



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



28^e CONFÉRENCE SANITAIRE PANAMÉRICAINNE
64^e SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL

Washington, D.C., ÉUA, du 17 au 21 septembre 2012

CSP28/FR (Fr.)
21 septembre 2012
ORIGINAL : ANGLAIS

RAPPORT FINAL

TABLE DES MATIÈRES

	<i>Page</i>
Ouverture de la session	7
 Questions relatives au règlement	
Constitution de la Commission de vérification des pouvoirs	7
Élection du Président, de deux Vice-présidents et du Rapporteur.....	7
Constitution d'un groupe de travail chargé d'étudier l'application de l'Article 6.B de la Constitution de l'OPS.....	8
Constitution de la Commission générale	8
Adoption de l'ordre du jour	8
 Questions relatives à la Constitution	
Rapport annuel du Président du Comité exécutif	8
Rapports du Bureau sanitaire panaméricain	9
(a) Rapport quinquennal 2008-2012 du Directeur du Bureau sanitaire panaméricain	9
(b) La santé aux Amériques	10
Élection du Directeur du Bureau sanitaire panaméricain et nomination du Directeur régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour les Amériques	11
Élection de trois États Membres au Comité exécutif à l'expiration des mandats de la Colombie, de Saint-Vincent-et-les-Grenadines et du Venezuela (République bolivarienne du)	13
Méthode de travail des Organes directeurs: délégation de fonctions au Comité exécutif	13
Demande du Royaume des Pays-Bas pour l'admission d'Aruba, Curaçao et Sint Maarten en tant que Membres associés de l'Organisation panaméricaine de la Santé.....	14
 Questions relatives à la politique des programmes	
Évaluation à mi-parcours du Programme d'action sanitaire pour les Amériques	14
Politique budgétaire de l'OPS.....	16
Évaluation du Programme et budget de l'OPS 2010-2011 en fin de période biennale/Deuxième rapport de situation intérimaire du Plan stratégique 2008-2012 de l'OPS	19
Stratégie pour la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles	21
Stratégie et Plan d'action pour la santé intégrale chez l'enfant	25

TABLE DES MATIÈRES *(suite)*

	<i>Page</i>
Questions relatives à la politique des programmes <i>(suite)</i>	
Évaluation et incorporation des technologies de la santé destinées aux systèmes sanitaires	27
Stratégie et Plan d'action sur la gestion des connaissances et la communication	28
Coordination de l'aide humanitaire internationale en matière de santé en cas de catastrophes	30
Bioéthique : vers l'intégration de l'éthique dans la santé	32
Programme élargi de manuels et de matériel pédagogique (PALTEX)	34
Plan d'action pour maintenir l'élimination de la rougeole, de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale (SRC) dans la Région des Amériques	34
Protection contre les rayonnements et la sécurité des sources de rayonnements : Normes internationales de sécurité de base	36
Consultation régionale sur le rapport du Groupe consultatif d'experts en recherche et développement : financement et coordination	38
Questions administratives et financières	
Rapport sur le recouvrement des contributions	41
Rapport financier du Directeur et rapport du Commissaire aux comptes externe pour 2011	41
Traitement du Directeur du Bureau sanitaire panaméricain	43
Amendement au Statut du personnel du Bureau sanitaire panaméricain	43
Excédent de la mise en œuvre des Normes IPSAS en 2010	43
Fonds directeur d'investissement	44
Sélection d'États Membres pour faire partie des Conseils ou Comités	
Sélection de deux États Membres de la Région des Amériques habilités à désigner une personne au Comité Politiques et Coordination du Programme spécial UNDP/UNFPA/OMS/Banque mondiale de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine	44
Élection de trois membres pour faire partie du Comité consultatif du Centre latino-américain et des Caraïbes d'information dans les sciences de la santé (BIREME)	45

TABLE DES MATIÈRES *(suite)*

	<i>Page</i>
Prix	
Prix de l'OPS pour l'administration (2012).....	45
Prix Abraham Horwitz pour Excellence en leadership en santé interaméricaine (2012).....	45
Prix Manuel Velasco-Suárez pour Excellence en bioéthique 2012.....	46
Autres prix.....	47
Questions pour information	
Mise à jour sur la Réforme de l'OMS : Consultation régionale sur le projet de 12 ^e Programme général de travail 2014-2019 de l'OMS et l'avant-projet du budget programme 2014-2015 de l'OMS.....	47
Rapport du Comité consultatif de la Recherche en Santé de l'OPS/OMS	52
Rapports d'avancement sur les questions techniques	54
A. Déterminants sociaux de la santé.....	54
B. Plan d'action pour la mise en place d'une politique en matière d'égalité entre les sexes.....	55
C. Stratégie régionale et Plan d'action portant sur la nutrition dans la santé et le développement, 2006-2015 : évaluation de mi-parcours.....	56
D. Plan stratégique régional de l'OPS pour le contrôle du VIH/SIDA/IST 2006-2015 : Évaluation à mi-parcours	57
E. Situation actuelle de la dengue	58
F. Mise en œuvre du Règlement sanitaire international (2005).....	59
G. Cibles régionales en matière de ressources humaines en santé 2007-2015	60
H. Situation des Centres panaméricains	61
Rapports d'avancement sur les questions administratives et financières :	
Statistiques sur la dotation en personnel du BSP.....	62
Résolutions et autres actions d'organisations intergouvernementales revêtant un intérêt pour l'OPS	63
Autres questions	62
Clôture de la session	64

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

CSP28.R1	Admission d'Aruba, de Curaçao et de Sint Maarten en tant que Membres associés de l'Organisation Panaméricaine de la Santé.....	64
CSP28.R2	Stratégie et Plan d'action sur la gestion des connaissances et la communication.....	65
CSP28.R3	Programme élargi de manuels et de matériel pédagogique (PALTEX).....	69
CSP28.R4	Élection de trois états membres au Comité Exécutif au terme des mandats de la Colombie, de Saint-Vincent-et-les-Grenadines et du Venezuela (République Bolivarienne du).....	70
CSP28.R5	Élection de trois membres pour faire partie du Comité Consultatif du Centre Latino-Américain et des Caraïbes d'information sur les Sciences de la Santé (BIREME)	71
CSP28.R6	Méthode de travail des Organes directeurs : Délégation de fonctions au Comité exécutif	72
CSP28.R7	Élection du Directeur du Bureau sanitaire panaméricain et nomination du Directeur régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour les Amériques	73
CSP28.R8	Directrice Émérite du Bureau sanitaire panaméricain	73
CSP28.R9	Évaluation et incorporation des technologies de la santé dans les systèmes de santé	74
CSP28.R10	Politique budgétaire de l'OPS.....	77
CSP28.R11	Traitement du Directeur du Bureau sanitaire panaméricain	80
CSP28.R12	Amendement au Statut du personnel du Bureau sanitaire panaméricain	81
CSP28.R13	Stratégie pour la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles	81
CSP28.R14	Plan d'action pour maintenir l'élimination de la rougeole, la rubéole et le syndrome de rubéole congénitale dans la Région des Amériques	84
CSP28.R15	Protection contre les rayonnements ionisants et sûreté des sources de rayonnements : normes fondamentales internationales de protection.....	88
CSP28.R16	Utilisation de l'excédent résultant de la mise en œuvre des Normes IPSAS en 2010	90

TABLE DES MATIÈRES *(suite)*

	<i>Page</i>
<i>Résolutions (suite)</i>	
CSP28.R17	Fonds directeur d'investissement.....91
CSP28.R18	Bioéthique : vers l'intégration de l'éthique dans le domaine de la santé92
CSP28.R19	Coordination de l'aide humanitaire internationale en matière de santé en cas de catastrophes.....94
CSP28.R20	Stratégie et Plan d'action pour la santé intégrale chez l'enfant96
<i>Décisions</i>	
CSP28(D1)	Constitution de la Commission de vérification des pouvoirs.....100
CSP28(D2)	Élection du Président, de deux Vice-présidents et du Rapporteur100
CSP28(D3)	Constitution de la Commission générale.....100
CSP28(D4)	Adoption de l'ordre du jour101
CSP28(D5)	Sélection de deux États Membres de la Région des Amériques habilités à désigner une personne au Comité Politiques et Coordination du Programme spécial PNUD/UNFPA/OMS/Banque mondiale de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine101
<i>Annexes</i>	
Annexe A. Ordre du jour	
Annexe B. Liste des documents	
Annexe C. Liste des participants	

RAPPORT FINAL

Ouverture de la session

1. La 28^e Conférence sanitaire panaméricaine, 64^e session du Comité régional de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) pour les Amériques, s'est tenue au siège de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) à Washington, D.C., du 17 au 21 septembre 2012.

2. Le Dr Luis Castillo (Chili, Président sortant) a ouvert la session et a souhaité la bienvenue aux participants. Le Dr Mirta Roses (Directrice du Bureau sanitaire panaméricain [BSP]) a également souhaité la bienvenue aux participants. Par ailleurs, l'Honorable Howard Koh (Sous-secrétaire du Department of Health and Human Services des États-Unis d'Amérique, pays hôte de la conférence), M. José Miguel Insulza (Secrétaire général de l'Organisation des États Américains) et le Dr Margaret Chan (Directrice générale de l'Organisation mondiale de la Santé) ont également prononcé une allocution d'ouverture. On trouvera sur le site internet de la 28^e Conférence sanitaire panaméricaine leurs discours respectifs.¹

Questions relatives au règlement

Constitution de la Commission de vérification des pouvoirs

3. Conformément à l'article 32 du Règlement intérieur de la Conférence sanitaire panaméricaine, la Conférence a nommé Antigua-et-Barbuda, la Colombie et Porto Rico membres de la Commission de vérification des pouvoirs (Décision CSP28[D1]).

Élection du Président, de deux Vice-présidents et du Rapporteur

4. Conformément à l'article 17 du Règlement intérieur, la Conférence a élu les membres du Bureau suivants (Décision CSP28[D2]) :

<i>Président :</i>	Grenade	(Hon. Ann Peters)
<i>Vice-président :</i>	Argentine	(Dr Eduardo Bustos Villar)
<i>Vice-président :</i>	Guatemala	(Dr Jorge Alejandro Villavicencio Álvarez)
<i>Rapporteur :</i>	Mexique	(Hon. Salomón Chertorivsky Woldenberg)

¹ Les discours de la séance d'ouverture de la Conférence peuvent être consultés à l'adresse Internet suivante : http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=7022&Itemid=39541&lang=en

5. Dr Mirta Roses (Directrice du BSP) a rempli le rôle de Secrétaire *ex officio* et le Dr Jon Andrus (Directeur adjoint du BSP) a été le Secrétaire technique

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

6. La Conférence a été informée qu'il ne serait pas nécessaire d'établir un groupe de travail, étant donné qu'aucun État Membre ne fait actuellement l'objet des restrictions de vote prévues à l'article 6.B de la Constitution de l'OPS (voir le rapport sur les contributions, paragraphes 140 à 144 ci-dessous).

Constitution de la Commission générale

7. Conformément à l'Article 33 du Règlement intérieur, la Conférence a désigné les Bahamas, Cuba, et les États-Unis d'Amérique comme membres de la Commission générale (Décision CSP28[D3]).

Adoption de l'ordre du jour (Document CSP28/1, Rév. 3)

8. La Conférence a adopté l'ordre du jour provisoire figurant dans le Document CSP28/1, Rév. 2 sans le modifier (Décision CSP28[D4]). Plus tard au cours de la semaine une version modifiée de l'ordre du jour a été publiée comme révision 3 afin d'inclure des changements mineurs convenus par les États Membres. La Conférence a également adopté un calendrier des réunions (Document CSP28/WP/1, Rév.2).

Questions relatives à la Constitution

Rapport annuel du Président du Comité exécutif (Document CSP28/2)

9. Le Dr Miriam Morales (République bolivarienne du Venezuela, Présidente du Comité exécutif) a fait un rapport sur les activités menées par le Comité exécutif et son Sous-comité du programme, du budget et de l'administration entre septembre 2011 et septembre 2012, soulignant les éléments qui avaient été examinés par le Comité mais non soumis à l'examen de la 28^e Conférence sanitaire panaméricaine et notant qu'elle rendrait compte des autres éléments à mesure qu'ils seraient examinés par la Conférence. Les éléments non soumis comprenaient les rapports annuels du Bureau de l'éthique de l'OPS, du Bureau du contrôle interne et des Services d'évaluation et du Comité d'audit ; une mise à jour sur le statut des projets approuvés par le 48^e Conseil directeur pour financement sur le compte de dépôt, y compris le projet de modernisation du système d'information du BSP, les amendements apportés au règlement du personnel du BSP et les demandes émanant de huit organisations non gouvernementales en vue de leur admission ou du renouvellement de leur statut en tant qu'organisations ayant des relations

officielles avec l'OPS. Des détails sont présentés dans le rapport de la Présidente du Comité exécutif (Document CSP28/2).

10. La Conférence a remercié les Membres du Comité pour leur travail et a pris note du rapport.

Rapports du Bureau sanitaire panaméricain

(a) *Rapport quinquennal 2008-2012 du Directeur du Bureau sanitaire panaméricain (Document officiel 343)*

11. La Directrice a présenté son Rapport quinquennal,² dont le thème était « 110 ans de progrès panaméricain dans la santé. » Ce rapport mettait en avant les acquis en matière d'amélioration de la santé au cours des cinq années précédentes et décrivait le processus de transformation institutionnelle et de développement entrepris pour faire en sorte que l'OPS consolide son rôle de chef de file dans la santé publique régionale au 21^e siècle. Elle a noté que la notion de santé comme droit de l'homme fondamental est maintenant consacrée dans les programmes politiques de presque tous les pays de la Région. Plusieurs États avaient mis en œuvre de nouveaux cadres juridiques pour les services de soins de santé publique, la réglementation de la santé et l'élargissement de la couverture sanitaire. En conséquence, des millions de personnes avaient obtenu une couverture-santé pour la première fois. La Semaine de la vaccination dans les Amériques avait directement bénéficié à plus de 400 millions d'hommes, de femmes et d'enfants au cours de ses 10 années d'existence et représentait un effort massif vers l'égalité dans l'accès aux soins de santé. La décision de l'Assemblée mondiale de la Santé de lancer la Semaine mondiale de la vaccination aurait pour effet d'élargir l'accès à la vaccination aux populations du monde entier.

12. Malgré les succès obtenus, toutefois, de nombreux défis subsistent. La Région a pris du retard sur le plan de la réalisation de l'Objectif du Millénaire pour le développement sur la mortalité maternelle et il existait de graves disparités dans l'accès aux services de santé sexuelle et génésique, en particulier pour ce qui est de la présence de personnel qualifié lors de l'accouchement et de l'accès à la contraception. Ces disparités étaient associées à des déterminants sociaux et culturels, y compris la discrimination. Il était nécessaire de continuer à accorder l'attention voulue aux soins de santé maternelle, néonatale et infantile, en mettant l'accent en particulier sur les femmes défavorisées. Il était également nécessaire de corriger les causes sous-jacentes des inégalités dans la santé et de continuer à accorder une attention soutenue aux déterminants sociaux et environnementaux de la santé tels que l'accès à l'eau potable et à

² L'intégralité de l'intervention de la Directrice figure dans le Document CSP28/DIV/7, disponible sur le site Internet de la Conférence.

l'assainissement, le logement et l'exposition à la pollution atmosphérique, aux rayonnements, aux pesticides et autres contaminants chimiques.

13. Elle a conclu son intervention en exprimant sa gratitude aux États Membres et au personnel qui l'avait soutenue au cours de ses années en tant que Directrice et en affirmant sa conviction que l'Organisation panaméricaine de la Santé – jeune de 110 ans, renouvelée et renforcée – continueraient à éclairer le chemin vers le but commun de la santé pour tous.

14. Les États Membres ont salué les nombreuses réalisations évoquées dans le rapport et ont salué le leadership de la Directrice, en particulier ses efforts pour encourager la solidarité et l'équité entre les pays de la Région, accroître l'attention accordée aux déterminants sociaux de la santé, faire figurer les maladies non transmissibles en bonne place parmi les priorités mondiales et renforcer les systèmes de santé et promouvoir l'accès universel à des soins de qualité. La Semaine de la vaccination dans les Amériques a été citée comme une réussite notoire du mandat de la Directrice. Les États Membres ont approuvé la vision pour l'avenir énoncée au chapitre IV du rapport et souligné la nécessité de préserver les acquis des dix années précédentes et de continuer à s'attacher à surmonter les inégalités et à assurer la santé et le bien-être de tous les habitants de la Région.

15. Le Dr Margaret Chan (Directeur général de l'OMS) a félicité le Dr Roses pour son long et remarquable service pour les Amériques et l'ensemble de l'OMS et a exprimé l'espoir qu'elle continuerait de contribuer à la santé dans le monde.

16. Le Dr Roses a remercié les États Membres pour leurs témoignages de gratitude et de soutien. Notant qu'elle terminait 40 ans de travail dans le domaine de la santé publique, elle a affirmé qu'elle avait beaucoup appris auprès de ses collègues et agents de santé publique quant à l'éthique et au sens véritable du service public.

(b) *La santé aux Amériques (Document CSP28/27 et Publication scientifique et technique 636)*

17. La Directrice a présenté l'édition 2012 de la *Santé aux Amériques*, notant que la version papier distribuée lors de la Conférence en était une version abrégée et que la version complète serait disponible par voie électronique. La publication fournissait une vue d'ensemble de la situation sanitaire actuelle dans la Région et dans chaque pays sur le plan de la santé et du développement humain, de certaines maladies et des facteurs de risque, de la santé environnementale et du développement des systèmes de santé. Elle examinait également les progrès de la Région sur le plan de la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé et dans les domaines définis dans le Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017. Par ailleurs, elle mettait en évidence les inégalités qui subsistaient dans la santé. Elle a souligné que pour réduire et

éliminer ces inégalités il serait nécessaire de s'attaquer à leurs causes structurelles et aux déterminants sociaux.

18. Elle a attiré l'attention sur certaines statistiques sur la population, l'espérance de vie, la morbidité et la mortalité, les maladies et risques pour la santé, les ressources de la santé et autres domaines traités dans le rapport, notant, par exemple, que la Région a continué de connaître un phénomène de croissance démographique et de vieillissement de la population, d'urbanisation, ainsi qu'une hausse inquiétante du surpoids et de l'obésité, surtout chez les enfants. Bien que certains progrès aient été réalisés sur le plan de la lutte contre la pauvreté, l'Amérique latine et les Caraïbes restent la région aux plus fortes inégalités au monde en termes de répartition des revenus, et il existait des disparités persistantes dans les résultats de la santé et les indicateurs sociaux. Elle a souligné que l'OPS doit continuer à travailler de concert avec les gouvernements et les populations des Amériques afin de parvenir à un avenir plus équitable et plus durable pour les générations actuelles et futures.

19. Dans la discussion qui a suivi les propos liminaires de la Directrice, les États Membres ont salué la dernière édition de la *Santé aux Amériques*, notant son utilité comme une source complète d'informations sur les conditions sanitaires dans la Région. Le Bureau a été prié de mettre en place un mécanisme qui permettrait aux États Membres de le conseiller sur l'élaboration des éditions futures, y compris pour le choix du thème et le processus pour la réalisation du rapport.

20. Le Dr Marcos Espinal (Gérant du domaine de la Surveillance sanitaire, de la prévention et de la lutte contre les maladies du BSP), notant que tous les chapitres par pays de la *Santé aux Amériques 2012* avaient été réalisés en collaboration avec les États Membres, a déclaré que le Bureau comptait établir un processus interactif de mise à jour à la fois des chapitres par pays et du volume régional du rapport. Il a annoncé que les versions complètes de ces deux volumes seraient disponibles sur un portail Internet spécial³ en octobre.

21. La Conférence a remercié la Directrice pour ses présentations et ses années de service auprès de l'Organisation et a pris note des rapports.

Élection du Directeur du Bureau sanitaire panaméricain et nomination du Directeur régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour les Amériques (Document CSP28/3)

22. Le Dr Jon Kim Andrus (Directeur adjoint du BSP ; Secrétaire technique) a donné lecture du règlement pour l'élection, notant que sur les cinq candidatures originales, les

³ Portail web pour La santé aux Amériques : <http://new.paho.org/saludenlasamericas/>

noms du Dr Maria Julia Muñoz Melo (Uruguay) et du Dr Oscar Raul Ugarte Ubilluz (Pérou) avaient été retirés par leurs gouvernements respectifs.

23. Deux tours de scrutin à bulletins secrets ont été organisés. L'Honorable Van Hugh Cornelius de Weever (Sint Maarten) et le Dr Concepción Quiñones de Longo (Porto Rico) étaient scrutateurs. Dans la mesure où 38 États étaient présents et votaient, la majorité requise était de 20. Au premier tour, 38 bulletins ont été déposés dans l'urne, et aucun n'était blanc ou non valide. Le Dr Caroline J. Chang Campos (Équateur) a recueilli 4 voix, le Dr Carissa F. Etienne (Dominique) en a recueilli 18 et le Dr Socorro Gross-Galiano (Costa Rica) 16.

24. Lors du deuxième tour de scrutin, 38 bulletins ont été déposés dans l'urne, et aucun n'était blanc ou non valide. Le Dr Caroline J. Chang Campos (Équateur) a recueilli 1 voix, le Dr Carissa F. Etienne (Dominique) en a recueilli 20 et le Dr Socorro Gross-Galiano (Costa Rica) 17.

25. La Conférence a adopté la résolution CSP28.R7, déclarant le Dr Etienne élue et soumettant son nom au Conseil d'administration de l'Organisation mondiale de la Santé en vue de sa nomination au poste de Directrice régionale pour les Amériques.

26. Le Dr Etienne a remercié les délégués de la confiance qu'ils lui avaient témoignée pour diriger l'Organisation panaméricaine de la Santé, qui avait joué un rôle fondamental dans le développement de la santé dans la Région et continuait de jouer un rôle unique de catalyseur des progrès en matière de santé publique dans les Amériques et dans le monde.⁴

27. De nombreux délégués ont félicité le Dr Etienne pour son élection et lui ont promis l'appui de leurs pays. La déléguée du Costa Rica a remercié tous les États Membres qui ont appuyé le candidat de son pays, le Dr Socorro Gross, et a assuré le Dr Etienne du soutien de son gouvernement.

28. Le délégué de la Dominique a salué le processus transparent et démocratique qui avait conduit à l'élection du Dr Etienne. Il a souligné que, grâce à son expérience en tant que sous-Directrice générale de l'OMS, elle était idéalement placée pour assurer la contribution de l'OPS au processus de réforme de l'OMS. Il s'est également félicité de son engagement à étendre les avantages de la santé aux pauvres et aux défavorisés.

29. Un grand nombre de délégués ont également rendu hommage au travail du Dr Roses. À la suggestion du Délégué des Bahamas, la Conférence a adopté la

⁴ L'intégralité du texte d'acceptation du Dr Etienne figure dans le Document CSP28/DIV/13, disponible sur le site Internet de la Conférence.

Résolution CSP28.R8, désignant le Dr Roses comme Directeur émérite du Bureau sanitaire panaméricain à compter de la date de son départ à la retraite.

Élection de trois États Membres au Comité exécutif à l'expiration des mandats de la Colombie, de Saint-Vincent-et-les-Grenadines et du Venezuela (République bolivarienne) (Document CSP28/4)

30. La Conférence a élu le Canada, la Jamaïque et le Paraguay pour siéger au Comité exécutif, remplaçant ainsi la République bolivarienne du Venezuela, la Colombie et Saint-Vincent-et-les-Grenadines, dont les mandats étaient arrivés à expiration.

31. La Conférence a adopté la Résolution CSP28.R4, déclarant le Canada, la Jamaïque et le Paraguay élus comme membres appelés à siéger auprès du Comité exécutif pour une période de trois ans et a remercié la République bolivarienne du Venezuela, la Colombie et Saint-Vincent-et-les-Grenadines pour leurs services.

Méthode de travail des Organes directeurs: délégation de fonctions au Comité exécutif (Document CSP28/5)

32. Le Dr Miriam Morales (Présidente du Comité exécutif) a signalé que le Comité exécutif avait approuvé une proposition en vue de rationaliser les travaux des organes directeurs et qu'à cette fin il avait recommandé que la Conférence sanitaire panaméricaine délègue la responsabilité de plusieurs questions au Comité, notamment les rapports sur le Plan directeur d'investissement, le traitement du Directeur et les mises à jour sur le projet de modernisation du système d'information du BSP. Il avait également recommandé que la Conférence demande au Comité de communiquer des rapports d'avancement techniques et administratifs à la Conférence ou au Conseil directeur uniquement lorsque cela était jugé nécessaire.

33. Au cours du débat qui a suivi, les États Membres se sont déclarés favorables à la proposition de déléguer la responsabilité au Comité exécutif pour des points de routine, le Comité faisant alors simplement rapport sur ces points au lieu de les soumettre à la Conférence ou au Conseil directeur pour examen. Cette proposition semblait pouvoir permettre de simplifier le travail de la Conférence et du Conseil et leur permettre d'approfondir les questions sanitaires de fond. Le Bureau a été encouragé à explorer d'autres moyens d'accroître l'efficacité des travaux des organes directeurs et à suivre de près les réformes de gouvernance entreprises au sein de l'OMS et à chercher des moyens d'obtenir une interaction plus efficace avec l'OMS.

34. La Conférence a adopté la résolution CSP28.R6, approuvant la proposition de rationaliser le travail des organes directeurs et déléguant officiellement la responsabilité de déterminer le traitement du Directeur au Comité exécutif.

Demande du Royaume des Pays-Bas pour l'admission d'Aruba, Curaçao et Sint Maarten en tant que Membres associés de l'Organisation panaméricaine de la Santé (Document CSP28/28)

35. Le Dr Heidi Jiménez (Conseillère juridique du BSP) a informé la Conférence qu'en août 2012, le Bureau avait reçu une lettre du Gouvernement du Royaume des Pays-Bas demandant le statut de membre associé de l'OPS pour Aruba, Curaçao et Sint Maarten, qui, suite à une réforme constitutionnelle dans le Royaume des Pays-Bas en octobre 2010, étaient tous des pays autonomes au sein du Royaume. La Conférence a donc été appelée à examiner un projet de résolution (annexé au Document CSP28/28) accordant à Aruba, Curaçao et Sint Maarten le statut de membres associés de l'OPS et définissant le montant de leurs contributions respectives.

36. Un vote à main levée a été organisé et la résolution a été adoptée (Résolution CSP28.R1). Les délégués d'Aruba, Curaçao et Sint Maarten, après avoir placé les drapeaux de leur pays respectif aux côtés de ceux des autres membres de l'OPS, ont remercié la Conférence d'avoir accordé à leurs pays l'honneur du statut de membres associés de l'Organisation et ont affirmé leur détermination à améliorer la santé de leurs propres populations et à contribuer à la réalisation des objectifs collectifs de santé de la Région.

37. Le délégué de Porto Rico, souhaitant la bienvenue aux trois nouveaux membres associés, a rappelé que Porto Rico avait été admis en tant que membre associé 20 ans plus tôt et a exprimé sa gratitude pour le soutien et les orientations que lui a apportés l'Organisation depuis lors.

38. Le délégué de l'Argentine a déclaré que la décision d'admettre Aruba, Curaçao et Sint Maarten en qualité de membres associés ne pouvait être étendue à d'autres territoires non autonomes de la Région.

Questions relatives à la politique des programmes

Évaluation à mi-parcours du Programme d'action sanitaire pour les Amériques (Document CSP28/6)

39. Le Dr Miriam Morales (Présidente du Comité exécutif), faisant rapport sur l'examen par le Comité d'une version antérieure du rapport sur l'évaluation à mi-parcours du Programme d'action sanitaire pour les Amériques (voir Document CE150/FR, paragraphes 39 à 45), a expliqué que le Comité avait entendu une mise à jour du processus d'évaluation mené par un groupe de travail des pays dirigé par l'Argentine. Le Comité avait souligné qu'il était important que tous les États Membres participent à l'enquête d'évaluation et avait suggéré que le processus d'évaluation à mi-parcours offrirait l'occasion d'établir des cibles ou des références dans les huit domaines du

Programme d'action sanitaire, ce qui faciliterait la mesure des progrès réalisés et la préparation de l'évaluation finale du Programme d'action.

40. M. Sebastián Tobar (Argentine, président du groupe de travail des pays) a présenté le rapport préliminaire sur l'évaluation à mi-parcours (contenue dans le Document CSP28/6) et a résumé ses principales constatations, conclusions et recommandations, notamment le fait que les pays avaient fait bon usage du Programme d'action pour guider l'élaboration des plans, politiques et stratégies, et que des progrès significatifs avaient été réalisés dans tous les domaines d'action du Programme, bien que des avancées moins importantes que prévues aient été réalisées sur certains indicateurs, notamment la mortalité maternelle, les taux de dengue et de plusieurs autres maladies et les niveaux de dépenses pour la santé. L'évaluation a conclu que le Programme d'action avait été bien utilisé pour la programmation et l'élaboration des politiques au niveau infrarégional, tandis que son utilisation parmi les organisations internationales avait été limitée.

41. L'une des principales recommandations découlant de l'évaluation à mi-parcours était que le Programme d'action devrait être diffusé plus largement et que davantage d'efforts devraient être déployés en vue d'en promouvoir l'utilisation. Le groupe de travail des pays estimait que le Bureau avait un rôle clé à jouer à cet égard. Il a été recommandé que les conclusions de l'évaluation à mi-parcours devraient servir de référence pour l'évaluation finale du Programme et qu'elles devraient contribuer à l'élaboration du prochain Programme général de travail de l'OMS et du Plan stratégique de l'OPS. Les pays ont été invités à soumettre des commentaires et recommandations supplémentaires sur le Programme d'action et l'évaluation à mi-parcours au ministère de la santé argentin, qui les incorporerait dans le rapport final d'évaluation à mi-parcours, qui serait publié en décembre 2012.

42. M. David O'Regan (Commissaire aux comptes du Bureau du contrôle interne et des services d'évaluation du BSP) a présenté les résultats de l'évaluation interne du Bureau sur la façon dont il avait contribué à la mise en œuvre du Programme d'action. Ces conclusions étaient résumées à l'annexe B du Document CSP28/6 ; les États Membres pouvaient obtenir le rapport complet sur demande. La principale conclusion était que le Bureau avait intégré tous les domaines d'action du Programme dans sa planification stratégique et son processus de gestion fondée sur les résultats. Les domaines d'action avaient également été incorporés dans les activités de coopération technique par le biais des plans de travail biennaux et des stratégies de coopération avec les pays. Le rapport contenait plusieurs recommandations visant à renforcer encore la contribution du Bureau à la mise en œuvre du Programme d'action.

43. La Conférence a salué les résultats de l'évaluation à mi-parcours et a remercié l'Argentine d'avoir été le fer de lance de la partie du processus d'évaluation menée par

les pays. Les États Membres ont noté avec satisfaction que le Programme d'action avait été utilisé dans la formulation de plans de santé au niveau national, mais ont fait part de leurs préoccupations quant à son utilisation relativement limitée au niveau infrarégional et au sein des organisations internationales, et ont avalisé la recommandation stipulant que le Bureau devrait s'efforcer de renforcer la diffusion du Programme d'action. Il a été également jugé important de s'assurer que les mesures prises pour appliquer les recommandations étaient alignées sur les activités entreprises pour élaborer le plan stratégique de l'OPS pour 2014-2019 et que les résultats de l'évaluation seraient pris en compte pour la formulation du prochain programme de travail général de l'OMS et de son budget-programme biennal 2014-2015.

44. M. Tobar a déclaré que le groupe de travail des pays avait également exprimé des préoccupations quant à l'utilisation limitée du Programme d'action par les groupes infrarégionaux et les organisations internationales. Dans le cas de ces dernières, l'évaluation a montré qu'elles s'inspiraient parfois de certains aspects du Programme d'action, mais pas de la totalité du document. Une plus grande sensibilisation était nécessaire afin de promouvoir l'harmonisation des activités de ces organisations avec le Programme d'action, que les gouvernements des Amériques avaient défini comme l'instrument prioritaire pour guider les activités liées à la santé dans la Région.

45. M. O'Regan a souligné que, comme le Bureau avait très bien réussi à intégrer les domaines d'actions du Programme dans ses activités, il était bien placé pour prôner l'utilisation du Programme d'action par d'autres organisations internationales. Les États Membres devraient être tenus informés au moyen des rapports annuels du Bureau des Services de contrôle interne des mesures prises par le Bureau pour mettre en œuvre les recommandations de l'évaluation.

46. La Conférence a pris note du rapport.

Politique budgétaire de l'OPS (Document CSP28/7)

47. Le Dr Miriam Morales (Présidente du Comité exécutif) a signalé que le Comité exécutif avait fermement appuyé la politique budgétaire proposée et avait salué en particulier l'approche équitable et souple de la politique, le fait qu'elle intègre le coefficient de Gini et qu'elle reconnaisse la nécessité de s'assurer que les affectations au niveau des pays étaient suffisantes pour maintenir une présence de l'OPS dans tous les pays. Le Comité a adopté la Résolution CE150.R12, recommandant que la Conférence sanitaire panaméricaine approuve la nouvelle politique. (Pour plus de détails sur les délibérations du Comité sur ce point, voir le Document CE150/FR, paragraphes 46 à 54).

48. M. Roman Sotela (Conseiller principal en gestion du budget programme du BSP) a décrit la politique proposée, notant qu'elle reposait sur les principes fondamentaux de la politique actuelle et tenait compte des recommandations issues de l'évaluation de la

politique actuelle du Bureau du contrôle interne et des services d'évaluation de l'OPS. Des ajustements ont été apportés afin d'améliorer la transparence et l'équité dans la nouvelle politique et de la rendre plus opérationnelle et réaliste. En plus des trois niveaux fonctionnels inclus dans la politique actuelle (régional, infrarégional et national), la nouvelle politique inclurait un niveau inter-pays, comprenant la coopération qui a lieu au niveau des pays, mais destinée à plusieurs pays, comme la coopération fournie par les centres panaméricains. Cette nouvelle politique offrirait de la souplesse en termes d'affectations entre les niveaux fonctionnels afin de tenir compte de l'évolution des besoins et de la situation. L'objectif fondamental de cette politique consisterait à améliorer les résultats dans les pays.

49. L'un des plus grands changements proposés dans le cadre de la nouvelle politique avait trait au financement plancher attribué aux pays. Dans le cadre de la politique actuelle le niveau plancher s'était parfois avéré insuffisant pour maintenir la présence minimale de l'OPS nécessaire pour planifier et offrir une coopération technique. La nouvelle allocation plancher garantirait un financement suffisant pour couvrir les besoins minimum en personnel, ainsi que 500 000⁵ USD par exercice biennal pour les opérations de base. En outre, la nouvelle politique comprendrait un volet axé sur les résultats, dans le cadre duquel jusqu'à 5 % de l'enveloppe totale au niveau des pays pourrait être réorientée afin de fournir un soutien supplémentaire lorsque cela serait nécessaire pour permettre aux États Membres d'atteindre les objectifs et les résultats définis dans le Plan stratégique. Les détails sur les méthodes statistiques proposées pour allouer les ressources budgétaires de l'OPS entre les pays et des exemples de résultats de l'application du modèle statistique proposé sont présentés dans le Document CSP28/7.

50. La Conférence s'est félicitée de la nouvelle politique proposée et a remercié le groupe de travail qui avait contribué à sa formulation, en particulier pour ses efforts visant à assurer une méthode juste, transparente et équitable d'attribution des ressources de l'OPS. Le fait que la politique tienne compte des différents niveaux de besoins des pays et qu'elle inclue le coefficient de Gini a été salué, de même que le relèvement de l'attribution plancher et la garantie d'un financement suffisant pour maintenir une présence minimale de l'OPS dans les pays. L'introduction d'une plus grande souplesse dans la politique afin de permettre aux pays de faire face à l'évolution des besoins et des environnements a été applaudie. Toutefois, il a été suggéré qu'il faudrait davantage tenir compte de l'impact que la conjoncture économique mondiale pourrait avoir sur les pays, en particulier sur les plus vulnérables, et sur leurs besoins en matière de soutien. L'importance de la coopération technique entre pays, en particulier la coopération Sud-Sud, a été mise en évidence, et il a été souligné que cette coopération pourrait avoir un effet multiplicateur qui augmenterait l'impact des ressources de l'OPS.

⁵ Sauf stipulation contraire, toutes les valeurs monétaires dans le présent rapport sont exprimées en dollars des États-Unis.

51. Une déléguée a estimé que la politique pourrait être perçue comme pénalisant les pays qui avaient fait un effort pour améliorer l'état de santé de leurs populations et qu'elle ne tenait pas compte du fait que les pays qui avaient obtenu des gains en matière de santé avec les financements des bailleurs de fonds pourraient avoir besoin d'un soutien continu pour maintenir ces acquis une fois que le financement des bailleurs de fonds aurait pris fin. Plusieurs délégués se sont déclarés vivement préoccupés par une disposition du projet de résolution sur ce point (figurant dans le Document CSP28/7) qui prévoyait une réduction pouvant aller jusqu'à 50 % de l'allocation de base des pays par rapport à la dotation actuelle dans le cadre du programme-budget 2012-2013. Il a été souligné que la politique elle-même ne contenait aucune disposition de ce type ni aucune analyse des conséquences d'une telle réduction pour les pays vulnérables. Il a également été précisé que certains pays avaient vu leurs allocations diminuer de 40 % dans le cadre de la politique actuelle, et que de ce fait certains de leurs programmes avaient eu du mal à continuer de fonctionner, tandis que d'autres pays avaient reçu des augmentations importantes qui avaient dépassé leur capacité d'absorption. Le Bureau a été prié de préciser comment le plafond de 50 % sur les réductions avait été défini, comment les réductions seraient réparties et combien de temps ces réductions resteraient en vigueur. Il a également été demandé que d'autres scénarios assortis d'une réduction maximale plus faible soient explorés.

52. Il a été suggéré que, en plus de l'évaluation de la politique après les deux premiers exercices biennaux d'application, le Bureau devrait présenter une évaluation intérimaire de la mise en œuvre de cette politique après le premier exercice biennal, en soulignant les défis et les réussites pouvant contribuer à améliorer cette politique.

53. M. Sotela a expliqué que le groupe de travail avait décidé d'augmenter la réduction potentielle maximale des allocations dans les pays pour la faire passer de 40 %, plafond dans le cadre de la politique actuelle, à 50 % car, contrairement à la politique actuelle, la nouvelle politique incluait une disposition assurant qu'aucune allocation ne serait réduite au-dessous du niveau requis pour maintenir une présence minimale de l'OPS dans les pays. En outre, toute réduction serait appliquée progressivement au cours de deux exercices biennaux. Il a assuré la Conférence que les ramifications d'une réduction de 50 % potentielle avaient été pleinement prises en considération et a encouragé les États Membres à ne pas considérer les réductions isolément mais dans le cadre d'un cycle continu ayant démarré avec la mise en œuvre de la politique actuelle en 2005. Dans le cadre de la nouvelle politique, les pays qui connaîtraient les réductions les plus importantes seraient les pays qui ont le plus bénéficié de la politique actuelle. Par exemple, dans le cadre de la nouvelle politique, l'allocation d'un pays baisserait de 41 %, mais dans le cadre de la politique actuelle ce même pays avait vu son allocation augmenter de 300 %, et celle-ci serait donc toujours plus de 200 % supérieure à celle de 2005, en dépit de la réduction.

54. Il estimait que la composante fondée sur les résultats de 5 %, combinée à la partie variable de 5 % des fonds alloués aux pays offrirait une souplesse suffisante pour permettre aux pays de répondre aux besoins imprévus et changeants. Il a salué la suggestion d'une évaluation intérimaire de la politique après le premier exercice biennal, dans la mesure où cette évaluation mettrait en lumière toutes difficultés rencontrées et mettrait aussi en exergue les effets positifs de la mise en œuvre de cette politique.

55. La Directrice a fait observer que l'OPS avait été un pionnier parmi les organisations internationales sur le plan de la mise en œuvre d'une politique budgétaire et qu'en adoptant cette politique, les États Membres avaient fait montre de beaucoup de générosité et de solidarité et d'un véritable souci d'équité dans la répartition des ressources. Il était important de garder à l'esprit que l'OPS n'était pas une institution de financement et que ses contributions financières au niveau des pays ne représentaient généralement qu'une infime partie du montant dont les gouvernements avaient besoin pour financer leurs programmes nationaux. Il était également important de reconnaître que la politique budgétaire ne s'appliquait qu'aux ressources du budget ordinaire, qui représentaient seulement un peu moins de la moitié du total des ressources de l'Organisation. Ces fonds étaient complétés par d'autres ressources, y compris un volume croissant de contributions volontaires sans affectation spéciale, qui pourraient être allouées avec souplesse en fonction des besoins. Comme cela avait été signalé, la coopération technique entre les pays – qui continuerait d'être soutenue dans le cadre de la nouvelle politique – constituait une source de soutien supplémentaire.

56. Après avoir entendu les explications fournies par la Directrice et M. Sotela, la Conférence a adopté la Résolution CSP28.R10, approuvant la nouvelle politique budgétaire de l'OPS et demandant à la Directrice, entre autres, de présenter au Conseil directeur une évaluation intérimaire de la politique à l'issue de la première période biennale de mise en œuvre. La Conférence a noté que M. Sotela prendrait prochainement sa retraite et l'a remercié pour son travail sur la politique budgétaire et pour ses années de service auprès de l'Organisation.

Évaluation du Programme et budget de l'OPS 2010-2011 en fin de période biennale/Deuxième rapport de situation intérimaire du Plan stratégique 2008-2012 de l'OPS (Document CSP28/8)

57. Le Dr Miriam Morales (Présidente du Comité exécutif) a signalé que le Comité exécutif avait examiné une version préliminaire du rapport sur l'évaluation de fin d'exercice biennal et le deuxième rapport d'étape intérimaire et a noté que ces conclusions seraient utiles non seulement comme élément à prendre en compte pour les activités futures, mais aussi comme outil de gestion fondée sur les résultats. Des éclaircissements avaient été demandés au sujet de divergences apparentes entre les résultats obtenus et les niveaux de financement reçus, ainsi que sur les leçons tirées de

ces résultats. (Pour plus de détails sur les délibérations du Comité sur ce point, voir le Document CE150/FR, paragraphes 55 à 64).

58. Dans la discussion qui a suivi le rapport du Dr Morales, les États Membres se sont félicités de l'étroite corrélation entre le taux d'exécution du budget-programme et l'obtention des résultats escomptés à l'échelle régionale dans le cadre du Plan stratégique. Les améliorations signalées en ce qui concerne la mortalité infantile, la santé maternelle, les maladies tropicales négligées, le paludisme, le VIH/sida et d'autres domaines importants ont également été accueillies avec satisfaction. Cependant, des préoccupations ont été exprimées quant au manque relatif de progrès sur le plan de la mise en place des capacités de surveillance et de réponse de base requises aux termes du Règlement sanitaire international (2005) (voir aussi les paragraphes 224 à 229 ci-dessous). Il a été suggéré que le Bureau devrait coordonner une analyse approfondie afin de déterminer quelles étaient les exigences en termes de capacités de base qui posaient le plus de difficultés pour les États Membres, lesquelles devaient être mises en œuvre de toute urgence, et pourraient finalement devoir être modifiées ou remplacées, car les pays n'étaient pas en mesure de les mettre en œuvre. Le Bureau a été instamment prié de continuer à apporter son soutien aux États Membres et à favoriser la coopération technique et l'échange des meilleures pratiques entre les pays.

59. Il a été observé que l'évaluation et le rapport d'avancement avaient permis de tirer plusieurs enseignements importants, y compris la nécessité de disposer de données de base de qualité pour une planification et un calcul des coûts réalistes. Il a également été souligné que le volume croissant des contributions volontaires nationales occasionnait certaines difficultés de gestion et représentait des responsabilités d'ordre financier, programmatique, ainsi qu'en termes de responsabilisation et de transparence pour le Bureau, qui était toujours tenu de faire une distinction claire dans la présentation des données financières entre les contributions nationales volontaires et les autres contributions volontaires. Des éclaircissements ont été demandés sur les grandes questions qui devaient être examinées (mentionnées au paragraphe 10 du Document CSP28/8) avant que la gestion fondée sur les résultats ne puisse être pleinement mise en œuvre dans toute l'Organisation.

60. M. Diego Victoria (Gérant du domaine de la Planification, du budget et du développement institutionnel du BSP), répondant à cette dernière question, a déclaré qu'il était nécessaire, par exemple, de trouver de meilleurs moyens de mesurer l'impact et d'évaluer les programmes au niveau des pays et d'assurer la disponibilité d'informations plus précises et plus concrètes. Il a assuré la Conférence que le Bureau continuerait de s'attacher à renforcer la coopération technique entre les pays sur le Règlement sanitaire international et dans d'autres domaines.

61. La Conférence a pris note du rapport.

Stratégie pour la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles (Documents CSP28/9, Rév. 1 et CSP28/DIV/1)

62. Le Dr Miriam Morales (Présidente du Comité exécutif) a fait rapport sur l'examen par le Comité exécutif d'une version antérieure de la stratégie régionale proposée (voir Document CE150/FR, paragraphes 65 à 71), notant que le Comité avait reconnu les efforts du Bureau pour solliciter l'opinion des États Membres sur le contenu de la stratégie et du plan d'action, mais qu'il avait considéré qu'il était essentiel de procéder à d'autres consultations afin d'aligner la stratégie et le plan d'action au niveau régional avec le cadre de suivi global et le plan d'action mondial, et pour refléter les résultats des consultations mondiales et régionales en cours. Le Comité avait donc prié la Directrice de tenir de nouvelles consultations et de présenter une stratégie révisée pour approbation par la Conférence sanitaire panaméricaine. Il avait également demandé à la Directrice de proposer un processus pour l'élaboration d'un plan d'action devant être approuvé par le Conseil directeur en 2013.

63. Le Dr Douglas Bettcher (Directeur de l'Initiative pour un environnement sans tabac et Directeur par intérim du programme des Maladies chroniques et de la promotion de la santé de l'OMS) a donné un aperçu général du cadre global de suivi mondial élaboré par le Secrétariat de l'OMS aux termes de la déclaration politique de la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles (Résolution A/RES/66/2) et révisée à la suite des discussions au cours de la soixante-cinquième Assemblée mondiale de la Santé en mai 2012. Il a noté que chacun des comités régionaux avait été prié d'organiser un débat sur les indicateurs et les cibles du cadre de suivi. Le Secrétariat de l'OMS compilerait toutes les contributions reçues et les présenterait lors d'une consultation officielle des États Membres qui se tiendrait à Genève du 5 au 7 novembre 2012 afin de finaliser le cadre de suivi, qui serait ensuite soumis au Conseil exécutif et à l'Assemblée mondiale de la Santé pour discussion et adoption en 2013.

64. Le cadre proposé comprenait les résultats, les facteurs d'exposition/de risque et les réponses du système santé, ainsi qu'un ensemble d'objectifs mondiaux volontaires et d'indicateurs connexes, et un petit nombre de cibles de suivi à atteindre d'ici à 2025, qui avaient été choisis en fonction de cinq critères : haute pertinence épidémiologique et de santé publique, cohérence avec les grandes stratégies mondiales de la santé, disponibilité d'interventions réalisables et fondées sur des données probantes, preuve de la faisabilité au niveau des pays et existence d'instruments de collecte de données non équivoques, et potentiel pour définir un cadre de référence et opérer un suivi des changements au fil du temps. L'objectif global avalisé par les États Membres pendant l'Assemblée mondiale de la Santé a été la réduction de la mortalité prématurée due aux maladies non transmissibles de 25 % entre 2010 et 2025.

65. Quatre autres objectifs liés à l'augmentation de la pression sanguine, au tabagisme, à la consommation de sel et à l'inactivité physique avaient bénéficié d'un large soutien lors de discussions antérieures sur le cadre, de même que les cibles relatives à l'obésité, à la consommation de matières grasses, à l'alcool, au cholestérol élevé, aux médicaments et aux technologies génériques, et à la pharmacothérapie et aux conseils pour prévenir les crises cardiaques et les accidents vasculaires cérébraux, bien que pour ces derniers objectifs d'autres activités soient nécessaires. Le cadre de suivi, une fois finalisé et approuvé, jetterait les bases pour l'élaboration d'un plan d'action mondial sur les maladies non transmissibles, couvrant la période 2013-2020, qui actualiserait le Plan d'action 2008-2013 pour la stratégie mondiale pour la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles et le développerait. Un projet du plan d'action serait disponible pour examen avant la consultation de novembre.

66. Le Dr Marcos Espinal (Gérant du domaine de la Surveillance sanitaire, de la prévention et de la lutte contre les maladies du BSP) a présenté la stratégie régionale proposée pour la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles (Document CSP28/9), qui avait été révisée suite à la consultation régionale demandée par le Comité exécutif. Cette consultation s'était tenue le 10 août 2012 et avait porté à la fois sur la proposition de stratégie régionale et sur le projet de cadre de suivi mondial. Des représentants de 32 États Membres et plusieurs organisations infrarégionales et intergouvernementales y avaient participé. Les conclusions de la consultation étaient résumées dans le Document CSP28/DIV/1 et reflétées dans les révisions apportées à la stratégie régionale proposée. Parmi les principales conclusions, les États Membres avaient appuyé l'objectif global d'une réduction de 25 % de la mortalité prématurée due aux maladies non transmissibles d'ici à 2025 et les cibles pour le tabagisme, la consommation de sel, l'inactivité physique et la tension artérielle, mais avaient recommandé que le cadre de suivi mondial inclue également des indicateurs relatifs au développement, aux investissements, à l'équité dans l'accès aux médicaments et aux services de santé, aux interventions ciblant les enfants et les adolescents, à l'action multisectorielle et aux déterminants sociaux de la santé.

67. La Conférence a salué les mesures prises par l'OMS et l'OPS pour lutter contre l'épidémie croissante de maladies non transmissibles et assurer un suivi de la réunion de haut niveau des Nations Unies au moyen de mesures concrètes. Les délégués ont réaffirmé leur appui à la Déclaration politique de la réunion de haut niveau des Nations Unies et à l'objectif global d'une réduction de 25 % de la mortalité prématurée due aux maladies non transmissibles d'ici à 2025. De nombreux délégués ont souligné que les maladies non transmissibles constituaient non seulement un problème de santé mais aussi un problème économique et de développement et se sont félicités de l'attention accrue accordée dans le cadre de suivi mondial aux déterminants sociaux, économiques et environnementaux de ces maladies. Les quatre cibles relatives à la tension artérielle, au tabagisme, à la consommation de sel et à l'inactivité physique ont également reçu un

appui ferme. Certains délégués se sont déclarés favorables à l'inclusion d'objectifs supplémentaires liés à d'autres facteurs de risque, notamment l'obésité, la consommation de graisses et de sucre et la consommation d'alcool. D'autres ont mis en garde contre l'élargissement de la liste des facteurs de risque à surveiller, dans la mesure où cela pourrait avoir pour effet de prolonger la discussion et de retarder un accord sur le cadre. Des préoccupations particulières ont été exprimées au sujet du caractère pertinent, mesurable et réalisable des cibles mondiales proposées sur les niveaux de cholestérol, la consommation de matières grasses et l'obésité. Il a été souligné que les cibles doivent être mesurables, réalisables et suffisamment souples pour être adaptées aux contextes spécifiques au niveau des pays.

68. Un fort soutien a été exprimé pour une approche tout au long de la vie dans la prévention des maladies non transmissibles. Les délégués ont souligné la nécessité de l'éducation sur la santé et de la promotion de modes de vie sains dès l'enfance afin de prévenir les problèmes de santé plus tard dans la vie. La nécessité d'approches novatrices pour lutter contre l'obésité chez les enfants a été mise en évidence. La participation de la communauté et des partenariats multisectoriels ont été considérés comme essentiels afin de s'attaquer aux divers facteurs de risque qui contribuent aux maladies non transmissibles, dont un grand nombre ne relèvent pas du contrôle direct du secteur de la santé. Il a également été jugé nécessaire d'élaborer une politique claire pour guider les relations de l'OMS et de l'OPS avec divers partenaires, y compris le secteur privé, et pour veiller à ce que les préoccupations de santé publique soit le principal objectif de ces partenariats. Il a été estimé que l'OMS avait un rôle clé à jouer pour soutenir les autorités sanitaires nationales et renforcer leur capacité à diriger les efforts nationaux de lutte contre les maladies non transmissibles. L'importance d'approches faisant intervenir l'ensemble du gouvernement et de la société et incluant la santé dans toutes les politiques a été soulignée.

69. Les délégués ont accueilli avec satisfaction les révisions apportées à la stratégie régionale suite à la consultation régionale, en particulier l'importance accrue accordée à la prévention et à la réduction des risques, ainsi qu'à la recherche et aux politiques et programmes reposant sur des éléments de preuve. L'élargissement de l'objectif global de la stratégie pour y inclure la réduction de la morbidité et de l'invalidité, ainsi que de la mortalité prématurée, dues aux maladies non transmissibles a été salué. Certains changements ont été suggérés dans le libellé en vue de rendre la stratégie plus adaptable à des contextes et des politiques spécifiques au niveau des pays. Il a également été suggéré que la stratégie devrait inclure des indicateurs relatifs à la consommation de sucre, à la santé en milieu scolaire, à la planification et aux politiques urbaines visant à promouvoir l'activité physique et à l'usage nocif de l'alcool. Sur ce dernier point, il a été souligné que les cibles devraient porter sur son utilisation nocive, et pas sur la consommation d'alcool par habitant.

70. La Conférence a fermement appuyé le projet de résolution (figurant dans le Document CSP28/9), bien que plusieurs modifications aient été proposées en vue de renforcer les dispositions sur la surveillance et la recherche sur les maladies non transmissibles, le suivi et l'évaluation des politiques et des programmes afin d'en déterminer l'efficacité et l'impact, et sur le renforcement des systèmes de santé et l'accès aux soins pour les personnes souffrant de maladies non transmissibles. Des préoccupations ont été exprimées quant au nombre limité de personnel de l'OPS travaillant sur les maladies non transmissibles (huit membres du personnel et une consultante à court terme, selon le rapport sur les incidences financières et administratives du projet de résolution, figurant à l'annexe F du Document CSP28/9). Le Bureau a été prié de préciser comment il est prévu de remédier à cette pénurie de personnel afin de fournir le soutien technique nécessaire aux États Membres .

71. La déléguée d'El Salvador a noté que sa délégation avait à maintes reprises attiré l'attention sur la question des pathologies rénales chroniques causées par l'exposition environnementale et professionnelle à des toxines, surtout des produits chimiques agricoles, mais que la maladie n'était toujours pas mentionnée explicitement que ce soit dans le cadre de suivi mondial ou dans la stratégie régionale proposée. Elle a souligné que les pathologies rénales chroniques constituaient un problème non seulement dans les Amériques, mais ailleurs dans le monde, y compris au Sri Lanka et dans les Balkans, où des cas similaires également liés à des facteurs environnementaux avaient été signalés. Elle a appelé, ainsi que plusieurs autres délégués, à l'inclusion de la néphropathie chronique parmi les maladies à traiter à la fois dans le cadre de suivi mondial et dans la stratégie régionale.

72. Des représentants de plusieurs organisations non gouvernementales ont appuyé la stratégie régionale et le cadre de suivi mondial et ont souligné qu'il était important d'accorder une attention accrue aux troubles démentiels comme la maladie d'Alzheimer et aux questions de santé mentale souvent associées à des maladies non transmissibles. Ils ont également souligné le rôle de la société civile pour une approche multisectorielle globale sur la question, ainsi que la nécessité de lutter contre les inégalités et d'autres déterminants sociaux à l'origine d'un taux anormalement élevé de maladies non transmissibles chez les pauvres, et ont demandé instamment que la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles soit l'un des objectifs du Programme d'action au cours de la période après 2015, date butoir pour la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement.

73. Le Dr Bettcher a assuré la Conférence que les questions d'équité et de déterminants sociaux de la santé avaient été intégrées dès le départ au processus d'élaboration du cadre de suivi mondial et continueraient d'être prises en compte dans l'élaboration des objectifs et des indicateurs et dans le suivi des progrès accomplis. Il en irait de même pour la nécessité d'une action multisectorielle et d'une approche faisant

intervenir l'ensemble du gouvernement. Une approche tout au long de la vie ferait également partie intégrante des activités à entreprendre pour réduire le fardeau des maladies non transmissibles.

74. Le Dr Espinal a déclaré que les divers commentaires et suggestions pour améliorer la stratégie régionale seraient reflétés dans une version révisée du document (qui a été par la suite publié sous la cote : Document CSP28/9, Rév. 1) et que la question de la pathologie rénale chronique serait traitée explicitement. S'agissant des indicateurs dont l'inclusion avait été proposée, il a expliqué qu'ils seraient inclus dans le plan d'action qui serait soumis aux organes directeurs en 2013. Ce plan comprendrait également des indicateurs relatifs à la pathologie rénale chronique. Quant au nombre de membres du personnel disponibles pour fournir une assistance technique aux pays, il a expliqué que les huit membres du personnel de base mentionnés dans le document bénéficieraient du soutien de membres du personnel dans l'ensemble de l'Organisation, reflétant ainsi le caractère multisectoriel des maladies non transmissibles.

75. Le Dr Luiz Augusto Galvão (Gérant du domaine du Développement durable et de la santé environnementale du BSP) a affirmé que l'OPS s'attachait à accroître l'importance accordée aux maladies non transmissibles dans les programmes de développement, et à traiter de la santé mentale et de la comorbidité des maladies non transmissibles. Elle travaillait également activement pour promouvoir la santé et les modes de vie sains. Une initiative remarquable pour la promotion de la santé, lancée au cours de la semaine de la Conférence, était la Semaine du bien-être dans les Amériques.⁶

76. La Conférence a adopté la Résolution CSP28.R13, approuvant la stratégie régionale et demandant à la Directrice d'élaborer un plan d'action régional pour la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles conforme aux priorités des États Membres et au cadre et plan d'action de l'OMS pour le suivi mondial.

Stratégie et Plan d'action pour la santé intégrale chez l'enfant (Document CSP28/10)

77. Le Dr Miriam Morales (Présidente du Comité exécutif) a résumé la discussion du Comité exécutif sur ce sujet (Document CE150/FR, paragraphes 72 à 76), expliquant que le Comité avait fermement soutenu la stratégie et le plan d'action proposés et s'était félicité notamment de l'approche fondée sur les droits de la stratégie et de l'accent mis sur les déterminants sociaux de la santé et la nécessité d'une action multisectorielle intégrée à cet égard. Le Comité avait adopté la Résolution CE150.R4, recommandant que la Conférence approuve la stratégie et le plan d'action.

⁶ L'intervention de la Directrice à l'occasion de l'ouverture d'une exposition photographique sur la Semaine du bien-être dans les Amériques figure dans le Document CSP28/DIV/11, disponible sur le site Internet de la Conférence

78. Au cours de la discussion qui a suivi, les États Membres ont appuyé la stratégie et le plan d'action. L'impact que l'investissement dans la santé des enfants et la coopération horizontale pourraient avoir dans la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement a été souligné. Une approche Sud-Sud qui tirerait parti de l'expérience des pays d'Amérique latine et des Caraïbes et reconnaîtrait l'importance de la participation des partenariats existants visant à atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement et à améliorer le développement et la santé des enfants a été appuyée. L'accent mis dans la stratégie sur le renforcement des capacités et la consolidation des systèmes de santé intégrés a été soutenu. La reconnaissance dans la stratégie des risques pour la santé des enfants que pose l'helminthiase transmise par le sol a aussi été saluée, et le Bureau a été encouragé à inclure le déparasitage comme intervention clé dans le plan d'action.

79. Plusieurs délégations ont décrit les mesures que leurs gouvernements avaient prises en vue de réduire la mortalité et la morbidité infantile, y compris des initiatives telles que des campagnes de vaccination, des programmes pour apporter un soutien aux adolescentes enceintes et des programmes de soutien nutritionnel pour les mères et les enfants. Il a été jugé crucial de renforcer le travail des groupes techniques interinstitutionnels afin de renforcer les plans nationaux et les stratégies intégrées de santé des enfants. La nécessité d'accroître la capacité des systèmes de santé pour la planification, la gestion et la mise en œuvre de ces stratégies, en particulier au niveau des soins de santé primaires, a été soulignée. Il a également été jugé nécessaire de formuler et d'appliquer des politiques qui traitent des déterminants sociaux de la santé des enfants.

80. Plusieurs suggestions ont été faites en vue d'améliorer la stratégie et le plan d'action. L'une consistait à inclure des campagnes de communication et d'éducation des mères en vue de promouvoir des pratiques parentales saines et le développement de l'enfant. Une autre suggestion portait sur la promotion de lois et de politiques visant à faciliter l'allaitement maternel. Il a également été suggéré qu'appréhender la santé de l'enfant comme une question de développement et pas uniquement comme une question de santé devrait être encouragé.

81. Le Bureau et les États Membres ont été encouragés à appliquer le cadre de responsabilisation et les indicateurs proposés par la Commission sur l'information et la responsabilisation pour la santé des femmes et des enfants, ainsi que la Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant, dans la mise en œuvre du plan d'action. Il a été suggéré que le Bureau devrait élaborer des processus pour la conduite des examens externes et de l'analyse de la mise en œuvre du Plan.

82. Le Dr Gina Tambini (Gérant du domaine de la Santé familiale et communautaire du BSP) a noté les progrès réalisés dans la Région sur le plan de l'amélioration de la santé de l'enfant et de la réalisation de l'OMD 4 (réduire de deux tiers le taux de

mortalité chez les moins de 5 ans d'ici à 2015), notant toutefois que la réduction de la mortalité néonatale restait un défi dans de nombreux pays de la Région. Elle a affirmé que l'OPS s'attacherait à encourager la coopération horizontale et Sud-Sud et à renforcer les partenariats existants en vue d'atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement et d'améliorer la santé et le développement des enfants. L'Organisation s'efforcerait également d'élaborer des stratégies efficaces pour lutter contre le fléau de l'obésité chez les enfants et les adolescents, notamment en mettant en place un groupe de travail dédié. Elle a noté qu'un groupe interprogrammatique avait été formé au sein du Bureau pour travailler en collaboration avec d'autres agences des Nations Unies sur la mise en œuvre des recommandations de la Commission sur l'Information et la responsabilisation pour la santé des femmes et des enfants.

83. Le Comité a adopté la Résolution CSP28.R20, entérinant la stratégie et approuvant le plan d'action.

Évaluation et incorporation des technologies de la santé destinées aux systèmes sanitaires (Document CSP28/11)

84. Le Dr Miriam Morales (Présidente du Comité exécutif) a résumé la discussion du Comité exécutif sur ce sujet (voir Document CE150/FR, paragraphes 77 à 80), indiquant que le Comité s'était félicité de l'approche proposée en matière d'évaluation fondée sur des données probantes des technologies de la santé et du processus décisionnel au sujet de leur utilisation. Il a été souligné qu'il était important d'évaluer le rapport coût-efficacité des technologies de la santé et d'assurer la transparence dans le processus décisionnel. Le Comité avait recommandé que la Conférence sanitaire panaméricaine adopte une résolution priant instamment les États Membres d'encourager la prise en compte de l'évaluation des technologies de la santé dans les politiques de santé publique et les processus décisionnels pour l'intégration des technologies de la santé et demandant à la Directrice de rendre compte aux organes directeurs en 2014 sur l'application de la résolution et d'envisager l'élaboration d'une stratégie et d'un plan d'action régionaux à ce moment-là.

85. Au cours du débat qui a suivi, les États Membres ont salué les efforts de l'OPS en vue d'améliorer la capacité des pays à évaluer les technologies de la santé et ont appuyé le projet de résolution (figurant dans le Document CSP28/11), appelant le Bureau à travailler avec les États Membres pour la mettre en œuvre. En particulier, le Bureau a été prié d'aider les pays dans l'évaluation des technologies de la santé en vue de maximiser l'impact des technologies existantes et d'assurer la modernisation rentable des services de santé. Il a également été invité à faciliter le partage des meilleures pratiques en matière d'évaluation des technologies de la santé. Plusieurs délégués ont noté que l'approche présentée dans le document était conforme à leurs approches nationales et ont fourni des

informations sur leurs organismes et procédures respectifs d'évaluation des technologies de la santé.

86. Il a été souligné que les évaluations économiques étaient essentielles à l'évaluation des technologies de la santé et à l'introduction de technologies appropriées et efficaces dans les systèmes de santé. Ces évaluations étaient considérées comme particulièrement importantes dans le contexte actuel de ressources financières et humaines limitées dans la Région et dans le monde. Un certain nombre de délégués ont souligné qu'il était important d'assurer un accès équitable aux technologies de la santé. La nécessité d'assurer la qualité du matériel et des fournitures médicales a également été mise en exergue. Il a été observé que le manque de transparence dans l'évaluation des technologies et des processus de passation de marchés avait parfois conduit à un gaspillage de ressources précieuses utilisées pour acquérir du matériel de mauvaise qualité ayant une durée de vie limitée, et il a été suggéré de mettre en place un mécanisme de certification régionale de la qualité des médicaments, des produits biologiques et des équipements de haute technologie afin d'aider les pays qui ne disposaient pas de capacité pour la validation de la qualité au niveau national. Le Réseau d'évaluation de la technologie de la santé des Amériques a été considéré comme un moyen d'accroître les capacités nationales et de compenser la pénurie de ressources humaines qualifiées, notamment dans le domaine de la biomédecine.

87. Le Dr Rubén Torres (Gérant par intérim du domaine des Systèmes de santé basés sur les soins de santé primaires du BSP) a noté que le projet de résolution visait à renforcer la capacité des États Membres à évaluer les technologies de la santé au moyen de divers outils, y compris le Réseau d'évaluation de la technologie de la santé et la plateforme régionale sur l'accès et l'innovation pour les technologies de la santé, qui faciliteraient l'échange d'informations et des meilleures pratiques entre les États Membres.

88. Le Comité a adopté la Résolution CSP28.R9, qui incluait plusieurs amendements proposés par les États Membres en vue de clarifier certaines dispositions et de souligner les points soulevés dans la discussion, particulièrement en ce qui concerne la nécessité d'assurer la qualité des produits technologiques de la santé.

Stratégie et Plan d'action sur la gestion des connaissances et la communication (Document CSP28/12, Rév. 1)

89. Le Dr Miriam Morales (Présidente du Comité exécutif) a résumé les discussions du Comité exécutif sur ce sujet à sa 150^e session qui s'est tenue en juin 2012 (voir Document CE150/FR, paragraphes 81 à 86), indiquant que le Comité avait accueilli avec satisfaction la proposition de stratégie et de plan d'action et avait appuyé les efforts de l'OPS en vue d'élargir et d'améliorer l'échange de connaissances et d'informations dans

toute la Région via les nouvelles technologies. Le Comité avait recommandé que la Conférence entérine la stratégie et approuve le plan d'action.

90. La Conférence a appuyé la proposition de stratégie et de plan d'action et s'est félicitée des efforts de l'OPS en vue d'améliorer l'accès à l'information sanitaire en utilisant des technologies modernes de l'information et des communications. Néanmoins, il a été souligné que des inégalités sur le plan des ressources sociales, économiques, techniques et juridiques nuiraient à la capacité de certains pays à mettre en place l'infrastructure nécessaire pour soutenir les plateformes de gestion des connaissances et de communication, en particulier là où il n'existe pas d'accès Internet fiable et très répandu. Plusieurs amendements ont été proposés sur le projet de résolution sur ce point (figurant dans le Document CSP28/12), soulignant la nécessité d'améliorer la connexité et d'élargir et renforcer l'infrastructure des télécommunications. Il a été suggéré qu'il serait utile de disposer d'un glossaire relatif à la gestion des connaissances et que la définition du terme devrait peut-être être élargie au-delà de la définition avancée par l'OMS dans sa stratégie de gestion des connaissances.

91. Il a été suggéré que la stratégie et ses indicateurs devraient offrir suffisamment de souplesse aux pays pour qu'ils décident d'adopter ou non des plateformes, méthodes ou cadres communs dans différents domaines de la gestion des connaissances, et que la stratégie devrait respecter les besoins et les priorités des États Membres et reconnaître que certains avaient fait des progrès importants dans la promotion de la gestion des connaissances. Des plateformes de médias sociaux, comme Facebook et Twitter, et des appareils mobiles portables ont été cités comme des exemples de nouvelles technologies qu'utilisaient déjà certains États, ou qu'ils avaient l'intention d'utiliser, pour communiquer des informations relatives à la santé et des alertes au public, particulièrement auprès des groupes de jeunes. Au niveau régional, des outils tels que les bibliothèques virtuelles de la santé BIREME et EBSCO étaient utilisés.

92. La nécessité d'identifier les besoins en connaissances spécifiques des diverses parties prenantes a été mise en évidence, et il a été souligné qu'éliminer la collecte de l'information là où la demande fait défaut pourrait permettre de réaliser des économies. À cet égard, il a été suggéré que les États Membres devraient procéder à un inventaire de leurs lacunes en connaissances afin d'y remédier. En outre, étant donné que la notion d'interopérabilité était considérée comme essentielle pour améliorer les technologies, il a été suggéré que le plan d'action pourrait être amélioré en incluant des projets spécifiques, y compris des projets de coopération horizontale, dotés d'objectifs ambitieux à cet égard. Il a également été suggéré que les efforts devraient être intensifiés en vue de créer ou de renforcer les centres d'excellence en technologie et en infrastructure afin de faciliter le partage d'expériences réussies et des meilleures pratiques. Des efforts devraient également être déployés au niveau infrarégional afin d'encourager l'identification des problèmes communs et l'élaboration d'initiatives de production conjointe de

connaissances pour étayer l'élaboration des politiques de santé. Au niveau régional, il a été estimé que l'OPS avait un rôle clé à jouer pour faciliter l'accès des États Membres à l'information et aux bases de données et qu'elle pourrait contribuer à élaborer des stratégies pour améliorer l'accès à l'information basé sur les problèmes communs identifiés par les pays.

93. M. Marcelo D'Agostino (Gérant du domaine de la Gestion des connaissances et de la communication du BSP) a noté que le document avait été révisé pour refléter les contributions du Comité exécutif et a déclaré qu'il serait encore révisé pour tenir compte des commentaires et des suggestions de la Conférence (une version révisée a été ensuite publiée sous la cote : Document CSP28/12, Rév. 1). Il a souligné que l'objectif principal des efforts de l'OPS en matière de gestion des connaissances et de communication consistait à combler les lacunes dans les connaissances et à améliorer l'accès des États Membres à l'information pour la prise de décisions fondées sur des preuves. À cette fin, il s'attachait à promouvoir le concept de libre accès à l'information en sciences de la santé et cherchait à aider les États Membres à améliorer l'infrastructure et à remédier aux problèmes de connexité et d'interopérabilité grâce à un protocole d'accord avec l'Union internationale des télécommunications (UIT) et l'Organisation des États Américains (OEA) dans le cadre de leurs initiatives de cyber-gouvernement. L'Organisation s'efforçait également de promouvoir la littérature numérique au niveau personnel et institutionnel afin de développer les compétences requises pour que les personnes fonctionnent efficacement dans une société de l'information.

94. Le Comité a adopté la Résolution CSP28.R2, entérinant la stratégie et approuvant le plan d'action.

Coordination de l'aide humanitaire internationale en matière de santé en cas de catastrophes (Document CSP28/13)

95. Le Dr Miriam Morales (Présidente du Comité exécutif) a fait rapport sur l'examen par le Comité exécutif d'une version antérieure du document sur cette question (voir Document CE150/FR, paragraphes 87 à 91), notant que le Comité avait souligné que tout nouveau mécanisme créé pour coordonner l'aide humanitaire internationale devrait compléter le système international plus large et agir en coordination avec ce système, y compris les autres Groupes, les organes et mécanismes régionaux d'intervention humanitaire et le mouvement de la Croix-Rouge.

96. Au cours du débat qui a suivi, l'OPS a été félicitée pour ses activités dans le domaine de la préparation face aux urgences et des interventions en cas de catastrophes, et pour avoir su soutenir les pays en temps de crise, et les efforts de l'Organisation pour renforcer les mécanismes d'aide humanitaire internationale ont été salués. La nécessité de disposer d'équipes d'intervention multidisciplinaires en cas de catastrophe a été affirmée,

tout comme l'importance de l'alignement de l'aide humanitaire en cas de catastrophe avec le système déjà en place dans les États Membres et de la coordination avec le système international plus large. Le rôle unique qu'a joué le Bureau de la coordination des affaires humanitaires (BCAH) dans la coordination de l'action humanitaire a été mis en avant.

97. Il a été souligné qu'en cas de crise humanitaire, le pays touché était le principal intervenant et décideur, que le rôle des autorités nationales de gestion des catastrophes devait être respecté, et que le système de coordination des interventions devait rester flexible afin de répondre aux besoins du pays. La nécessité de renforcer le rôle des ministères de la santé dans l'élaboration des politiques et des plans de gestion des risques au niveau national a été soulignée. Il a été indiqué que les directives et les mécanismes d'entraide infrarégionaux pourraient compléter la capacité nationale.

98. L'OPS a été priée d'aider les États Membres à renforcer la capacité du personnel de santé national pour gérer l'aide humanitaire, notamment au niveau local, où une intervention rapide et appropriée était plus urgente. En outre, il a été suggéré que l'OPS devrait travailler avec d'autres organisations régionales afin d'harmoniser les critères et les lignes directrices pour l'action sur le plan de la prévention et de la réponse en cas d'urgence. La nécessité d'élaborer des critères clairs et objectifs pour la sélection des experts nationaux qui participeraient aux équipes d'intervention d'urgence a été notée.

99. Des informations ont été demandées sur la façon dont le Bureau envisageait de mobiliser le financement externe important qui serait nécessaire pour mettre en œuvre le projet de résolution (figurant dans le Document CSP28/13), y compris les ressources requises pour l'Équipe régionale d'intervention en cas de catastrophe. En ce qui concerne la proposition avancée à l'alinéa 2(e) du projet de résolution en vue d'instaurer un mécanisme souple d'enregistrement et d'accréditation des équipes étrangères, il a été suggéré de laisser à chaque pays la possibilité de sélectionner les entités et les ressources humaines auxquelles il ferait appel en cas de catastrophe. Il a également été suggéré que l'alinéa dépassait le cadre de la Résolution WHA65.20 concernant le rôle de l'OMS, en tant que chef de file du Groupe santé, dans les situations d'urgence humanitaire. Il a été rappelé qu'il était important de travailler en étroite coordination avec le Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie.

100. Le Dr Jean-Luc Poncelet (Gérant du domaine de la Préparation aux urgences et des secours aux sinistrés du BSP) a déclaré que le but principal des mesures préconisées dans le projet de résolution consiste à renforcer la capacité des autorités sanitaires nationales pour interagir avec le système international et gérer efficacement les nombreuses offres d'aide humanitaire internationale qui intervenaient généralement à la suite d'une catastrophe. Répondant aux questions au sujet du financement pour la mise en œuvre de la résolution, il a indiqué qu'une petite partie proviendrait des ressources

existantes alors que le reste serait mobilisé auprès des bailleurs de fonds, dont certains avaient déjà manifesté leur intérêt à apporter un soutien.

101. Le projet de résolution a été révisé afin de refléter les divers commentaires et suggestions formulés et a été adopté en tant que Résolution CSP28.R19.

Bioéthique : vers l'intégration de l'éthique dans la santé (Document CSP28/14, Rév. 1)

102. Le Dr Miriam Morales (Présidente du Comité exécutif) a indiqué que le Comité exécutif avait accueilli avec satisfaction le document conceptuel et un projet de résolution sur ce point, mais avait recommandé de mettre davantage l'accent, à la fois dans la résolution et dans le document conceptuel, sur l'élaboration de programmes universitaires de formation des professionnels de la bioéthique et avait exhorté l'OPS à travailler avec les universités pour élaborer ces programmes de formation. (Pour plus de détails sur les délibérations du Comité sur ce point, voir le Document CE150/FR, paragraphes 92 à 96). Le Comité avait recommandé que la Conférence approuve le document conceptuel (Document CSP28/14).

103. La Conférence a appuyé le document conceptuel et le projet de résolution (annexé au document conceptuel) et a salué l'engagement et le leadership de l'OPS dans le domaine de la bioéthique pour la santé publique. Plusieurs représentants ont noté que les orientations de l'OPS avaient aidé leurs pays à mettre en place des comités indépendants dotés de procédures relatives à la bioéthique et avaient aussi contribué à encourager des plans visant à inclure la bioéthique dans le cadre des programmes d'enseignement médical, par exemple, dans la région des Caraïbes. Le Délégué du Mexique a annoncé que son pays accueillerait le douzième Congrès mondial de la bioéthique en 2014, ce qui constituerait une occasion pour la Région de demeurer à l'avant-garde des débats de bioéthique.

104. Un certain nombre de modifications ont été proposées en vue d'améliorer tant le document conceptuel que le projet de résolution. Alors qu'il était admis que tous deux avaient pour objectif l'éthique de la recherche, l'éthique clinique et l'éthique en santé publique, il a été suggéré de faire référence à la Déclaration universelle sur la bioéthique et les droits de l'homme de l'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO) et à sa définition large de la bioéthique, qui reconnaissait l'impact de chaque aspect de la biosphère, y compris l'environnement, sur la santé humaine. Il a également été suggéré que la résolution recommande que les États Membres constituent des comités de bioéthique nationaux indépendants, pluridisciplinaires et pluralistes, conformément à la déclaration de l'UNESCO.

105. Une délégation a demandé qu'une référence dans le document conceptuel à la déclaration d'Helsinki soit suivie de la mention de la déclaration de Córdoba, émanant

d'un congrès de bioéthique organisé par le réseau de bioéthique de l'UNESCO pour l'Amérique latine et les Caraïbes (Redbioética) en Argentine en novembre 2008, qui s'opposait à plusieurs amendements apportés à la déclaration d'Helsinki concernant l'utilisation des placebos et les obligations des promoteurs de la recherche à l'issue de la recherche. Cette même délégation a recommandé que l'expression « possibilités d'amélioration génétique » soit supprimée du paragraphe 10 du document conceptuel puisqu'elle faisait référence à des procédures de manipulation génétique qui pourraient nuire à l'inclusion, la tolérance, la diversité et le pluralisme. Une autre délégation s'est interrogée sur l'exactitude d'une déclaration faite au paragraphe 18 qui indiquait que les lignes directrices sur l'éthique clinique n'étaient pas aussi précises que celles pour la recherche impliquant des sujets humains. Cette même délégation a suggéré que les termes « participants humains » soient utilisés tout au long de la version anglaise du document à la place de « sujets humains », qui avait une connotation négative.

106. Plusieurs délégués ont fait observer que les progrès de la médecine et le développement de nouvelles technologies de la santé créaient des dilemmes éthiques complexes et ont souligné la nécessité pour les politiques publiques de traiter de ces dilemmes, soulignant que l'objectif de ces politiques devait être de veiller au respect de la dignité humaine et des droits de l'homme. L'importance de développer une culture de la bioéthique a été soulignée. Il a également été souligné que l'éthique devrait être prise en compte dans le droit. Il a été jugé essentiel pour les États Membres de l'OPS d'affirmer collectivement leur volonté de traiter des problèmes éthiques qui se posaient dans la santé publique, les soins de santé et la recherche en santé, afin, entre autres, de protéger les personnes vulnérables à l'exploitation. Les besoins en termes de formation et d'intégration systématique des principes bioéthiques dans tous les domaines des soins de santé ont été affirmés.

107. Il a été suggéré que des programmes universitaires collaboratifs doivent être mis en place avec les universités afin de promouvoir la formation en bioéthique et santé publique et que l'échange d'expériences et d'outils pour l'élaboration des politiques publiques basées sur l'analyse bioéthique devrait être encouragé. L'idée de créer un observatoire régional pour soutenir le développement d'outils et fournir des conseils sur l'analyse de bioéthique et coordonner les activités de formation en éthique de la santé publique a été appuyée. Il a également été suggéré que la nouvelle Agence de santé publique des Caraïbes (CARPHA) devrait inclure la bioéthique dans son mandat.

108. Le Dr Isabel Noguera (Conseillère principale en genre, diversité et droits de l'homme au BSP) a déclaré que, de l'avis du Bureau, le projet de résolution marquait un progrès manifeste dans le domaine de la bioéthique, non seulement en ce qui concerne la recherche avec des êtres humains et la pratique clinique, mais aussi pour ce qui est de la politique de la santé et de la santé publique en général. Elle a noté que l'OPS procédait

actuellement à l'identification des priorités dans le domaine de la bioéthique et qu'un atelier sur la question serait organisé prochainement au Chili.

109. Le document conceptuel et le projet de résolution ont été révisés afin de tenir compte des diverses observations et suggestions faites par les États Membres, et une nouvelle version du document a été publiée sous la cote : Document CSP28/14, Rév. 1. La Conférence a adopté la Résolution CSP28.R18, avalisant le document conceptuel.

Programme élargi de manuels et de matériel pédagogique (PALTEX) (Document CSP28/15)

110. Le Dr Miriam Morales (Présidente du Comité exécutif) a résumé les délibérations du Comité exécutif sur ce point (voir Document CE150/FR, paragraphes 97 à 104) et a signalé que le Comité avait adopté la Résolution CE150.R3, demandant à la Directrice de finaliser les actions nécessaires pour consolider la gestion globale et l'administration par le Bureau de tous les aspects du Programme élargi de manuels et de matériel pédagogique (PALTEX).

111. Dans la discussion qui a suivi le rapport du Dr Morales, il a été indiqué que la connaissance accrue du Programme et une plus grande couverture amélioreraient le développement des ressources humaines et contribueraient ainsi à renforcer les systèmes de santé dans les pays de la Région. Le projet de résolution et le projet de plan d'amélioration du PALTEX ont recueilli un large soutien, en particulier la proposition visant à créer un programme de publication électronique (e-PALTEX) afin d'élargir l'accès aux ressources du Programme.

112. La Directrice, remerciant la Banque interaméricaine de développement, qui avait fourni le prêt initial pour soutenir le Programme, a fait remarquer que PALTEX a longtemps été l'un des programmes phares de l'Organisation. Il a permis, en effet, d'élargir l'accès aux manuels pour les étudiants dans les diverses professions de la santé, et la nouvelle initiative de publication électronique en faciliterait sans doute encore l'accès.

113. La Conférence a adopté la Résolution CSP28.R3, demandant à la Directrice de prendre les mesures nécessaires pour rétablir la gestion globale et l'administration de tous les aspects de PALTEX à l'OPS.

Plan d'action pour maintenir l'élimination de la rougeole, de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale dans la Région des Amériques (Document CSP28/16)

114. Le Dr Miriam Morales (Présidente du Comité exécutif) a signalé que le Comité exécutif avait été informé qu'un plan d'action régional d'urgence pour la période

2012-2014 avait été formulé afin de faire face aux défis et aux risques que pose le maintien de l'élimination de la rougeole, de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale dans la Région, le risque principal étant celui de cas importés d'autres régions. Le Comité a adopté une résolution recommandant à la 28^e Conférence sanitaire panaméricaine d'approuver le plan d'action d'urgence (voir Document CE150/FR, paragraphes 197 à 203).

115. Le Dr Gina Tambini (Gérante du domaine de la Santé familiale et communautaire du BSP) a présenté le plan d'action d'urgence énoncé dans le Document CSP28/16. Elle a rappelé que le dernier cas confirmé de rougeole endémique dans la Région avait eu lieu en 2002 et les derniers cas de rubéole et de syndrome de rubéole congénitale dataient de 2009. Alors que la transmission des virus de la rougeole et de la rubéole endémiques semblait avoir été interrompue, un risque élevé d'importation de virus subsistait dans les Amériques, étant donné que les virus continuaient de circuler dans d'autres régions et que certains pays continuaient à faire état de faiblesses dans leurs systèmes de surveillance et leurs programmes de vaccination. Le projet de résolution figurant dans le Document CSP28/16 appelait les États Membres à renforcer la surveillance épidémiologique active des trois maladies et à maintenir une immunité élevée au sein de la population grâce à la vaccination. Il priait la Directrice, entre autres, de continuer à encourager les autres Régions de l'OMS et les autres partenaires à intensifier leurs efforts pour parvenir à une élimination mondiale de ces maladies.

116. La Conférence a salué le fait que les États Membres aient réussi à interrompre la transmission des virus de la rougeole et de la rubéole endémiques et a reconnu la nécessité de continuer à se montrer vigilant pour prévenir la réintroduction des virus, et a exprimé un appui solide pour le plan d'action d'urgence. Les délégués ont affirmé la nécessité de continuer à travailler pour renforcer la surveillance, maintenir un niveau d'immunité élevé au sein de la population, identifier les faiblesses dans les systèmes de surveillance et les lacunes dans la couverture vaccinale, en particulier chez les populations à haut risque, y compris les communautés autochtones, et assurer la détection et la réaction rapides face aux épidémies. Il a été souligné que le renforcement des systèmes de surveillance de la rougeole et de la rubéole améliorerait également la surveillance d'autres maladies, développant ainsi une capacité de base essentielle du Règlement sanitaire international. L'écart de 1,4 million USD dans le financement nécessaire pour mettre en œuvre le plan a été noté et la nécessité d'une stratégie de mobilisation des ressources a été mise en exergue.

117. La promotion de la santé, une participation plus forte du secteur privé et la formation continue du personnel de la santé ont été considérées comme essentielles pour le maintien de l'élimination de la rougeole, de la rubéole et du SRC. Il a également été jugé essentiel de continuer à sensibiliser le public quant à l'importance de la vaccination systématique, d'autant plus que l'attention du public se détournait progressivement des

maladies évitables par la vaccination pour se porter sur d'autres questions de santé. L'importance de la communication sur la santé et d'un plaidoyer fort pour maintenir la confiance du public dans les vaccins et le sensibiliser aux avantages de la vaccination a été soulignée, de même que l'importance du partage des meilleures pratiques et expériences pour le renforcement de la surveillance et l'amélioration de la couverture vaccinale et dans la réponse aux flambées épidémiques.

118. Les délégués ont souligné que la Région continuerait à courir des risques tant que les virus de la rougeole et de la rubéole continuaient à circuler dans d'autres régions, et ils ont souligné la nécessité d'adopter de nouvelles approches, y compris l'utilisation des médias sociaux et la mobilisation d'un appui parmi les universitaires et les futurs praticiens médicaux, afin d'obtenir l'engagement nécessaire pour parvenir à une élimination de ces maladies au niveau mondial.

119. L'OPS a été encouragée à renforcer les activités relatives à l'épidémiologie moléculaire de la rubéole et à la détection, enquête et diagnostic rapides des cas présumés de SRC. Le rôle de chef de file de l'Organisation dans la promotion de la vaccination par le biais de la Semaine de la vaccination aux Amériques a été salué, de même que son rôle dans l'obtention de la désignation de la dernière semaine d'avril comme Semaine mondiale de la vaccination.

120. Le Dr Tambini a salué l'engagement et le dévouement de nombreux agents de santé dans la Région qui ont contribué à l'élimination de la rougeole, de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale et à l'éradication ou l'élimination de la poliomyélite et d'autres maladies. Les leçons tirées de ces succès pourraient être appliquées dans la lutte contre un grand nombre d'autres maladies. Elle a rendu hommage au Dr Merceline Dahl-Regis, Présidente du Comité international d'experts chargé de documenter et de vérifier l'élimination de la rougeole, de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale dans les Amériques, ainsi qu'au Dr Ciro de Quadros, ancien Directeur de ce qui était alors la Division des vaccins et de l'immunisation de l'OPS et chef de file dans le domaine des maladies évitables par la vaccination.

121. La Conférence a adopté la Résolution CSP28.R14, priant instamment les États Membres de mettre en œuvre les activités énoncées dans le plan d'action en vue de vérifier et de maintenir l'élimination de la rougeole, de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale dans la Région.

Protection contre les rayonnements et sûreté des sources de rayonnements : Normes fondamentales internationales de protection (Document CSP28/17, Rév. 1)

122. Le Dr Rubén Torres (Gérant par intérim du domaine des Systèmes de santé basés sur les soins de santé primaires du BSP) a présenté ce point, rappelant que dans la Résolution CSP24.R9, adoptée en 1994 lors de la 24^e Conférence sanitaire

panaméricaine, les États Membres avaient ratifié les normes fondamentales internationales de protection contre les rayonnements ionisants et de sûreté des sources de rayonnements. Ces normes étaient destinées principalement à être utilisées par les gouvernements et les organismes de réglementation et énonçaient les spécifications pour la protection des personnes et de l'environnement contre les effets nocifs des rayonnements ionisants et pour la sûreté des sources de rayonnement. Les normes adoptées en 1994 avaient été révisées par les organisations intergouvernementales à l'origine de ces normes, y compris l'OPS, entre 2005 et 2011. Les normes révisées avaient été adoptées par le Conseil des gouverneurs de l'Agence internationale de l'énergie atomique (AIEA) en septembre 2011 et le Conseil exécutif de l'OMS en avait pris note en mai 2012 (Décision EB131[3]). Elles étaient maintenant soumises à la Conférence pour approbation.

123. Au cours du débat qui a suivi, les États Membres ont salué les normes et se sont félicités de l'appui fourni par l'OPS et d'autres entités, telles que l'AIEA, pour permettre aux pays de respecter les normes, d'accroître leur capacité à utiliser des technologies de rayonnement en toute sécurité et de protéger leurs populations contre les effets nocifs des rayonnements ionisants. Il a été souligné que les pays devraient utiliser ces normes pour élaborer des lignes directrices et mettre à jour les réglementations à l'échelle nationale, et plusieurs délégués ont signalé que leurs gouvernements avaient déjà entamé ce processus.

124. Il a été souligné que l'utilisation accrue du rayonnement à des fins diagnostiques et thérapeutiques avait amélioré les soins de santé, mais avait également créé des risques accrus d'exposition dangereuse aux radiations. Des formations et le renforcement des capacités afin de minimiser ces risques ont été jugés nécessaires, et l'OPS a été invitée à poursuivre son partenariat avec d'autres organismes pour faciliter la formation et renforcer les capacités pour l'application des rayonnements ionisants dans les services de santé. Il a été suggéré que le Bureau prépare un document supplémentaire définissant les mesures spécifiques à prendre pour combler les lacunes actuelles sur le plan des capacités techniques dans le domaine de la sécurité et de la sûreté radionucléaire.

125. Plusieurs délégués ont souligné que le renforcement des capacités pour l'application des normes au niveau national aiderait les pays à satisfaire aux exigences de capacité de base du Règlement sanitaire international (2005) sur le plan des événements radionucléaires et une aide continue à cette fin a été demandée à l'OPS. Une collaboration multidisciplinaire entre les autorités de réglementation nucléaire et les ministères de la santé a été jugée essentielle afin d'assurer une intervention médicale efficace en cas d'urgence radiologique ou nucléaire. La nécessité d'un appui international pour la formation et le développement des compétences techniques dans ce domaine a été soulignée. Le délégué de la République bolivarienne du Venezuela a déclaré que son Gouvernement et celui de Cuba étaient prêts à fournir une assistance aux autres pays dans le domaine de la dosimétrie par l'entremise de l'Alliance Bolivarienne pour les peuples

de notre Amérique (ALBA). La déléguée de l'Argentine a souligné que son pays tenait également un registre de fournisseurs de services de dosimétrie.

126. Le Dr Torres a déclaré que le document serait révisé pour tenir compte des commentaires et suggestions des États Membres.

127. La Conférence a adopté la Résolution CSP28.R15, entérinant les nouvelles normes fondamentales internationales de radioprotection et de sûreté des sources de rayonnements.

Consultation régionale sur le rapport du Groupe consultatif d'experts en recherche et développement : financement et coordination (Document CSP28/18, Rév. 2)

128. Le Dr Rubén Torres (Gérant par intérim du domaine des Systèmes de santé basés sur les soins de santé primaires du BSP) a rappelé que la 65^e Assemblée mondiale de la Santé avait examiné le rapport du groupe consultatif d'experts (CEWG) en recherche et développement et avait adopté la Résolution WHA65.22, appelant à des consultations nationales et régionales en vue de contribuer à une réunion mondiale ouverte à tous, qui se tiendrait en novembre 2012. En conséquence, à sa 150^e session en juin, le Comité exécutif avait demandé au Bureau d'organiser une consultation régionale en vue de définir une position régionale sur le rapport. Le Bureau avait choisi d'organiser une consultation virtuelle par le biais de la plateforme régionale sur l'accès et l'innovation pour les technologies de la santé. Cette consultation avait commencé le 25 juillet et avait pris fin le 17 août 2012. Des contributions avaient été reçues de la part de 24 autorités sanitaires nationales et de plusieurs organisations de la société civile et avaient été compilées dans le rapport présenté dans le Document CSP28/18, Rév.1. Ce rapport, ainsi que les contributions émanant de la Conférence, seraient transmis à l'OMS à titre de contribution de la Région pour la réunion de novembre.

129. La Conférence s'est félicitée du rapport établi par le Bureau et de la possibilité de poursuivre l'examen du rapport du CEWG. Les États Membres sont convenus que le système actuel de protection de la propriété intellectuelle était insuffisant pour répondre aux besoins en matière de recherche et développement dans la santé des pays en développement. Ils ont reconnu également que le débat autour de cette question se poursuivait depuis un certain nombre d'années et se sont accordés sur la nécessité de mener une action collective pour créer des incitations et soutenir un investissement accru dans la recherche sur les maladies qui touchaient principalement les pauvres.

130. Un soutien a été exprimé pour un grand nombre des propositions et recommandations contenues dans le rapport du CEWG, y compris l'encouragement du transfert de technologie volontaire et du financement et l'octroi de prix pour stimuler la recherche et développement, des approches ouvertes de recherche et développement et des communautés de brevets (bien que le Bureau ait été invité à réviser le paragraphe 34

de son rapport afin de refléter le fait que tous les pays n'appuyaient pas les approches ouvertes ou les autres points de vue exprimés dans ce paragraphe), le financement direct d'organismes de recherche dans les pays en développement, l'utilisation des mécanismes de garantie de marchés (AMC) et autres accords innovants de passation de marchés, et la création d'un observatoire de recherche et développement mondial de la santé et des mécanismes consultatifs pertinents.

131. Toutefois, les avis étaient partagés en ce qui concerne la recommandation concernant la négociation d'une convention internationale contraignante. Certains États Membres étaient favorables à l'idée d'une convention ou d'un autre accord international sous les auspices de l'OMS et appuyaient la poursuite des consultations aux niveaux national et régional en vue d'approfondir l'analyse de certains aspects d'une telle convention et d'identifier les principes qui devraient guider sa structure et son élaboration. Il a été souligné qu'un tel accord renforcerait l'engagement envers les autres propositions du CEWG largement appuyées.

132. D'autres États Membres se sont déclarés opposés à une convention et à la recommandation connexe d'établir un mécanisme de financement commun spécifiant une contribution de la part des pays équivalente à un pourcentage défini de leur produit intérieur brut pour les activités de recherche et développement financée par les gouvernements en vue de répondre aux besoins de santé des pays en développement. Il a été indiqué que des négociations intergouvernementales seraient sans doute un processus de longue haleine qui ne ferait que retarder les mesures nécessaires, et il a été jugé peu probable que de nombreux pays puissent être en mesure d'atteindre les objectifs de financement prévus aux termes d'un mécanisme de financement commun. Un délégué a suggéré qu'une meilleure approche consisterait à entreprendre une analyse des lacunes et à fixer des objectifs ayant trait non seulement au développement de nouveaux produits, mais aussi à l'accès accru aux nouveaux produits et à l'impact sur la santé humaine. Ce même délégué a fait remarquer que les services de santé et la recherche opérationnelle seraient nécessaires pour identifier des moyens efficaces de fournir des produits pharmaceutiques et autres produits au consommateur final et utiliser au mieux les ressources limitées.

133. Des préoccupations particulières ont été exprimées au sujet de l'idée avancée au paragraphe 46 du rapport du Bureau sur l'utilisation des impôts sur les bénéficiaires rapatriés des sociétés pharmaceutiques comme moyen de financement de la recherche et du développement pour le traitement des maladies de Type II et de Type III. Il a été souligné qu'une telle approche focaliserait les débats non plus sur la question de santé publique mais sur celle de la politique commerciale, ce qui pourrait exacerber les problèmes d'accès.

134. Il a été noté que les conclusions du CEWG portant sur le financement de la recherche et du développement pour les maladies négligées étaient fondées sur des enquêtes G-Finder, dont l'exactitude et le caractère exhaustif était remis en question. Les délégués ont souligné la nécessité de poursuivre l'approche de cartographie envisagée dans le cadre de la stratégie mondiale et du plan d'action sur la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle, et de tirer parti de la souplesse prévue dans le cadre de l'accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (ADPIC). Le Fonds mondial de lutte contre le sida, le paludisme et la tuberculose, qui met l'accent sur la démonstration des résultats comme moyen d'attirer des fonds, et la communauté de brevets pour les médicaments d'UNITAID ont été mentionnés comme des modèles possibles pour augmenter le financement pour la recherche et l'accès au traitement pour les pathologies de Type II et de Type III.

135. Plusieurs délégués ont noté que les consultations sur la question avaient servi à attirer l'attention nationale et internationale sur son importance. La nécessité de poursuivre le débat a été soulignée et l'OPS a été appelée à faciliter ces discussions. L'OPS a également été exhortée à faciliter la coopération entre les pays dans l'optique de soutenir la recherche et le développement. Le rôle que l'OMS pouvait jouer dans la facilitation d'un réseau d'instituts de recherche et de sources de financement et en tant que plaque tournante pour la collecte et l'analyse des données a également été noté.

136. Des représentants de deux organisations non gouvernementales sont intervenus sur ce point, dans les deux cas exhortant les États Membres à agir rapidement pour mettre en œuvre les recommandations du CEWG et à remédier au manque d'outils de diagnostic, de vaccins et de médicaments abordables pour les maladies des pauvres. Ils ont tous deux appuyé une convention contraignante, l'un d'eux soulignant qu'il n'était pas nécessaire que les États Membres parviennent à un consensus sur toutes les questions faisant débat pour procéder à des négociations. Un représentant d'une ONG a noté que certains pays des Amériques participaient aux négociations sur l'Accord de partenariat transpacifique et craignait que cet accord n'impose des restrictions strictes en termes de propriété intellectuelle qui limiteraient gravement l'accès à des médicaments abordables.

137. Le Dr Torres a déclaré que le but du Bureau au moment de rédiger ce rapport consistait à refléter de façon aussi précise et transparente que possible les vues exprimées par les différents États Membres dans le cadre des consultations régionales. Le paragraphe 46, par exemple, présentait des opinions exprimées par certains États Membres. S'agissant du financement pour la recherche et le développement, il a souligné que les différents groupements régionaux et infrarégionaux dans les Amériques avaient une grande capacité à mobiliser des ressources et à les utiliser pour répondre aux besoins partagés dans les domaines de l'innovation, de la recherche et du développement. Il a souligné aussi que, parfois, la recherche et l'innovation nécessaires avaient plus à voir avec les modèles et les systèmes de soins de santé qu'avec des médicaments et autres

produits médicaux et que de petites innovations pouvaient donner lieu à des gains importants en matière d'accès aux soins pour les personnes dans le besoin.

138. Le Dr Marie-Paule Kieny (Sous-Directeur général de l'OMS) a remercié les délégués pour leurs commentaires et a déclaré que les vues exprimées lors de la Conférence et lors des consultations régionales antérieures seraient très utiles pour le Secrétariat de l'OMS en vue de la préparation de la réunion de novembre.

139. La Directrice a déclaré que le rapport sur la consultation régionale serait révisé afin de s'assurer qu'il reflète correctement les vues des États et qu'il serait ensuite transmis au Secrétariat de l'OMS.

Questions administratives et financières

Rapport sur le recouvrement des contributions (Documents CSP28/19 et Add. I)

140. Le Dr Miriam Morales (Présidente du Comité exécutif) a signalé que le Comité exécutif avait été informé que, à l'ouverture de sa 150^e session en juin, le recouvrement des contributions pour l'année en cours s'élevait à 23,3 millions USD, que 16 États Membres avaient payé l'intégralité de leur contribution pour 2012, et qu'aucun État Membre ne tombait sous le coup des restrictions de vote prévues à l'article 6.B de la Constitution de l'OPS. Le Comité avait adopté la Résolution CE150.R1, remerciant les États Membres qui avaient déjà effectué les paiements pour 2012 et priant instamment les autres États Membres de régler leurs contributions impayées dès que possible.

141. Mme Linda Kintzios (Trésorière et Conseillère principale des Services et systèmes financiers au BSP) a remercié les États Membres pour leurs efforts continus en vue de payer leurs contributions en temps voulu, ce qui assurait un flux de trésorerie prévisible à l'Organisation pour le budget-programme ordinaire. Elle a expliqué que le Document CSP28/19 reflétait les sommes reçues au 31 juillet 2012, et que son Addendum I contenait des informations actualisées sur les paiements reçus jusqu'au 10 septembre 2012. Depuis cette date, le Bureau avait reçu des paiements supplémentaires de 59 644 USD des Bahamas, de 18 489 USD du Guyana et de 205 868 USD de l'Uruguay.

142. Le total des contributions reçues en date du 10 septembre 2012 s'élevait à 69,6 millions USD contre 85,0 millions USD en 2011 et 81 millions USD en 2010. Sur le montant reçu cette année, 45,9 million USD se rapportaient aux contributions de 2012, ce qui ne représentait que 43 % du total de 106,2 millions USD de contributions pour 2012. Un total de 19 États Membres avait intégralement payé leur contribution de 2012, et quatre avaient fait des paiements partiels. Au 1^{er} janvier 2012, le total des arriérés de contributions pour les années précédant 2012 se montait à 24 millions USD, dont 23,3 millions USD, soit 97 %, correspondant à 2011. Les paiements reçus sur ces arriérés

au 10 septembre 2012 s'élevaient à 23,7 millions USD, soit 99 % du total. En conséquence, le solde des arriérés dus n'était que de 289 065 USD et portait principalement sur des contributions pour 2011. Aucun État membre ne tombait sous le coup des restrictions de vote prévues à l'article 6.B de la Constitution de l'OPS.

143. Le Directrice a exprimé sa gratitude pour les progrès constatés au cours des 10 dernières années dans la collecte des contributions dans les délais. Ce meilleur taux de recouvrement a résulté de diverses stratégies qui ont été débattues avec les États Membres, y compris la possibilité de payer en monnaie locale, des plans de paiement différé et des possibilités d'effectuer des paiements mensuels ou trimestriels.

144. La Conférence a pris note du rapport sur le recouvrement des contributions.

Rapport financier du Directeur et rapport du Commissaire aux comptes externe pour 2011 (*Document officiel 342*)

145. Le Dr Miriam Morales (Présidente du Comité exécutif) a résumé les débats du Comité exécutif sur les rapports de la Directrice et du Commissaire aux comptes externe (voir Document CE150/FR, paragraphes 108 à 124), notant que le Comité avait entendu des exposés présentés par Mme Sharon Frahler, ancienne gérante du domaine de la Gestion des ressources financières, qui avait résumé la teneur du rapport financier, et M. Steve Townley, Représentant du Commissaire aux comptes, qui avait mis en exergue plusieurs des recommandations du Commissaire aux comptes externe. Le Comité a noté, entre autres, que les contributions des États Membres représentaient seulement 13 % du revenu total de l'Organisation, le reste provenant d'autres sources, situation qui laissait ses finances à la merci des fluctuations du marché. Les États Membres avaient été exhortés à payer leurs contributions en temps voulu. Il avait été souligné que les frais de prise en charge des projets devraient être suffisants pour couvrir le coût des activités financées par des contributions volontaires afin d'éviter de subventionner ce coût sur le budget ordinaire.

146. M. Michael Owen (Gérant du domaine de la Gestion des ressources financières du BSP) a remercié les États Membres pour leur soutien constant envers l'OPS, affirmant que l'Organisation continuait d'afficher une croissance significative. Il a déclaré aux États Membres que l'équipe de la Gestion des ressources financières continuerait de fournir des contrôles solides et une discipline budgétaire afin que les états financiers soient transparents.

147. La Directrice a fait observer que l'Organisation dans son ensemble pouvait s'enorgueillir d'avoir toujours reçu une opinion d'audit sans réserve, malgré l'augmentation constante du volume des ressources qu'elle avait eu à gérer. L'Organisation avait une capacité remarquable en interne pour protéger ses ressources et ses investissements, et avec la mise en place du Comité d'Audit et les autres mesures

prises ces dernières années, elle disposait maintenant d'un système très solide de contrôles en place.

148. La Conférence a pris note du rapport financier de la Directrice et du rapport du Commissaire aux comptes.

Traitement du Directeur du Bureau sanitaire panaméricain (Document CSP28/20)

149. La Conférence a adopté la Résolution CSP28.R11, fixant le traitement brut de la Directrice du Bureau sanitaire panaméricain à 189 349 USD à compter du 1^{er} janvier 2012.

Amendement au Statut du personnel du Bureau sanitaire panaméricain (Document CSP28/21)

150. Le Dr Miriam Morales (Présidente du Comité exécutif) a rappelé que dans le cadre de son débat sur les méthodes de travail des organes directeurs (voir les paragraphes 32 à 34 ci-dessus), le Comité avait recommandé que la Conférence sanitaire panaméricaine adopte une résolution amendant l'article 3.1 du Règlement du personnel et déléguant la responsabilité de fixer le traitement du Directeur du Bureau sanitaire au Comité exécutif.

151. Mme Kate Rojkov (Gérante du domaine de la Gestion des ressources humaines du BSP) a présenté l'amendement proposé à l'article 3.1 du Règlement du personnel.

152. La Conférence a adopté la Résolution CSP28.R12, approuvant la modification de l'article 3.1 du Règlement du personnel.

Excédent de la mise en œuvre des Normes IPSAS en 2010 (Document CSP28/22)

153. Le Dr Miriam Morales (Présidente du Comité exécutif) a signalé que le Comité exécutif avait été informé en juin que les ajustements apportés dans les comptes de l'Organisation dans le cadre de la transition des normes comptables du système des Nations Unies vers les normes comptables internationales pour le secteur public (IPSAS) s'étaient traduits par un excédent de près de 33,9 millions USD, provenant de crédits budgétaires non employés. Le Bureau avait présenté diverses propositions concernant l'utilisation de cet excédent (voir le paragraphe 7 du Document CSP28/22). Le Comité avait recommandé que la Conférence approuve les utilisations proposées de l'excédent, y compris la création d'une réserve pour imprévus, et qu'elle délègue au Comité exécutif l'autorité d'opérer un suivi et d'approuver toutes les propositions futures concernant l'utilisation des fonds excédentaires. (Pour plus de détails sur la discussion au sein du Comité sur ce point, voir le Document CE150/FR, paragraphes 125 à 129).

154. La Conférence a adopté la Résolution CSP28.R16, approuvant les utilisations proposées des fonds.

155. Le Directrice a remercié les États Membres pour les décisions qu'ils avaient prises concernant l'utilisation des excédents budgétaires récents (l'excédent IPSAS et celui résultant de l'excédent des revenus par rapport aux dépenses de l'exercice biennal 2006-2007), ce qui avait permis à l'Organisation de procéder aux améliorations des infrastructures nécessaires et lui permettrait de continuer à le faire. Il s'agissait d'une décision importante des États Membres de ne pas dépenser ces fonds pour des dépenses récurrentes, mais de réaliser plutôt des investissements pour lesquels aucun autre fonds n'était facilement utilisable et, également, de mettre en place un fonds de réserve pour imprévus.

Fonds directeur d'investissement (Document CSP28/23)

156. Le Dr Miriam Morales (Présidente du Comité exécutif) a résumé la discussion du Comité exécutif sur ce point (voir le Document CE150/FR, paragraphes 142 à 147), notant que le Comité avait été informé que le Bureau avait élaboré une proposition visant à modifier la structure du Fonds directeur d'investissement et à établir un fonds de roulement de l'immobilier stratégique ainsi qu'un sous-fonds de remplacement des véhicules. Il avait également été informé que le sous-fonds des technologies de l'information continuerait d'être financé sur tout excédent budgétaire dégagé à la fin de chaque exercice biennal, même si le Bureau cherchait d'autres sources de financement afin de moins dépendre des excédents budgétaires. Le Comité a recommandé que la Conférence autorise les diverses modifications proposées.

157. La Conférence a adopté la Résolution CSP28.R17, autorisant les modifications proposées pour le Fonds directeur d'investissement.

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

Sélection de deux États Membres de la Région des Amériques habilités à désigner une personne au Comité Politiques et Coordination du Programme spécial PNUD/UNFPA/OMS/Banque mondiale de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine (Document CSP28/24)

158. La Conférence a sélectionné l'Équateur et El Salvador comme États Membres habilités à désigner une personne pour siéger au Comité Politiques et Coordination du Programme spécial PNUD/UNFPA/OMS/Banque mondiale de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine (Décision CSP28[D5]).

Élection de trois membres pour faire partie du Comité consultatif du Centre latino-américain et des Caraïbes d'information dans les sciences de la santé (BIREME) (Document CSP28/25)

159. La Conférence a élu l'Équateur, Cuba et Porto Rico en tant que membres du Comité consultatif du Centre latino-américain et des Caraïbes d'information dans les sciences de la santé (BIREME) (Résolution CSP28.R5).

Prix

Prix de l'OPS pour l'administration (2012) (Document CSP28/26)

160. Le Dr Miriam Morales (Présidente du Comité exécutif) a indiqué que le Comité du Prix de l'OPS pour l'administration 2012, composé des représentants de la République bolivarienne du Venezuela, des États-Unis d'Amérique et de Saint-Vincent-et-les-Grenadines et s'était réuni pendant la 150^e session du Comité exécutif. Après avoir examiné les renseignements sur les candidats présentés par les États Membres, le Comité avait décidé d'accorder le prix de l'OPS pour l'administration 2012 au Dr Aron Nowinski, de l'Uruguay, pour sa contribution à la promotion de la santé publique et à l'administration des services de santé, sa vaste carrière dans l'enseignement de la santé publique et sa contribution à la diffusion d'informations sanitaires et médicales dans son pays et dans toute l'Amérique latine.

161. Étant donné que le Dr Nowinski n'avait pas été en mesure d'assister à la Conférence, le Dr Jorge Venegas, ministre de la Santé publique de l'Uruguay, a accepté la récompense en son nom. Le Dr Nowinski a prononcé son discours d'acceptation au moyen d'un enregistrement vidéo. Le texte de son allocution peut être consulté sur le site Internet de la Conférence.⁷

Prix Abraham Horwitz pour l'excellence en leadership en santé interaméricaine 2012

162. Le Dr Rafael Pérez-Escamilla (Président du Conseil d'administration de la Fondation panaméricaine pour la santé et l'éducation [PAHEF]) a rappelé que depuis 44 ans la Fondation travaillait en partenariat avec l'OPS pour faire progresser l'objectif commun de la protection de la vie et de l'amélioration de la santé dans les Amériques. Dans le cadre de ce partenariat, plusieurs prix d'excellence en santé publique interaméricaine étaient présentés chaque année, y compris le Prix Abraham Horwitz pour l'excellence en leadership en santé interaméricaine, créé en l'honneur du Dr Abraham Horwitz, ancien Directeur de l'OPS et plus tard Président de PAHEF. Ce prix

⁷ Document CSP28/DIV/8.

récompensait un leadership qui avait changé des vies et amélioré la santé de la population des Amériques.

163. Le Prix Abraham Horwitz pour 2012 a été décerné au Dr Paulo Marchiori Buss, du Brésil, une figure de proue de la santé publique dans les Amériques, fondateur et premier Secrétaire exécutif de l'Association brésilienne de santé publique et actuellement professeur à l'École nationale de santé publique de la Fondation Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) et Directeur du Centre FIOCRUZ pour la santé dans le monde.

164. Le discours d'acceptation du Dr Buss peut être consulté sur le site Internet de la Conférence.⁸

Prix Manuel Velasco-Suárez pour l'excellence en bioéthique 2012

165. Le Dr Pérez-Escamilla a déclaré que le Prix Manuel Velasco Suárez pour l'excellence en bioéthique avait été créé en 2002 pour rendre hommage à la pensée innovante dans le domaine de la bioéthique. Il a été créé en l'honneur du Dr Manuel Velasco Suárez, ressortissant mexicain et médecin, chercheur et universitaire, qui avait consacré plus de 50 ans de sa vie à la santé publique et avait été l'un des fondateurs de l'Académie mexicaine de bioéthique.

166. Le Prix Manuel Velasco Suárez 2012 a été décerné au Dr Juan Alberto Lecaros Urzúa, du Chili, professeur d'éthique environnementale et des droits de l'homme à l'Institut de bioéthique de Borja (IBB) de l'Université Ramon Llull et coordinateur de l'Observatoire de la bioéthique et des droits à l'Université de Santiago, pour sa proposition intitulée « Un cadre théorique et une méthodologie pour l'application des principes de la bioéthique environnementale. » Cette proposition visait à tenir compte des risques sanitaires, écologiques et socioéconomiques que présentaient les organismes génétiquement modifiés (OGM), en se concentrant sur les cultures et les aliments génétiquement modifiés.

167. Le discours d'acceptation du Dr Lecaros Urzúa peut être consulté sur le site Internet de la Conférence.⁹

168. Le Dr Pérez-Escamilla a présenté le Dr Jesús Agustín Velasco Suárez Siles, le fils du Dr Manuel Velasco Suárez, qui a remis une médaille au Dr Lecaros au nom de la famille Velasco Suárez.

⁸ Document CSP28/DIV/10.

⁹ Document CSP28/DIV/9.

Autres prix

169. Le Dr Pérez-Escamilla a également présenté les lauréats des deux autres prix de PAHEF, qui ont été décernés lors d'une soirée de gala.

170. La Fondation populaire pour l'éducation dans la santé du Chili, représentée par son Directeur général, Mme Rosario Castillo, a reçu le Prix Clarence H. Moore qui récompense l'excellence dans les services bénévoles pour son engagement à améliorer la qualité, l'accès et l'équité des soins de santé pour les pauvres, en particulier pour les femmes, et pour le dévouement sans faille de ses bénévoles au service de sa vision.

171. Un article intitulé « L'avortement au Brésil: une enquête auprès des ménages utilisant la technique de l'urne », publié dans le volume 15 de *Ciência & Saúde Coletiva* (2010), s'est vu décerner le prix Fred L. Soper 2012 qui récompense l'excellence dans la littérature de santé publique. Le Dr Debora Diniz, de l'Université de Brasilia et la Fondation Oswaldo Cruz à Rio de Janeiro, en était l'auteur principal avec le Dr Marcelo Medeiros. Cet article présentait les résultats de l'enquête nationale sur l'avortement, une enquête auprès des femmes des zones urbaines du Brésil âgées de 18 à 39 ans, réalisée en 2010, qui a sensibilisé sur la question des avortements à risque en tant que problème de santé publique.

172. Le Prix Pedro N. Acha récompensant l'excellence dans la santé publique vétérinaire et le Prix Sérgio Arouca récompensant l'excellence dans les soins de santé universels n'ont pas été décernés en 2012.

Questions pour information

Mise à jour sur la Réforme de l'OMS : Consultation régionale sur projet de 12^e Programme général de travail 2014-2019 de l'OMS et l'avant-projet du budget programme 2014-2015 de l'OMS (Documents CSP28/INF/1 et Add. I)

173. La Conférence a tenu une consultation régionale sur la réforme de l'OMS au cours de laquelle elle a examiné une nouvelle version du projet de douzième programme de travail général de l'OMS, qui avait été révisé par le Secrétariat de l'OMS pour tenir compte des observations faites au cours de la 65^e Assemblée mondiale de la Santé en mai 2012. La Conférence a également examiné le projet de budget-programme proposé pour 2014-2015. À la suite des propos liminaires du Dr Miriam Morales (Présidente du Comité exécutif de l'OPS), de M. Mohamed Abdi Jama (Sous-Directeur général, Administration de l'OMS) et du Dr Margaret Chan (Directeur général de l'OMS), la Conférence a constitué trois groupes de travail afin d'examiner les deux projets de documents et de faire des commentaires sur ces documents. Le Bureau a fourni une série de questions pour guider les discussions des groupes de travail. Les questions ainsi qu'un résumé des réponses figurent dans le rapport sur la consultation

(Documents CSP28/INF/1 et Add. I), qui a été présenté à la Conférence à l'issue des discussions des groupes de travail par M. Diego Victoria (Gérant du domaine de la Planification, du budget et du développement institutionnel du BSP).

174. Le Dr Morales a fait rapport sur la discussion du Comité exécutif sur la réforme de l'OMS (voir le Document CE150/FR, paragraphes 168 à 179), notant que le Comité avait considéré que le processus de réforme constituait une excellente occasion de renforcer le rôle de premier plan de l'OMS en matière de santé ainsi que ses capacités, son efficacité, sa responsabilisation et sa réactivité face aux besoins des États Membres. Le processus de réforme avait également été perçu comme une occasion de consolider l'alignement et l'harmonisation entre les trois niveaux de l'OMS et de définir clairement leurs rôles et responsabilités respectifs, ainsi que de se pencher sur les responsabilités des États Membres qui forment partie intégrale de l'OMS. Le Comité avait souligné l'importance des déterminants sociaux, économiques et environnementaux de la santé et la nécessité d'une approche « intégrant la santé dans toutes les politiques » et avait fait valoir que les déterminants de la santé devaient être intégrés en tant que priorité transversale dans tous les aspects du travail de l'OMS.

175. Le Dr Jama a présenté le projet de douzième programme de travail général de l'OMS révisé pour la période 2014-2019 ainsi que le projet de budget-programme de l'OMS pour 2014-2015, notant que le document budgétaire ne contenait aucun chiffre et portait uniquement sur les programmes, priorités, impacts, résultats et produits. Il a informé l'Assemblée que les chiffres budgétaires seraient soumis au Conseil exécutif de l'OMS par l'entremise de son Comité du Programme, du Budget et de l'Administration en janvier 2013. Le douzième programme de travail général donnerait une vision à six ans pour l'OMS, avec un cadre pour la définition des priorités, y compris les priorités pour le Secrétariat de l'OMS. Le programme de travail actuel, en revanche, avait défini un programme de santé mondial pour toutes les parties prenantes, mais les priorités pour le Secrétariat s'étaient vu accorder relativement peu d'attention, et il avait donc été nécessaire de formuler le Plan stratégique à moyen terme. Le douzième programme de travail général engloberait des éléments de ce Plan et tiendrait compte des réalités politiques, économiques, sociales et environnementales, et de l'évolution de la santé mondiale, énonçant clairement la contribution et le rôle de chef de file de l'OMS.

176. La version révisée du projet de programme de travail conservait les catégories et critères pour la définition des priorités précédemment convenus par les États Membres et énonçait une chaîne de résultats qui identifiait les produits pour lesquels le Secrétariat serait tenu responsable ainsi que les résultats et les impacts pour lesquels le Secrétariat partagerait la responsabilité avec les États Membres et les partenaires. La chaîne de résultats constituait un élément clé qui mettrait en œuvre les priorités définies par les États Membres. Le budget-programme pour 2014-2015 et les deux exercices biennaux ultérieurs ferait appel aux mêmes catégories et priorités que le programme général de

travail, mais préciserait des produits spécifiques pour le Secrétariat et identifierait les principaux résultats et cibles d'impact à atteindre au cours de chaque exercice biennal.

177. Les budgets-programmes seraient élaborés par étapes. Dans un premier temps, les produits pour le Secrétariat seraient définis, tandis que dans un deuxième temps, il s'agirait de déterminer quel niveau de l'Organisation – siège de l'OMS, bureaux régionaux ou bureaux dans les pays – serait responsable de ces produits. Dans la troisième phase, chaque produit serait assorti d'un coût, en prenant en compte les ressources en personnel et les autres ressources, et les ressources seraient ensuite allouées à chacun des trois niveaux, en fonction du rôle que chacun serait appelé à jouer. Le Dr Jama a souligné que le processus d'élaboration du budget proposé s'écartait nettement de la pratique passée et constituait un changement demandé par les États Membres dans le cadre de la réforme de l'OMS. Il a conclu en soulignant que le projet de programme de travail et le budget-programme étaient en cours d'élaboration et seraient affinés à la lumière des avis formulés par les divers comités régionaux.

178. Le Dr Chan a rappelé que l'initiative de réforme de l'OMS résultait de deux principaux facteurs : la nécessité de trouver de meilleurs moyens de financer les activités de l'Organisation et la nécessité pour l'Organisation de s'adapter aux changements dans les contextes politiques, sociaux et financiers et de relever de nouveaux défis tels que les maladies non transmissibles et les déterminants sociaux de la santé.

179. Elle a souligné que la transparence et la gestion fondée sur les résultats étaient des éléments essentiels du processus de réforme. La première étape d'une gestion efficace fondée sur les résultats, a-t-elle fait remarquer, consistait à déterminer quels étaient les résultats et les produits attendus de l'Organisation. Les produits énoncés dans les documents soumis à la Conférence résultaient des priorités des États Membres, tels qu'identifiés dans leurs stratégies de coopération avec les pays et des engagements pris au niveau international, notamment les objectifs du Millénaire pour le développement, le Règlement sanitaire international (2005) et la Convention-cadre pour la lutte antitabac. Un objectif clé des consultations régionales consistait à déterminer si les produits identifiés dans le document sur le budget correspondaient, en fait, aux résultats que les États Membres voudraient que l'Organisation atteigne au cours de la prochaine période biennale.

180. Une fois confirmé que le projet de programme de travail général et le budget-programme reflétaient précisément les priorités des États Membres, elle travaillerait avec les six Directeurs régionaux et le Dr Jama afin d'établir un budget réaliste, qui, à la différence des budgets fondés sur des aspirations du passé, veillerait à assurer des ressources suffisantes pour permettre au Secrétariat de faire ce que les États Membres lui avaient demandé de faire, et qui assurerait également que les activités de l'Organisation seraient menées sous l'impulsion des États Membres, et non des bailleurs de fonds. Pour

que la réforme de l'OMS soit couronnée de succès, le Secrétariat devait collaborer étroitement avec les États Membres, mais les États Membres devaient également travailler en étroite collaboration avec le Secrétariat, en reconnaissant que dans le climat actuel d'austérité financière son travail devait se concentrer uniquement sur les priorités fondamentales de l'Organisation et s'abstenir de financer des activités qui ne seraient pas en accord avec ces priorités. Lors d'une session extraordinaire du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration en décembre, elle présenterait une proposition visant à mobiliser des ressources pour appuyer les activités répondant aux priorités définies par les États Membres. Dans l'intervalle, le Professeur Thomas Zeltner, son envoyé spécial pour le financement, continuerait de solliciter l'opinion des États Membres sur cette question.

181. M. Victoria a résumé les conclusions et recommandations émanant à la fois des discussions des trois groupes de travail au cours de la Conférence et des discussions virtuelles qui avaient eu lieu avant la Conférence, en soulignant les points suivants : les États Membres avaient souligné que les priorités devraient être définies sous l'impulsion des pays et non des bailleurs de fonds ; tout en reconnaissant les contributions importantes des organisations multilatérales au niveau des pays, les États Membres avaient noté que, souvent, leurs orientations et priorités ne coïncidaient pas avec celles des gouvernements et avaient souligné que tout financement de ces organisations devrait être aligné sur les priorités nationales ; les États Membres avaient également insisté sur la nécessité de redoubler d'efforts pour protéger et accroître le financement destiné aux organisations multilatérales, en particulier l'OMS et l'OPS.

182. S'agissant du projet de 12^e programme de travail général de l'OMS, les États Membres avaient appuyé l'accent mis sur la réalisation de la couverture de santé universelle et avaient mis en évidence la nécessité de resserrer les liens entre les produits et les résultats. Ils avaient également souligné que les définitions des indicateurs devraient être précises et faciles à mesurer et que le nombre d'indicateurs devrait être réduit au minimum, et ils avaient recommandé l'utilisation d'indicateurs de suivi. Les États Membres ont noté que tous les pays ne disposaient pas de bons systèmes d'information pour mesurer les indicateurs et avaient demandé un soutien pour le renforcement des capacités nécessaires pour mettre en place des mécanismes de suivi.

183. S'agissant du projet de budget-programme proposé, les États Membres avaient recommandé que le nombre de produits soit limité et qu'ils soient normalisés. Ils avaient également demandé des critères supplémentaires pour classer les priorités stratégiques afin d'orienter l'allocation des ressources et avaient recommandé que le mécanisme de validation pour l'allocation des ressources de l'OMS entre les régions soit révisé dans le cadre de la réforme de l'OMS. Les États Membres avaient souscrit à l'approche participative utilisée pour formuler le projet de programme de travail, souligné la nécessité de tenir compte des attentes des pays et demandé que les États Membres

continuent à participer à la finalisation du programme de travail, notamment par le biais de consultations virtuelles.

184. Au cours de la discussion qui a suivi, il a été souligné que c'étaient aux États Membres, et non aux bailleurs de fonds, de définir les priorités de l'OMS et que les États Membres devaient également résister à la tentation de continuer à ajouter de nouvelles priorités et de nouveaux mandats. Par ailleurs, il a été précisé que, souvent, les bailleurs de fonds étaient des États Membres, auquel cas les priorités des bailleurs de fonds et celles des États Membres correspondraient parfaitement. Il a également été suggéré que le rapport sur la consultation régionale (Documents CSP28/INF/1 et Add. I) devrait être modifié pour refléter cela. Il a également été suggéré que le rapport soit révisé afin de refléter le fait que toute une série de points de vue avaient été exprimés et que les États Membres n'avaient pas tous formulé les mêmes opinions sur les différentes questions abordées. Un éclaircissement a été demandé sur la proposition visant à modifier l'exercice budgétaire de l'Organisation, évoquée dans le rapport.

185. Des préoccupations ont été exprimées quant au fait que le projet de programme de travail révisé n'accordait toujours pas suffisamment d'attention aux déterminants sociaux de la santé. Le Secrétariat de l'OMS et les États Membres ont été invités à se rappeler l'engagement pris lors de la Conférence mondiale sur les déterminants sociaux de la santé d'agir sur les déterminants sociaux afin de réduire les inégalités et de tenir dûment compte de l'approche des déterminants sociaux dans le processus de réforme de l'OMS. L'inclusion des déterminants de la santé comme priorité dans la catégorie 3 du projet de programme de travail n'était pas jugée suffisante pour faire en sorte qu'une approche des déterminants sociaux soit intégrée de manière transversale dans toutes les politiques. La nécessité de promouvoir des interventions intersectorielles pour traiter de la question des déterminants sociaux de la santé, et de consolider le rôle de l'OMS pour promouvoir ces interventions a été mise en exergue. En outre, la nécessité d'une plus grande clarté quant au rôle de l'OMS par rapport à ses partenaires a été mise en évidence.

186. Le Dr Jama a déclaré que les vues exprimées par les États Membres des Amériques coïncidaient avec certaines des opinions exprimées dans d'autres régions, en particulier en ce qui concerne la nécessité de limiter le nombre de produits, de s'assurer que les priorités identifiées reflétaient vraiment les priorités des États Membres pour la période de six ans couverte par le programme de travail et de résister à la tentation de continuer à ajouter de nouvelles priorités. Le Secrétariat s'efforcera de limiter le nombre de produits et veillera à ce que ceux qui seraient inclus soient clairs et mesurables. Il inclurait aussi des produits spécifiques liés aux déterminants sociaux de la santé dans chacune des catégories.

187. En ce qui concerne les partenariats, il a expliqué que les partenariats en question étaient ceux accueillis par l'OMS et a déclaré que les informations sur les modalités de

gouvernance, l'affectation des ressources, et d'autres questions relatives à ces partenariats seraient fournies dans un document en cours de préparation qui serait examiné par le Comité sur le Programme, le Budget et l'Administration de l'OMS en janvier 2013. S'agissant de l'exercice budgétaire, il avait été proposé qu'il commence en juillet afin de réduire l'intervalle entre l'approbation et l'exécution du budget et d'améliorer la prévisibilité du financement. Cette question serait explorée en profondeur au cours de la session extraordinaire du Comité sur le Programme, le Budget et l'Administration en décembre 2012.

188. Le Dr Roses a déclaré que le rapport sur la consultation régionale serait révisé en vue de clarifier certaines idées et de faire en sorte que les diverses opinions exprimées soient reflétées fidèlement. En ce qui concerne les priorités, il convenait de garder à l'esprit que celles qui étaient énoncées dans le programme général de travail et dans les budgets-programmes de l'OMS représentaient des priorités mondiales collectives, qui ne correspondraient pas nécessairement entièrement aux priorités spécifiques des différents États Membres ou des six régions de l'OMS. Il était important que les priorités mondiales soient exprimées d'une manière qui soit suffisamment complète pour répondre aux préoccupations, aux besoins et aux priorités aux niveaux régional, national et infranational.

189. Le Président a annoncé que des déclarations écrites avaient été communiquées par deux organisations non gouvernementales et que les opinions qui y étaient exprimées figureraient dans le rapport sur la consultation régionale.

Rapport du Comité consultatif de la Recherche en Santé de l'OPS/OMS (Document CSP28/INF/2)

190. Le Dr Miriam Morales (Présidente du Comité exécutif) a fait rapport sur l'examen par le Comité exécutif du rapport du Comité consultatif de la recherche en Santé (CCRS) au cours de sa 150^e session (voir le Document CE150/FR, paragraphes 185 à 187).

191. Le Dr John Lavis (Président du Comité consultatif de la recherche en Santé de l'OPS/OMS) a passé en revue l'historique du CCRS, qui avait été créé en 1962 avec pour mission d'examiner les programmes de recherche existants et proposés et de recommander les fondements d'une politique de recherche à long terme pour guider les projets présents et futurs. Le fait qu'une telle politique ait enfin été mise en place constituait l'un des succès majeurs des travaux du Comité. La politique était harmonisée avec la stratégie de l'OMS sur la recherche pour la santé et était la première politique de ce type à être mise en place par l'une des Régions de l'OMS. La politique reposait sur six piliers, dont le premier était de promouvoir la génération de recherche éthique et de qualité pertinente. On pouvait citer à titre d'exemple à cet égard la création et la mise à jour permanente du site Internet de recherche dans la santé, qui présentait un état de la recherche en santé dans tous les pays de la Région actualisé chaque minute.

192. Le deuxième pilier consistait à renforcer la gouvernance dans la recherche et à promouvoir la définition des programmes de recherche. À titre d'exemple on pouvait citer le soutien apporté pour la création et la mise à jour permanente des registres d'essais cliniques dans de nombreux pays. Le troisième pilier visait à améliorer les compétences des ressources humaines participant à la recherche et à les soutenir, par exemple en appuyant la formation des équipes dans les pays et du personnel du Bureau dans le domaine de la préparation de rapports fondés sur des données probantes pour l'élaboration des politiques.

193. Le quatrième pilier consistait à rechercher des gains d'efficacité et une incidence accrue et l'appropriation de la recherche grâce à des alliances stratégiques et efficaces, à la collaboration et au renforcement de la confiance du public et à l'engagement dans la recherche. On pouvait citer l'exemple du soutien accordé pour la traduction en espagnol de normes clés applicables aux rapports sur la recherche élaborées par le réseau EQUATOR (Enhancing the Quality and Transparency of Health Research – *Amélioration de la qualité et de la transparence de la recherche en santé*).

194. Quant au cinquième pilier, il s'agissait d'encourager les meilleures pratiques et d'améliorer les normes pour la recherche, par exemple grâce au soutien pour le renforcement des systèmes d'examen éthique au niveau national et des processus d'élaboration de lignes directrices à l'échelle mondiale. Enfin, le sixième pilier visait à promouvoir la diffusion et l'utilisation des résultats de la recherche avec, par exemple, le soutien pour la création, l'exploitation et l'évaluation des réseaux EVIPNet (Evidence-informed Policy Networks – *Réseaux de politiques fondées sur des données probantes*) dans de nombreux pays d'Amérique latine et des Caraïbes.

195. Au cours des cinq dernières années des avancées importantes avaient été réalisées sur le plan du développement des capacités pour la recherche et du partage d'outils et autres ressources afin d'appuyer la mise en œuvre de la politique. Les prochaines étapes clés comprenaient la mise au point d'un plan d'action visant à mettre en pratique la politique et un rapport semestriel sur sa mise en œuvre, l'institutionnalisation de la politique au sein du Bureau et un plan de mobilisation des ressources pour soutenir l'intensification de la mise en œuvre.

196. Dans la discussion qui a suivi les propos du Dr Lavis, les recommandations du Comité consultatif ont été appuyées. Plusieurs délégués ont fait l'éloge du travail accompli par le CCRS. Certains ont décrit les efforts de leur pays en vue de renforcer les capacités pour mener et appliquer la recherche. Il a été souligné que les politiques et les pratiques devaient se fonder sur des preuves scientifiques, en particulier lorsqu'il était nécessaire de convaincre les législateurs de débloquer des fonds pour appuyer leur mise en œuvre. La nécessité de trouver de meilleurs moyens de traduire la recherche au niveau

de la politique de la santé et d'établir un lien entre la génération des connaissances et l'amélioration de la santé de la population a été mise en avant.

197. Le Dr Lavis s'est félicité des informations sur les progrès dans la recherche dans les différents pays. Il était également heureux d'entendre l'importance qui était accordée à l'élaboration de politiques fondées sur des preuves. En réponse à un commentaire formulé par un délégué, il a ajouté que la bioéthique constituait un élément important des travaux du Comité et serait l'un des principaux axes de sa prochaine réunion.

198. La Directrice, notant que la dernière réunion en date du Comité s'était tenue à l'extérieur de la Région, à Barcelone, en Espagne, a déclaré que le fait que la réunion se soit déroulée en Europe avait permis une interaction avec les comités consultatifs européens et mondiaux sur la recherche en santé. En outre, la réunion avait bénéficié de la tenue d'une réunion mondiale dans le même temps qui avait été organisée au Centre et réseau ibéro-américain Cochrane, ce qui avait donné l'occasion d'une participation plus large, offrant aux membres des possibilités d'interactions très fructueuses.

199. Elle a félicité le Dr Lavis pour avoir dirigé les travaux du Comité de façon remarquable pendant cinq ans et avoir su focaliser les travaux et sélectionner les questions les plus importantes et stratégiques, mobiliser des partenariats et poursuivre l'activité du CCRS en dehors de ses réunions officielles par le biais de groupes de travail, de consultations virtuelles et d'autres mécanismes, qui avaient contribué à la productivité exceptionnelle des travaux du Comité au cours de cette période.

200. La Conférence a pris note du rapport.

Rapports d'avancement sur les questions techniques (Documents CE150/INF/3-A, B, C, D, E, F, G et H)

Déterminants sociaux de la santé (Document CSP28/INF/3-A)

201. Le Dr Miriam Morales (Présidente du Comité exécutif) a fait la synthèse des discussions du Comité exécutif sur ce point (voir Document CE150/FR, paragraphes 188 à 191), en indiquant que le Comité avait souligné qu'il était important d'accorder l'attention voulue aux déterminants sociaux de la santé dans le douzième programme de travail général de l'OMS et s'était dit préoccupé par le fait que l'approche transversale proposée dans les discussions de la réforme de l'OMS au cours de la 65^e Assemblée mondiale de la Santé (voir les paragraphes 173 à 189 ci-dessus) pourrait conduire à une perte ou une dilution de l'accent mis sur les déterminants de la santé. Le Comité a également souligné la nécessité d'intégrer des lignes d'action et indicateurs spécifiques concernant les déterminants de la santé dans les programmes de l'OMS comme de l'OPS.

202. La Directrice a exprimé sa gratitude au gouvernement du Brésil pour avoir accueilli la Conférence mondiale sur les déterminants sociaux de la santé, qui avait connu un grand succès. Elle a rappelé que l'Amérique avait été la seule région à organiser des consultations avec les populations autochtones au cours des travaux de la Commission sur les déterminants sociaux. Il avait été jugé essentiel de prendre en compte la perspective des peuples autochtones et Afro-descendants, en particulier du fait qu'ils souffraient de façon disproportionnée d'inégalités.

203. La Conférence a pris note du rapport.

Plan d'action pour la mise en place d'une politique en matière d'égalité entre les sexes (Document CSP28/INF/3-B)

204. Le Dr Miriam Morales (Présidente du Comité exécutif) a fait rapport sur la discussion du Comité exécutif sur le rapport relatif à la mise en place de la politique entre les sexes de l'OPS, adoptée en 2005 (voir le Document CE150/FR, paragraphes 190 à 194), notant que le Comité avait souligné la nécessité de continuer à traiter du problème de la violence faite aux femmes et avait mis en évidence le lien entre les déterminants sociaux de la santé et les déterminants sociaux de l'égalité entre les sexes ainsi que la nécessité d'une action multisectorielle pour agir sur ces déterminants. Il a également été précisé que, justement en raison de son caractère multisectoriel et transversal, il était possible que la question de l'égalité entre les sexes se voie accorder moins d'attention que d'autres priorités plus spécifiques.

205. La Directrice a fait observer que la mise en œuvre de la politique de l'égalité entre les sexes supposait à la fois la coopération avec les pays et l'intégration de la question de l'égalité entre les sexes dans toute la planification et la programmation de l'Organisation. Cela supposait aussi de s'efforcer d'atteindre la parité au sein du personnel du Bureau. Des progrès satisfaisants avaient été accomplis dans ce domaine (voir le rapport sur les statistiques de dotation en personnel, paragraphe 242 ci-dessous) et sur le plan de l'amélioration de la capacité du personnel à intégrer la question de l'égalité entre les sexes dans son travail et dans la prestation de la coopération technique. Un défi clé pour favoriser des progrès vers l'égalité entre les sexes était la production de données ventilées par sexe, âge, origine ethnique et autres variables, afin d'identifier les disparités et d'évaluer l'impact des actions. Là, aussi, des progrès satisfaisants avaient été accomplis, tant au sein du Bureau que dans les pays.

206. Dans la discussion qui a suivi, les efforts du Bureau visant à intégrer l'égalité entre les sexes dans les politiques de l'OPS ont été salués, en particulier les efforts déployés pour produire des statistiques propres à chaque sexe afin d'identifier les disparités liées au sexe dans la santé et l'accès aux services de santé. Les efforts de

formation du personnel sur le terrain ont également été accueillis avec satisfaction. Les recommandations énoncées dans le rapport d'avancement ont été appuyées.

207. La Conférence a pris note du rapport.

Stratégie régionale et Plan d'action portant sur la nutrition dans la santé et le développement, 2006-2015 : Évaluation de mi-parcours (Document CSP28/INF/3-C)

208. Le Dr Miriam Morales (Présidente du Comité exécutif) a résumé les discussions du Comité exécutif sur l'évaluation à mi-parcours de la stratégie régionale et du Plan d'action sur la nutrition dans la santé et le développement (voir le Document CE150/FR, paragraphes 202 à 205), en signalant que le Comité avait souligné la nécessité pour les agences des Nations Unies et les ministères nationaux d'adopter une approche coordonnée, intégrée et uniforme en matière d'alimentation et de nutrition et avait insisté sur l'importance d'assurer la sécurité nutritionnelle tout au long de la vie.

209. La Conférence a également affirmé l'importance d'une approche équilibrée et intégrée de la nutrition qui ne mette pas l'accent de façon excessive sur les questions relatives à la commercialisation et la gestion des aliments. L'OPS a été encouragée à continuer de promouvoir une approche intégrée des questions alimentaires et de la nutrition par l'entremise de l'Alliance panaméricaine pour la nutrition et le développement, et à promouvoir des approches intersectorielles au niveau national, recouvrant l'éducation, l'économie et l'agriculture.

210. Il a été suggéré d'accorder plus d'importance à la diffusion des normes de croissance des enfants de l'OMS et d'inclure parmi les efforts visant à promouvoir l'allaitement maternel des services de conseil pour l'allaitement au niveau communautaire et des soins de santé primaires. Il a également été suggéré d'encourager l'utilisation de l'indicateur de taille en fonction de l'âge pour diagnostiquer la malnutrition chronique. En outre, il a été recommandé de promouvoir la notion d'« équité pour les enfants » qui englobe des facteurs tels que le logement, l'éducation, la sécurité alimentaire et le revenu familial. La nécessité de prêter attention au double fardeau de la surcharge pondérale et de l'insuffisance pondérale a également été soulignée.

211. Le Dr Gina Tambini (Gérante du domaine de la Santé familiale et communautaire du BSP) a assuré aux États Membres que le Bureau continuerait de poursuivre une approche intégrée et intersectorielle pour la nutrition et continuerait également à travailler avec les pays pour lutter contre le problème de l'obésité et du surpoids chez les enfants.

212. La Directrice a attiré l'attention sur la contribution de l'Institut de la nutrition d'Amérique centrale et du Panama (INCAP) aux progrès réalisés dans le cadre du plan d'action et à la fourniture de coopération technique dans le domaine de la nutrition dans

la sous-région d'Amérique centrale. Elle a exprimé sa gratitude au gouvernement du Guatemala, pays hôte de l'Institut.

213. La Conférence a pris note du rapport.

Plan stratégique régional de l'OPS pour le contrôle du VIH/SIDA/IST 2006-2015 : Évaluation de mi-parcours (Document CSP28/INF/3-D)

214. Le Dr Miriam Morales (Présidente du Comité exécutif) a fait rapport sur les discussions du Comité exécutif relatives à l'évaluation à mi-parcours du Plan stratégique régional pour le VIH/SIDA/IST (voir le Document CE150/FR, paragraphes 208 à 211), notant que le Bureau avait été encouragé à examiner les nouveaux éléments de preuve sur l'approche du « traitement comme prévention » et sur ses implications éthiques et en matière de droits de l'homme.

215. Au cours des débats qui ont suivi, les États Membres ont réaffirmé leur appui pour le Plan stratégique régional, ont salué les progrès accomplis et ont approuvé les recommandations figurant dans le rapport. Les délégués ont fait rapport sur les progrès accomplis dans la mise en œuvre de leurs plans et stratégies nationaux pour lutter contre le VIH/sida et les autres infections sexuellement transmissibles et accroître l'accès au traitement antirétroviral, plusieurs d'entre eux ayant précisé que leurs plans nationaux étaient totalement conformes au plan régional. Dans un cas, il a été signalé que les conclusions de l'évaluation à mi-parcours avaient servi à réorienter et renforcer les programmes nationaux sur le VIH et les IST. Il a été indiqué que le rapport d'avancement contenait peu d'informations sur les progrès accomplis dans certaines sous-régions, et le Bureau a été invité à remédier à cette omission.

216. Tout en reconnaissant l'importance de la lutte contre la pandémie de VIH/sida, plusieurs délégués ont souligné la nécessité d'accorder une plus grande attention aux autres maladies sexuellement transmissibles comme la syphilis et l'hépatite virale. Il a également été jugé nécessaire d'intensifier les programmes de sensibilisation destinés aux groupes à haut risque tels que les travailleurs du sexe, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les femmes et les enfants vulnérables.

217. Le Dr Gina Tambini (Gérante du domaine de la Santé familiale et communautaire du BSP) a félicité les États Membres pour les progrès réalisés dans le cadre des plans nationaux pour la lutte contre le VIH/sida et les IST, en particulier pour les avancées sur le plan de l'élimination de la syphilis congénitale et de la transmission de la mère à l'enfant du VIH/sida et de la plus grande disponibilité des traitements antirétroviraux. Elle a attiré l'attention sur le rôle du Fonds stratégique de l'OPS pour ce qui est de faciliter l'accès aux médicaments antirétroviraux. Elle a également reconnu la nécessité de rester concentré sur les maladies sexuellement transmissibles et a noté que l'OPS

travaillait avec différents partenaires sur cette question, y compris avec les Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis.

218. La Conférence a pris note du rapport.

Situation actuelle de la dengue (Document CSP28/INF/3-E)

219. Le Dr Miriam Morales (Présidente du Comité exécutif) a présenté un rapport sur les discussions du Comité exécutif sur ce point (voir le Document CE150/FR, paragraphes 212 à 216), indiquant que la nécessité pour l'OPS de poursuivre son soutien pour les initiatives nationales de lutte contre la dengue a été soulignée, de même que la nécessité d'entreprendre une action intersectorielle et des activités d'éducation et de mobilisation de la population afin d'éliminer les sites de reproduction des vecteurs. L'importance de la recherche en cours visant à produire un vaccin contre la dengue a également été soulignée.

220. Au cours des débats sur cette question, les États Membres ont affirmé la nécessité d'une action intersectorielle pour traiter des divers déterminants sociaux et environnementaux qui contribuaient à la propagation et la persistance de la dengue. La nécessité de coopérer et de promouvoir l'échange des meilleures pratiques entre les pays a aussi été soulignée. Les États Membres ont remercié l'OPS pour avoir soutenu les efforts de lutte contre la dengue au niveau national et ont invité l'Organisation à intensifier son assistance dans les domaines de la communication sur les risques, de la promotion de la participation intersectorielle aux activités de contrôle, de prévention et de surveillance entomologique pour guider la prise de mesures rapides, de la sensibilité aux insecticides et des études sur la résistance, et de la formation du personnel clinique dans le traitement des cas graves de dengue. L'Organisation a également été invitée à élaborer des lignes directrices pour la vaccination contre la dengue afin que les pays soient prêts à commencer à administrer le vaccin dès qu'il serait disponible. Le soutien de l'OPS a aussi été demandé pour la mise en œuvre d'une feuille de route adoptée par les pays andins en vue de réduire le taux de létalité de la dengue.

221. Le Dr Marcos Espinal (Gérant du domaine de la Surveillance sanitaire, de la prévention et de la lutte contre les maladies du BSP) est convenu qu'une approche intersectorielle devait être adoptée dans les politiques nationales de lutte contre la dengue et qu'il était nécessaire de traiter des déterminants sociaux et environnementaux de la maladie. Il a assuré la Conférence que la dengue demeurait une priorité pour l'OPS, et qu'elle continuerait à fournir une assistance technique aux pays. Il a noté que les résultats des essais cliniques de phase II pour le vaccin contre la dengue actuellement à l'étude n'avaient pas été très prometteurs et qu'il faudrait donc encore probablement cinq à dix ans avant qu'un vaccin ne soit disponible. Par conséquent, il serait essentiel de continuer

à appliquer des stratégies intégrées traitant la dengue dans une perspective de santé publique. L'OPS continuerait de suivre les essais cliniques.

222. Le Dr Jon Andrus (Directeur adjoint du BSP) a confirmé que le vaccin actuellement à l'étude en Thaïlande n'avait démontré que 30 % d'efficacité en phase IIb des essais cliniques. Les études se poursuivraient, mais même si un vaccin devenait disponible, il faudrait le considérer comme un outil devant être utilisé dans le cadre de la lutte anti-vectorielle intégrée.

223. La Conférence a pris note du rapport.

Mise en œuvre du Règlement sanitaire international (Document CSP28/INF/3-F)

224. Le Dr Miriam Morales (Présidente du Comité exécutif) a fait rapport sur l'examen par le Comité exécutif du rapport intérimaire sur le Règlement sanitaire international (2005) (voir le Document CE150/FR, paragraphes 217 à 220), notant que les membres du Comité avaient souligné la nécessité d'un engagement ferme de tous les États Membres pour pouvoir parvenir à être pleinement en conformité avec le Règlement. Ils ont également souligné qu'il était important que l'OPS continue à appuyer les efforts nationaux visant à renforcer la surveillance et la capacité de réponse. La nécessité d'un soutien technique et financier continu pour permettre aux pays de maintenir leurs capacités de base a également été évoquée.

225. Au cours du débat, tous les délégués qui sont intervenus ont souligné la détermination des gouvernements à mettre en œuvre le Règlement. Plusieurs délégués ont décrit les mesures adoptées au niveau national pour mettre en place ou renforcer les capacités de base et ont remercié l'OPS d'appuyer leurs efforts. Toutefois, malgré ces efforts, il a été noté qu'un grand nombre de pays demandaient une prolongation au-delà de la date butoir de juin 2012. Cela a été jugé préoccupant et il a été souligné que les efforts doivent être intensifiés pour s'assurer que les capacités de base étaient en place et pleinement opérationnelles à l'issue de cette prolongation de deux ans. Il a été précisé que si la date butoir du délai prolongé n'était pas tenue, cela nuirait à la crédibilité de l'OPS et de l'OMS.

226. La nécessité de mettre en place des partenariats bilatéraux et multilatéraux afin de tenir la nouvelle date limite a été soulignée, et les États Membres qui avaient progressé dans la mise en œuvre des capacités de base ont proposé leur aide aux autres États Membres. Pour certains pays, bien que le fait d'avoir fait face à la pandémie (H1N1) de 2009 et à d'autres événements ait renforcé la capacité de réaction, cela avait aussi eu pour effet de retarder la mise en œuvre intégrale des capacités de base. Mettre en œuvre les capacités requises en ce qui concerne les points d'entrée et les situations d'urgence radiologique et chimique est resté un défi pour de nombreux pays. Il a été suggéré que la réponse dans ce domaine pourrait exiger une coopération infrarégionale entre des groupes

de pays lorsque les différents pays n'avaient pas la capacité de fournir seuls une réponse adéquate.

227. Il a été signalé que la Coupe du monde de 2014 de la Fédération Internationale de Football Association (FIFA) et les Jeux olympiques de 2016, deux événements sportifs organisés au Brésil, offriraient des possibilités de renforcer les partenariats et la collaboration entre les pays et d'élaborer et tester des plans de gestion des manifestations de masse dans la Région conformément aux dispositions du Règlement.

228. Le délégué du Brésil a invité les États Membres à participer à l'exposition ExpoEpi qui devait être accueillie par son gouvernement en octobre 2012, notant que cet événement pourrait mettre en vitrine des expériences réussies dans la lutte contre les maladies.

229. Le Dr Marcos Espinal (Gérant du domaine de la Surveillance sanitaire, de la prévention et de la lutte contre les maladies du BSP) a déclaré que l'OPS était tout à fait consciente qu'il était urgent de mettre en œuvre les capacités de base requises d'ici à 2014 et est convenu qu'il était important pour des raisons de crédibilité de respecter la date limite. L'OPS ferait tout son possible pour apporter une coopération technique à cette fin, et les équipes étaient en place au niveau régional et au niveau des pays pour suivre les progrès réalisés. Il s'est accordé avec les délégués pour dire que les défis majeurs consisteraient à obtenir les capacités de base en ce qui concerne les points d'entrée et les urgences chimiques et radiologiques et a déclaré que l'OPS collaborait étroitement avec l'AIEA pour aider les pays à renforcer leurs capacités à faire face à ces dernières.

230. Il a exhorté les États Membres à participer à ExpoEpi au Brésil, notant que l'OPS avait travaillé avec le gouvernement du Brésil pour organiser une réunion au cours de laquelle une matinée entière serait consacrée au Règlement sanitaire international, plus particulièrement au renforcement des capacités de base et de la coopération bilatérale.

231. La Conférence a pris note du rapport.

Cibles régionales en matière de ressources humaines en santé 2007-2015 (Document CSP28/INF/3-G)

232. Le Dr Miriam Morales (Présidente du Comité exécutif) a résumé les discussions du Comité exécutif sur le rapport d'avancement relatif aux cibles régionales en matière de ressources humaines en santé (voir le Document CE150/FR, paragraphes 222 à 227), notant que le Comité avait mis en évidence le besoin de coordination et de coopération entre les secteurs de la santé, de l'éducation et de l'emploi afin de s'assurer que la formation des agents de santé était adaptée aux conditions démographiques et épidémiologiques en constante évolution des pays. Il avait également été jugé essentiel

d'améliorer la planification des ressources humaines et la répartition des agents de santé et de fournir une formation pratique et des incitations pour que les agents de santé exercent leur profession au niveau des soins primaires.

233. Au cours de la discussion qui a suivi, les États Membres ont félicité l'OPS pour son rôle de chef de file et le soutien qu'elle apportait aux pays dans le domaine des ressources humaines pour la santé. L'aide de l'Organisation pour ce qui était de faciliter la formation des professionnels de la santé, notamment au moyen de programmes d'apprentissage en ligne, était particulièrement appréciée. Les délégués ont présenté des initiatives nationales visant à atteindre les objectifs régionaux et les progrès réalisés à cet égard. Les lignes d'action proposées figurant dans le rapport d'avancement ont été appuyées.

234. Il a été précisé que du fait de la création du marché unique du CARICOM, qui offrirait des opportunités de circulation des agents de santé dans les Caraïbes, il devenait urgent d'adopter une nouvelle approche des ressources humaines dans la santé dans cette sous-région. Il a été suggéré qu'un observatoire infrarégional des ressources humaines en santé devrait être mis en place et une base de données des ressources humaines devrait être établie pour les Caraïbes, et il a été demandé à l'OPS d'appuyer ce processus.

235. Une représentante de la Fédération panaméricaine des professionnels des soins infirmiers (FEPPEN) a mis en avant le rôle essentiel joué par les professionnels des soins infirmiers, notamment dans la fourniture de soins de santé primaires et a appelé les ministères de la santé et l'OPS à œuvrer de concert pour forger des stratégies visant à améliorer les conditions de travail du personnel infirmier.

236. Le Dr Rubén Torres (Gérant par intérim du domaine des Systèmes de santé basés sur les soins de santé primaires du BSP) s'est félicité des efforts déployés par les États Membres pour la réalisation des objectifs régionaux. Il a noté que le rapport d'avancement décrivait les conclusions d'une évaluation de base, qui était axée sur les objectifs eux-mêmes. La prochaine évaluation se pencherait davantage sur les politiques, plans et stratégies mis en œuvre et sur les mesures encore nécessaires pour atteindre les objectifs.

237. La Conférence a pris note du rapport.

Situation des Centres panaméricains (Document CSP28/INF/3-H)

238. Le Dr Miriam Morales (Présidente du Comité exécutif) a signalé que le Comité exécutif avait entendu un rapport sur la situation de plusieurs Centres panaméricains en juin. Il avait été suggéré qu'une stratégie régionale devrait peut-être être élaborée en vue de mobiliser le soutien international et des ressources pour les Centres panaméricains. La Directrice avait répondu que des efforts avaient été déployés en vue de mobiliser ce

soutien, mais que jusqu'à présent ils n'avaient pas été véritablement couronnés de succès. Le Bureau souhaiterait connaître les suggestions des États Membres quant aux organisations internationales qui pourraient être intéressées par la possibilité de soutenir les activités des Centres.

239. Dans la discussion qui a suivi, le délégué de Trinité-et-Tobago, pays hôte de l'Agence de santé publique des Caraïbes (CARPHA), a exprimé la gratitude de son Gouvernement envers l'OPS pour son soutien à la création de l'Agence regroupant les cinq institutions infrarégionales de santé, y compris deux Centres panaméricains : le Centre d'épidémiologie des Caraïbes (CAREC) et l'Institut des Caraïbes pour l'alimentation et la nutrition (CFNI). Il a remercié en particulier la Directrice qui, en appuyant l'idée de créer CARPHA avait su insuffler l'élan nécessaire. L'Agence aurait besoin du soutien continu de l'OPS et des partenaires de la santé dans la Région et dans le reste du monde. Il fallait espérer que l'Agence deviendrait une institution régionale qui améliorerait l'état de santé de la Région dans son ensemble. Il a encouragé les États Membres à la considérer sous cet angle et non pas simplement comme une institution du CARICOM.

240. La Directrice a déclaré que l'évolution des Centres panaméricains témoigne de la capacité de l'Organisation à s'adapter continuellement au changement et elle a fait part de sa conviction que l'OPS continuerait à changer en réponse à l'évolution de la situation.

241. La Conférence a pris note du rapport.

**Rapports d'avancement sur les questions administratives et financières :
Statistiques sur la dotation en personnel du BSP (Document CSP28/INF/4)**

242. Le Dr Miriam Morales (Présidente du Comité exécutif) a signalé que le Comité exécutif avait été informé que, en prévision d'une prochaine vague de départs à la retraite du personnel, le Bureau prenait des mesures pour renforcer la planification des ressources humaines et rationaliser le recrutement afin d'assurer la continuité et le transfert des connaissances. Le Comité a également été informé que les femmes occupaient actuellement 49 % des postes professionnels au sein du Bureau et que la parité avait ainsi été pratiquement atteinte. Le Comité avait salué les progrès du Bureau sur le plan de la parité et l'avait encouragé à poursuivre ses efforts dans ce sens. Il avait été suggéré que le Bureau devrait fournir aux États Membres des informations sur les postes vacants et sur le processus de recrutement et de sélection, qui seraient diffusées au niveau national.

243. La Conférence a pris note du rapport sur les statistiques de dotation en personnel.

Résolutions et autres actions d'organisations intergouvernementales revêtant un intérêt pour l'OPS (Documents CSP28/INF/5-A, B, C et D)

244. Le Dr Miriam Morales (Présidente du Comité exécutif) a indiqué que le Comité exécutif avait reçu un rapport en juin sur les résolutions et autres actions de la 65^e Assemblée mondiale de la Santé et la 131^e session du Conseil exécutif de l'OMS considérées comme présentant un intérêt particulier pour les organes directeurs de l'OPS. Une attention particulière avait été portée aux résolutions de l'Assemblée mondiale de la Santé sur les maladies non transmissibles, les troubles mentaux, la mise en œuvre des recommandations de la Commission sur l'information et la responsabilisation pour la santé des femmes et des enfants, le plan d'action mondial pour la vaccination, et les produits médicaux non conformes aux normes/inutiles/faussement étiquetés/falsifiés/contrefaits. L'attention s'était également portée sur la décision relative à la réforme de l'OMS, qui avait été au centre de l'attention de l'Assemblée de la Santé et de la réunion ultérieure du Conseil exécutif. Il a également été noté que plusieurs des résolutions et décisions prévoient des consultations régionales, notamment sur la réforme de l'OMS et sur les maladies non transmissibles.

245. Le Président a attiré l'attention sur la section B du Document CSP28/INF/5, sur la 42^e session ordinaire de l'Assemblée générale de l'Organisation des États Américains, sur la section C, relative au 6^e Sommet des Amériques et sur la section D concernant les organisations d'intégration infrarégionale.

246. La Conférence a pris note du rapport.

Autres questions pour information

Lancement de l'ouvrage *Public Health Pioneer, Dr. Abraham Horwitz Barak, First Latin American Director of the Pan American Sanitary Bureau*

247. Le Dr Rafael Pérez-Escamilla (Président du Conseil d'administration de PAHEF) a informé la Conférence de la publication récente de l'ouvrage *Public Health Pioneer, Dr. Abraham Horwitz Barak, First Latin American Director of the Pan American Sanitary Bureau*,¹⁰ une collaboration entre l'OPS et PAHEF qui rend hommage au Dr Abraham Horwitz, Directeur du Bureau sanitaire panaméricain de 1959 à 1975, pour le leadership extraordinaire dont il a fait preuve en matière de santé publique.

¹⁰ Organisation panaméricaine de la santé/ Pan American Health and Education Foundation. *Public Health Pioneer, Dr. Abraham Horwitz Barak, First Latin American Director of the Pan American Sanitary Bureau*. Washington, D.C.: PAHO; 2012.

Lancement du livre *10 years of Vaccination Week in the Americas*

248. Sir George Alleyne (Directeur émérite du BSP) a annoncé la publication d'un livre intitulé *Vaccination : An Act of Love. 10 Years of Vaccination Week in the Americas* (La vaccination: un acte d'amour. 10^e anniversaire de la Semaine de la vaccination dans les Amériques)¹¹, qui retrace l'histoire de la Semaine de la vaccination aux Amériques.

Clôture de la session

249. Suite à l'échange habituel de courtoisie, le Président a déclaré close la 28^e Conférence sanitaire panaméricaine.

Résolutions et décisions

250. Les résolutions et les décisions adoptées par la 28^e Conférence sanitaire panaméricaine sont présentées ci-après.

Résolutions

CSP28.R1 : Admission d'Aruba, de Curaçao et de Sint Maarten en tant que Membres associés de l'Organisation Panaméricaine de la Santé

LA 28^e CONFÉRENCE SANITAIRE PANAMÉRICAINNE,

Ayant envisagé la *Requête du Royaume des Pays-Bas pour l'admission d'Aruba, de Curaçao et de Sint Maarten en tant que Membres associés de l'Organisation panaméricaine de la Santé* (Document CSP28/28) ;

Sachant que le Royaume des Pays-Bas, en tant qu'État participant de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS), est responsable des relations internationales d'Aruba, de Curaçao et de Sint Maarten, et que le Royaume des Pays-Bas a présenté une requête à la Directrice du Bureau sanitaire panaméricain (BSP), au nom des gouvernements d'Aruba, de Curaçao et de Sint Maarten, pour leur admission en tant que Membres Associés de l'OPS ;

Sachant qu'en 1992, le Conseil directeur, par voie de la Résolution CD36.R2, a établi la procédure d'admission en tant que Membres associés des territoires ou des groupes de territoire dans la Région dont les relations internationales relèvent de la

¹¹ Organisation panaméricaine de la santé. *Vaccination: An Act of Love. 10 Years of Vaccination Week in the Americas*. Washington DC: PAHO; 2012.

responsabilité d'États dont le siège du gouvernement se situe à l'intérieur ou à l'extérieur de la Région ;

Sachant que la Directrice du BSP, conformément à la procédure d'admission de nouveaux Membres associés, a transmis la requête du Royaume des Pays-Bas aux États Membres de l'OPS aux fins d'examen,

DÉCIDE :

1. D'admettre Aruba, Curaçao et Sint Maarten en tant que Membres associés de l'OPS.
2. De fixer les contributions du Royaume des Pays-Bas en tant qu'État participant et d'Aruba, de Curaçao et de Sint Maarten en tant que Membres associés de l'OPS à 0,017% pour chacun du budget approuvé pour 2012-2013, soit US\$ 16 354 par an.
3. De déterminer les contributions du Royaume des Pays-Bas en tant qu'État participant et d'Aruba, de Curaçao et de Sint Maarten en tant que Membres associés de l'OPS pour les futurs exercices biennaux en tenant compte des facteurs démographiques de ces territoires du Royaume des Pays-Bas dans les Amériques et de la nature de l'affiliation des États associés.
4. De prier la Directrice de prendre les mesures nécessaires pour faciliter la pleine jouissance des droits et des obligations d'Aruba, de Curaçao et de Sint Maarten en tant que Membres associés de l'OPS.

(Première réunion, le 17 septembre 2012)

CSP28.R2 : Stratégie et Plan d'action sur la gestion des connaissances et la communication

La 28^e CONFÉRENCE SANITAIRE PANAMÉRICAINÉ,

Ayant examiné le document CSP28/12, Rév. 1, *Stratégie et Plan d'action sur la gestion des connaissances et la communication* ;

Reconnaissant qu'en vue de l'examen de la situation actuelle, la mise en œuvre de la gestion des connaissances et la communication dans les pays des Amériques requiert deux conditions essentielles : l'existence de moyens efficaces pour formuler et mettre en œuvre des stratégies et des politiques de gestion des connaissances et la communication

(viabilité technique), et de procédures pratiques et d'outils simples, abordables et durables (viabilité financière et programmatique) ;

Comprenant que la coordination et la prestation de services dans le domaine de la santé doivent être améliorées pour accroître l'efficacité, la disponibilité, l'accessibilité et le caractère abordable qui permettront d'adapter et de prévoir de nouveaux contextes en matière de santé ;

Reconnaissant qu'il est encore nécessaire de relever de nombreux défis avant de pouvoir améliorer l'infrastructure requise pour soutenir les plateformes de gestion des connaissances et de la communication ;

Considérant le rapport JIU/REP/2007/6 (2007) sur la gestion des connaissances dans le système des Nations Unies ; qu'en novembre 2010, la troisième Conférence ministérielle sur la société de l'information en Amérique latine et les Caraïbes, qui s'est tenue à Lima (Pérou) a établi son Plan d'action sur la société de l'information et des connaissances en Amérique latine et les Caraïbes ; qu'en 2011, la Stratégie de gestion des connaissances et la communication pour tous les organismes et bureaux de pays du Bureau sanitaire panaméricain (BSP) a été adoptée, et soulignant la tenue du Congrès régional d'information en sciences de la santé (CRICS), organisé tous les 2-3 ans et qui est devenu une réunion de référence qui reflète et résume les avancées régionales et internationales dans les domaines de la gestion de l'information scientifique et technique, de la communication scientifique, de la bibliothéologie et de technologies de l'information ;

Prenant en compte la résolution A/RES/51/172 (1996) sur la communication pour les programmes de développement dans le système des Nations Unies, qui a reconnu l'importance d'accorder une priorité préférentielle à la communication pour le développement et qui a souligné le besoin de soutenir les systèmes de communication réciproques qui encouragent le dialogue et permettent aux communautés de s'exprimer, de faire connaître leurs aspirations et leurs préoccupations et de participer aux décisions relatives à leur développement ; la Stratégie sur la gestion des connaissances de l'Organisation mondiale de la Santé (2005), la Stratégie régionale pour la gestion des connaissances à l'appui de la santé publique (résolution EM/RC53/R.10 [2009]) de la Région de la Méditerranée orientale, et la Stratégie et Plan d'action sur la cybersanté de l'OPS (document CD51/13 [2011]) ;

Notant que l'OPS a collaboré avec les pays de la Région pour mettre en place les bases conceptuelles, techniques et d'infrastructure pour le développement des politiques et programmes nationaux en matière de gestion des connaissances et la communication ;

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

Considérant l'importance de disposer d'une Stratégie et Plan d'action pour permettre aux États Membres d'améliorer, de manière efficace et efficiente, la santé publique dans la Région grâce à une gestion des connaissances et la communication,

DÉCIDE :

1. De soutenir la Stratégie et approuver le Plan d'action sur la gestion des connaissances et la communication et de soutenir son intégration dans les politiques, plans et programmes de développement, ainsi que dans les propositions et discussions des budgets nationaux, permettant ainsi de créer les conditions propices pour relever les défis de l'amélioration de la santé publique dans la Région grâce à l'adoption de normes, politiques et procédures en matière de gestion des connaissances et de la communication, en s'assurant de la convergence des projets, initiatives, produits et services sur ces questions dans la Région.
2. De prier instamment les États Membres, selon le cas :
 - a) de donner la priorité à la réalisation d'une analyse de la situation des institutions impliquées dans la gestion des connaissances et la communication en matière de santé, ainsi qu'à l'accès à une information fiable et au partage des connaissances en matière de santé, à travers un processus d'apprentissage permanent pour contribuer au développement de la santé dans la Région ;
 - b) de développer et mettre en œuvre des politiques, plans, programmes et interventions interministérielles en matière de gestion des connaissances et la communication, guidés par la Stratégie et Plan d'action, encourageant la disponibilité des ressources et du cadre juridique nécessaires, centrés sur les besoins des populations à risque et/ou vulnérables ;
 - c) de mettre en œuvre la Stratégie et Plan d'action, le cas échéant, dans un cadre intégré par le système de santé et les institutions de gestion des connaissances et la communication y compris les services d'information au public, bibliothèques, réseaux d'information et les services informatiques, avec une attention particulière à la collaboration interprogrammatique et à l'action intersectorielle, tout en surveillant et évaluant l'efficacité de cette Stratégie et Plan d'action et l'allocation de ressources ;

- d) de promouvoir le dialogue interne et la coordination entre les ministères et autres institutions du secteur public et les partenariats entre la société publique, privée et civile, pour promouvoir la mise en place de réseaux nationaux de gestion des connaissances et la communication en matière de santé ;
 - e) de soutenir la capacité à générer de l'information et de la recherche pour l'élaboration de stratégies et la mise en œuvre de modèles basés sur des preuves scientifiques pertinentes ;
 - f) de soutenir la capacité de production, enregistrement, classification et diffusion des connaissances scientifiques dans le cadre de la Bibliothèque virtuelle de la Santé, dirigée par le BIREME ;
 - g) de soutenir l'expansion et la consolidation de l'infrastructure des télécommunications nécessaire pour améliorer l'accès aux réseaux de connaissances, les données scientifiques et l'information sanitaire.
3. De demander à la Directrice :
- a) de soutenir la coordination et la mise en œuvre de la Stratégie et Plan d'action sur la gestion des connaissances et la communication à l'échelle nationale, régionale, infrarégionale et interinstitutionnelle et de fournir la coopération technique nécessaire aux pays ainsi que de promouvoir la coopération technique entre eux pour la préparation et la mise en œuvre des plans d'action nationaux ;
 - b) de renforcer les relations avec les institutions universitaires et les ministères de l'Éducation afin de promouvoir le développement et la mise en œuvre de programmes nationaux d'alphabetisation numérique qui permettent d'améliorer les compétences des personnes dans le cadre de la nouvelle société de l'information ;
 - c) de renforcer la stratégie de communication interne et les activités visant à promouvoir la mise en œuvre de la gestion des connaissances et des outils et méthodologies de communication ;
 - d) de faciliter la diffusion d'études, rapports et solutions qui servent de modèle à la gestion des connaissances et la communication de telle sorte que, avec les adaptations appropriées, ils puissent être utilisés par les États Membres ;
 - e) de développer et maintenir, en collaboration avec les États Membres, le réseau régional de centres collaborateurs de l'Organisation mondiale de la Santé en matière d'information, connaissances et communications sur la santé ;

- f) de faire rapport périodiquement aux Organes directeurs sur les progrès et contraintes de la mise en œuvre de cette Stratégie et Plan d'action ainsi que sur sa pertinence face aux contextes et besoins spécifiques ;
- g) de soutenir l'expansion et la consolidation de l'infrastructure des télécommunications nécessaire pour améliorer l'accès aux réseaux de connaissances, les données scientifiques et l'information sanitaire.

(Quatrième réunion, le 18 septembre 2012)

CSP28.R3 : Programme élargi de manuels et de matériel pédagogique (PALTEX)

LA 28^e CONFÉRENCE SANITAIRE PANAMÉRICAINNE,

Ayant examiné le rapport de la Directrice, *Programme élargi de manuels et de matériel pédagogique (PALTEX)* (document CSP28/15) ;

Consciente de la résolution CSP17.R15 (1966) par laquelle la 17^e Conférence sanitaire panaméricaine a établi un programme de manuels médicaux en tant que programme de coopération technique de l'OPS ;

Considérant les réalisations et les réussites de PALTEX depuis ses débuts, améliorant la qualité et l'impact de l'éducation dans les sciences de la santé en dotant les étudiants et les agents sanitaires partout dans les Amériques de matériels pédagogiques qui sont appropriés, accessibles et mis à jour ;

Désireuse de renforcer, d'élargir et de moderniser PALTEX pour mieux satisfaire les besoins des États Membres de l'OPS,

DÉCIDE :

1. De prendre note du rapport sur PALTEX mentionné ci-dessus et des mesures prises à ce jour par le Bureau sanitaire panaméricaine.
2. De demander à la Directrice :
 - a) de finaliser les actions nécessaires pour consolider la gestion globale et l'administration de tous les aspects de PALTEX de retour à l'OPS, y compris ses actifs, son administration, ses opérations, son inventaire, ses achats et ses finances ;

- b) d'élaborer un modèle structurel et opérationnel amélioré pour PALTEX sous la gestion globale de l'OPS et en conformité aux règles et règlements de l'OPS, pour assurer l'intégrité technique et financière du programme et assurer également sa durabilité ;
- c) de renouveler les composantes techniques de PALTEX, dont :
- i. l'établissement d'un nouveau système de sélection technique qui assurera la qualité élevée et la pertinence de toutes les ressources d'apprentissage incorporées dans la collection de PALTEX ;
 - ii. le développement de deux nouvelles séries :
 - renouvellement des soins de santé primaires/Objectifs du Millénaire pour le développement,
 - formation des professeurs ;
 - iii. la diffusion de PALTEX dans les Caraïbes anglophones, ainsi que Cuba, Haïti et Porto Rico ;
 - iv. sur demande, l'offre d'une coopération technique à d'autres Régions de l'OMS, telles que le Bureau régional pour l'Afrique (AFRO) et le Bureau régional pour la Méditerranée orientale (EMRO) ;
 - v. la création d'*e-PALTEX* en développant une composante numérique et en ligne large et complète pour les ressources d'apprentissage fondées sur les priorités pédagogiques ;
 - vi. l'accroissement du nombre d'institutions membres participantes dans la Région.

(Cinquième réunion, le 19 septembre 2012)

CSP28.R4 : Élection de trois états membres au Comité Exécutif au terme des mandats de la Colombie, de Saint-Vincent-et-les-Grenadines et du Venezuela (République Bolivarienne du)

LA 28^e CONFÉRENCE SANITAIRE PANAMÉRICAINNE,

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

Considérant que Canada, Jamaïque et Paraguay ont été élus pour faire partie du Comité exécutif au terme des mandats de la Colombie, Saint-Vincent-et-les-Grenadines et le Venezuela (République bolivarienne du),

DÉCIDE :

1. De déclarer que Canada, Jamaïque et Paraguay ont été élus pour faire partie du Comité exécutif pour une période de trois ans.
2. De remercier la Colombie, Saint-Vincent-et-les-Grenadines et le Venezuela (République bolivarienne du) pour les services rendus à l'Organisation au cours des trois dernières années par leurs représentants au sein du Comité exécutif.

(Cinquième réunion, le 19 septembre 2012)

CSP28.R5 : Élection de trois membres pour faire partie du Comité Consultatif du Centre Latino-Américain et des Caraïbes d'information sur les Sciences de la Santé (BIREME)

LA 28^e CONFÉRENCE SANITAIRE PANAMÉRICAINNE,

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

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

Considérant que Cuba, Équateur et Porto Rico ont été élus membres du Comité consultatif du BIREME pour exercer un mandat commençant le 1^{er} janvier 2013 en raison de l'expiration du mandat de l'Argentine, du Chili et de la République dominicaine,

DÉCIDE :

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

(Cinquième réunion, le 19 septembre 2012)

CSP28.R6 : Méthode de travail des Organes directeurs : Délégation de fonctions au Comité exécutif

LA 28^e CONFÉRENCE SANITAIRE PANAMÉRICAINNE,

Ayant envisagé le rapport de la Directrice, *Méthode de travail des Organes directeurs : Délégation de fonctions au Comité exécutif* (document CSP28/5) ;

Consciente des limitations du temps disponible lors des sessions des Organes directeurs de l'OPS consacrées à la discussion de points jugés d'importance stratégique ;

Notant la nécessité de continuer à améliorer les méthodes de travail des Organes directeurs en rationalisant et en simplifiant leurs ordres du jour,

DÉCIDE :

1. De demander que, lors de l'exercice de sa fonction consistant à revoir et à approuver les ordres du jour provisoires de la Conférence sanitaire panaméricaine et du Conseil directeur, le Comité exécutif continue ses efforts en vue d'améliorer les méthodes de travail de ces organes en ne leur transmettant que les rapports d'avancement technique et administratifs qui sont jugés nécessaires.
2. De déléguer au Comité exécutif la détermination du salaire du Directeur du Bureau sanitaire panaméricain.

(Cinquième réunion, le 19 septembre 2012)

CSP28.R7 : Élection du Directeur du Bureau sanitaire panaméricain et nomination du Directeur régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour les Amériques

LA 28^e CONFÉRENCE SANITAIRE PANAMÉRICAINNE,

Gardant à l'esprit les articles 4.E et 21.A de la Constitution de l'Organisation panaméricaine de la Santé, qui prévoit que le Bureau sanitaire panaméricain aura un Directeur élu à la Conférence par vote d'une majorité des Membres de l'Organisation ;

Tenant compte de l'article 4 de l'Accord entre l'Organisation mondiale de la Santé et l'Organisation panaméricaine de la Santé et de l'article 52 de la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, qui établissent la procédure pour la nomination des Directeurs régionaux de l'Organisation mondiale de la Santé ;

Satisfaite que l'élection du Directeur du Bureau sanitaire panaméricain se soit tenue conformément aux règles et procédures établies,

DÉCIDE :

1. De déclarer le docteur Carissa Faustina Etienne Directrice élue du Bureau sanitaire panaméricain pour une période de cinq ans commençant le 1^{er} février 2013 et se terminant le 31 janvier 2018.
2. De soumettre au Conseil exécutif de l'Organisation mondiale de la Santé le nom du docteur Carissa Faustina Etienne pour nomination au titre de Directrice régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour les Amériques pour la même période.

(Cinquième réunion, le 19 septembre 2012)

CSP28.R8 : Directrice Émérite du Bureau sanitaire panaméricain

LA 28^e CONFÉRENCE SANITAIRE PANAMÉRICAINNE,

Ayant pris note des 28 années de service du Dr Mirta Roses Periago à l'Organisation panaméricaine de la Santé ;

Rendant hommage aux précieuses qualités de direction dont le Dr Roses a fait preuve pendant ses 10 années à titre de Directrice du Bureau sanitaire panaméricain et de Directrice régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour les Amériques ;

Rappelant sa contribution à la transformation et la modernisation de l'Organisation à l'aube du 21ème siècle, et son engagement envers les idéaux d'équité et de panaméricanisme dans le domaine de la santé ;

Souhaitant exprimer ses remerciements pour les nombreuses années de service prêté par le Dr Roses à l'Organisation et tenant compte du fait que son mandat en tant que Directrice du Bureau sanitaire panaméricain et de Directrice régional de l'Organisation mondiale de la Santé est sur le point d'arriver à terme,

DÉCIDE :

1. D'exprimer ses remerciements les plus sincères au Dr Mirta Roses Periago pour les nombreuses années de service prêté à l'Organisation panaméricaine de la Santé et pour le leadership qu'il a démontré à la direction du Bureau sanitaire panaméricain.
2. De nommer le Dr Mirta Roses Periago Directrice émérite du Bureau sanitaire panaméricain à partir de la date de son départ à la retraite.
3. De lui souhaiter tous les meilleurs voeux possibles de succès dans ses entreprises futures pour améliorer la santé des populations des Amériques et du monde.
4. De transmettre la présente résolution au Conseil exécutif de l'Organisation mondiale de la Santé à titre d'information.

(Cinquième réunion, le 19 septembre 2012)

CSP28.R9 : Évaluation et incorporation des technologies de la santé dans les systèmes de santé

LA 28^e CONFÉRENCE SANITAIRE PANAMÉRICAINNE,

Ayant examiné le rapport *Évaluation et incorporation des technologies de la santé dans les systèmes de santé* (document CSP28/11) ;

Reconnaissant que dans le Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017 les ministres et secrétaires de la santé ont reconnu que les droits de l'homme font partie des principes et valeurs inhérents au Programme d'action sanitaire et déclaré qu'afin que le droit au degré de santé le plus élevé possible soit une réalité, les pays doivent travailler pour atteindre l'universalité, l'accès, l'intégrité, la qualité et l'inclusion dans les systèmes de santé, qui soient disponibles pour les personnes, les familles et les communautés ;

Tenant en compte le nombre toujours plus grand de technologies de la santé dans la Région et la capacité institutionnelle limitée pour leur établir un ordre de priorité et effectuer une évaluation comparative entre elles ;

Reconnaissant que l'incorporation de nouvelles technologies de la santé peut avoir des conséquences budgétaires toujours plus importantes qui constituent une pression pour la gestion des ressources des systèmes de santé ;

Tenant compte des pratiques dans certains pays consistant à utiliser le système juridique pour demander que les autorités sanitaires assurent l'accès à des technologies de la santé, sans avoir vérifié leur efficacité et sans avoir effectué une évaluation comparative avec les technologies de la santé qui sont déjà offertes par le système de santé ;

Reconnaissant les avantages potentiels de l'incorporation des technologies de la santé dans les systèmes de santé sur la base de l'évaluation des technologies de la santé (ETS), définie comme étant l'évaluation systématique des propriétés, des effets et des conséquences de ces technologies, y compris les dimensions médicale, sociale, éthique et économique ;

Reconnaissant les réussites et les progrès du Réseau d'évaluation de technologies de la santé des Amériques (RedETSA), établi par l'OPS en 2011, ainsi que des réseaux infrarégionaux d'évaluation des technologies de la santé,

DÉCIDE :

1. De prier instamment les États Membres de :
 - a) promouvoir la création de processus de décisions pour l'incorporation de technologies de la santé fondées sur l'ETS, qui pourraient inclure la sécurité, l'efficacité, le coût et d'autres critères pertinents ;
 - b) encourager l'usage de l'ETS afin de fonder les politiques de santé publique, dont les décisions sur la couverture des systèmes publics de santé et l'élaboration de guides et de protocoles cliniques pour les nouvelles technologies ;
 - c) promouvoir des efforts pour analyser et renforcer les cadres institutionnels afin d'incorporer les technologies de la santé, et d'encourager la création de processus transparents et de liens avec les responsabilités définies entre les différents acteurs concernés, y compris parmi les autorités de réglementation et les entités responsables de l'évaluation et l'incorporation de technologies de la santé ;

- d) promouvoir la transparence dans les processus d'achats publics, y compris l'information non propriétaire sur les prix des achats et l'échange des résultats de l'ETS, au niveau national et régional afin de produire une information pour la prise de décisions ;
- e) renforcer les institutions et les ressources humaines, y compris les équipes d'évaluation et les responsables de la prise de décisions, dans l'application de l'ETS, les méthodologies pour les études de l'ETS et dans l'analyse critique des résultats des évaluations ;
- f) promouvoir l'établissement des priorités des évaluations en fonction des nécessités nationales et régionales, en renforçant les systèmes pour la compilation de données de qualité et en adaptant les études existantes d'ETS pour éviter la duplication ;
- g) promouvoir la production et la diffusion des résultats de l'ETS entre les acteurs et les responsables des décisions ;
- h) promouvoir l'échange d'information, y compris sur la qualité des produits, à travers la plateforme régionale sur l'accès et l'innovation pour les technologies de la santé et autres plateformes technologiques pertinentes ;
- i) renforcer l'usage rationnel des technologies de la santé, le développement et l'application des formulaires thérapeutiques, les directives et guides de pratique clinique qui apportent des informations sur l'usage clinique (y compris par niveau de soins), ainsi que les systèmes de suivi de l'usage dans les réseaux intégrés de services de santé ;
- j) renforcer les réseaux nationaux, infrarégionaux et régionaux en matière d'ETS pour encourager l'échange entre institutions et pays au moyen de la promotion de la diffusion et comparaison des études et des expériences nationales ;
- k) participer activement au RedETSA.

2. De demander la Directrice de :

- a) prêter appui aux États Membres dans la formulation de politiques de technologies de la santé et le renforcement des cadres institutionnels pour l'ETS, et l'incorporation de technologies dans les systèmes de santé fondés sur les soins de santé primaires ;

- b) promouvoir l'échange de bonnes pratiques en matière d'ETS et l'incorporation de technologies de la santé dans les systèmes de santé entre les États Membres ;
- c) promouvoir et stimuler la collaboration avec des organismes internationaux et des réseaux internationaux existants en matière d'ETS ;
- d) mettre l'accent auprès des États Membres et dans les forums infrarégionaux, régionaux et mondiaux, sur l'importance de la participation à RedETSA, en mobilisant les ressources à l'appui de cette initiative conjointement avec les États Membres ;
- e) favoriser le développement et l'usage de la plateforme régionale sur l'accès et l'innovation pour les technologies de la santé pour la diffusion de résultats de l'ETS, et le développement de communautés de pratiques et réseaux sociaux pour l'ETS au niveau régional ;
- f) d'informer les Organes directeurs de l'OPS en 2014 en ce qui concerne l'application de la présente résolution et d'envisager maintenant la possibilité d'élaborer une stratégie et un plan d'action régionaux, en consultation avec les États Membres, pour l'évaluation et l'incorporation de technologies de la santé dans les systèmes de santé.

(Sixième réunion, le 19 septembre 2012)

CSP28.R10 : Politique budgétaire de l'OPS

LA 28^e CONFÉRENCE SANITAIRE PANAMÉRICAINE,

Ayant examiné le projet de politique budgétaire de l'OPS (document CSP28/7), qui présente une politique budgétaire régionale révisée et qui définit une nouvelle manière d'allouer les ressources au sein de l'Organisation panaméricaine de la Santé ;

Prenant note des recommandations contenues dans l'évaluation de la politique actuelle réalisée par le Bureau de supervision interne et services d'évaluation de l'OPS ;

Reconnaissant que, même si les pays présentant le plus de besoins ont reçu un afflux de ressources au cours de la période couverte par la politique actuelle, d'autres pays ont subi des réductions budgétaires à des niveaux qui ne leur permettent pas de maintenir une présence minimum dans le pays, en dépit de l'esprit de solidarité, a convenu d'une répartition des ressources qui soit réalisable dans des contextes réalistes et pratiques ;

Consciente de la nécessité de s'aligner sur le processus de réforme actuellement en cours à l'Organisation mondiale de la Santé, et de ses possibles implications pour l'Organisation panaméricaine de la Santé ;

Compte tenu des observations formulées par le Comité exécutif,

DÉCIDE :

1. Remercier le Groupe consultatif sur la politique budgétaire de l'OPS et le Bureau sanitaire panaméricain (BSP) pour leurs efforts en vue de recommander des modifications et d'introduire de nouveaux critères pour l'allocation des fonds du budget ordinaire et des contributions volontaires, tant entre les différents niveaux fonctionnels de l'OPS que parmi ses bureaux de pays.
2. Prendre note du modèle proposé de répartition du budget par pays pour l'allocation des ressources entre les pays.
3. Approuver la nouvelle *Politique budgétaire de l'OPS* en se focalisant sur les points suivants :
 - a) l'allocation du budget ordinaire entre les quatre niveaux fonctionnels de l'Organisation (c.-à-d., pays, inter-pays, sous-régional et régional) sera telle que, dans le but de renforcer la coopération dans les pays, le BSP s'efforcera de maintenir des structures fonctionnelles et organisationnelles optimales grâce à des évaluations internes et externes visant à fournir le plus haut niveau d'impact dans les pays, tout en continuant à répondre efficacement aux mandats collectifs régionaux et sous-régionaux ;
 - b) la portion minimum du budget ordinaire pour le niveau de pays est initialement fixée à 40 % du budget ordinaire total, ce qui correspond à la portion actuelle ; la répartition entre les niveaux fonctionnels et organisationnels reste dynamique, ce qui permet des ajustements du plafond budgétaire tout au long du processus de planification si besoin, toujours avec l'objectif d'améliorer les résultats au sein des pays ;
 - c) dans la réaffectation des ressources du budget ordinaire entre les pays, l'allocation de base d'aucun pays ne sera réduite de plus de 50 % de son allocation proportionnelle entre les pays tel qu'approuvé dans le Programme et budget 2012-2013 ; en aucun cas, l'allocation du budget ordinaire résultante ne peut être inférieure à la composante plancher calculée (conçue pour assurer une présence minimum par pays, tel que le définit la Politique) de la portion de base ;

- d) en ce qui concerne les principaux pays (tels qu'originellement identifiés dans le Plan stratégique 2003-2007 pour le Bureau sanitaire panaméricain : Bolivie, Guyana, Haïti, Honduras et Nicaragua), le BSP fera tous les efforts possibles pour mobiliser des ressources supplémentaires pour tous les pays clés de sorte que la dotation nette du total des ressources ne soit pas inférieure au montant total des ressources pour l'exercice biennal 2012-2013 ;
 - e) le but de l'utilisation de l'allocation variable selon les pays sera, comme mentionné dans le document CSP28/7, que toute amélioration future de l'utilisation des ressources variables sera soumise à la considération du Sous-comité du Programme, du Budget et de l'Administration au moment même de la présentation d'un projet de programme et budget biennal.
4. S'assurer que les allocations par pays, dans les programmes et budgets futurs de l'OPS, soient guidées par le modèle approuvé au paragraphe 3 ci-dessus, qu'elles soient échelonnées sur deux exercices biennaux en consultation avec les États Membres, afin d'assurer la transition la plus douce possible pour les programmes de coopération technique.
5. Promouvoir des priorités dans l'allocation des ressources entre les catégories programmatiques de manière cohérente avec les mandats individuels et collectifs de chaque État Membre, tels qu'ils ont été définis dans les documents de planification stratégique de l'OPS.
6. De demander au Directeur de :
- a) mettre en œuvre la nouvelle politique budgétaire de l'OPS lors de la formulation des futurs programmes et budgets pour l'examen du Conseil directeur ou de la Conférence sanitaire panaméricaine ;
 - b) présenter au Conseil directeur ou à la Conférence sanitaire panaméricaine une évaluation provisionnelle sur la mise en œuvre de la politique budgétaire de l'OPS à la fin du premier exercice biennal, dans le but de mettre en exergue des possibles facteurs de difficulté ou de succès qui pourraient contribuer à l'amélioration de la politique budgétaire de l'OPS ;
 - c) présenter au Conseil directeur ou à la Conférence sanitaire panaméricaine une évaluation approfondie de la politique budgétaire de l'OPS après deux exercices biennaux de sa mise en œuvre, afin de s'assurer qu'elle continue à répondre aux

- besoins de santé en mutation et qu'elle alloue les ressources d'une manière équitable ;
- d) collaborer avec les États Membres pour promouvoir des modes de coopération plus efficaces, ainsi que de :
- i) renforcer la capacité des pays qui recevront davantage de ressources du budget ordinaire, et garantir ainsi leur utilisation efficace et efficiente ;
 - ii) fournir un soutien à ces pays qui recevront moins de ressources du budget ordinaire par le biais d'efforts ciblés de mobilisation de ressources tant internes qu'externes.

(Sixième réunion, le 19 septembre 2012)

CSP28.R11 : Traitement du Directeur du Bureau sanitaire panaméricain

LA 28^e CONFÉRENCE SANITAIRE PANAMÉRICAINNE,

Ayant examiné le document CSP28/20, *Traitement du Directeur du Bureau sanitaire panaméricain* ;

Considérant la révision du barème des traitements de base minima du personnel du Bureau sanitaire panaméricain appartenant à la catégorie professionnelle et de rang supérieur, avec effet au 1^{er} janvier 2012 ;

Tenant compte de la décision du Comité exécutif à sa 150^e session d'ajuster les traitements du Directeur adjoint et du Sous-directeur du Bureau sanitaire panaméricain (résolution CE150.R16),

DÉCIDE :

De fixer le traitement annuel de la Directrice du Bureau sanitaire panaméricain, à compter du 1^{er} janvier 2012, à US\$ 189.349 avant imposition, soit un traitement net modifié de \$146.044 (avec personnes à charge) ou de \$131.432 (sans personnes à charge).

(Sixième réunion, le 19 septembre 2012)

CSP28.R12 : Amendement au statut du personnel du Bureau sanitaire panaméricain

LA 28^e CONFÉRENCE SANITAIRE PANAMÉRICAINE,

Ayant examiné l'amendement au Statut du personnel du Bureau sanitaire panaméricain soumis par la Directrice dans le document CSP28/21,

DÉCIDE :

D'approuver l'amendement au Statut du personnel 3.1, qui délègue la fixation du traitement du Directeur du Bureau sanitaire panaméricain au Comité exécutif.

(Sixième réunion, le 19 septembre 2012)

CSP28.R13 : Stratégie pour la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles

LA 28^e CONFÉRENCE SANITAIRE PANAMÉRICAINE,

Ayant examiné la *Stratégie pour la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles* (Document CSP28/9, Rév. 1) ;

Rappelant la résolution du Conseil directeur de l'OPS (CD47.R9, 2006) sur la *Stratégie régionale et le Plan d'action pour une approche intégrée de la prévention des maladies chroniques et la lutte contre celles-ci, y compris l'alimentation, l'activité physique et la santé*, qui prie instamment les États Membres à prioriser et mettre en place des politiques et des programmes sur les maladies non transmissibles (MNT) ;

Rappelant la Déclaration ministérielle pour la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles résultant de la Consultation régionale de haut niveau des Amériques sur les maladies non transmissibles et l'obésité, qui s'est tenue à Mexico en 2011, qui a confirmé un engagement à renforcer et/ou à réorienter les politiques et les programmes sur les maladies non transmissibles ;

Prenant note avec satisfaction de la Déclaration des chefs d'État et de gouvernement de la communauté des Caraïbes, intitulée *S'unir pour enrayer l'épidémie des maladies non transmissibles chroniques* ;

Réaffirmant la Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles ;

Notant avec une profonde préoccupation que les maladies non transmissibles représentent plus de 75 % de tous les décès dans les Amériques, que plus d'un tiers de ces décès (37 %) sont prématurés chez des personnes de moins de 70 ans et que les MNT comptent parmi les principales causes de morbidité et d'invalidité ;

Alarmés par l'impact développemental et socio-économique des maladies non transmissibles ainsi que par leur impact sur les systèmes de santé, par les inégalités dans le fardeau des maladies non transmissibles et par l'augmentation du taux de ces maladies, qui sont en grande partie attribuables aux déterminants sociaux de la santé qui incluent des changements démographiques, environnementaux, de style de vie, ainsi que des facteurs liés à la race/ethnicité, le genre, la culture et l'économie ;

Reconnaissant que les principales maladies non transmissibles – maladies cardiovasculaires, cancer, diabète et maladies respiratoires chroniques – partagent quatre facteurs de risque communs – à savoir le tabagisme, l'usage nocif de l'alcool, une mauvaise alimentation et un manque d'activité physique, et que traiter des maladies non transmissibles peut conduire à des synergies pour ce qui est de traiter des pathologies connexes qui comprennent les troubles mentaux, les maladies rénales, bucco-dentaires et oculaires ;

Notant avec inquiétude l'augmentation de l'obésité dans la Région, en particulier chez les enfants et les jeunes, et consciente qu'une action urgente est nécessaire pour freiner cette tendance ;

Consciente que des interventions rentables sont disponibles à divers niveaux de ressources pour prévenir et contrôler les maladies non transmissibles tout au long de la vie, que des actions coordonnées dans tous les secteurs de la société sont nécessaires et qu'il est temps pour les gouvernements, la société civile, les milieux universitaires, les organisations internationales et le secteur privé de mettre en place des partenariats en vue de prévenir et de maîtriser de nouvelles augmentations des maladies non transmissibles et de leurs facteurs de risque ;

Reconnaissant qu'au niveau mondial, un Plan d'action sur les maladies non transmissibles et un Cadre mondial de suivi sont en cours d'élaboration sur une base consultative et seront discutés lors de l'Assemblée mondiale de la Santé 2013, et que cette Stratégie régionale sur les MNT est conforme au processus mondial, tout en reflétant les spécificités régionales et les progrès réalisés dans les plans et les politiques sur les MNT au niveau national dans les Amériques,

DÉCIDE :

1. D'approuver la *Stratégie pour la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles*.
2. De prier instamment les États Membres :
 - a) d'accorder une haute priorité à la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles et de les inclure comme composante à part entière des politiques de protection sociale ainsi que des plans nationaux pour le développement et la santé ;
 - b) de mettre en place ou de renforcer des mécanismes multisectoriels afin de promouvoir le dialogue et les partenariats entre les secteurs gouvernementaux et non gouvernementaux pertinents sur les maladies non transmissibles, leurs facteurs de risque et leurs déterminants ;
 - c) de renforcer ou de mettre en place des systèmes de vigilance pour le suivi et l'évaluation des politiques et programmes sur les MNT afin de déterminer leur efficacité et leur impact sur la santé et le développement, et d'orienter l'allocation des ressources ;
 - d) de mettre en place ou de renforcer des interventions visant à réduire la prévalence des facteurs de risque et augmenter la prévalence des facteurs de protection ;
 - e) réorienter et renforcer les systèmes de santé afin d'améliorer la couverture, l'accès aux soins et leur qualité, fournis aux personnes ayant des maladies non transmissibles ou leurs facteurs de risque, fondés sur les soins de santé primaire ;
 - f) de participer activement au processus de préparation du Plan d'action régional pour la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles, qui sera présenté au Conseil directeur de l'OPS en 2013.
3. De demander à la Directrice :
 - a) de mettre en œuvre la Stratégie sur les maladies non transmissibles dans tous les secteurs programmatiques pertinents de l'Organisation et en coordination avec les autres agences des Nations Unies, le système interaméricain, les organisations internationales et les entités infrarégionales ;
 - b) d'élaborer plus avant un Plan d'action régional pour la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles, aligné sur les priorités des États Membres

- et le Plan d'action et le Cadre mondial de suivi des MNT de l'OMS, conformément au calendrier et au processus présentés à l'annexe A – et de présenter le Plan d'action sur les maladies non transmissibles au Conseil directeur de 2013 de l'OPS ;
- c) de fournir une coopération technique aux États Membres pour l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des politiques, plans et programmes sur les MNT, en fonction de leur situation et de leurs besoins ;
 - d) d'apporter un soutien aux États Membres pour favoriser une réponse de l'ensemble de la société par le biais de partenariats multisectoriels et des commissions nationales sur les maladies non transmissibles ;
 - e) de soutenir les États Membres dans leurs efforts en vue de renforcer les capacités et les compétences de leurs services de santé et du personnel de la santé, en mettant l'accent sur les soins de santé primaires pour la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles ;
 - f) de promouvoir la collaboration régionale et l'échange de connaissances sur les bonnes pratiques et les interventions réussies pour les politiques, plans et programmes multisectoriels sur les MNT, au moyen du réseau CARMEN sur la prévention intégrée des maladies non transmissibles dans les Amériques, du Forum panaméricain d'action sur les maladies non transmissibles et des forums et réseaux connexes.

(Septième réunion, le 20 septembre 2012)

CSP28.R14 : Plan d'action pour maintenir l'élimination de la rougeole, la rubéole et le syndrome de rubéole congénitale dans la Région des Amériques

LA 28^e CONFÉRENCE SANITAIRE PANAMÉRICAINNE,

Ayant pris connaissance du rapport présenté par la Directrice, *Plan d'action pour maintenir l'élimination de la rougeole, de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale dans la Région des Amériques* (document CSP28/16), qui examine les progrès réalisés en vue de la documentation et de la vérification de l'absence des virus endémiques de la rougeole et de la rubéole dans la Région ;

Ayant examiné les recommandations du Comité international d'experts pour maintenir la Région des Amériques libre de maladies endémiques telles que la rougeole, la rubéole et le syndrome de rubéole congénitale (SRC);

Reconnaissant le travail intensif qu'ont réalisé les États Membres pour surveiller les progrès réalisés en vue de la documentation et de la vérification de l'interruption de la transmission endémique de la rougeole et de la rubéole dans les Amériques, comme le demande la résolution CSP27.R2 (2007) ;

Notant que des progrès notables ont été réalisés en vue de l'interruption de la transmission des virus endémiques de la rougeole et de la rubéole ;

Observant avec préoccupation que la transmission continue des virus de la rougeole et de la rubéole dans n'importe quelle région du monde continuera de poser un risque à la Région des Amériques et d'entraîner des importations possibles de virus et des épidémies jusqu'à ce que la transmission de ces deux virus soit interrompue mondialement ;

Tenant compte du fait que, tout en documentant et en vérifiant l'élimination des virus dans la Région, plusieurs États Membres de l'OPS ont identifié des défis dans leurs programmes d'immunisation, notamment une surveillance défaillante et une couverture hétérogène, qui posent un risque à l'élimination de la rougeole et de la rubéole ;

Consciente du fait que des efforts considérables doivent encore être déployés pour maintenir les buts d'élimination et que ceux-ci requerront une collaboration entre les gouvernements et les organisations partenaires, avec des liens renforcés entre les secteurs public et privé ;

Reconnaissant le besoin d'élaborer un plan d'action d'urgence pour maintenir la Région libre de rougeole et de rubéole, ainsi que le besoin de gérer les risques à long terme de réintroduction des virus par le biais d'importations qui pourraient amener à la réémergence de la rougeole et de la rubéole,

DÉCIDE :

1. De féliciter tous les États Membres et leur personnel de la santé pour les progrès réalisés à ce jour en vue d'obtenir et de maintenir l'élimination de la rougeole, de la rubéole et du SRC dans les Amériques, ainsi que de documenter et de vérifier l'interruption de la transmission endémique de ces maladies dans la Région.
2. D'exprimer son appréciation et de demander un appui continu de la part des diverses organisations qui, de concert avec l'OPS, ont offert un appui crucial aux programmes nationaux d'immunisation et aux efforts nationaux d'élimination de la rubéole et du SRC. Ces organisations incluent le Département américain de la santé et des services sociaux, les Centres pour le contrôle et la prévention des maladies des États-

Unis, l'Agence des États-Unis pour le développement international, l'Agence canadienne de développement international, l'Alliance mondiale pour les vaccins et l'immunisation (GAVI Alliance), la Banque interaméricaine de développement, la Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, l'Agence japonaise de coopération internationale, l'Agence espagnole de coopération internationale pour le développement, le Sabin Vaccine Institute, le Fonds des Nations Unies pour l'enfance, l'Initiative contre la rougeole et la rubéole, la Fondation internationale des Lions Clubs, la March of Dimes et l'Église de Jésus-Christ des Saints des derniers jours.

3. De demander avec instance à tous les États Membres de :

- a) Maintenir une surveillance de haute qualité, conforme aux normes d'élimination, et assurer des mesures de réponse opportunes et effectives aux épidémies pour toute importation de virus sauvage. Pour assurer une surveillance de haute qualité, les activités suivantes devraient être réalisées, au besoin :
 - i. mettre en place des évaluations externes rapides des systèmes de surveillance de la rougeole, de la rubéole et du SRC pour accroître la solidité et la qualité de la détection des cas et des rapports à leur sujet, et renforcer les registres d'anomalies congénitales,
 - ii. effectuer des recherches de cas actifs et examiner la sensibilité des systèmes de surveillance dans les zones épidémiologiquement silencieuses,
 - iii. émettre des avis d'alerte médicale pour les événements de rassemblement de masse (tels que les Jeux olympiques et la Coupe du monde de la FIFA),
 - iv. faire participer le secteur privé à la surveillance des maladies avec un accent particulier sur l'inclusion de laboratoires privés dans le Réseau régional de laboratoires d'étude de la rougeole et de la rubéole,
 - v. accroître la collaboration entre les équipes épidémiologiques et de laboratoires pour améliorer la surveillance de la rougeole et de la rubéole et la classification finale des cas suspects,
 - vi. améliorer le génotypage moléculaire des cas confirmés durant toutes les épidémies,
 - vii. traiter les lacunes et les défaillances dans les systèmes de surveillance, telles qu'identifiées par les commissions nationales ;
- b) maintenir, au sein de la population, une couverture d'immunisation élevée contre la rougeole et la rubéole ($\geq 95\%$), dans la mesure du possible, dans plus de 95% des municipalités, et à cette fin, les activités suivantes sont recommandées :

- i. mettre en œuvre un monitoring rapide de la couverture pour identifier les populations susceptibles à la rougeole et à la rubéole, en se concentrant en particulier sur les membres de populations à risque élevé qui :
 - vivent dans des zones frontalières à grand trafic,
 - vivent dans des zones densément peuplées ; telles que des établissements urbains périphériques,
 - vivent dans des zones à basse couverture vaccinale ou à taux élevés de renonciation aux vaccins,
 - vivent dans des zones qui ne signalent pas des cas suspects (épidémiologiquement silencieuses),
 - vivent dans des zones à forte densité de population qui reçoivent également un influx significatif de touristes et d'autres visiteurs, en particulier des travailleurs liés à l'industrie du tourisme (notamment ceux qui travaillent dans les aéroports, les ports maritimes, hôtels, et le secteur du tourisme d'accueil, les guides touristiques), ainsi que ceux qui se trouvent dans des zones de faible densité ou des zones isolées (destinations écotouristiques),
 - sont géographiquement, culturellement ou socio-économiquement difficiles d'accès, y compris les populations autochtones,
 - sont engagés dans le secteur du commerce et des échanges (notamment dans le cadre de foires et de marchés) ou vivent dans des zones hautement industrialisées,
 - ii. mettre en œuvre des activités de vaccination immédiates dans les zones où le monitoring rapide de la couverture détermine que la couverture est en dessous du seuil recommandé de 95 %,
 - iii. assurer un suivi de haute qualité des campagnes de vaccination pour obtenir des niveaux élevés d'immunité, alors que la Région est sur le point de vérifier son statut de zone libre de transmission endémique de la rougeole et de la rubéole,
 - iv. maintenir l'éducation et l'information de bonne qualité au niveau de la communauté afin d'améliorer les connaissances sur les bénéfices de la vaccination ;
- c) intégrer les activités proposées pour maintenir l'élimination de la rougeole, de la rubéole et du SRC dans leurs plans d'action annuels pour les programmes nationaux d'immunisation ;

- d) échanger des expériences sur les meilleures pratiques pour renforcer la surveillance et améliorer la couverture de vaccination, ainsi que la réponse face à des flambées.
4. De demander à la Directrice de :
- a) continuer à fournir un appui technique aux États Membres pour qu'ils puissent renforcer leur capacité nationale dans le cadre des immunisations courantes, en utilisant des stratégies qui mettent l'accent sur l'amélioration de la surveillance et la production de rapports, ainsi que sur l'accroissement de la couverture d'immunisation parmi les populations vulnérables et difficiles d'accès ;
 - b) fournir de l'orientation technique pour élaborer des matériaux et de l'aide technique pour la création de capacité en matière de surveillance dans le secteur privé ;
 - c) continuer à appuyer une forte défense des intérêts et la promotion afin de maintenir la confiance de la population dans les programmes d'immunisation, tout particulièrement dans les vaccins contre la rougeole et la rubéole ;
 - d) continuer à appuyer une forte défense des intérêts et des droits ainsi que la mobilisation des ressources pour maintenir l'élimination régionale de la rougeole et de la rubéole à la lumière d'importations continues de virus de l'étranger qui continuent de mettre en doute les buts réalisés ;
 - e) continuer de pousser d'autres régions de l'OMS et leurs partenaires de coopération au développement à accroître leurs efforts d'extension de la couverture vaccinale contre la rougeole et la rubéole, en vue d'obtenir une élimination à l'échelle mondiale.

(Septième réunion, le 20 septembre 2012)

CSP28.R15 : Protection contre les rayonnements ionisants et sûreté des sources de rayonnements : normes fondamentales internationales de protection

LA 28^e CONFÉRENCE SANITAIRE PANAMÉRICAINNE,

Ayant examiné le document *Protection contre les rayonnements ionisants et sûreté des sources de rayonnements : normes fondamentales internationales de protection* (document CSP28/17, Rév. 1) ;

Consciente de l'augmentation significative de l'utilisation de rayonnements ionisants dans les domaines de la médecine, de l'industrie, de l'agriculture et l'élevage et de la recherche dans la Région, ainsi que des effets nocifs possibles sur la santé des personnes et sur l'environnement ;

Reconnaissant les initiatives d'harmonisation internationale en matière de sûreté radiologique qui ont été réalisées par diverses organisations intergouvernementales comme la Communauté européenne de l'énergie atomique, l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO), l'Agence internationale de l'énergie atomique (AIEA), l'Organisation internationale du Travail (OIT), l'Agence pour l'énergie nucléaire de l'Organisation de coopération et de développement économiques (AEN/OCDE), l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), le Programme des Nations Unies pour l'environnement (PNUE) et l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS), lesquelles ont, par l'entremise du Secrétariat mixte et en consultation avec les États Membres et des organisations scientifiques et professionnelles pertinentes, procédé à la révision des normes fondamentales antérieures de sûreté pour la protection contre les rayonnements ionisants et pour la sûreté des sources de rayonnements de 1996, tenant compte, entre autres aspects, des recommandations formulées en 2007 par la Commission Internationale de Protection Radiologique (CIPR) et des conclusions du Comité scientifique des Nations Unies pour l'étude des effets des rayonnements ionisants (UNSCEAR),

DÉCIDE :

1. D'appuyer les nouvelles normes de *Protection contre les rayonnements ionisants et sûreté des sources de rayonnements : normes fondamentales internationales de protection*.
2. De demander aux États Membres de s'appuyer sur l'orientation que fournissent ces normes lorsqu'ils établissent ou mettent à jour leurs réglementations ou leurs règlements nationaux et les critères de fonctionnement dans le cadre de la sûreté radiologique.
3. De demander à la Directrice de continuer à coopérer avec les États Membres, en fonction de la disponibilité de ressources au sein de l'Organisation, pour la formulation, l'approbation et l'exécution de plans nationaux sur la sûreté radiologique, conformément aux normes fondamentales internationales dont il est ici question.

(Huitième réunion, le 20 septembre 2012)

CSP28.R16 : Utilisation de l'excédent résultant de la mise en œuvre des Normes IPSAS en 2010

LA 28^e CONFÉRENCE SANITAIRE PANAMÉRICAINNE,

Ayant examiné le document sur la proposition d'utilisation de l'excédent résultant de la mise en œuvre des Normes comptables internationales pour le secteur public (IPSAS) en 2010 (document CSP28/22),

DÉCIDE :

1. D'approuver les critères utilisés pour identifier les projets proposés à financer à partir de l'excédent résultant de la mise en œuvre des Normes IPSAS en 2010.
2. D'approuver, avec effet immédiat, l'investissement de l'excédent des normes IPSAS 2010 dans les domaines suivants, tels que présentés dans le document CSP28/22 (tous les chiffres sont en dollars américains-US\$) :
 - a) Système d'information pour la gestion du BSP : \$9.000.000 ;
 - b) provision pour l'Assurance maladie après la cession de service : \$10.000.000 ;
 - c) réserve pour le Fonds directeur d'investissement : \$8.000.000 (dont \$1.000.000 pour la création du Sous-fonds stratégique autorenouvelable pour l'immobilier) ;
 - d) augmentation du Fonds spécial pour la Promotion de la Santé : \$1.000.000 ;
 - e) création du Fonds d'urgence pour les épidémies : \$1.000.000 ;
 - f) plan quinquennal pour la sécurité sanitaire des aliments : \$500.000 ;
 - g) fonds de réserve : \$4.381.684.
3. De déléguer au Comité exécutif le pouvoir de suivre et d'approuver toutes les soumissions et resoumissions futures de propositions à l'usage de ces fonds excédentaires.
4. De demander au BSP de soumettre au Sous-comité du Programme, du Budget et de l'Administration, à des intervalles appropriés, un rapport de situation pour chacun des projets cités au paragraphe 2, avec une portée, pour inclure un budget et un calendrier actualisés en vue d'un examen ultérieur par Comité exécutif

(Huitième réunion, le 20 septembre 2012)

CSP28.R17 : Fonds directeur d'investissement

LA 28^e CONFÉRENCE SANITAIRE PANAMÉRICAINNE,

Ayant examiné le document CSP28/23, lequel fait état des activités et données d'expériences du Bureau sanitaire panaméricain ayant trait à l'exécution du Plan directeur d'investissement financé par le Fonds directeur d'investissement établi en 2007 au moyen de la résolution CSP27.R19 de la Conférence sanitaire panaméricaine, ainsi que de l'examen réalisé à cet égard par le Comité exécutif ;

Constatant la proposition visant la mise en oeuvre de changements dans le financement du Sous-fonds du Fonds directeur d'investissement pour l'immobilier et l'équipement, comme le définit la résolution CSP27.R19 ;

Considérant la proposition visant l'établissement d'un sous-fonds séparé qui servira au remplacement des véhicules hors projets,

DÉCIDE :

1. De remercier le Comité exécutif pour son examen du rapport d'exécution du Fonds directeur d'investissement et pour ses recommandations formulées ultérieurement.
2. D'autoriser un changement portant sur le nom du Sous-fonds de l'immobilier et de l'équipement et de le dénommer désormais Sous-fonds de l'entretien et de la rénovation des biens immobiliers.
3. D'autoriser que le Sous-fonds pour l'entretien et de la rénovation des biens immobiliers continue d'être financé, conformément à l'autorisation accordée, à partir des excédents des recettes sur les dépenses et d'élargir les sources de financement de sorte à inclure les excédents résultant de la mise en oeuvre des normes comptables internationales du secteur public (normes IPSAS) en l'absence d'excédent de recettes sur les dépenses.
4. D'établir un sous-fonds de roulement stratégique des biens immobiliers à titre de méthode stratégique de long terme visant l'amélioration du portefeuille immobilier de l'OPS, et d'arrêter que ce sous-fonds sera doté initialement de 1 million de dollars des États-Unis à partir de l'excédent des ressources IPSAS.
5. D'autoriser un financement futur au titre du Sous-fonds de roulement stratégique des biens immobiliers au moyen d'un mécanisme de roulement qui recevra des recettes résultant de la vente de biens appartenant à l'OPS et de recettes diverses dérivées de l'annulation de prêts d'approvisionnement chaque année ; l'emploi autorisé de tous ces

fonds inclut la préparation des nouveaux locaux ou le versement d'arrhes ou de dépôts aux fins d'achat ou de location d'installations pour l'Organisation.

6. D'établir un nouveau sous-fonds de remplacement des véhicules à partir du produit de la vente de véhicules hors projets au Siège et dans les bureaux de pays, lequel servira à compléter l'achat de véhicules de remplacement hors projets.

(Huitième réunion, le 20 septembre 2012)

CSP28.R18 : Bioéthique : vers l'intégration de l'éthique dans le domaine de la santé

LA 28^e CONFÉRENCE SANITAIRE PANAMÉRICAINE,

Ayant examiné le document conceptuel *Bioéthique : vers l'intégration de l'éthique dans le domaine de la santé* (document CSP28/14, Rév. 1) ;

Tenant en compte que dans le Programme d'action sanitaire pour les Amériques (2008-2017) les ministres et secrétaires de la santé ont mis en relief l'importance de diffuser et d'appliquer davantage la bioéthique dans les pays des Amériques ;

Consciente des controverses éthiques dans les domaines des soins médicaux, de la recherche impliquant des participants humains et la formulation et l'exécution de politiques de santé publique, et de ce que les nouvelles technologies et la diversité dans les sociétés contemporaines accentuent la complexité de ces controverses éthiques ;

Reconnaissant que la bioéthique est la discipline qui cherche à clarifier les problèmes éthiques qui émergent en rapport avec la santé, conformément à la Déclaration universelle sur la bioéthique et les droits de l'homme, adoptée par l'UNESCO en 2005 ;

Tenant compte que depuis 1994 le Programme régional de bioéthique de l'OPS coopère avec les États Membres au développement conceptuel, normatif et appliqué de la bioéthique ;

Observant que le Conseil directeur a encouragé les États Membres à accroître la capacité en matière d'analyse bioéthique et à formuler des politiques sanitaires fondées sur les principes bioéthiques,

DÉCIDE :

1. D'appuyer le document conceptuel *Bioéthique : vers l'intégration de l'éthique dans le domaine de la santé*.
2. De prier instamment les États Membres :
 - a) d'essayer d'assurer les niveaux appropriés de capacité technique de l'autorité sanitaire en matière d'analyse bioéthique ;
 - b) d'appuyer et de promouvoir l'incorporation de l'analyse bioéthique dans la formulation et l'exécution de politiques et plans, et dans la prise de décisions concernant la santé ;
 - c) d'appuyer et de promouvoir la formulation de politiques nationales et de documents normatifs et réglementaires sur les thèmes de bioéthique ;
 - d) de promouvoir la diffusion d'information sur la bioéthique parmi les organisations de la société civile et autres acteurs sociaux, clarifiant les applications de la bioéthique dans les différents domaines de travail concernant la sphère de la santé ;
 - e) de renforcer les activités de communication au niveau national afin de créer un appui à l'incorporation de la bioéthique dans le travail concernant le domaine de la santé ;
 - f) de stimuler la collaboration avec des institutions académiques en vue du développement de programmes de formation en bioéthique, mettant l'accent sur l'éthique de la santé publique ;
 - g) d'appuyer la coopération de l'OPS pour l'intégration de la bioéthique dans les divers domaines du travail en santé;
 - h) de créer des commissions nationales de bioéthique indépendantes, multidisciplinaires et pluralistes conformément à la Déclaration de l'UNESCO.
3. De demander à la Directrice :
 - a) de continuer à renforcer la coopération technique qu'apporte le Programme régional de bioéthique de l'OPS aux États Membres ;

- b) de promouvoir le développement de réseaux régionaux et de stimuler la collaboration avec les institutions académiques en vue de l'incorporation de la bioéthique dans le travail en santé ;
- c) d'encourager l'élaboration et la diffusion de règles et d'outils qui guident et dynamisent le travail dans les différents domaines de la bioéthique ;
- d) de promouvoir l'inclusion de l'analyse bioéthique dans les différents domaines de coopération technique de l'OPS ;
- e) de continuer à appuyer et à promouvoir la révision éthique par l'Organisation des recherches impliquant des participants humains auxquelles l'OPS prend part ;
- f) de plaider pour la mobilisation de ressources nationales et internationales pour appuyer les efforts axés sur l'orientation de l'éthique dans les activités ayant trait à la santé.

(Huitième réunion, le 20 septembre 2012)

CSP28.R19 : Coordination de l'aide humanitaire internationale en matière de santé en cas de catastrophes

LA 28^e CONFÉRENCE SANITAIRE PANAMÉRICAINNE,

Ayant examiné le document *Coordination de l'aide humanitaire internationale en matière de santé en cas de catastrophes* (document CSP28/13) ;

Considérant l'information relative aux directives des ministères de la santé sur l'aide internationale, contenue dans le document sous référence ;

Envisageant les résolutions adoptées par le Conseil directeur de l'OPS qui, depuis 1976, encouragent et réalisent le renforcement de la réduction des risques et de la capacité d'intervention des États Membres face aux catastrophes ;

Reconnaissant l'existence de l'Équipe d'intervention régionale en cas de catastrophe administrée par l'OPS au nom des États Membres ainsi que l'approbation des principes d'aide internationale durant la réunion tenue à San José (Costa Rica) en 1986 ;

Rappelant les résolutions de l'Assemblée générale des Nations Unies dans lesquelles il est demandé au gouvernement d'un pays touché d'assumer la coordination des interventions humanitaires internationales ;

Donnant suite à la résolution de l'Assemblée générale des Nations Unies, laquelle demande un renforcement de la capacité d'intervention du système ainsi que la création du Comité permanent interorganisations (CPI) ;

Reconnaissant le rôle unique et fondamental du Bureau de la coordination des affaires humanitaires des Nations Unies (OCHA) dans la coordination des activités humanitaires internationales, et considérant le rôle des autorités nationales de gestion de catastrophes ;

Prenant en compte la résolution WHA65.20 de l'Assemblée mondiale de la Santé, laquelle prie instamment l'OMS on d'assumer la fonction de chef de file du Groupe mondial de responsabilité sectorielle Santé¹² et de prendre les mesures nécessaires pour entreprendre immédiatement ses activités dans les pays membres,

DÉCIDE :

1. D'inviter instamment les États Membres à :
 - a) faire en sorte que chaque ministère de la Santé établisse, pour le secteur santé, selon qu'il juge opportun, et en coordination avec les autorités nationales existantes de gestion des risques, un mécanisme de coordination pour la réception et l'envoi de l'aide humanitaire internationale, en ayant présentes à l'esprit les exigences sanitaires de la population ;
 - b) veiller à ce que les ministères de la Santé ou les autorités nationales désignées informent constamment l'OPS, selon le cas sur leur mécanisme de coordination de l'aide internationale lors de catastrophes de sorte que tous les acteurs étrangers comme les ONG, le secteur privé ou les organisations internationales puissent aider facilement et respecter l'organisation chargée du secteur sanitaire dans le pays concerné ;
 - c) renforcer leurs systèmes nationaux de réponse du secteur sanitaire face aux urgences et catastrophes au moyen des procédures et normes pertinentes et, éventuellement, mettre à la portée des pays voisins et d'autres pays des équipes et/ou de l'assistance dans l'esprit du panaméricanisme solidaire, et considérant les mécanismes régionaux et sous-régionaux pour l'assistance mutuelle ;
 - d) établir des systèmes permettant de désigner un groupe de professionnels expérimentés dans les différents domaines de réponse aux catastrophes et

¹² Connue en Amérique latine sous le nom de "cluster".

situations d'urgence de santé publique et à les mettre à la disposition de l'Équipe d'intervention régionale face aux catastrophes, laquelle est administrée par l'OPS/OMS.

2. De demander à la Directrice :
 - a) de prêter secours aux pays en situation d'urgence et, si nécessaire, pour la mobilisation de ressources, de sorte à pouvoir relever les nombreux défis qui se posent pour la réponse sanitaire en cas d'urgence ;
 - b) d'établir, d'activer et de mobiliser, à la demande du pays touché, un nombre suffisant de personnels et d'autres ressources à l'appui de la coordination de l'aide sanitaire internationale dans le pays, en adoptant des mécanismes comme le Groupe d'action sanitaire, entre autres, qui favorisent l'emploi des normes internationales et veillent à leur application ;
 - c) de plaider pour que l'OMS, dans le cadre de la réforme des Nations Unies en matière humanitaire, fasse participer des représentants gouvernementaux des États Membres au Groupe d'action sanitaire mondial, lorsque cela s'avère nécessaire ;
 - d) de plaider pour que toutes les personnes, initiatives ou institutions ainsi que tous les groupes étrangers à l'État Membre harmonisent leurs activités d'aide humanitaire en matière de santé et ce, en conformité avec le cadre de coordination des Nations Unies et les interventions nationales ;
 - e) d'établir un mécanisme souple d'enregistrement et d'accréditation d'équipes médicales étrangères chargées d'interventions immédiates, dans le but d'améliorer la qualité des interventions médicales, en coordination avec l'OMS ;
 - f) d'épauler les États Membres au moyen de la formation au développement des capacités des équipes nationales de sorte qu'elles soient à même d'aider les pays voisins et d'autres pays en cas de catastrophe.

(Neuvième réunion, le 21 septembre 2012)

CSP28.R20 : Stratégie et Plan d'action pour la santé intégrale chez l'enfant

LA 28^e CONFÉRENCE SANITAIRE PANAMÉRICAINNE,

Ayant examiné la *Stratégie et Plan d'action pour la santé intégrale chez l'enfant* (Document CSP28/10) ;

Rappelant l'Acte constitutif de l'Organisation mondiale de la Santé, la Convention des Nations Unies sur les droits de l'enfant, et d'autres instruments internationaux et régionaux des droits de l'homme qui énoncent le droit de l'enfant à jouir du meilleur état de santé possible ;

Consciente des mandats internationaux émergents de l'Assemblée mondiale de la Santé, en particulier la résolution WHA56.21 (2003), *Stratégie pour la santé et le développement de l'enfant et de l'adolescent*, et la résolution WHA58.31 (2005), *Vers une couverture universelle des soins aux mères, aux nouveau-nés et aux enfants*, les engagements pris par les États Membres de la Région des Amériques pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) et résolutions de l'OPS, tel que la résolution CD49.R19, *Élimination des maladies négligées et autres infections liées à la pauvreté*, qui contribuent et influencent directement le bien-être des femmes, des enfants et de leurs soignants ;

Reconnaissant que les enfants de la Région des Amériques sont sa plus grande ressource, et que la reconnaissance et la protection de leurs besoins et droits de l'homme spécifiques sont essentiels pour *un* développement efficace, et notant que les politiques, stratégies, plans et lois nationaux de santé exigent une attention renouvelée pour promouvoir l'intégration efficace des services de soins de santé infantile dans les établissements de santé, par le biais d'une approche intersectorielle et de parcours de vie fondée sur les déterminants sociaux de la santé et compatible avec les mandats internationaux ;

Considérant que la présente Stratégie et son Plan d'action proposent d'avancer sur le continuum de soins afin de promouvoir le développement optimal de l'enfant, de prévenir et de réduire le fardeau de la maladie chez les enfants de moins de 5 ans, d'améliorer la nutrition des enfants, d'habiliter les parents, les familles et les communautés à soutenir les efforts de garde des enfants, de créer des environnements sociaux et physiques qui favorisent la sécurité et la bonne santé, ainsi que de renforcer la collaboration entre les différentes institutions de santé et d'autres secteurs leur permettant de travailler plus efficacement,

DÉCIDE :

1. D'appuyer la Stratégie et d'approuver le Plan d'action pour la santé intégrale chez l'enfant, et d'encourager sa prise en considération lors de l'élaboration de politiques, plans, programmes et propositions de développement, et, selon le cas, dans les discussions de budgets nationaux, en vue de créer les conditions favorables à l'intensification des interventions de santé intégrale chez l'enfant.

2. De reconnaître les efforts accomplis et, lors de l'exécution de la Stratégie et le Plan d'action, prier instamment les États Membres :

- a) de donner la priorité à et de plaider aux plus hauts niveaux la mise en œuvre d'interventions efficaces, fondées sur des preuves, pour prévenir la morbidité et la mortalité infantile et pour atteindre le développement social optimum ;
- b) de soutenir le développement de politiques, stratégies et plans pour la santé intégrale chez l'enfant dans le cadre de l'ensemble des plans nationaux de santé, à renforcer les capacités des services pour la santé intégrale de l'enfant de bonne qualité, et à assurer l'accès universel à ces services ;
- c) de promouvoir le dialogue et la coordination entre les ministères et autres institutions publiques et universitaires, ainsi qu'entre les secteurs public et privé et la société civile, en vue de parvenir à un consensus national pour la mise en œuvre de services intégrés de santé infantile basés sur les approches de déterminants sociaux et de parcours de vie ;
- d) de renforcer les capacités des gestionnaires nationaux et locaux pour la planification des programmes et la gestion efficaces des travailleurs de santé des établissements de santé de référence et de premier niveau pour offrir des services de soins de santé infantiles de qualité ;
- e) de soutenir le personnel de santé qui travaille aux niveaux familial, communautaire et individuel pour améliorer le comportement axé sur la recherche de soins, les campagnes de communication sociale, la promotion de la santé et les soins à domicile et dans la communauté fondés sur les pratiques de soins de santé primaires ;
- f) de renforcer les systèmes et services de santé pour soutenir la mise en œuvre des soins de qualité compatibles avec leurs obligations vis-à-vis de la Convention des Nations Unies sur les droits de l'enfant et de mise en œuvre des processus de formation innovants, y compris l'enseignement à distance et autres modèles novateurs ;
- g) de promouvoir la collecte, le partage et l'utilisation d'une série standard de données sur les soins de santé infantile intégrés, ventilées par âge, sexe et origine ethnique, selon le cas ;
- h) de mettre en place des groupes de travail intersectoriaux pour la santé intégrée de l'enfant afin de faciliter le développement d'un système intégré de contrôle, évaluation et de responsabilisation des politiques, plans, programmes, lois, et

- interventions qui permettra de déterminer la qualité des soins et l'impact des services de santé infantiles intégrés ;
- i) d'encourager, selon le cas, la collaboration entre des alliances nationales, municipales, et locales avec les Nations Unies et d'autres agences internationales, institutions scientifiques et techniques, institutions académiques, organisations non gouvernementales, la société civile organisée, le secteur privé et le Comité des Nations Unies sur les droits de l'enfant, dans le but de mettre en œuvre des services intégrés de santé de l'enfant ;
 - j) d'appuyer et de maximiser le développement des ressources humaines, le renforcement de la capacité et la prestation de services de qualité ;
 - k) de promouvoir l'exécution et la coordination de la stratégie et du plan d'action visant à assurer que les activités transversales soient intégrées au sein des différents domaines programmatiques de l'Organisation et des différents programmes régionaux et des pays ;
 - l) de renforcer ou d'entreprendre des actions planifiées au niveau sous-national et national visant à promouvoir et à garantir le développement de la petite enfance au moyen d'un travail intersectoriel s'appuyant sur une approche de déterminants sociaux établissant des plans et des programmes de soins intégrés pour les enfants.
3. De demander au Directeur :
- a) d'établir un groupe technique consultatif pour fournir des orientations sur les domaines stratégiques et les conditions prioritaires de santé pour action liés aux soins de santé infantile intégrés ;
 - b) de fournir un soutien aux États Membres, en collaboration avec les Nations Unies et d'autres organismes et secteurs internationaux pour les aider à travailler collectivement au soutien et au renforcement des plans nationaux et à la mise en œuvre d'activités intégrées de santé infantile au niveau des pays ;
 - c) d'établir des repères directement corrélés à des zones stratégiques de la Stratégie et Plan d'action ;
 - d) de promouvoir et de consolider la coopération technique et le partage des expériences réussies et des leçons apprises par les États Membres ;
 - e) de soutenir le développement de lignes directrices et outils techniques intégrés pour faciliter la mise en œuvre de la Stratégie et Plan d'action ;

- f) de développer des processus pour réaliser des examens et des analyses externes de l'exécution du plan en fonction des priorités, des nécessités et des capacités nationales ;
- g) de procéder à des évaluations à mi-parcours et à la fin et établir un rapport de ces résultats aux Organes directeurs de l'OPS.

(Neuvième réunion, le 21 septembre 2012)

Décisions

DCSP28(D1) Constitution de la Commission de vérification des pouvoirs

Conformément à l'article 32 du Règlement intérieur de la Conférence sanitaire panaméricaine, la Conférence a désigné Antigua-et-Barbuda, la Colombie et Porto Rico comme membres de la Commission de vérification des pouvoirs.

(Première réunion, 17 septembre 2012)

CSP28(D2) Élection du Président, de deux Vice-présidents et du Rapporteur

Conformément à l'article 17 du Règlement intérieur, la Conférence a élu la Grenade au poste de Président, l'Argentine et le Guatemala aux postes de Vice-présidents et le Mexique au poste de Rapporteur de la 28^e Conférence sanitaire panaméricaine.

(Première réunion, 17 septembre 2012)

CSP28(D3) Constitution de la Commission générale

Conformément à l'article 33 du Règlement intérieur, la Conférence a désigné les Bahamas, Cuba et les États-Unis d'Amérique comme membres de la Commission générale.

(Première réunion, 17 septembre 2012)

CSP28(D4) Adoption de l'ordre du jour

La Conférence a adopté l'ordre du jour provisoire figurant dans le Document CSP28/1, Rév. 2 sans le modifier. La Conférence a aussi adopté un calendrier des réunions (Document CSP28/WP/1, Rév. 2).

(Première réunion, 17 septembre 2012)

CSP28(D5) Sélection de deux États Membres de la Région des Amériques habilités à désigner une personne au Comité Politiques et Coordination du Programme spécial PNUD/UNFPA/OMS/Banque mondiale de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine

La Conférence a demandé à l'Équateur et à El Salvador de désigner une personne au Comité Politiques et Coordination du Programme spécial PNUD/UNFPA/OMS/Banque mondiale de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine pour un mandat de trois ans à compter du 1^{er} janvier 2013.

(Cinquième réunion, 19 septembre 2012)

EN FOI DE QUOI, la Présidente de la 28^e Conférence sanitaire panaméricaine, Déléguée de la Grenade, et le Secrétaire de droit, Directrice du Bureau sanitaire panaméricain, signent le présent Rapport final en langue anglaise.

FAIT à Washington, D.C., États-Unis d'Amérique, ce vingt-et-unième jour de septembre de l'an deux mille douze. Le Secrétaire déposera le document original signé dans les archives du Bureau sanitaire panaméricain.

Ann Peters
Déléguée de la Grenade
Présidente de la 28^e Conférence sanitaire
panaméricaine

Mirta Roses Periago
Directrice du Bureau sanitaire
panaméricain
Secrétaire de droit de la 28^e Conférence
sanitaire panaméricaine

ORDRE DU JOUR

1. OUVERTURE DE LA SESSION

2. QUESTIONS RELATIVES AU RÈGLEMENT

- 2.1 Constitution de la Commission de vérification des pouvoirs
- 2.2 Élection du Président, de deux Vice-présidents et du Rapporteur
- 2.3 Constitution d'un groupe de travail chargé d'étudier l'application de l'Article 6.B de la Constitution de l'OPS
- 2.4 Constitution de la Commission générale
- 2.5 Adoption de l'ordre du jour

3. QUESTIONS RELATIVES À LA CONSTITUTION

- 3.1 Rapport annuel du Président du Comité exécutif
- 3.2 Rapports du Bureau sanitaire panaméricain
 - a) Rapport quinquennal 2008-2012 du Directeur du Bureau sanitaire panaméricain
 - b) La santé aux Amériques
- 3.3 Élection du Directeur du Bureau sanitaire panaméricain et nomination du Directeur régional de l'Organisation mondiale de la santé pour les Amériques
- 3.4 Élection de trois États Membres au Comité exécutif au terme des mandats de la Colombie, de Saint-Vincent-et-les-Grenadines et du Venezuela (République bolivarienne du)
- 3.5 Méthode de travail des Organes directeurs: délégation de fonctions au Comité exécutif

3. QUESTIONS RELATIVES À LA CONSTITUTION *(suite)*

- 3.6 Demande du Royaume des Pays-Bas pour l'admission d'Aruba, Curaçao et St Maarten en tant que Membres associés de l'Organisation panaméricaine de la Santé

4. QUESTIONS RELATIVES À LA POLITIQUE DES PROGRAMMES

- 4.1 Évaluation à mi-parcours du Programme d'action sanitaire pour les Amériques
- 4.2 Politique budgétaire de l'OPS
- 4.3 Évaluation du Programme et budget de l'OPS 2010-2011 en fin de période biennale/Deuxième rapport de situation intérimaire du Plan stratégique 2008-2012 de l'OPS
- 4.4 Stratégie pour la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles
- 4.5 Stratégie et Plan d'action pour la santé intégrale chez l'enfant
- 4.6 Évaluation et incorporation des technologies de la santé destinées aux systèmes sanitaires
- 4.7 Stratégie et Plan d'action sur la gestion des connaissances et la communication
- 4.8 Coordination de l'aide humanitaire internationale en matière de santé en cas de catastrophes
- 4.9 Bioéthique : vers l'intégration de l'éthique dans la santé
- 4.10 Programme élargi de manuels et de matériel pédagogique (PALTEX)
- 4.11 Plan d'action pour maintenir l'élimination de la rougeole, la rubéole et le syndrome de la rubéole congénitale dans la Région des Amériques
- 4.12 Protection contre les rayonnements et la sécurité des sources de rayonnements : Normes fondamentales internationales de protection

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

4.13 Consultation régionale sur le rapport du Groupe consultatif d'experts en recherche et développement : financement et coordination

5. QUESTIONS ADMINISTRATIVES ET FINANCIÈRES

5.1 Rapport sur le recouvrement des contributions

5.2 Rapport financier du Directeur et rapport du Commissaire aux comptes externe pour 2011

5.3 Traitement du Directeur du Bureau sanitaire panaméricain

5.4 Amendement au Statut du personnel du Bureau sanitaire panaméricain

5.5 Excédent de la mise en œuvre des Normes IPSAS en 2010

5.6 Fonds directeur d'investissement

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

6.1 Sélection de deux États Membres de la Région des Amériques pour le Comité de politique et de coordination du Programme spécial de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine

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

7. PRIX

7.1 Prix de l'OPS pour l'administration (2012)

8. QUESTIONS POUR INFORMATION

- 8.1 Mise à jour sur la Réforme de l'OMS : Consultation régionale sur projet de 12^e Programme général de travail 2014-2019 de l'OMS et l'avant-projet du budget programme 2014-2015 de l'OMS
- 8.2 Rapport du Comité consultatif de la Recherche en Santé de l'OPS/OMS
- 8.3 Rapports d'avancement sur les questions techniques :
 - A. Déterminants sociaux de la santé
 - B. Plan d'action pour la mise en place d'une politique en matière d'égalité entre les sexes
 - C. Stratégie régionale et Plan d'action portant sur la nutrition dans la santé et le développement, 2006-2015 : évaluation de mi-parcours
 - D. Plan stratégique régional de l'OPS pour le contrôle du VIH/AIDS/IST 2006-2015 : Évaluation à mi-parcours
 - E. Situation actuelle de la dengue
 - F. Mise en œuvre du Règlement sanitaire international
 - G. Cibles régionales en matière de ressources humaines en santé 2007-2015
 - H. Situation des Centres panaméricains
- 8.4 Rapports d'avancement sur les questions administratives et financières : Statistiques sur la dotation en personnel du BSP
- 8.5 Résolutions et autres actions d'organisations intergouvernementales revêtant un intérêt pour l'OPS :
 - A. Soixante-cinquième Assemblée mondiale de la Santé
 - B. Quarante-et-deuxième session ordinaire de l'Assemblée générale de l'Organisation des États Américains
 - C. Rapport sur le Sixième sommet des Amériques
 - D. Organisations d'intégration sous régional

9. AUTRES QUESTIONS

10. CLÔTURE DE LA SESSION

LISTE DES DOCUMENTS

Documents officiels

- Doc. STP 636* La santé aux Amériques
- Doc. off.342* Rapport financier du Directeur et rapport du Commissaire aux comptes externe pour 2011
- Doc. off.343* Rapport quinquennal 2008-2012 du Directeur du Bureau sanitaire panaméricain

Documents de travail

- CSP28/1, Rév. 3
CSP28/WP Ordre du jour
Programme des réunions
- CSP28/2 Rapport annuel du Président du Comité exécutif
- CSP28/3 Élection du Directeur du Bureau sanitaire panaméricain et nomination du Directeur régional de l'Organisation mondiale de la santé pour les Amériques
- CSP28/4 Élection de trois États Membres au Comité exécutif au terme des mandats de la Colombie, de Saint-Vincent-et-les-Grenadines et du Venezuela (République bolivarienne du)
- CSP28/5 Méthode de travail des Organes directeurs: délégation de fonctions au Comité exécutif
- CSP28/6 Évaluation à mi-parcours du Programme d'action sanitaire pour les Amériques
- CSP28/7 Politique budgétaire de l'OPS
- CSP28/8 Évaluation du Programme et budget de l'OPS 2010-2011 en fin de période biennale/Deuxième rapport de situation intérimaire du Plan stratégique 2008-2012 de l'OPS
- CSP28/9, Rév. 1 Stratégie pour la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles

Documents de travail (*suite*)

CSP28/10	Stratégie et Plan d'action pour la santé intégrale chez l'enfant
CSP28/11	Évaluation et incorporation des technologies de la santé destinées aux systèmes sanitaires
CSP28/12, Rév. 1	Stratégie et Plan d'action sur la gestion des connaissances et la communication
CSP28/13	Coordination de l'aide humanitaire internationale en matière de santé en cas de catastrophes
CSP28/14, Rév. 1	Bioéthique : vers l'intégration de l'éthique dans la santé
CSP28/15	Programme élargi de manuels et de matériel pédagogique (PALTEX)
CSP28/16	Plan d'action pour maintenir l'élimination de la rougeole, la rubéole et le syndrome de la rubéole congénitale dans la Région des Amériques
CSP28/17, Rév. 1	Protection contre les rayonnements et la sécurité des sources de rayonnements : Normes fondamentales internationales de protection
CSP28/18, Rév. 2	Consultation régionale sur le rapport du Groupe consultatif d'experts en recherche et développement : financement et coordination
CSP28/19 et Add. I	Rapport sur le recouvrement des contributions
CSP28/20	Traitement du Directeur du Bureau sanitaire panaméricain
CSP28/21	Amendement au Statut du personnel du Bureau sanitaire panaméricain
CSP28/22	Excédent de la mise en œuvre des Normes IPSAS en 2010
CSP28/23	Fonds directeur d'investissement

Documents de travail (*suite*)

CSP28/24	Sélection de deux États Membres de la Région des Amériques pour le Comité de politique et de coordination du Programme spécial de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine
CSP28/25	Élection de deux membres pour faire partie du Comité consultatif du Centre latino-américain et des Caraïbes d'information dans les sciences de la santé (BIREME)
CSP28/26	Prix de l'OPS pour l'administration (2012)
CSP28/27	La santé aux Amériques
CSP28/28	Demande du Royaume des Pays-Bas pour l'admission d'Aruba, Curaçao et St Maarten en tant que Membres associés de l'Organisation panaméricaine de la Santé

Documents d'information

CSP28/INF/1 et Add. I	Mise à jour sur la Réforme de l'OMS : Consultation régionale sur projet de 12 ^e Programme général de travail 2014-2019 de l'OMS et l'avant-projet, du budget programme 2014-2015 de l'OMS
CSP28/INF/2	Rapport du Comité consultatif de la Recherche en Santé de l'OPS/OMS
CSP28/INF/3	Rapports d'avancement sur les questions techniques : A. Déterminants sociaux de la santé B. Plan d'action pour la mise en place d'une politique en matière d'égalité entre les sexes C. Stratégie régionale et Plan d'action portant sur la nutrition dans la santé et le développement, 2006-2015 : évaluation de mi-parcours D. Plan stratégique régional de l'OPS pour le contrôle du VIH/AIDS/IST 2006-2015 : Évaluation à mi-parcours

Documents d'information (*suite*)

- E. Situation actuelle de la dengue
 - F. Mise en œuvre du Règlement sanitaire international
 - G. Cibles régionales en matière de ressources humaines en santé 2007-2015
 - H. Situation des Centres panaméricains
- CSP28/INF/4 Rapports d'avancement sur les questions administratives et financières : Statistiques sur la dotation en personnel du BSP
- CSP28/INF/5 Résolutions et autres actions d'organisations intergouvernementales revêtant un intérêt pour l'OPS
- A. 65.^e Assemblée mondiale de la Santé revêtant un intérêt pour l'OPS
 - B. Quarante-et-unième session ordinaire de l'Assemblée générale de l'Organisation des États Américains
 - C. Sixième sommet des Amériques
 - D. Organisations d'intégration sous régional

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

**ANTIGUA AND BARBUDA/ANTIGUA Y
BARBUDA**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

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

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

ARGENTINA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

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

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

ARGENTINA (cont.)

Alternates – Alternos

Sra. Valeria Zapesochny
Asesora del Señor Ministro
Ministerio de Salud
Buenos Aires

Dra. Silvia Lopresti
Subgerenta de Prestaciones Sociales
Instituto Nacional de Servicios Sociales
Para Jubilados y Pensionados
Ministerio de Salud
Buenos Aires

Sr. Mariano Mascotto
Asistente
Ministerio de Salud
Buenos Aires

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

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

BAHAMAS

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

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

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

BAHAMAS (cont.)

Delegates – Delegados (cont.)

Mrs. Hyacinth Pratt
Permanent Secretary
Ministry of Health and Social Development
Nassau

Alternates – Alternos

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

Mr. Freddie A. Tucker
Interim Representative
Permanent Mission of the Bahamas to the
Organization of the American States
Washington, D.C.

BARBADOS

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

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

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

BARBADOS (cont.)

Alternates – Alternos

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

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

Dr. Ricardo Kellman
First Secretary
Permanent Mission of Barbados to the
Organization of the American States
Washington, D.C.

BELIZE/BELICE

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

His Excellency Nestor Mendez
Ambassador, Permanent Representative
of Belize to the Organization of
American States
Washington, D.C.

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

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

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

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

Sra. María Isabel Marca Choque
Ministra Consejera
Misión Permanente de Bolivia ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

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

BRAZIL/BRASIL

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

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

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

BRAZIL/BRASIL (cont.)

Alternates – Alternos

Dr. Paulo Gadelha
Presidente da FIOCRUZ
Ministério da Saúde
Brasília

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

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

Sr. Odorico Monteiro
Secretário De Gestão Estratégica e
Participativa
Ministério da Saúde
Brasília

Sra. Juliana de Paula
Assessora da Secretaria De Gestão
Estratégica e Participativa
Ministério da Saúde
Brasília

Sr. Alberto Kleimam
Chefe da Assessoria de Assuntos
Internacionais
Ministério da Saúde
Brasília

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

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

BRAZIL/BRASIL (cont.)

Alternates – Alternos (cont.)

Sra. Rosana Neves
Gerente-Geral da Agencia Nacional de
Saúde
Ministério da Saúde
Brasília

Dr. Paulo Buss
Director do Centro de Relacoes
Internacionais da FIOCRUZ
Ministério da Saúde
Brasília

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

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

CANADA/CANADÁ

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Mrs. Krista L. Outhwaite
Associate Deputy Minister and Chief
Operating Officer
Public Health Agency of Canada
Ottawa

Delegates – Delegados

Mrs. Elaine Chatigny
Acting Assistant Deputy Minister
Public Health Agency of Canada
Ottawa

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

CANADA/CANADÁ (cont.)

Alternates – Alternos

Mrs. Bersabel Ephrem
Director General
Office of International Affairs for Health
Portfolio
Health Canada
Ottawa

Mrs. Gloria Wiseman
Director
Multilateral Relations Division
Office of International Affairs for the
Health Portfolio
Health Canada
Ottawa

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

Dr. Sudeep K. Bhattarai
Senior Health Advisor
Thematic and Sector Specialists Division
Geographic Programs Branch
Canadian International Development
Agency
Gatineau, Quebec

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

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

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

CANADA/CANADÁ (cont.)

Alternates – Alternos (cont.)

Ms. Caroline Boucher
Conseillère en Coopération Internationale
Direction des Affaires Intergouvernementales
et de la Coopération Internationale
Ministère de la Santé et des Services
Sociaux
Quebec

CHILE

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

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

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

Alternate – Alterno

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

COLOMBIA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Sra. Adriana Maldonado Ruiz
Primera Secretaria, Representante
Alternativa de Colombia ante la
Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

Delegate – Delegado

Sr. Gustavo Matamoros Galvis
Tercer Secretario, Representante
Alternativa de Colombia ante la
Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

COSTA RICA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

Sr. Carlos Roverssi Rojas
Viceministro de Relaciones Exteriores
Ministerio de Relaciones Exteriores
San José

Excelentísimo Sr. Edgar Ugalde Álvarez
Embajador, Representante Permanente
de Costa Rica ante la Organización de
los Estados Americanos
Washington, D.C.

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

COSTA RICA (cont.)

Alternates – Alternos

Su Excelencia Rita María H. Bolaños
Embajadora, Representante Alternata
de Costa Rica ante la Organización de
los Estados Americanos
Washington, D.C.

Sra. Rosibel Vargas Gamboa
Ministra Consejera, Representante Alternata
de Costa Rica ante la Organización de
los Estados Americanos
Washington, D.C.

Dra. Socorro Gross-Galiano
Candidata de Costa Rica a la Dirección
Ejecutiva de la OPS

Sra. Cynthia Solís Lizano
Ministra Consejera, Representante Alternata
de Costa Rica ante la Organización de
los Estados Americanos
Washington, D.C.

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

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

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

CUBA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Roberto Morales Ojeda
Ministro de Salud Pública
Ministerio de Salud Pública
La Habana

Delegates – Delegados

Dra. Marcia Cobas
Viceministra de Salud Pública
Ministerio de Salud Pública
La Habana

Dr. Néstor Marimón Torres
Director de Relaciones Internacionales
Ministerio de Salud Pública
La Habana

Alternates – Alternos

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

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

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

DOMINICA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. Julius Timothy
Minister of Health
Ministry of Health
Roseau

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

DOMINICA (cont.)

Delegates – Delegados

Dr. David Johnson
Chief Medical Officer
Ministry of Health
Roseau

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

Alternate – Alterno

Dr. Carissa F. Etienne

**DOMINICAN REPUBLIC/REPÚBLICA
DOMINICANA**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dra. Tirsis Quesada
Viceministra de Salud Pública y Asistencia
Social
Ministerio de Salud Pública
Santo Domingo

Delegates – Delegados

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

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

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

Alternates – Alternos

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

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

ECUADOR

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

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

Magister Paola Betancourt
Directora de Cooperación Internacional
Ministerio de Salud Pública
Quito

Alternates – Alternos

Lic. Daniela C. Medina
Analista de Cooperación Internacional
Ministerio de Salud Pública
Quito

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

ECUADOR (cont.)

Alternates – Alternos (cont.)

Dra. Caroline Chang
Secretaria Ejecutiva
Organismo Andino de Salud
Lima, Perú

Excelentísima Sra. María Isabel Salvador
Embajadora, Representante Permanente de
Ecuador ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

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

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

Sr. Andrés Gustavo Sierra Iglesias
Tercer Secretario, Representante Alternata de
Ecuador ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

EL SALVADOR

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

Sra. María Marroquín Sales
Asistente Ejecutiva de la Ministra de Salud
Ministerio de Salud Pública
y Asistencia Social
San Salvador

EL SALVADOR (cont.)

Delegates – Delegados (cont.)

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

GRENADA/GRANADA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

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

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

Alternate – Alternata

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

GUATEMALA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Jorge Alejandro Villavicencio Álvarez
Ministro de Salud Pública
y Asistencia Social
Ministerio de Salud Pública
Ciudad de Guatemala

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

GUATEMALA (cont.)

Delegates – Delegados

Lic. Jorge Estévez Cabrera
Asesor Específico del Despacho Ministerial
Ministerio de Salud Pública
Ciudad de Guatemala

Lic. José Carlos Castañeda y Castañeda
Asesor de Cooperación Internacional
Ministerio de Salud Pública
Ciudad de Guatemala

GUYANA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegate – Delegado

Dr. Shamdeo Persaud
Chief Medical Officer
Ministry of Health
Georgetown

HAITI/HAITÍ

Chief Delegate – Jefe de Delegación

His Excellency Duly Brutus
Ambassador, Permanent Representative of
Haiti to the Organization to the
American States
Washington, D.C.

Delegates – Delegados

Mr. Mirtyl Pierre
Counsellor, Alternate Representative of
Haiti to the Organization to the
American States
Washington, D.C.

HAITI/HAITÍ (cont.)

Delegates – Delegados (cont.)

Ms. Mirveline Jean-Louis
First Secretary, Alternate Representative of
Haiti to the Organization to the
American States
Washington, D.C.

HONDURAS

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegate – Delegado

Sr. Oscar Nuñez
Consejero en Asuntos Económicos
Embajada de Honduras
Washington, D.C.

JAMAICA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

Dr. Jean Dixon
Permanent Secretary
Ministry of Health
Kingston

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

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

JAMAICA (cont.)

Alternates – Alternos (cont.)

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

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

Mrs. Marsha Monique Coore Lobban
Minister, Alternate Representative of
Jamaica to the Organization to the
American States
Washington, D.C.

MEXICO/MÉXICO

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

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

Excelentísimo Sr. Joel García
Embajador, Representante Permanente de
México ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

Alternates – Alternos

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

MEXICO/MÉXICO (cont.)

Alternates – Alternos (cont.)

Sr. Jorge Humberto Hernández y Luna
Asesor Secretario de Salud
Secretaría de Salud
México, D. F.

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

Lic. Helena Arrington-Aviña
Licenciatura
Secretaría de Salud
México, D.F.

Sr. Miguel Limón García
Titular de la Unidad Coordinadora de
Vinculación y Participación Social
Secretaría de Salud
México, D.F.

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

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

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

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

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

MEXICO/MÉXICO (cont.)

Alternates – Alternos (cont.)

Sra. Dolores Jimenez
Ministra, Representante Alterna de México
ante la Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

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

Lic. Ana Paola Riveros
Tercera Secretaria, Representante Alterna
de México ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

Lic. Miguel Alonso Olamendi
Tercera Secretario, Representante Alterna
de México ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

NICARAGUA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Sr. Guillermo J. González González
Asesor del Presidente de la República
Ministerio de Salud
Managua

Delegates – Delegados

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

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

NICARAGUA (cont.)

Alternate – Alternos

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

PANAMA/PANAMÁ

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

Lic. Natalia García
Subdirectora de Asuntos Internacionales
Ministerio de Salud
Ciudad de Panamá

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

Alternates – Alternos

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

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

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

PARAGUAY

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Antonio H. Arbo Sosa
Ministro de Salud Pública y
Bienestar Social
Ministerio de Salud Pública y
Bienestar Social
Asunción

Delegates – Delegados

Dr. José María Massolo
Director General de Relaciones
Internacionales
Ministerio de Salud Pública y
Bienestar Social
Asunción

Dr. Julio Borba
Director General de Redes y Servicios
de Salud
Ministerio de Salud Pública y
Bienestar Social
Asunción

Alternates – Alternos

Dr. Oscar Melo
Director de Hospitales
Ministerio de Salud Pública y
Bienestar Social
Asunción

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

PERU/PERÚ

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

PERU/PERÚ (cont.)

Delegates – Delegados

Dra. Ada Pastor Goyzueta
Directora General de Salud de las Personas
Ministerio de Salud
Lima

Dra. Maria Paulina Giusti Hudskopf
Jefa de Gabinete
Ministerio de Salud
Lima

Alternates – Alternos

Sr. Augusto Portocarrero Grados
Director General Oficina de Planeamiento y
Presupuesto
Ministerio de Salud
Lima

Sr. Arturo Granados Mogrovejo
Director General de Descentralización
Ministerio de Salud
Lima

Ing. Eva Maria Ruiz de Castilla Yabar
Coordinadora UNASUR Salud
Lima

Excelentísimo Sr. Walter Albán
Embajador, Representante Permanente
del Perú ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

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

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

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

SAINT LUCIA/SANTA LUCÍA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

Dr. Merlene Fredericks-James
Chief Medical Officer
Ministry of Health, Wellness, Human
Services, and Gender Relations
Waterfront, Castries

Her Excellency Sonia M. Johnny
Ambassador, Permanent Representative of
St. Lucia to the Organization to the
American States
Washington, D.C.

Alternate – Alterno

Ms. Kimari Stoney
First Secretary, Alternate Representative of
St. Lucia to the Organization to the
American States
Washington, D.C.

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

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

**SAINT KITTS AND NEVIS/ SAINT KITTS Y
NEVIS (cont.)**

Delegates – Delegados

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

Mr. Elvis Newton
Permanent Secretary
Health & Social Services
Basseterre

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

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

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

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

SURINAME

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Michael Blokland
Ministry of Health
Ministry of Health
Paramaribo

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

SURINAME (cont.)

Delegates – Delegados

Dr. Marthelise Kloof-Eersel
Director of Health
Ministry of Health
Paramaribo

Dr. Deborah Stijnberg
Monitoring and Evaluation Manager
Ministry of Health
Paramaribo

TRINIDAD AND TOBAGO/TRINIDAD Y TABAGO

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. Dr. Fuad Khan
Minister of Health
Ministry of Health
Port-of-Spain

Delegates – Delegados

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

Dr. Akenath Misir
Chief Medical Officer
Ministry of Health
Port-of-Spain

Alternates – Alternos

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

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

TRINIDAD AND TOBAGO/TRINIDAD Y TABAGO (cont.)

Alternates – Alternos (cont.)

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

Ms. Dana Wallace
Second Secretary
Embassy of the Republic of
Trinidad and Tobago
Washington, D.C.

UNITED STATES OF AMERICA/ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

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

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

Alternates – Alternos

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

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

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

Alternates – Alternos (cont.)

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

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

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

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

Ms. Sonia Angell
Senior Advisor for Global Non-communicable Diseases
Center for Global Health
Centers for Disease Control and Prevention
Department of Health and Human Services
Atlanta, Georgia

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

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

Alternates – Alternos (cont.)

Mrs. Loren Cadena
Deputy Global Health Promotion
Global Health Promotion Office
Centers for Disease Control and Prevention
Department of Health and Human Services
Atlanta, Georgia

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

Ms. Monica Evans
International Health Advisor
Office of Global Health Affairs
Department of Health and Human Services
Washington, D.C.

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

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

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

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

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

Alternates – Alternos (cont.)

Dr. Felipe Lobelo
Lead Epidemiologist
Global Health Promotion Office
Center for Diseases Control and Prevention
Department of Health and Human Services
Atlanta, Georgia

Dr. Michael Pratt
Chief of the Physical Activity and Health Branch, Global Health Promotion Office
Center for Diseases Control and Prevention
Department of Health and Human Services
Atlanta, Georgia

Ms. Judnefera Rasayon
Program Analyst
Office of Human Security
Bureau of International Affairs
Department of State
Washington, D.C.

Ms. Mary Blanca Rios
Senior Advisor
Office of Human Security
Bureau of International Affairs
Department of State
Washington, D.C.

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

Ms. Veronica Valdivieso
Deputy 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 (cont.)

Alternates – Alternos (cont.)

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

VENEZUELA (BOLIVARIAN REPUBLIC OF/ REPÚBLICA BOLIVARIANA DE)

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

Dra. Mercedes España
Jefe del Programa Nacional de Tuberculosis
Ministerio del Poder Popular para la Salud
Caracas

Lic. Eudoro Godoy
Jefe de despacho de la Ministra de Salud
Ministerio del Poder Popular para la Salud
Caracas

Alternates – Alternos

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

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

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

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

Alternates – Alternos (cont.)

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

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

URUGUAY

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Embajador Gonzalo Koncke
Director General de Secretaría del Ministerio
de Relaciones Exteriores
Ministerio de Relaciones Exteriores
Montevideo

Delegates – Delegados

Sr. Gastón Lasarte
Director de Asuntos Multilaterales
Ministerio de Relaciones Exteriores
Montevideo

URUGUAY (cont.)

Delegates – Delegados (cont.)

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

Alternates – Alternos

Dra. María Julia Muñoz
Ex Ministra de Salud Pública
Ministerio de Salud Pública
Montevideo

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

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

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

PARTICIPATING STATES/ESTADOS PARTICIPANTES

FRANCE/FRANCIA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

M. Philippe Damie
Directeur de l'Agence Régionale de santé de
Guyane
Guyane

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

PARTICIPATING STATES/ESTADOS PARTICIPANTES (cont.)

NETHERLANDS/PAÍSES BAJOS

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

UNITED KINGDOM/REINO UNIDO

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

ASSOCIATE STATES/ESTADOS ASOCIADOS

ARUBA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

Dr. Ángel Caballero
Advisor to the Minister
Ministry of Health and Sport
Oranjestad, Aruba

Dr. Glenn A. E. Thode
Rector
University of Aruba
Oranjestad, Aruba

CURAÇAO

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Mrs. Jacinta Scoop-Cosntancia
Minister of Health, Environment and Nature
Ministry of Health, Environment and Nature
Punda, Curaçao

Delegates – Delegados

Dr. Sirving Keli
Director of Health
Ministry of Health, Environment and Nature
Punda, Curaçao

CURAÇAO (cont.)

Delegates – Delegados (cont.)

Mr. Xavier Prens
Senior Advisor
Ministry of Health, Environment and Nature
Punda, Curaçao

PUERTO RICO

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegate – Delegado

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

SINT MAARTEN

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

ASSOCIATE STATES/ESTADOS ASOCIADOS (cont.)

SINT MAARTEN (cont.)

Delegates – Delegados

Ms. Jorien Wuite
Secretary General
Ministry of Public Health, Social
Development and Labour
Philipsburg, Sint Maarten

Mrs. Virginia Asin Oostburg
Head of Collective Prevention Services
Ministry of Public Health, Social
Development and Labour
Philipsburg, Sint Maarten

SINT MAARTEN (cont.)

Alternates – Alternos

Mr. Eunicio Martina
Legal Advisor
Ministry of Public Health, Social
Development and Labour
Philipsburg, Sint Maarten

Ms. Fenna M. R. Arnell
Head of the Public Health Department
Ministry of Public Health, Social
Development and Labour
Philipsburg, Sint Maarten

OBSERVER STATES/ESTADOS OBSERVADORES

SPAIN/ESPAÑA

Dra. Pilar Farjas Abadia
Secretaria General de Sanidad
Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales
e Igualdad
Madrid

Dra. Amanda Gil Sánchez
Subdirectora General de Relaciones
Internacionales
Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales
e Igualdad
Madrid

Dr. Manuel Suarez Lemus
Asesor
Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales
e Igualdad
Madrid

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

SPAIN/ESPAÑA (cont.)

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

Sra. Dña. Alessia Pappalardo
Becaria, Misión Permanente de
España ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

Sra. Dña. Mar Molina
Becaria, Misión Permanente de
España ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

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

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

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

**AWARD WINNERS/
GANADORES DE LOS PREMIOS**

**PAHO Award for Administration 2012/
Premio OPS en Administración 2012**

Dr. Aron Nowinski (not present)
Uruguay

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

Dr. Paulo Marchiori Buss
Brasil

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

Dr. Juan Alberto Lecaros Urzúa
Chile

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

Ms. Rosario Castillo, Executive Director
Educación Popular en Salud
Chile

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

Drs. Debora Diniz and Marcelo Medeiros
"Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar
com técnica de urna"
Brasil

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

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

Sra. Inés Bustillo
Mr. Fernando Flores

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

Dr. Enrique Paz

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

**Caribbean Community/
Comunidad del Caribe**

Mrs. Myrna Bernard
Dr. Rudolph O. Cummings
Ms. Lolita Applewhaite

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

Dr. Ferdinando Regalía
Dra. Beatriz Zurita
Dr. Frederico Guanais

**Hipólito Unanue Agreement/
Convenio Hipólito Unanue**

Dr. Ricardo Cañizares

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

Mr. David Hatch

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

Embajadora Carmen Moreno

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

Embajador Alfonso Quiñónez
Sr. Jorge Saggiante
Sra. Evelyn Jacir de Lovo
Sr. Jorge Sanín

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

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

Dr. Rafael Dautant
Ing. Luiz Augusto de Lima Pontes

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

Dr. Rubén Abete

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

Dr. Daniel Piñeiro

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

Ms. Marcela Gaitán

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

Dr. Norberto Larroca

**Pan American Federation of Nursing
Professionals/
Federación Panamericana de Profesionales
de Enfermería**

Dra. Beatriz Carvallo Suárez

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

Sabin Vaccine Institute

Dr. Ciro de Quadros
Dr. Neeraj Mistry
Mr. Brian Davis

U.S. Pharmacopeial Convention

Dr. Damian Cairatti

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

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

Mr. Michael Splaine
Mr. Raymond Jessurun

**Framework Convention Alliance on
Tobacco Control**

Mr. Laurent Huber

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

Ms. Eva Maria Ruiz de Castilla
Mr. Marc Boutin
Ms. Florencia Montoto Smayenka
Ms. Kathleen Gallant

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

Dr. Edwin Jimenez

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

Mr. Alexandre Lefebvre
Mr. Daniel Tobón García
Dr. Altagracia Mares de Leon
Ms. Sachalee Campbell
Ms. Reshma Ramachandran
Mr. Andrew Rudman

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

Ms. Corry Jacobs
Mr. Sean Reilly
Mr. Duke Holness
Mr. Jorge Arevalo
Ms. Kathleen Laya
Mr. Jorge Carrion
Mr. Juan Carlos Corbeaux
Ms. Susan Crowley
Ms. Pilar Rubio
Mr. Andrew Rudman
Mr. Abraham Quesada-Gonzales
Mr. José A. Pena-Gonzales

MSF International

Ms. Judit Rius
Mr. Bryan B. Collinsworth
Ms. Rachel Cohen

**The International Society of Radiographers
and Radiological Technologists**

Mrs. Rita Eyer

Union for International Cancer Control

Mr. Bob Chapman

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

World Heart Foundation

Ms. Diana Vaca McGhie
Ms. Kelly Worden
Mr. Stephen Prudhomme
Ms Johanna Ralson

World Council of Churches

Mr. Meike Jill Schleiff
Ms. Baijayanta Mukhopadhyay

World Self Medication Industry

Dr. Héctor Bolaños

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

Dr. Margaret Chan
Director-General

Dr. Anarfi Asamoah Baah
Deputy Director-General

Dr. Marie-Paule Kieny
Assistant Director-General

Dr. Mohamed Abdi Jama
Assistant Director-General

Dr. Douglas William Bettcher
Director, Tobacco Free Initiative

Dr. Zafar Ullah Mirza
Coordinator, Public Health, Innovation and
Intellectual Property

Dr. Elizabeth Mary Mason
Director, Maternal, Newborn, Child and
Adolescent Health

Professor Thomas Zeltner
Special Envoy for Financing

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

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

Dr. Mirta Roses Periago

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

Dr. Jon Kim Andrus
Deputy Director
Director Adjunto

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

Dr. José Romero Teruel
Assistant Director, a.i.
Subdirector Interino

Mr. Guillermo Birmingham
Director of Administration
Director de Administración

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

**PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION/
ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (cont.)**

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

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

- - -