSERVADORES**

**SPAIN/ESPAÑA**

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

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

**SPAIN/ESPAÑA (contt.)**

Sr. José Manuel Calvar Moreno  
Becario  
Misión Observadora Permanente de España  
ante la Organización de los Estados  
Americanos  
Washington, D.C.

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

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

Mrs. Lily Waterston

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

Ms. Vina HuLamm

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

Dr. Luiz A. de Lima Pontes

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

Dr. Rubén Abete

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

Sr. Juan Carlos Trujillo de Hart

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

Ms. Marcela Gaitán

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

Ms. Amy Finan  
Ms. Tara Hayward

**SPECIAL GUESTS / INVITADOS ESPECIALES**

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

Mr. Nicholas Treen  
Mr. John Fox

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

Ms. Karen Linda Ortiz Finnemore  
Mr. Alfredo Campos Lacoba  
Mr. Rafal Czarnecki

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

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

Dr. Carissa F. Etienne

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

Dr. Isabella Danel  
Deputy Director  
Directora Adjunta

Dr. Francisco Becerra  
Assistant Director  
Subdirector

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

Mr. Gerald Anderson  
Director of Administration  
Director de Administración

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

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

- - -