



Organisation
panaméricaine
de la Santé



Organisation
mondiale de la Santé
BUREAU RÉGIONAL DES
Amériques

55^e CONSEIL DIRECTEUR

68^e SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL DE L'OMS POUR LES AMÉRIQUES

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

CD55/FR
30 septembre 2016
Original : anglais

RAPPORT FINAL

TABLE DES MATIÈRES

| | <i>Page</i> |
|---|-------------|
| Ouverture de la session | 6 |
| Questions relatives au Règlement | |
| Constitution de la Commission de vérification des pouvoirs | 6 |
| Élection du Bureau..... | 6 |
| Constitution d'un groupe de travail pour étudier l'application de l'Article 6.B de la Constitution de l'OPS..... | 7 |
| Constitution de la Commission générale | 7 |
| Adoption de l'ordre du jour | 7 |
| Questions relatives à la Constitution | |
| Rapport annuel du Président du Comité exécutif | 7 |
| Rapport annuel du Directeur du Bureau sanitaire panaméricain | 8 |
| Élection de trois États Membres au Comité exécutif au terme des mandats des Bahamas, du Costa Rica et de l'Équateur | 11 |
| Questions relatives à la politique des programmes | |
| Rapport de l'évaluation de fin de période biennale du Programme et budget 2014-2015/Premier rapport intérimaire sur le Plan stratégique de l'OPS 2014-2019..... | 11 |
| Évaluation intérimaire de la mise en œuvre de la politique budgétaire de l'OPS | 14 |
| Méthodologie du cadre de stratification des priorités programmatiques du Plan stratégique de l'OPS | 15 |
| Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques..... | 16 |
| Résilience des systèmes de santé | 18 |
| Accès aux médicaments et autres technologies de la santé stratégiques et à coûts élevés et leur usage rationnel | 21 |
| La Santé des migrants | 24 |
| Mise en œuvre du Règlement sanitaire international (RSI)..... | 27 |
| Plan d'action pour l'élimination du paludisme 2016-2020..... | 30 |
| Plan d'action pour la prévention et la lutte contre le VIH et les infections sexuellement transmissibles 2016-2021 | 33 |
| Plan d'action pour l'élimination des maladies infectieuses négligées et activités après la phase d'élimination 2016-2022 | 36 |
| Stratégie pour la prévention et la lutte contre les arboviroses | 38 |
| Plan d'action pour la réduction des risques liés aux catastrophes 2016-2021 | 41 |
| Analyse des mandats de l'Organisation panaméricaine de la Santé | 43 |

TABLE DES MATIÈRES *(suite)*

| | <i>Page</i> |
|--|-------------|
| Questions administratives et financières | |
| Rapport sur le recouvrement des contributions fixées | 45 |
| Rapport financier du Directeur et rapport du Commissaire aux comptes externe pour 2015 | 46 |
| Mise à jour concernant la nomination du Commissaire aux comptes externe de l'OPS pour 2018-2019 et 2020-2021 | 47 |
| Prix | |
| Prix de l'OPS pour l'administration (2016) | 48 |
| Prix de l'OPS pour l'administration : changements aux procédures..... | 48 |
| Questions pour information | |
| Programme et budget de l'OPS 2016-2017 : mécanismes pour le rapport intérimaire à l'intention des États Membres | 49 |
| Processus d'élaboration du budget programme de l'OMS 2018-2019..... | 51 |
| Mise à jour sur la réforme de l'OMS | 56 |
| • L'action de l'OMS dans la gestion des situations d'urgence sanitaire : Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire..... | 56 |
| Mise à jour sur la maladie à virus Zika dans la Région des Amériques | 58 |
| Objectifs du Millénaire pour le développement et cibles sanitaires : rapport final..... | 60 |
| Mise en œuvre des objectifs de développement durable dans la Région des Amériques | 61 |
| • Rapport sur l'élaboration de la feuille de route concernant : le rôle du secteur de la santé dans l'approche stratégique de la gestion internationale des produits chimiques, dans la perspective de l'objectif fixé pour 2020 et au delà | 61 |
| Plan d'action régional pour le renforcement du recueil des données d'état civil et de santé : rapport final | 63 |
| Stratégie et plan d'action régionaux sur la nutrition en santé et développement 2006-2015 : rapport final | 65 |
| Stratégie et plan d'action pour la réduction de la malnutrition chronique : rapport final..... | 67 |
| Plan d'action pour maintenir l'élimination de la rougeole, la rubéole et le syndrome de rubéole congénitale dans la Région des Amériques : rapport final..... | 67 |
| Stratégie et plan d'action régionaux sur la santé néonatale dans le contexte des soins apportés à la mère, au nouveau-né et à l'enfant : rapport final | 70 |

TABLE DES MATIÈRES *(suite)*

| | <i>Page</i> |
|--|-------------|
| Questions pour information | |
| Rapports d'avancement sur les questions techniques | 72 |
| A. Stratégie et plan d'action sur la cybersanté : évaluation à mi-parcours | 72 |
| B. Plan d'action sur la santé des adolescents et des jeunes | 72 |
| C. Plan d'action pour la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles : évaluation à mi-parcours | 72 |
| D. Plan d'action pour réduire l'usage nocif de l'alcool : évaluation à mi-parcours | 72 |
| E. Plan d'action sur l'usage de substances psychoactives et la santé publique : évaluation à mi-parcours | 72 |
| F. Situation des Centres panaméricains | 72 |
| Résolutions et autres actions d'organisations intergouvernementales revêtant un intérêt pour l'OPS | 76 |
| A. 69e Assemblée mondiale de la Santé | 76 |
| B. Quarante-sixième session ordinaire de l'Assemblée générale de l'Organisation des États Américains | 76 |
| C. Organisations sous-régionales | 76 |
| Autres questions | 77 |
| Clôture de la session | 77 |
| Résolutions et décisions | |
| <i>Résolutions</i> | |
| CD55.R1 Recouvrement des contributions fixées | 78 |
| CD55.R2 Méthodologie du cadre de stratification des priorités programmatisques du Plan stratégique de l'OPS | 79 |
| CD55.R3 Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques | 81 |
| CD55.R4 Élection de trois États Membres au Comité exécutif au terme des mandats des Bahamas, du Costa Rica et de l'Équateur | 82 |
| CD55.R5 Plan d'action pour la prévention et la lutte contre le VIH et les infections sexuellement transmissibles 2016-2021 | 84 |
| CD55.R6 Stratégie pour la prévention et la lutte contre les arboviroses | 88 |
| CD55.R7 Plan d'action pour l'élimination du paludisme 2016-2020 | 90 |
| CD55.R8 Résilience des systèmes de santé | 93 |
| CD55.R9 Plan d'action pour l'élimination des maladies infectieuses négligées et activités après la phase d'élimination 2016-2022 | 97 |

TABLE DES MATIÈRES *(suite)*

| | <i>Page</i> |
|--|-------------|
| Résolutions et décisions <i>(suite)</i> | |
| Résolutions <i>(suite)</i> | |
| CD55.R10 Plan d'action pour la réduction des risques liés aux catastrophes 2016-2021..... | 100 |
| CD55.R11 Analyse des mandats de l'Organisation panaméricaine de la Santé..... | 102 |
| CD55.R12 Accès aux médicaments et autres technologies de la santé stratégiques et à coûts élevés et leur usage rationnel..... | 103 |
| CD55.R13 La santé des migrants..... | 108 |
| | |
| Décisions | |
| CD55(D1) : Constitution de la Commission de vérification des pouvoirs | 110 |
| CD55(D2) : Élection du Bureau | 110 |
| CD55(D3) : Constitution de la Commission générale..... | 111 |
| CD55(D4) : Adoption de l'ordre du jour..... | 111 |
| CD55(D5) : Mise en œuvre du Règlement sanitaire international | 111 |
| | |
| Annexes | |
| Annexe A. Ordre du jour | |
| Annexe B. Liste des documents | |
| Annexe C. Liste des participants | |

RAPPORT FINAL

Ouverture de la session

1. Le 55^e Conseil directeur, 68^e session du Comité régional de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) pour les Amériques, s'est tenu au Siège de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) à Washington, D.C., du 26 au 30 septembre 2016.
2. Le Dr Violeta Menjívar (ministre de la Santé d'El Salvador, présidente sortante) a ouvert la session et souhaité la bienvenue aux participants. Des allocutions d'ouverture ont été prononcées par le Dr Menjívar, le Dr Carissa Etienne (Directrice du Bureau sanitaire panaméricain), l'honorable Sylvia Mathews Burwell (Secrétaire à la Santé et aux Services sociaux des États-Unis d'Amérique), l'honorable Ferdinando Regalía (chef de la division Santé et protection sociale de la Banque interaméricaine de développement), l'honorable Ideli Salvatti (Secrétaire à l'accès aux droits et à l'équité à l'Organisation des États Américains) et le Dr Margaret Chan (Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé). Les allocutions respectives se trouvent sur la page Web du 55^e Conseil directeur.¹

Questions relatives au Règlement

Constitution de la Commission de vérification des pouvoirs

3. Conformément à l'article 31 du Règlement intérieur du Conseil directeur, le Conseil a nommé l'Argentine, le Belize et le Canada comme membres de la Commission de vérification des pouvoirs (décision CD55[D1]).

Élection du Bureau

4. Conformément à l'article 16 du Règlement intérieur du Conseil directeur, le Conseil a élu le bureau suivant (décision CD55[D2]) :

| | | |
|-------------------------|----------|-----------------------------------|
| <i>Président :</i> | Honduras | (Dr Edna Yolani Batres) |
| <i>Vice-président :</i> | Paraguay | (Dr Antonio C. Barrios Fernández) |
| <i>Vice-président :</i> | Grenade | (Hon. Nickolas Steele) |
| <i>Rapporteur :</i> | Jamaïque | (Hon. Christopher Tufton) |

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

¹ http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=12276&Itemid=42078&lang=fr.

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

6. On a informé le Conseil qu'il ne serait pas nécessaire de constituer un groupe de travail, puisqu'aucun État Membre ne faisait l'objet des restrictions relatives au droit de vote prévues par l'Article 6.B de la Constitution de l'OPS (voir le rapport sur les contributions fixées, aux paragraphes 164 à 169 ci-dessous).

Constitution de la Commission générale

7. Conformément à l'article 32 du Règlement intérieur, le Conseil a nommé Cuba, les États-Unis d'Amérique et le Guyana comme membres de la Commission générale (décision CD55[D3]).

Adoption de l'ordre du jour (document CD55/1, Rev. 2)

8. Le Conseil directeur a adopté l'ordre du jour proposé par la Directrice (document CD55/1, Rev. 2) sans modifications ainsi qu'un programme de réunions (CD55/WP/1) (décision CD55[D4]).

Questions relatives à la Constitution

Rapport annuel du Président du Comité exécutif (document CD55/2)

9. Le Dr Margarita Guevara Alvarado (Équateur, Président du Comité exécutif) a fait un rapport sur les activités réalisées par le Comité exécutif et son Sous-comité du programme, du budget et de l'administration entre octobre 2015 et septembre 2016. Elle a fait ressortir les points qui avaient été discutés par le Comité, mais qui n'avaient pas été transmis au 55^e Conseil directeur pour examen et a noté qu'elle ferait un rapport sur d'autres points à mesure que ceux-ci seraient abordés par le Conseil. Parmi les points non transmis figuraient les rapports annuels du Bureau d'éthique de l'OPS, des Services de supervision et d'évaluation internes et du Comité d'audit de l'OPS, une proposition relative à la programmation d'un excédent de revenus et de budget résultant du Programme et budget 2014-2015, des rapports sur le Plan-cadre d'investissement et sur le financement de l'assurance-maladie après la cessation de service pour le personnel de l'OPS, des amendements au Règlement du personnel et au Statut du personnel du BSP, un rapport de statistiques sur la dotation en personnel et une déclaration d'un représentant de l'association du personnel de l'OPS/OMS, un rapport sur l'état d'avancement de la mise en œuvre du système d'information pour la gestion du BSP ainsi que des demandes présentées par neuf organisations non gouvernementales sollicitant leur admission ou le renouvellement de leur statut en tant qu'organisation en relations officielles avec l'OPS. Des renseignements supplémentaires figurent au rapport du Président du Comité exécutif (document CD55/2).

10. La Directrice a remercié les membres du Comité exécutif pour leur examen approfondi des divers points inscrits à l'ordre du jour et pour les recommandations formulées par le Comité à l'intention du Conseil directeur.

11. Le Conseil a également remercié les membres du Comité pour leur travail et a pris acte du rapport.

Rapport annuel du Directeur du Bureau sanitaire panaméricain (document CD55/3)

12. La Directrice a présenté son rapport annuel,² qui avait pour thème « Défense de la santé pour le développement durable et l'équité : catalyser l'action en faveur de la santé publique ». Le rapport fait état des principales réalisations et des contraintes les plus importantes rencontrées durant la période allant de juin 2015 à juin 2016. Il décrit également les activités de coopération technique réalisées par le Bureau auprès des États Membres, en soulignant en particulier le soutien apporté durant les diverses urgences sanitaires surgies durant la période à l'étude, à commencer par la plus complexe de celles-ci, à savoir, l'épidémie de maladie à virus Zika. Cette concentration de l'attention s'était avérée opportune et utile en raison du débat engagé à l'échelle internationale sur le rôle de l'OMS en cas d'urgence sanitaire.

13. La riposte du Bureau face à la flambée de virus Zika avait été portée par les enseignements tirés et les pratiques optimales observées au cours des quarante dernières années. Face à un virus peu connu mais qui se propageait rapidement, le principe directeur du BSP avait été d'agir avec prudence mais aussi dans un souci de l'urgence, en s'appuyant sur les meilleures données probantes à l'appui et sur les pratiques de santé publique les plus rationnelles, tout en faisant état ouvertement et de manière transparente des incertitudes à cet égard.

14. En sus de sa riposte au virus Zika, le Bureau avait fourni un soutien aux États Membres dans leurs interventions au lendemain de nombreuses catastrophes naturelles et d'autres urgences et aidé plusieurs pays à faire face à l'arrivée inattendue d'un très grand nombre de migrants. La riposte à ces événements avait confirmé une fois de plus la nécessité de disposer de systèmes de santé solides et résilients. Le BSP continuerait donc de soutenir les États Membres en matière de renforcement de leurs systèmes sanitaires et de mise en œuvre de la *Stratégie régionale pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle* approuvée en 2014.³

15. La période avait vu un certain nombre de réalisations marquantes au plan sanitaire, dont la validation de l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis dans certains pays et l'élimination de la transmission endémique de la rougeole à travers la Région (voir les paragraphes 260 à 269 ci-dessous). Par ailleurs, tous les États Membres de la Région avaient observé la recommandation dans le sens du passage du vaccin trivalent contre la polio au vaccin bivalent et de l'introduction d'au moins une dose de vaccin antipoliomyélitique inactivé dans leurs calendriers de vaccination.

16. Durant la période, d'autres avancées avaient été accomplies au plan institutionnel, dont l'achèvement de l'évaluation conjointe de fin d'exercice biennal du Programme et

² Le texte de l'allocation de la Directrice se trouve sur la page Web du 55^e Conseil directeur.

³ Résolution CD53.R14 (2014).

budget de l'OPS 2014-2015 (voir les paragraphes 28 à 40 ci-dessous), qui constitue le premier exercice de ce genre réalisé dans une région OMS. Une autre réalisation importante était celle du nouveau partenariat forgé entre le Fonds renouvelable régional pour les fournitures stratégiques en matière de santé publique de l'OPS (le « Fonds stratégique ») et le Mécanisme d'approvisionnement commun du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme.

17. À l'avenir, l'épidémie persistante de maladie à virus Zika resterait d'une grande actualité, au moins jusqu'à ce qu'un vaccin sûr, abordable et efficace devienne disponible. La flambée de Zika avait nettement mis au jour la nécessité pour le Bureau de redoubler d'efforts au plan de la coopération technique pour accroître l'accès à des services complets de santé sexuelle et génésique dans les États Membres de l'OPS. Parmi les autres problèmes se profilant à l'avenir figuraient la recherche de moyens permettant de travailler efficacement avec d'autres secteurs pour atteindre les objectifs de développement durable, les interventions à envisager au lendemain de mutations démographiques et d'un vieillissement rapide de la population, la lutte contre l'influence défavorable des industries du tabac, de l'alcool et d'autres secteurs, enfin, l'assurance d'un accès abordable et universel aux soins de santé.

18. Le Bureau conserverait sa place de chef de file visionnaire en santé publique, élargirait ses partenariats à valeur ajoutée et étendrait l'envergure de sa coopération technique tout en accroissant sa participation active et le dialogue avec les États Membres pour faire en sorte que son travail soit aligné sur les besoins de ces États.

19. Le Conseil directeur a félicité la Directrice pour son rapport exhaustif et exprimé sa reconnaissance au Bureau pour le soutien fourni aux États Membres durant l'année. De nombreux délégués ont remercié le Bureau pour sa riposte ferme et opportune face à la flambée de Zika et d'autres urgences sanitaires. Les délégués ont également exprimé leur reconnaissance au Bureau pour l'aide technique fournie en matière de renforcement de leurs systèmes sanitaires et de leurs programmes de vaccination, pour avoir facilité les achats de vaccins, pour avoir renforcé les capacités de leurs ressources humaines, élaboré ou modernisé leurs lois sur la santé et pour œuvrer en direction de la couverture sanitaire universelle.

20. Plusieurs délégués ont évoqué la création, récemment, du Département de gestion des situations d'urgence sanitaire (voir les paragraphes 211 à 220 ci-dessous) et salué le fait que ses activités s'alignent avec celles du Programme de gestion des situations d'urgence sanitaire de l'OMS. L'évaluation conjointe de fin d'exercice biennal du Programme et budget de l'OPS 2014-2015 a également été saluée, plusieurs délégués faisant remarquer que cet exercice avait contribué à mettre au jour les lacunes, les contraintes et les enseignements tirés ainsi qu'à accroître la transparence et la responsabilité. Les délégués ont également fait remarquer les progrès accomplis pour ce qui est de la réforme de l'OMS, en particulier l'adoption du Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques (voir les paragraphes 50 à 58 ci-dessous). On a rendu hommage au Directeur général pour son leadership de l'Organisation.

21. On a fait remarquer que si effectivement le rapport avait fait clairement état des importants progrès réalisés par la Région pour surmonter les disparités au plan de la santé et pour aborder les déterminants sociaux et environnementaux de la santé, il avait néanmoins mis au jour des domaines qui réclamaient un regain d'efforts. Parmi ces domaines figuraient le renforcement des capacités du secteur sanitaire à travailler avec d'autres secteurs, un exercice considéré primordial pour ce qui est d'aborder les facteurs de risque des maladies non transmissibles, de mettre en œuvre les principales capacités prévues au Règlement sanitaire international (2005) et d'atteindre les objectifs de développement durable. La Directrice a été appelée à faire du renforcement des mécanismes de coordination intersectorielle une priorité centrale du travail de l'Organisation durant l'année à venir. De nombreux délégués ont souligné la nécessité pour les pays de la Région d'unir leurs efforts pour contrer les obstacles communs et poursuivre les objectifs sanitaires partagés de tous. La coopération Sud-Sud a été considérée particulièrement importante.

22. Certains délégués ont souligné le rôle marquant de la santé dans le développement durable. On a considéré qu'il était particulièrement important à cet égard d'améliorer la santé et de renforcer les droits des femmes et des enfants. On a également souligné l'importance de construire des systèmes sanitaires qui reposent sur les soins de santé primaires. Le délégué de la Colombie, en précisant que son pays avait récemment mis fin au conflit armé qui y régnait de longue date, a signalé que la santé pouvait également remplir une fonction importante dans la consolidation de la paix. Il a rappelé l'initiative de l'OPS dénommée « La santé comme passerelle vers la paix », qui avait contribué à asseoir les bases pour la paix en Amérique centrale dans les années 1980, en affirmant que les enseignements tirés de cette expérience avaient été inestimables pour son gouvernement alors que celui-ci préparait le secteur sanitaire à la période post-conflit.

23. En ce qui concerne les questions institutionnelles, on a considéré que les membres du Bureau étaient son plus grand atout et la Directrice a été exhortée à mettre en place un plan de succession du personnel pour assurer la continuité du travail de l'Organisation.

24. La Directrice a fait remarquer que les réalisations mentionnées dans le rapport étaient en grande partie celles des États Membres et le fruit de leur ferme engagement en faveur du développement de la santé dans la Région. Elle avait pris note des commentaires formulés quant à la nécessité d'adopter des démarches multisectorielles, de mettre en place des systèmes sanitaires résilients et d'instaurer des liens de collaboration entre les pays, dont au moyen de la coopération Sud-Sud et triangulaire, et elle a assuré le Conseil que le Bureau continuerait d'insister sur ces domaines. En ce qui concerne les approches multisectorielles, elle a déclaré que le Plan d'action sur la santé dans toutes les politiques, adopté en 2014,⁴ constituait une bonne feuille de route à cet égard. Le travail effectué au sein de la nouvelle Commission de haut niveau sur l'équité et les inégalités en matière de santé dans les Amériques serait également utile. Elle a fait remarquer que, dans l'année à venir, les États Membres entameraient l'élaboration d'un nouveau Programme d'action sanitaire pour les Amériques puisque la période couverte par le

⁴ Voir le document CD53/10, Rev.. 1 et la résolution CD53.R2 (2014).

programme d'action actuel prendrait fin en 2017 ; il importerait à ce titre de faire en sorte que le nouveau programme d'action soit solidement ancré sur le Programme de développement durable à l'horizon 2030 (Programme 2030).

25. Le Directeur général a fait part de sa conviction que les États Membres des Amériques accordaient une grande importance à l'équité, à la solidarité et au droit à la santé. Elle a encouragé la Région à continuer d'œuvrer en faveur de la couverture sanitaire universelle et de s'assurer que personne ne soit laissé pour compte.

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

Élection de trois États Membres au Comité exécutif au terme des mandats des Bahamas, du Costa Rica et de l'Équateur (document CD55/4)

27. Le Conseil a élu le Brésil, la Colombie et le Panama en tant que membres du Comité exécutif pour une période de trois ans et remercié les Bahamas, le Costa Rica et l'Équateur pour leurs services (résolution CD55.R4).

Questions relatives à la politique des programmes

Rapport de l'évaluation de fin de période biennale du Programme et budget 2014-2015/Premier rapport intérimaire sur le Plan stratégique de l'OPS 2014-2019 (document CD55/5)

28. Le Dr Margarita Guevara Alvarado (représentante du Comité exécutif) a indiqué que le Comité exécutif avait examiné une version préliminaire de l'évaluation de fin d'exercice biennal du programme et budget de l'OPS 2014-2015 et le premier rapport intérimaire concernant le Plan stratégique 2014-2019, pour lequel les États Membres avaient rempli une fonction essentielle grâce à l'auto-évaluation par les autorités sanitaires nationales des progrès accomplis au titre des divers indicateurs. Le Comité avait considéré que l'évaluation conjointe avait contribué à une transparence et une responsabilité accrues ainsi qu'à une gestion axée sur les résultats plus robuste, et que le rapport établissait clairement les progrès accomplis ainsi que les domaines réclamant un regain d'efforts.

29. Le Comité avait également souligné certaines parties de la méthode d'évaluation qui exigeaient un travail plus approfondi, notamment les moyens à mettre en œuvre pour régler les divergences entre le Bureau et les États Membres sur les résultats de l'évaluation. On a signalé que, si le Bureau avait eu l'occasion de valider les résultats rapportés par les États Membres, ces derniers n'avaient pas participé à l'exercice de validation des résultats rapportés par le Bureau au titre de la catégorie 6 du Plan stratégique (services institutionnels et fonctions essentielles).

30. M. Daniel Walter (directeur du Département de la planification et du budget du BSP) a présenté le rapport final en indiquant qu'il reprenait les recommandations formulées par les États Membres durant la troisième réunion du Groupe consultatif sur le Plan stratégique ainsi que celles du Comité exécutif et du Sous-comité du programme, du

budget et de l'administration. Le rapport avait marqué le point culminant d'un processus entamé plus d'un an auparavant. L'évaluation avait montré que l'Organisation était en passe d'atteindre 90 % des indicateurs de résultats intermédiaires du Plan stratégique dès 2019, les 114 indicateurs de résultats immédiats pour le programme et budget 2014-2015 étant atteints en totalité ou en partie. Cette évaluation avait également montré une amélioration des résultats financiers pour les programmes de base prévus dans le programme et budget 2014-2015, financés à 97,6 % contre 90 % en 2012-2013.

31. Le rapport avait également pointé des contraintes demeurant dans les domaines clés établis à titre prioritaire par les États Membres, dont les maladies non transmissibles et les facteurs de risque, la santé maternelle, le financement de la santé, le maintien et le renforcement des principales capacités au service des interventions lors de situations d'urgence et de crise, et les efforts visant à accroître la résilience des systèmes sanitaires. L'Organisation appliquait les enseignements tirés de l'évaluation de la mise en œuvre du programme et budget en cours. Les résultats aideraient aussi à cibler la coopération technique fournie par le Bureau aux États Membres pendant le reste de la période couverte par le Plan stratégique.

32. Pour conclure, il a indiqué que, sur la demande du Comité exécutif, le BSP avait préparé des rapports pour chaque pays au titre de l'évaluation de fin d'exercice biennal, et transmis ceux-ci à la plupart des pays par l'intermédiaire des représentants de l'OPS/OMS.

33. Le Conseil directeur a exprimé son ferme appui en faveur de l'exercice d'évaluation commun et salué les conclusions positives, tout en soulignant qu'il était nécessaire de redoubler d'efforts pour déterminer quelles étaient les contraintes et surmonter celles qui avaient entravé les progrès dans certains domaines. On a considéré que la souplesse rendue possible par l'adoption d'un budget intégré faciliterait la canalisation de ressources vers des secteurs dont le manque de progrès enregistré avait été dû à des déficits de financement. Les délégués ont considéré que l'évaluation avait certainement contribué à une augmentation de la transparence, de la responsabilité et de la gestion axée sur les résultats. Cet exercice avait aussi permis de dégager un certain nombre d'enseignements valables quant au temps nécessaire pour réaliser les évaluations au niveau national, à la nécessité de former les parties concernées, à la fonction primordiale remplie par les bureaux de représentation de l'OPS/OMS dans cet exercice et à la nécessaire promotion du dialogue intersectoriel puisqu'il était indispensable de disposer d'informations issues d'autres secteurs pour les évaluations.

34. Plusieurs délégués ont évoqué l'utilité de l'évaluation pour les autorités sanitaires nationales, l'un d'entre eux rapportant que les résultats avaient alimenté l'élaboration de la politique sanitaire nationale de son pays pour la période 2016-2025, qui avait rehaussé la complémentarité entre les échelons national et régional. Une autre déléguée a signalé que le rapport pourrait servir d'instrument pour une mobilisation du soutien en faveur des priorités programmatiques et pour une allocation stratégique des ressources. Plusieurs délégués ont indiqué que le rapport permettrait aux États Membres d'identifier tant les pratiques optimales que les domaines réclamant un regain d'efforts. On a envisagé dans

ce contexte de constituer une base de données recensant les expériences fructueuses acquises par les pays.

35. On a signalé par ailleurs que la Région avait accompli d'importants progrès pour contrer les inégalités au plan de la santé et aborder les déterminants sociaux et environnementaux de la santé, et que celle-ci avait franchi un certain nombre d'étapes cruciales et historiques en santé publique durant l'exercice biennal mais qu'en même temps, elle faisait face à plusieurs contraintes tenaces qui exigeaient un regain d'efforts, dont la lente diminution de la mortalité maternelle et le problème persistant de la violence contre les femmes. Il a été signalé à ce sujet que l'amélioration de l'état de santé des femmes et des enfants pourrait contribuer à faire progresser le développement et à réduire la pauvreté. Par ailleurs, on a souligné qu'il était nécessaire de continuer de consolider, dans le contexte du Règlement sanitaire international, des capacités de base qui soient durables.

36. On a considéré qu'il était nécessaire de perfectionner davantage la méthode régissant les évaluations, surtout au regard des différends entre le Bureau et les autorités nationales au sujet des résultats des évaluations et de la participation des États Membres à l'évaluation des activités du Bureau au titre de la catégorie 6 du Plan stratégique. On a également considéré qu'il était nécessaire que le Bureau et les États Membres intensifient les liens de collaboration et le dialogue entre eux et ce, non seulement durant la phase d'évaluation mais aussi durant la phase de planification et d'exécution du programme de travail. On a fait remarquer que le manque d'informations fiables, nécessaires pour surveiller et mesurer les progrès, ainsi que des cibles ambitieuses pour certains indicateurs, avaient expliqué en partie la non-réalisation de certains résultats et produits. Le travail effectué par le Groupe consultatif sur le Plan stratégique pour perfectionner les indicateurs et valider les cibles (voir les paragraphes 44 à 49 ci-dessous) devrait selon toute probabilité atténuer ces problèmes.

37. M. Walter a reconnu les difficultés rencontrées lorsqu'il fallait réunir le consensus autour de certains résultats communiqués mais a fait remarquer qu'un accord avait été atteint sur plus de 90 % de ceux-ci. Les divergences étaient largement attribuables aux différentes interprétations des critères employés pour les données probantes et à la disponibilité et à la qualité de ces dernières. Il a convenu qu'une amélioration supplémentaire du recueil des indicateurs faciliterait notablement l'atteinte d'un consensus lors d'évaluations futures. En ce qui concerne la réalisation de résultats, il a fait remarquer que certaines cibles pour certains résultats immédiats avaient été considérablement ambitieuses —atteignant parfois deux fois la valeur de référence—, la conséquence étant un affaiblissement des résultats dans certains cas. Toutefois, la Région était en passe d'atteindre 90 % des indicateurs de résultats pour six ans. En ce qui concerne la participation des États Membres dans l'évaluation de la catégorie 6, il a fait remarquer que certains secteurs avaient été exclus de l'évaluation conjointe puisqu'ils avaient rapport principalement avec les activités internes du Bureau. Toutefois, la participation des États Membres à l'évaluation de certains secteurs, comme le résultat immédiat lié au leadership de l'OPS dans la Région, serait d'une utilité certaine.

Le Bureau tiendrait compte de cela au moment de la planification de la prochaine évaluation de fin d'exercice biennal.

38. La Directrice a fait remarquer que l'évaluation conjointe avait fait la preuve de l'engagement du Bureau en faveur de la transparence et de la responsabilité ainsi que de sa disposition à assurer le plein engagement des États Membres dans la planification et l'évaluation du travail de l'Organisation. L'évaluation avait permis de déterminer notamment que les pays avaient parfois tendance à sous-estimer leurs réalisations, parfois par crainte de recevoir moins de soutien s'ils rapportaient que la cible d'un indicateur avait été pleinement atteinte. Elle a rassuré les délégués que tel ne serait pas le cas.

39. Le Bureau a fait sienne la préoccupation des États Membres quant à la diminution décevante des taux de mortalité maternelle et avait lancé une initiative spéciale consistant à dépêcher plus de personnels et affecter davantage de ressources à certains pays tout en intensifiant le travail du Centre latino-américain de périnatalogie, santé de la femme et santé reproductive (CLAP/WR). Le Bureau avait également dépêché des personnels au niveau infrarégional pour se consacrer aux maladies non transmissibles, un autre domaine faisant l'objet de fortes préoccupations de la part des pays de la Région. Il s'était lancé sur une initiative visant à améliorer les systèmes d'information de santé, qui constituait un besoin souvent évoqué lors de réunions des Organes directeurs, et avait augmenté le nombre et la fréquence des évaluations de ses programmes de coopération technique afin d'en améliorer les résultats. Elle a fait remarquer toutefois que les efforts du Bureau devaient être enrichis par des investissements au niveau national afin de réussir dans des domaines comme la réduction de la mortalité maternelle et la prévention ainsi que la lutte contre les maladies non transmissibles.

40. Le Conseil directeur a pris note du rapport.

Évaluation intérimaire de la mise en œuvre de la politique budgétaire de l'OPS (document CD55/6)

41. Le Dr Margarita Guevara Alvarado (représentante du Comité exécutif) a signalé que le Comité exécutif avait été informé que selon une évaluation intérimaire de la mise en œuvre de la politique budgétaire qui avait été adoptée en 2012, la politique en question avait permis d'assurer effectivement pour tous les pays un financement de base adéquat et la capacité de maintenir une présence minimale de l'OPS, ainsi que le maintien des crédits budgétaires inscrits en faveur des pays clés. Le Comité avait également été informé que la politique avait produit les effets désirés sans aucune incidence défavorable imprévue, susceptible d'entraîner des ajustements avant l'évaluation approfondie prévue pour la fin de l'exercice biennal de 2016-2017. Par conséquent, le Bureau ne voyait aucune raison d'opérer quelque changement que ce soit dans la politique avant la fin de l'exercice biennal. Le Comité avait entériné les recommandations du Bureau voulant qu'aucun changement ne soit effectué au niveau de la politique avant l'évaluation de fin d'exercice biennal.

42. Dans la discussion qui a suivi, on a salué la souplesse dont a fait preuve le Bureau pour répondre aux besoins des pays en transférant les ressources du niveau régional au niveau national et on a exprimé un soutien vis-à-vis de la recommandation de maintenir la politique jusqu'à l'évaluation de fin d'exercice biennal.

43. Le Conseil directeur a pris note du rapport.

Méthodologie du cadre de stratification des priorités programmatiques du Plan stratégique de l'OPS (document CD55/7)

44. Le Dr Margarita Guevara Alvarado (représentante du Comité exécutif) a signalé que le Comité exécutif avait examiné un rapport sur la méthode Hanlon pour la hiérarchisation des priorités, adaptée par l'OPS, qui avait été préparé conjointement par le Bureau et le Groupe consultatif sur le Plan stratégique, soit un groupe de 12 États Membres. Le Comité avait salué les améliorations apportées à la méthode Hanlon, en particulier l'ajout d'un facteur d'iniquité, qui prenait en compte les inégalités évitables dans la survenue de maladies et l'accès aux programmes de santé, ainsi qu'un facteur de positionnement, qui établissait une note pour la mesure dans laquelle l'OPS était en position particulièrement avantageuse pour apporter de la valeur ajoutée dans un secteur programmatique donné. Le Comité avait considéré que la méthode rendrait l'allocation de ressources plus efficiente, davantage orientée vers les besoins et les priorités et plus équitable.

45. Le projet de résolution soumis au Comité aux fins d'examen avait appelé à une promotion de la méthode à titre de pratique optimale. Toutefois, si l'utilité potentielle de la méthode au niveau national avait été reconnue, certains délégués avaient considéré qu'il fallait la mettre encore à l'épreuve avant de pouvoir la déclarer une pratique optimale que les États Membres devraient adopter et utiliser. Ainsi, il avait été proposé de remplacer l'expression « pratique optimale » dans la résolution par l'expression « instrument utile » et de faire en sorte que la résolution invite les États Membres à envisager d'y recourir au lieu d'en encourager l'utilisation au niveau national.

46. Durant la discussion tenue par le Comité exécutif sur cette question, les délégués ont exprimé leur appui en faveur de la méthode et du projet de résolution y afférent, en rendant hommage au travail réalisé par le Groupe consultatif sur le Plan stratégique, et en remerciant le Mexique, l'Équateur et le Canada pour leur leadership. La méthode a été considérée comme un instrument utile permettant d'établir les priorités de manière objective et d'accroître la transparence, l'efficacité, la planification stratégique ainsi que la mobilisation et l'affectation des ressources. Les délégués ont convenu que l'exercice de hiérarchisation était d'importance cruciale, surtout en raison de la limitation des ressources. L'importance d'inclure des éléments qualitatifs aussi bien que quantitatifs dans l'analyse des priorités de santé publique a été soulignée. Plusieurs intervenants ont indiqué que leurs gouvernements respectifs avaient déjà commencé à utiliser la méthode au niveau national pour planifier l'exercice biennal 2018-2019. On a souligné par ailleurs la nécessité d'augmenter la formation des personnels des pays à l'utilisation de la méthode.

47. M. Daniel Walter (directeur du Département de la planification et du budget du BSP) a signalé qu'à la suite de demandes formulées par certains États Membres durant la session du Comité exécutif de juin 2016, le Bureau avait tenu des consultations avec les autorités sanitaires de neuf pays au sujet de la stratification des priorités programmatiques en employant la méthode Hanlon perfectionnée, adaptée par l'OPS. Les réactions à ces consultations avaient été favorables. En cas d'approbation de la méthode par le Conseil directeur, celle-ci serait alors utilisée dans tous les pays et territoires de la Région dans le contexte du processus d'élaboration du projet de programme et budget 2018-2019 selon l'approche du bas vers le haut. Il a également fait remarquer que les personnels du Secrétariat de l'OMS avaient participé à certaines des consultations et que l'OMS avait désormais inscrit la méthode dans ses directives de stratégie de coopération avec les pays.

48. La Directrice a remercié les États Membres qui avaient participé au Groupe consultatif sur le Plan stratégique et exprimé sa reconnaissance en particulier à l'expert technique du Canada pour son importante contribution. Elle s'est déclarée confiante du fait qu'en acquérant peu à peu de l'expérience dans l'utilisation de la méthode, le Bureau et les États Membres seraient en mesure de la considérer comme une pratique optimale.

49. Le Conseil a adopté la résolution CD55.R2 portant approbation de la méthode et exhortant les États Membres à envisager de l'adopter, de l'adapter et de l'utiliser au niveau national.

Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques (document CD55/8, Rev. 1)

50. Le Dr Margarita Guevara Alvarado (représentante du Comité exécutif) a signalé que le Comité avait été informé que pour honorer l'engagement souscrit par la Région en faveur de la mise en œuvre du Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques dans les Amériques, le Bureau comptait préparer un document de travail établissant les modifications de terminologie et d'autre nature qui seraient nécessaires pour que le Cadre soit en mesure d'être adopté par l'OPS, sans toutefois modifier l'essence du Cadre de collaboration adopté par la Soixante-neuvième Assemblée mondiale de la Santé. Le Comité avait reconnu qu'en raison d'un statut juridique faisant de l'OPS une organisation distincte, le Cadre de collaboration devait être adopté par son Conseil directeur. Pour faciliter cette démarche, il avait été proposé d'organiser des consultations avant l'ouverture de la session du Conseil de sorte à permettre aux États Membres d'examiner le document de travail et d'en discuter ainsi que le projet de résolution qui devait être préparé par le Bureau.

51. Le Dr Heidi Jiménez (conseillère juridique du BSP) a déclaré que le Bureau avait organisé une consultation avec les États Membres comme l'avait demandé le Comité exécutif afin de discuter du document de travail et du projet de résolution. La plupart des États Membres y avaient participé, soit personnellement soit par l'intermédiaire d'une plateforme de conférence sur le Web. Le projet de résolution faisant l'objet du document CD55/8, Rev. 1 soulignait l'engagement de l'OPS de mettre en œuvre le Cadre de manière à respecter le cadre constitutionnel et juridique de l'Organisation ; il demandait que celui-ci soit mis en œuvre en coordination avec le Secrétariat de l'OMS pour en

assurer l'exécution cohérente et constante à tous les niveaux de l'OPS et de l'OMS ; il établissait un mécanisme de présentation de rapports par l'intermédiaire du Comité exécutif de l'OPS et prévoyait une communication de toutes les informations importantes avec l'OMS ; enfin, il proposait que le Cadre de collaboration remplace les Directives de 2005 de l'OPS sur la collaboration avec les entreprises commerciales et les *Principes régissant les relations entre l'OPS et les organisations non gouvernementales*.

52. Le Conseil directeur a accueilli favorablement l'adoption du Cadre de collaboration et exprimé son soutien à l'égard de sa mise en œuvre au sein de l'OPS comme prévu dans le projet de résolution. De nombreux intervenants ont déclaré que l'adoption du Cadre permettrait de resserrer les liens de collaboration avec les acteurs non étatiques sur la base de règles claires, qui assureraient la transparence, la responsabilité et la bonne gouvernance, qui préviendraient les conflits d'intérêts et préserveraient l'intégrité, la crédibilité et la réputation de l'Organisation et de ses États Membres. On a souligné que tout travail entrepris avec les acteurs non étatiques devrait contribuer à l'avancement des objectifs établis en matière de santé publique, dont ceux énoncés dans le Programme 2030. On a demandé au Bureau de préciser comment l'OPS participerait au registre des acteurs non étatiques.

53. Les délégués ont considéré que le projet de résolution donnerait au Bureau la souplesse voulue pour qu'il mette en œuvre le Cadre d'une manière qui soit compatible avec la Constitution de l'OPS et son statut juridique d'organisation indépendante. On a exprimé la nécessité de maintenir un dialogue entre le Bureau et le Secrétariat de l'OMS afin que le Cadre soit exécuté avec constance et fait état d'un soutien en faveur d'un mode d'exécution s'inspirant de l'approche « Une OMS ». Le mécanisme de présentation de rapports envisagé dans la résolution a été accueilli favorablement. On a préconisé cependant que les rapports préparés à l'intention du Comité exécutif comprennent une analyse de risque. On a également exprimé un soutien à la réalisation d'exams du Cadre à l'avenir pour déterminer les ajustements à effectuer en la matière.

54. Les délégués ont remercié l'Argentine pour avoir mené les négociations intergouvernementales sur le Cadre de collaboration et exprimé leur reconnaissance au Bureau pour ses conseils et pour l'appui fourni aux États Membres lors du processus de négociation.

55. Les représentants de plusieurs organisations non gouvernementales ont exprimé leur appui en faveur de l'adoption du Cadre de collaboration tout en faisant état de leur souhait qu'il ne crée pas un fardeau inutile pour la collaboration entre l'OPS et l'OMS d'une part et les acteurs non étatiques d'autre part.

56. Le Dr Jiménez a également remercié l'Argentine et exprimé sa reconnaissance à tous les États Membres des Amériques pour leur participation active durant le long processus de négociation du Cadre de collaboration. En ce qui concerne la participation de l'OPS au registre des acteurs non étatiques, elle a fait remarquer que le registre en était encore au stade pilote et qu'il restait de nombreux détails à régler ; elle a par ailleurs assuré le Comité que le Bureau collaborait étroitement avec le Secrétariat de l'OMS pour

mettre en place le registre. Quant à inclure une analyse de risque dans les rapports établis à l'intention du Comité exécutif, elle a signalé que le document contenant le Cadre de collaboration⁵ prévoyait que non seulement l'information serait mise à la disposition du grand public mais que les États Membres pourraient également consulter une plateforme électronique et sécurisée qui contiendrait des données sur chacun des acteurs non étatiques relativement aux vérifications d'usage et à l'évaluation du risque. Elle a expliqué que, pour protéger l'Organisation, on pourrait envisager d'effectuer l'analyse de risque et d'établir les rapports par le biais de la plateforme sécurisée et non au moyen des rapports soumis aux Organes directeurs, qui seraient mis à la disposition du public sur le site Web de l'OPS.

57. La Directrice, tout en constatant que l'OPS adoptait depuis longtemps une démarche de prudence et de discernement dans son travail avec les entités non étatiques, a affirmé que le Bureau était pleinement engagé en faveur d'une mise en œuvre du Cadre de collaboration dans les Amériques et comptait travailler de près avec le Secrétariat de l'OMS à cet effet. Elle a aussi remercié l'Argentine pour avoir dirigé le processus de négociation et exprimé sa reconnaissance aux États Membres de la Région pour avoir reconnu la nécessité de mettre en œuvre le Cadre de collaboration conformément au cadre juridique et constitutionnel de l'OPS.

58. Après avoir inscrit certains amendements, qui avaient été proposés pour simplifier et préciser une partie du texte du projet de résolution contenu dans le document CD55/8, Rev. 1, le Conseil directeur a adopté la résolution CD55.R3 portant adoption du Cadre de collaboration.

Résilience des systèmes de santé (document CD55/9)

59. Le Dr Margarita Guevara Alvarado (représentante du Comité exécutif) a signalé que le Comité exécutif avait examiné une version antérieure du document de politique sur la résilience des systèmes de santé. Le Comité avait affirmé l'importance de la résilience, en particulier dans le contexte des flambées de maladies et des catastrophes naturelles survenues récemment, et aussi à la lumière des engagements établis dans le contexte des objectifs de développement durable. La plupart des délégués avait exprimé leur soutien envers le document de politique mais une déléguée avait remis en cause sa valeur ajoutée, car plusieurs initiatives en cours fournissaient déjà un cadre normatif solide pour le renforcement des systèmes de santé. Un autre délégué avait signalé que cela traduisait une focalisation sur une approche de risque et souligné qu'il était nécessaire de se concentrer sur les facteurs qui amélioreraient l'état de préparation et la capacité de riposte des systèmes de santé tout en leur permettant de résister aux pressions ou aux situations défavorables.

60. Il avait été signalé que le projet de résolution soumis au Comité aux fins d'examen aurait demandé au Conseil directeur d'approuver la politique, et il avait été préconisé que les Organes directeurs n'approuvent pas, par principe, des documents de

⁵ Annexe de la résolution WHA69.10 de l'Assemblée mondiale de la Santé.

politique générale et de réserver ce procédé de ratification aux documents ayant fait l'objet de discussions et de négociations préalables entre les États Membres avant qu'ils ne soient soumis aux Organes directeurs. Le projet de résolution avait été amendé en conséquence.

61. Le Conseil directeur a accueilli favorablement les efforts déployés par le Bureau pour promouvoir le renforcement et la résilience des systèmes de santé et exprimé son soutien au document de politique et au projet de résolution, qui contiendraient des éléments d'orientation utiles aux États Membres dans le contexte du renforcement de leurs systèmes de santé et feraient en sorte que ces États disposent des capacités leur permettant d'une part de soutenir leurs activités courantes et d'autre part de réagir face aux situations de crise. Les délégués ont affirmé l'importance de la résilience, en particulier dans le contexte des récentes flambées de maladies, et exprimé leur accord avec la définition énoncée dans le document quant aux systèmes de santé résilients. Ils ont également reconnu que la résilience des systèmes de santé était primordiale pour atteindre la couverture sanitaire universelle et noté qu'il était nécessaire de maintenir une collaboration multisectorielle ainsi que des investissements sur le long terme au profit de systèmes résilients. En ce qui a trait au texte du document, on a salué le fait qu'il énonce l'importance d'adopter une approche axée sur la société tout entière tout en exprimant le vœu que le document mette davantage l'accent sur la nécessité de faire en sorte que les populations soient disposées à collaborer avec les autorités sanitaires pour combattre les menaces à la santé publique.

62. Les délégués ont décrit les activités entreprises par leurs pays pour dynamiser leurs systèmes sanitaires ainsi que de nombreux facteurs qui contribueraient à la résilience des systèmes de santé, dont le renforcement des fonctions essentielles de santé publique ainsi que la mise en œuvre des principales capacités décrites dans le Règlement sanitaire international. On a signalé que, bien que le Règlement soit souvent assimilé à une riposte d'urgence, ses dispositions énonçaient les piliers nécessaires pour construire une base solide aboutissant à des systèmes de santé résilients. On a souligné qu'il importait de renforcer des réseaux intégrés de services de santé à l'intérieur des pays et d'organiser des réseaux entre les pays qui se spécialiseraient dans la santé dans les régions frontalières. On a également insisté sur la nécessité de disposer de systèmes efficaces d'information sanitaire et de surveillance épidémiologique pour faciliter une prise de décisions et une riposte opportunes. On a considéré qu'il était indispensable de disposer de systèmes d'enregistrement de l'état civil et de statistiques démographiques qui soient fiables pour que la population tout entière ait accès aux services de santé.

63. Les retards enregistrés dans le transfert des échantillons de laboratoire et la réception des résultats ont été évoqués comme autant d'entraves à une réactivité des systèmes de santé, et on a souligné qu'il était nécessaire d'utiliser des technologies innovantes ainsi que des tests diagnostiques dans les centres de soins de santé. D'autres obstacles ont été cités, dont le sous-financement chronique des systèmes de santé et les pénuries de personnels de santé. On a considéré que l'investissement dans des ressources humaines compétentes et la répartition équitable de celles-ci étaient d'importance primordiale. À ce sujet, les États Membres ont été encouragés à mettre en œuvre les

recommandations formulées par la Commission de haut niveau des Nations Unies sur l'emploi dans le secteur de la santé et la croissance économique.⁶ On a signalé qu'il était nécessaire d'adjoindre les systèmes de santé nationaux robustes de dirigeants solides aux plans régional et mondial afin d'assurer des ripostes coordonnées face aux situations d'urgence sanitaire, et le BSP a été encouragé à continuer de travailler avec le Secrétariat de l'OMS sur la mise en œuvre du nouveau Programme de gestion des situations d'urgence sanitaire de l'OMS. On a également demandé d'utiliser les activités de plaidoyer de ce dernier pour encourager les gouvernements à affecter des budgets spéciaux à l'appui de la résilience des systèmes de santé dans les situations d'urgence ou au lendemain de catastrophes.

64. Un représentant de l'Alliance internationale des organisations de patients a exprimé sa préoccupation quant au grand nombre de patients dans la Région encore vulnérables en raison de l'absence de systèmes de santé résilients et a exhorté les États Membres à adopter le projet de résolution.

65. Le Dr James Fitzgerald (directeur du Département des systèmes et services de santé du BSP) a expliqué que le document de politique avait pour objet de présenter un concept de la résilience et d'intégrer celui-ci aux approches mises en place par les États Membres pour contrer des situations qui présentaient de multiples dangers, mais aussi d'assurer une riposte face à des menaces plus soutenues, dont la charge de plus en plus lourde exercée par les maladies non transmissibles. Les États Membres avaient constaté avec raison que pour avoir des systèmes de santé résilients, il faudrait faire des investissements. Le chiffre des dépenses publiques de santé dans la Région variait considérablement, mais la moyenne, soit 4,7 % du produit intérieur brut, demeurait bien inférieure à l'étalon fixé par les États Membres dans la résolution sur l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle.⁷

66. Il a déclaré qu'il pensait lui aussi que la participation communautaire était primordiale pour les stratégies de réduction du risque et les démarches multisectorielles nécessaires afin de solidifier la résilience des systèmes de santé et édifier des sociétés résilientes. Cela était aussi fondamental pour parvenir à une couverture sanitaire universelle. En ce qui concerne les réseaux intégrés de services de santé, il a fait remarquer que la Stratégie pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle, qui était au cœur du document de politique, soulignait qu'il était nécessaire d'accroître progressivement l'accès à des soins intégrés complets et de qualité, sur la base du principe des soins de santé primaires et par une intégration aux services de santé. Il a également annoncé que l'OPS organiserait un forum de haut niveau sur la résilience des systèmes de santé lors du quatrième Colloque mondial pour la recherche sur les systèmes de santé, qui devrait se dérouler au Canada en novembre 2016.

67. La Directrice a rappelé qu'un grand nombre de personnes avaient exprimé la nécessité de disposer de systèmes de santé résilients au lendemain de la flambée de

⁶ Disponible sur : <http://www.who.int/hrh/com-heeg/reports/report-groupe-experts/fr/>

⁷ Résolution CD53.R14 (2014).

maladie à virus Ebola survenue en 2014 en Afrique, mais que personne n'avait élaboré un concept de ce qui constituait effectivement un système de santé résilient. Le Bureau avait tenté de le faire en s'appuyant sur des discussions antérieures et des résolutions adoptées par les Organes directeurs, particulièrement sur les questions d'accès universel à la santé et de couverture sanitaire universelle, sur le Règlement sanitaire international, sur les fonctions essentielles de la santé publique et sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques. Un système de santé résilient n'était pas construit avec pour seul objectif de riposter aux situations d'urgence : c'était un système en mesure d'assurer effectivement et chaque jour un accès à des services de prévention des maladies aussi bien qu'à des services de soins et de promotion de la santé qui soient de qualité et répondent aux besoins de la population, à un prix abordable pour le pays et ses habitants. Comme indiqué lors des discussions, les composantes-clés d'un système de santé résilient étaient des systèmes robustes d'information et de surveillance sanitaire aussi bien que des travaux de recherche sur les systèmes de santé et des évaluations de résultats. Le Bureau continuerait de travailler pour aider les États Membres à mettre en place tous les éléments nécessaires pour garantir la résilience de leurs systèmes de santé.

68. Après avoir inscrit plusieurs amendements pour illustrer les déclarations formulées lors des discussions, le Conseil directeur a adopté la résolution CD55.R8 à l'appui de la politique sur la résilience des systèmes de santé.

Accès aux médicaments et autres technologies de la santé stratégiques et à coûts élevés et leur usage rationnel (document CD55/10, Rev. 1)

69. Le Dr Margarita Guevara Alvarado (représentante du Comité exécutif) a signalé que le Comité exécutif avait examiné une version antérieure du document de politique sur cette question, qui présentait un aperçu du problème multidimensionnel que constituait l'accès aux médicaments et autres technologies de la santé à coûts élevés et proposait des choix de politiques permettant éventuellement d'assurer un accès élargi et viable à ces produits. Le Comité avait accueilli favorablement l'approche intégrée qui avait caractérisé le document de politique. Un consensus avait été atteint sur de nombreux aspects du document, dont l'importance des processus décisionnels fondés sur des données probantes, la prescription rationnelle, le recours à des évaluations des technologies de la santé et d'autres mesures au moment d'envisager les coûts des médicaments, enfin, une concentration sur la qualité, la sécurité et l'efficacité des médicaments. Toutefois, on avait préconisé que le document soit enrichi par des travaux supplémentaires pour en préciser les objectifs et la portée.

70. Un certain nombre de délégués avaient fait part de leur grande inquiétude à l'égard de l'industrie pharmaceutique et de ses pratiques. Il avait été suggéré que la Directrice soit priée d'élaborer un cadre de déontologie régissant la commercialisation des médicaments ainsi qu'un code de conduite qui servirait d'encadrement de la conduite des agents de l'industrie pharmaceutique par rapport à la commercialisation. Un consensus avait été atteint quant à la nécessité d'entreprendre des négociations collectives sur les prix des produits stratégiques. L'importance de stimuler la production locale des médicaments avait aussi été soulignée. Les pays avaient été encouragés à tirer parti de la

souplesse bénéficiant à la santé publique aux termes de l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (ADPIC).

71. Compte tenu du nombre de commentaires formulés sur le document de politique et des changements proposés quant au projet de résolution, le Comité avait décidé de constituer un groupe de travail chargé de réviser le projet de résolution, lequel avait été par la suite adopté sous le titre de résolution CE158.R16. Il avait été décidé que les consultations se tiendraient avant le 55^e Conseil directeur pour s'accorder sur les révisions devant être apportées au document de politique.

72. Le Dr James Fitzgerald (directeur du Département des systèmes et services de santé du BSP) a présenté le document de politique révisé (document CD55/10), en signalant que plusieurs paragraphes réclamaient des discussions approfondies entre les États Membres puisque des contre-propositions sur la gestion des droits de propriété intellectuelle avaient été formulées. Il a fait remarquer que l'accès aux médicaments et technologies à coût élevé constituait une difficulté particulière pour les systèmes de santé qui s'efforçaient de parvenir à l'accès universel à la santé et à la couverture sanitaire universelle. L'élargissement de l'accès aux médicaments et technologies de la santé à coûts élevés pourrait sauver la vie d'un plus grand nombre et aboutir à des améliorations considérables dans la qualité de vie. Toutefois, le coût de ces produits pourrait éventuellement accroître le risque de difficultés financières, occasionner des dépenses catastrophiques pour les patients et poser un défi pour la pérennité des systèmes de santé. Parmi les nombreuses difficultés à surmonter figuraient les processus décisionnels lacunaires pour l'emploi de nouveaux produits dans les systèmes de santé, la faiblesse des systèmes de réglementation devant soutenir l'introduction de médicaments et le manque de transparence dans les dépenses de recherche-développement. Le document de politique et le projet de résolution énonçaient une approche globale destinée à aider les États Membres à surmonter ces défis.

73. Le Conseil directeur a accueilli favorablement le document et félicité le Bureau pour l'appui fourni aux États Membres dans leurs négociations sur le texte. Les délégués ont convenu du fait que l'évaluation, la sélection, l'adoption et l'utilisation des médicaments et autres technologies de la santé devaient reposer sur des priorités en matière de santé et être subordonnées à une évaluation rigoureuse fondée sur les meilleures données probantes disponibles en sus de considérations sociales et culturelles et de considérations d'éthique et d'équité. Les délégués ont également fait remarquer que les découvertes de la science biomédicale et l'élaboration de nouveaux médicaments exerçaient une pression croissante sur les budgets de santé nationaux et que ces innovations bénéficiaient considérablement aux patients mais s'accompagnaient souvent de prix élevés, qui s'ajoutaient aux décisions difficiles incombant aux systèmes de santé concernant le choix des produits à ajouter. Les médicaments et technologies de la santé à prix élevés portaient atteinte également à la viabilité des systèmes de santé. Le consensus était que l'accès équitable à ces produits était une condition nécessaire pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle et que leur prix élevé constituait un obstacle quant à l'accès.

74. Des délégués ont évoqué différents moyens de diminuer les prix, dont une gestion de la chaîne d'approvisionnement et le recours à des listes de médicaments essentiels, la prescription rationnelle, l'utilisation de produits génériques, les achats groupés au moyen du Fonds stratégique et du Fonds renouvelable de l'OPS, sans oublier le transfert de technologie afin de favoriser la production au niveau local. On a considéré par ailleurs que l'évaluation des technologies de la santé et des médicaments pour en assurer l'efficacité constituait un autre moyen de diminuer les prix et de permettre aux États Membres de déterminer si un produit valait son prix. On a encouragé un recours global à la flexibilité offerte par l'ADPIC. Un délégué a rapporté que son gouvernement était sur le point de publier le résultat d'un examen de l'accélération de l'accès, qui devrait contenir une série de recommandations pour accélérer l'accès à de nouveaux médicaments à potentiel transformateur. Il a déclaré que le rapport pourrait éventuellement contribuer à alimenter un travail futur en rapport avec le document de politique de l'OPS.

75. Les délégués ont fait remarquer qu'il était nécessaire de renforcer les capacités institutionnelles et les processus décisionnels à base factuelle en rapport avec l'intégration des médicaments et technologies de la santé à prix élevé. On a considéré à cet égard qu'il était essentiel de disposer de systèmes d'information robustes, impartiaux et transparents. Le Bureau a été appelé à diffuser activement les recommandations issues du Groupe de haut niveau sur l'accès aux médicaments et d'user de son influence, conjointement avec celle d'autres organes des Nations Unies, pour encourager l'adoption de ces recommandations, de celles contenues dans le document de politique de l'OPS et de celles figurant dans la résolution d'accompagnement.

76. L'industrie pharmaceutique a été au centre des discussions au sein du Conseil. Tout en soulignant le fait que les médicaments n'étaient pas des biens courants et que la santé publique devrait l'emporter sur les intérêts commerciaux, de nombreux délégués ont émis des critiques à l'endroit des pratiques de ce secteur, dont la publicité mensongère, les pratiques monopolistiques, le manque de transparence dans l'établissement des prix et la perpétuation inappropriée de l'exclusivité offerte par les brevets. Dans le même temps, plusieurs délégués ont souligné l'importance de la protection des droits de propriété intellectuelle et de la promotion du dialogue et de la collaboration avec cette industrie afin d'encourager l'innovation.

77. Des représentants de deux organisations non gouvernementales représentant l'industrie pharmaceutique ont fait des déclarations dans le sens des avantages offerts par la concurrence et de la disposition de l'industrie à collaborer avec l'OPS sur des approches intégrées afin de surmonter les obstacles en matière d'accès. L'un de ces représentants a averti que les achats groupés pourraient avoir des incidences défavorables en décourageant l'innovation, en augmentant les prix et en créant de l'instabilité. En réponse à cela, une déléguée a fait remarquer que bien que les achats groupés présentent un risque pour le profit dégagé par l'industrie pharmaceutique, ils n'en constituaient aucun pour l'accès, l'innovation ou l'approvisionnement. Elle a ajouté que son pays avait

économisé quelque \$200 millions⁸ grâce à un mécanisme d'approvisionnement commun. Un autre délégué a rapporté que son gouvernement avait demandé à l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) de mener une évaluation sur la viabilité des dépenses pharmaceutiques à moyen terme et sur les risques de santé qui pourraient résulter de perturbations dans l'accès à l'innovation. Plusieurs pays avaient déjà exprimé un intérêt à participer à cet exercice.

78. On a constaté que trois paragraphes du document, en rapport avec la propriété intellectuelle et les médicaments génériques, n'avaient pas encore été rédigés dans leur version définitive. Plusieurs délégués ont proposé d'apporter d'autres changements, dont un en rapport avec le phénomène de « judiciarisation de la santé », évoqué au paragraphe 20, et un autre, en rapport avec l'élimination des paiements directs, au paragraphe 24. En ce qui concerne ce dernier changement, un délégué a signalé que, dans son pays, les paiements directs versés par les personnes riches étaient utilisés pour subventionner les soins de santé pour les pauvres. Plusieurs délégués ont demandé que les négociations au sein du groupe de travail se poursuivent afin de parvenir à un consensus.

79. Après les négociations, le Dr Fitzgerald a résumé les décisions prises en ce qui concerne le projet de résolution et le document de politique, y compris les changements ayant trait aux politiques en matière de propriété intellectuelle, aux brevets et à l'introduction opportune de produits sur le marché. Des changements avaient aussi été opérés dans le paragraphe sur la « judiciarisation », un terme que l'on a remplacé par l'expression « action en justice ». Des termes empruntés à la Stratégie pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle avaient aussi été ajoutés.

80. Le délégué des États-Unis d'Amérique a indiqué que le processus de négociation avait été édifiant, qui avait permis aux délégués de tirer des enseignements sur les expériences acquises dans les autres pays, en signalant que le problème commun était l'accès aux médicaments. Il a indiqué avoir été surpris d'apprendre par exemple que dans de nombreux pays, les produits génériques ne représentaient que 7 % du marché environ. Il a expliqué qu'inversement, dans son pays —qui s'était efforcé de promouvoir l'accès aussi bien que de préserver le système d'innovations, ce qui en faisait l'un des plus ardents défenseurs des droits de propriété intellectuelle—, les génériques représentaient 88 % du marché des produits pharmaceutiques.

81. Le Conseil directeur a accepté le document de politique révisé (document CD55/10, Rev. 1) et adopté la résolution CD55.R12.

La Santé des migrants (document CD55/11, Rev. 1)

82. Le Dr Margarita Guevara Alvarado (représentante du Comité exécutif) a rapporté que le Comité avait examiné une version antérieure du document de politique sur la santé des migrants, qui présentait une analyse de la situation actuelle des migrants dans les Amériques sur le plan de la santé, et qui, faisant fond sur des résolutions récentes de

⁸ Sauf stipulation contraire, toutes les valeurs monétaires dans le présent rapport sont exprimées en dollars des États-Unis.

l'OPS, énonçait une série de choix de politiques à l'intention des États Membres pour que ceux-ci puissent aborder les besoins des populations migrantes en matière de santé. Le Comité avait accueilli favorablement le document de politique et exprimé son soutien aux domaines de politique qui y figuraient bien que certains délégués aient demandé des informations supplémentaires sur les moyens de traduire les priorités par des actes. Plusieurs délégués avaient constaté le lien entre le droit des migrants aux soins de santé et le droit à la santé. Toutefois, d'autres délégués avaient signalé que tous les pays ne reconnaissaient pas un droit à la santé qui bénéficierait d'une protection juridique et demandé que tant le document que le projet de résolution soient modifiés pour refléter cet état de fait.

83. On avait fait remarquer que le projet de résolution recommandait que le Conseil directeur adopte le document de politique et suggéré que le document soit accueilli favorablement et non pas « adopté » car ce dernier terme avait des incidences juridiques qui poseraient des entraves à tout changement à l'avenir. On avait aussi proposé que la résolution demande à la Directrice de créer un répertoire d'informations recueillant les données d'expériences fructueuses en matière de santé des migrants afin de faciliter la coopération et l'échange de données d'expériences entre les États Membres.

84. Le Conseil directeur a également accueilli favorablement le document de politique et reconnu que chacun des États Membres de la Région était concerné par la migration, que ce soit en qualité de pays d'origine, de transit, d'accueil ou de retour. Les délégués ont remercié le Bureau pour avoir attiré l'attention sur cette question et pour avoir œuvré de concert avec d'autres partenaires internationaux comme le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés, l'Organisation internationale pour les migrations et l'Organisation des États Américains, et ont déclaré que l'OPS avait une fonction primordiale à exercer pour promouvoir l'inclusion de la santé des migrants dans les plans et programmes de santé aux niveaux national et régional. On a reconnu que la santé des migrants était une question relevant tant des droits de l'homme que de la santé publique, et il y a eu un consensus autour de l'importance de fournir des soins de santé aux migrants, que ce soit des migrants économiques ou des réfugiés, afin de préserver tant leur santé que celle des populations locales. Les délégués ont exprimé qu'il existait un impératif d'ordre moral quant à fournir des services de santé équitables et culturellement appropriés, sans discrimination à l'endroit des migrants, des réfugiés et d'autres populations vulnérables et mobiles, en conformité avec les objectifs de développement durable, tout en soulignant la nécessité d'observer une approche globale et de prendre en compte les déterminants sociaux de la santé.

85. Les délégués ont décrit les activités menées par leurs systèmes de santé pour promouvoir la santé des migrants, dont une surveillance accrue des maladies transmissibles et la prestation de soins cliniques et de services de soutien psychosocial ainsi que la réalisation d'activités de prévention sensibles à la situation des migrants. Certains délégués ont rapporté que, dans leur pays, les migrants les plus démunis, quelle que soit leur situation au regard des autorités d'immigration, étaient couverts par l'assurance maladie et avaient accès aux soins de santé de base et d'urgence. Les femmes enceintes, les enfants et les personnes handicapées étaient considérés comme des

populations prioritaires. Plusieurs délégués ont déclaré que les migrants craignaient souvent de réclamer des soins auprès des centres de santé de l'État et signalé que les organisations de la société civile fournissaient souvent des soins de santé aux migrants séjournant dans leur pays.

86. Plusieurs délégués ont rapporté que la migration irrégulière avait un effet accablant sur leurs systèmes et budgets de santé et qu'elle menaçait la viabilité de leurs systèmes de santé, tout en soulignant le fait qu'ils avaient besoin d'un soutien financier supplémentaire. Plusieurs délégués ont souligné l'importance d'adopter une approche de coopération régionale, évoquant ainsi la nécessité d'entretenir des liens de coopération et de coordination, de conclure des accords multilatéraux et d'aborder la question de santé dans les zones frontalières ainsi que la surveillance dans ces zones. D'autres délégués ont déclaré qu'il était nécessaire que les pays passent des accords pour fournir des services de santé itinérants ou réciproques. Plusieurs délégués ont également mis l'accent sur la nécessité de mener des travaux de recherche sur les causes profondes de la migration.

87. On a signalé que le monde faisait face à la plus grave crise de réfugiés depuis la Deuxième guerre mondiale. Une déléguée a salué l'engagement des États Membres des Nations Unies qui s'étaient réunis récemment à l'occasion de la réunion plénière de haut niveau de l'Assemblée générale sur la gestion des déplacements massifs de réfugiés et de migrants et avaient réaffirmé leur responsabilité commune de gérer cette crise. Plusieurs délégués ont fait état des contributions favorables des migrants dans les sociétés d'accueil.

88. D'autres ont proposé que l'on introduise certains changements dans le document et la résolution, dont un libellé qui donnerait une certaine latitude aux États Membres dans lesquels différents échelons du gouvernement assumaient les responsabilités en matière de couverture de soins de santé et qui indiquerait que la protection du droit à la santé n'était pas légalement reconnue dans tous les pays.

89. Le Dr James Fitzgerald (directeur du Département des systèmes et services de santé du BSP) a remercié les États Membres pour avoir fait part de leurs expériences acquises, et fait remarquer que le document de politique était convenablement aligné sur les commentaires formulés par les délégués en ce qui concernait la protection et la promotion de la santé des migrants sur la base des principes énonçant le droit de jouir du meilleur état de santé et de bénéficier du plus haut degré d'équité et de solidarité. Il a déclaré que, selon lui, au regard de la Stratégie pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle, les observations sur la coresponsabilité en matière de protection et de promotion de la santé et de prestation de services sanitaires étaient extrêmement pertinentes. Il a ajouté que si l'arrivée d'un grand nombre de migrants posait éventuellement une menace pour la viabilité des systèmes de santé, la question de santé des migrants était étroitement liée à celle de la résilience des systèmes de santé (voir les paragraphes 59 à 68 ci-dessus).

90. La Directrice a déclaré que la santé des migrants était sans aucun doute une question importante à travers la Région. Malheureusement, la situation ne ferait que

s'aggraver, les pays pouvant s'attendre à une augmentation du nombre de réfugiés et de migrants dans les mois à venir. Ainsi, il était encourageant de constater que les États Membres comprenaient la nécessité d'assurer un accès aux soins de santé conformément à la résolution sur l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle. Toutefois, les pays étaient aux prises avec les incidences financières et institutionnelles de cette situation. Il était clair que le Bureau devait travailler de concert avec les États Membres sur cette question et qu'un groupe de travail devait être formé pour déterminer d'une part comment le BSP pourrait fournir les meilleurs services de coopération technique et d'autre part ce que les États Membres pourraient faire, l'objectif demeurant celui de préserver la dignité humaine. Le Bureau se saisirait de la question et prendrait rapidement des mesures en la matière.

91. Après avoir inscrit plusieurs amendements pour refléter les opinions exprimées lors des discussions et des consultations informelles, le Conseil directeur a adopté la résolution CD55.R13 à l'appui du document de politique modifié.

Mise en œuvre du Règlement sanitaire international (RSI) (document CD55/12, Rev. 1)

92. Le Dr Margarita Guevara Alvarado (représentante du Comité exécutif) a signalé que le Comité exécutif avait examiné un rapport sur le respect des exigences administratives par les États parties en vertu du Règlement sanitaire international (RSI) et sur les progrès accomplis dans les efforts visant à répondre aux exigences établies par le Règlement en ce qui a trait aux capacités de base. Le rapport présentait aussi une mise à jour sur l'état d'avancement du nouveau cadre de suivi et d'évaluation du RSI et sur les 12 recommandations formulées dans le rapport du Comité d'examen sur le rôle du RSI dans l'épidémie de maladie à virus Ebola et dans la riposte, qui avait fait l'objet de discussions durant la Soixante-neuvième Assemblée mondiale de la Santé et avait donné lieu à de fortes polémiques. C'est ainsi que l'Assemblée mondiale de la Santé avait décidé de renvoyer ces recommandations aux comités régionaux de l'OMS aux fins de discussions approfondies.

93. En août 2016, une consultation régionale avait eu lieu pour examiner la pertinence de chacune des 12 recommandations formulées à l'intention des Amériques et pour déterminer les domaines d'action à inclure dans un plan régional de nature prospective sur le RSI, un projet de résolution devant être soumis au 55^e Conseil directeur. Le résultat de cette consultation faisait l'objet de l'appendice I de l'annexe B du document CD55/12, Rev. 1.

94. Le Dr Sylvain Aldighieri (directeur adjoint par intérim du Département de gestion des situations d'urgence sanitaire du BSP) a présenté le document CD55/12, Rev. 1, en faisant remarquer qu'il se composait de trois parties : un rapport sur les avancées réalisées dans la mise en œuvre du RSI dans les Amériques, le rapport sur la consultation régionale et un projet de décision s'appuyant sur le résultat de la consultation régionale. La première partie présentait par ailleurs une mise à jour sur les événements marquants en matière de santé publique qui étaient survenus dans la Région entre janvier 2015 et

avril 2016, dont la flambée de maladie à virus Zika (voir les paragraphes 211 à 217 ci-dessous) et la survenue de cas de fièvre jaune dans plusieurs pays de la Région.

95. En ce qui concerne la fièvre jaune, il a fait remarquer que le Directeur général de l'OMS avait émis des recommandations à l'intention des pays touchés et des pays à risque dans le contexte d'une flambée complexe de fièvre jaune en milieu urbain dans certains pays d'Afrique. Dans la Région des Amériques, trois des 13 pays dans lesquels la fièvre jaune était endémique avaient rapporté des cas selvatiques. Il y avait un risque de propagation transfrontalière, et le danger d'une ré-urbanisation de la fièvre jaune dans une partie de la Région n'était pas à exclure. Le problème le plus grave par rapport à l'évolution de la fièvre jaune et à la riposte était une disponibilité insuffisante du vaccin anti-amaril pour satisfaire la demande régionale et mondiale.

96. Concernant la consultation régionale, il a signalé que les principales conclusions étaient que les États parties devraient être au centre de l'attention et les derniers bénéficiaires des ressources conséquentes à une réforme institutionnelle. Par conséquent, le plan stratégique mondial du RSI devrait être centré sur les besoins des pays. Dans un souci de continuité par rapport à la résolution WHA68.5 de l'Assemblée mondiale de la Santé et aux résultats subséquents des travaux réalisés par les comités régionaux de l'OMS en 2016, le futur cadre de suivi et d'évaluation du RSI devrait être présenté lors de l'Assemblée mondiale de la Santé prévue pour 2017 avec ses quatre composantes, à savoir, la préparation de rapports annuels, l'examen post-interventions, les exercices de simulation et l'évaluation externe conjointe. Le projet de décision demanderait alors que le rapport soit soumis en janvier 2017 au Conseil exécutif de l'OMS. Il demanderait par ailleurs que le Bureau prépare une note d'information dans le but d'aider les États Membres de la Région des Amériques à se préparer en prévision de la cent-quarantième session du Conseil exécutif.

97. Le Conseil directeur a salué les progrès considérables accomplis dans la mise en œuvre du RSI à travers la Région tout en reconnaissant que certains problèmes demeuraient, en particulier la capacité de réagir aux événements liés aux dangers chimiques et de rayonnement, la sécurité sanitaire des aliments et les zoonoses. On a considéré que l'amélioration de la coordination multisectorielle au service de la mise en œuvre du RSI constituait une autre difficulté. Les délégués ont appelé le Bureau à continuer d'aider les États Membres à renforcer leurs capacités dans ce domaine. L'importance de la collaboration avec d'autres institutions spécialisées internationales, en particulier l'Agence internationale de l'énergie atomique, a été soulignée, ainsi que l'importance des échanges de données d'expériences et des pratiques optimales dans la mise en œuvre du RSI. On a largement convenu du fait que les progrès accomplis dans la mise en œuvre des capacités de base du RSI avaient à leur tour rehaussé la capacité des autorités sanitaires de s'acquitter de leurs fonctions essentielles en matière de santé publique et contribué au renforcement global des systèmes de santé. Plusieurs délégués ont fait état des mesures prises par leurs pays pour prévenir la transmission de la fièvre jaune. La reconnaissance du fait qu'une dose unique de vaccin anti-amaril conférerait une immunité permanente a été accueillie favorablement.

98. De nombreux délégués ont exprimé leur appui au cadre de suivi et d'évaluation du RSI adopté par l'OMS, certains d'entre eux se montrant très favorables à la réalisation d'évaluations externes conjointes et encourageant tous les États parties à participer à un tel exercice et à désigner les experts susceptibles de contribuer à l'avenir au déploiement de missions d'évaluation. On a signalé que ces exercices pouvaient aider les pays à dénombrer leurs difficultés afin d'y remédier et fournir à ceux-ci des possibilités de forger des partenariats aux fins de collaboration et de mobiliser des ressources. Plusieurs délégués ont rapporté que leurs pays avaient déjà effectué des évaluations externes conjointes et avaient constaté leur grande utilité, tandis que plusieurs autres ont déclaré que leurs pays avaient l'intention de mener de telles évaluations dans un avenir proche. Toutefois, certains délégués ont indiqué qu'il serait nécessaire d'apporter d'autres précisions quant à la procédure régissant les évaluations externes conjointes et aux rôles respectifs du Siège de l'OMS, des bureaux de pays de l'OPS/OMS, des États parties et d'autres acteurs. On a souligné que la présentation de rapports annuels par les États parties sur la mise en œuvre du RSI devrait continuer de faire fond sur l'auto-évaluation et que la participation aux exercices d'évaluation externe conjointe, de simulation et d'examen post-interventions devrait être complémentaire et volontaire, et qu'elle devrait aussi tenir compte des capacités et de la situation de chaque pays.

99. La plupart des délégués ont accueilli favorablement le projet de plan d'exécution mondial de l'OMS relatif aux recommandations formulées par le Comité d'examen sur le rôle du RSI (2005) dans l'épidémie de maladie à virus Ebola et dans la riposte, et se sont prononcés en faveur de ne pas amender le RSI. Un délégué a exprimé son inquiétude quant à l'éventuel double emploi entre le plan mondial et certains aspects d'autres plans et résolutions adoptés aux niveaux régional et mondial pour soutenir la mise en œuvre des capacités de base établies dans le RSI. Une autre déléguée a déclaré que le plan définitif devrait être plus complet et axé sur l'action, et qu'il devrait aussi énoncer des dates limites précises ainsi que des responsabilités pour les États et pour le Secrétariat de l'OMS ; elle a poursuivi que ce plan devrait aussi mettre davantage l'accent sur la formation des points focaux nationaux pour le RSI en recourant à des approches innovantes comme les plateformes de cyberformation. On a considéré que le plan définitif pourrait servir de modèle et de guide pour la formulation de plans opérationnels au niveau national et certains ont proposé que l'on encourage une prise de contrôle plus solide de la part des pays au moyen de la promotion d'un lien entre les plans nationaux d'action d'une part et les stratégies nationales sur la santé et le renforcement des systèmes de santé d'autre part. Les recommandations formulées par la Commission de haut niveau sur l'emploi dans le secteur de la santé et la croissance économique ont été considérées comme des contributions pouvant être utiles à cet égard.

100. Les délégués ont exprimé leur reconnaissance au Bureau pour avoir organisé la consultation régionale et ont repris à leur compte le rapport faisant l'objet du document CD55/12, Rev. 1. On a considéré que le rapport avait examiné à fond les polémiques autour des recommandations formulées par le Comité d'examen sur le rôle du RSI et souligné certaines des difficultés notables ainsi que la situation dans laquelle se trouvaient les petits pays insulaires, tout en illustrant par ailleurs les opinions et les inquiétudes exprimées par les États de plus grande taille à l'égard des recommandations.

Il soulignait de même les divergences entre le RSI, les recommandations du Comité d'examen et le projet de plan, dont des considérations d'ordre pratique et juridique. Le Conseil a recommandé que le rapport soit renvoyé en son intégralité devant la cent-quarantième session du Conseil exécutif de l'OMS en janvier 2017 et la Soixante-dixième Assemblée mondiale de la Santé en mai 2017.

101. La plupart des délégués ont exprimé leur soutien au projet de décision faisant l'objet de l'annexe C du document CD55/12, Rev. 1. Toutefois, un délégué a déclaré que le ton adopté dans la décision était dogmatique à l'excès. Il a signalé que la consultation n'avait pas été conçue pour réunir le consensus autour d'un accord régional et que diverses opinions avaient été entendues.

102. Le Dr Aldighieri a remercié les États Membres pour les informations présentées sur les efforts déployés pour mettre en œuvre le RSI, dont les mesures prises pour prévenir la transmission de la fièvre jaune dans les zones frontalières. Il a fait remarquer que de nombreuses délégations avaient souligné la nécessité de renforcer le cadre de suivi et d'évaluation du RSI et attiré l'attention sur les contraintes rencontrées, dont les difficultés à mettre en œuvre les capacités de base nécessaires pour contrer les dangers liés au rayonnement.

103. Le Dr Becerra (Sous-directeur du BSP) a déclaré qu'il faudrait travailler d'arrache-pied pour mettre en place et maintenir ces capacités de base, y compris par un travail régulier de suivi et d'évaluation ainsi que par la présentation de rapports annuels. Il conviendrait de voir dans les évaluations externes conjointes une occasion d'apprentissage et de perfectionnement. Le Bureau s'est déclaré disposé à continuer de travailler avec les États Membres pour renforcer leurs capacités et assurer que la Région serait prête à faire face à toute situation d'urgence.

104. Le projet de décision a été révisé de sorte à refléter les commentaires et suggestions formulés lors des discussions et a été adopté comme décision CD55(D5).

Plan d'action pour l'élimination du paludisme 2016-2020 (document CD55/13)

105. Le Dr Margarita Guevara Alvarado (représentante du Comité exécutif) a signalé que le Comité exécutif avait été informé du fait que le projet de plan d'action pour l'élimination du paludisme était le fruit d'importantes consultations qui avaient débuté en avril 2014. Le projet de plan d'action avait pour but de poursuivre les progrès accomplis vers l'élimination de la transmission du paludisme à l'intérieur des territoires des États Membres et d'empêcher que la maladie ne se réinstalle. Le plan était en conformité avec la Stratégie technique mondiale contre le paludisme et comprenait cinq axes d'intervention repris dans le document CD55/13. Le Comité avait accueilli favorablement le plan d'action, en constatant qu'il reconnaissait l'importance primordiale d'un engagement de la part des parties prenantes et des collectivités dans les efforts déployés pour endiguer la réapparition du paludisme et assurer la réalisation d'efforts soutenus aux plans de la prévention et de la lutte contre cette maladie. On avait considéré qu'il était nécessaire que les partenaires et les parties prenantes agissent avec plus de coordination à

travers la Région afin de parvenir à une élimination durable du paludisme, et on avait déclaré que le plan pourrait bénéficier de stratégies visant à améliorer cette coordination et promouvoir les échanges d'information.

106. On avait fait remarquer que les buts et les indicateurs établis dans le projet de plan d'action avaient été liés presque exclusivement aux cibles devant être atteintes par les pays. Les crédits budgétaires demandés aux termes du plan d'action s'élevaient à \$30 millions au titre de la coopération technique fournie par le Bureau. Toutefois, le plan d'action ne mentionnait aucune activité à entreprendre pour aider les pays à atteindre les buts fixés. Le Bureau avait été invité à dresser la liste des intrants et des activités pour inclure ceux-ci dans le document devant être présenté au Conseil directeur pour que les États Membres aient une idée de la manière dont les fonds seraient dépensés.

107. Durant les discussions tenues au sein du Conseil directeur sur ce point de l'ordre du jour, les délégués ont salué le plan d'action en faisant remarquer qu'il était en conformité avec la Stratégie technique mondiale contre le paludisme de l'OMS et d'autres initiatives internationales. Les délégués ont également salué le fait que le plan d'action soit centré sur l'égalité des sexes et les droits de l'homme. Des préoccupations ont été exprimées quant à l'éventuelle introduction de formes de paludisme non endémiques dans la Région et à la résistance aux médicaments contre cette maladie. On a souligné qu'il était nécessaire de concentrer particulièrement l'attention sur les catégories professionnelles présentant un risque plus élevé de contracter le paludisme. Un délégué a suggéré que le plan encourage l'accessibilité rapide de médicaments essentiels dans les pays où le paludisme n'était pas endémique ou lorsque la transmission de la maladie avait été interrompue, de sorte à leur permettre de gérer les cas de paludisme importés ou résistants aux médicaments. Il a suggéré par ailleurs que le projet de résolution fasse état de l'importance d'aborder les déterminants sociaux de la santé et la participation de la communauté.

108. Un consensus a été réuni autour de la nécessité d'engager des efforts de coopération et de coordination régionales et de tenir des échanges d'information sur les pratiques optimales et les expériences réussies. Une déléguée a souligné les efforts déployés par les médecins cubains pour former les personnels de santé dans son pays et un autre a déclaré que son pays continuerait de travailler de concert avec le Groupe consultatif technique de la Région sur le paludisme afin d'évaluer et d'élaborer des indicateurs permettant de suivre les activités menées par le Bureau à l'appui des pays et du plan d'action. Les délégués ont appelé à une continuité de la coopération technique fournie par le Bureau ainsi que de l'approvisionnement en médicaments au moyen du Fonds stratégique.

109. Les délégués ont souligné la nécessité de maintenir une surveillance épidémiologique et entomologique, les efforts de prévention (dont les campagnes de sensibilisation du public et l'emploi de moustiquaires imprégnées d'insecticide), sans oublier les mesures intégrées de lutte antivectorielle (dont l'élimination des gîtes larvaires, l'assainissement de l'environnement et l'emploi rationnel des pesticides et larvicides). Plusieurs délégués ont indiqué que les mesures intégrées de lutte

antivectorielle nécessiteraient l'obtention de données sur le climat et les déterminants sociaux. Une déléguée a suggéré que l'on crée un registre des régions impaludées qui décrirait dans le détail les formes de paludisme présentes dans ces régions. L'importance des initiatives faisant intervenir plusieurs pays, surtout dans les régions reculées, a également été soulignée, ainsi que la nécessité d'augmenter les budgets, de former les ressources humaines, d'entretenir des liens de collaboration étroite avec les parties prenantes aux plans local et régional, d'instaurer la pharmacosurveillance et de renforcer les services de laboratoire et le diagnostic universel ainsi que le traitement opportun.

110. Plusieurs intervenants ont évoqué les progrès accomplis par leurs pays pour éliminer la maladie. Un délégué a signalé que, dans son pays, les taux de transmission avaient considérablement diminué grâce à la participation du pays à l'initiative pour l'élimination du paludisme en Méso-Amérique et dans l'île d'Hispaniola (EMMIE). Certains pays de la Région avaient reçu leur certification de pays exempts du paludisme. D'autres n'avaient pas recensé de cas depuis plusieurs années et s'acheminaient vers une élimination complète du paludisme, tout en ayant prévu des plans pour éviter une réintroduction de la maladie. Plusieurs pays situés dans la région du bouclier des Guyanes, toutefois, avaient enregistré une résurgence de la maladie, en particulier dans les zones d'extraction minière abritant un grand nombre de migrants. Plusieurs délégués des Caraïbes ont fait remarquer que le paludisme n'était pas endémique dans leurs pays et que les cas rapportés avaient été importés ; ils ont également signalé que leurs gouvernements avaient adopté des stratégies pour prévenir l'introduction de la maladie.

111. Le Dr Marcos Espinal (directeur du Département des maladies transmissibles et de l'analyse de la santé du BSP) a félicité les États Membres pour leur engagement en faveur de la lutte contre le paludisme, en faisant remarquer que 18 pays entraient dans la phase d'élimination et en affirmant que le Bureau était prêt à soutenir leurs efforts pour atteindre le but consistant à éliminer la maladie d'ici à 2030. Toutefois, il y avait encore du travail à faire. Le paludisme ne respectait aucune frontière, et dans un contexte de mondialisation, il était primordial de faire en sorte que les réalisations enregistrées dans la Région ne soient pas détruites par l'importation de nouveaux cas. Ainsi, les pays devaient redoubler d'efforts en matière de lutte contre la maladie. En ce qui concerne la suggestion formulée dans le sens d'inclure une référence à l'approvisionnement rapide en médicaments dans le plan d'action, il a signalé que l'entrepôt de l'OPS au Panama pourrait fournir les médicaments immédiatement en cas d'épuisement de stocks ou de pénuries.

112. La Directrice a félicité les États Membres pour le succès rencontré dans la réduction de la morbidité et de la mortalité palustres et les a remerciés pour leur engagement en faveur de l'élimination du paludisme, qui constituait selon elle un but à leur portée. Si la Région était en bonne voie pour atteindre ce but, la propagation du paludisme en dehors des frontières était une source de préoccupation réelle. Le Bureau était toujours respectueux de la souveraineté nationale et des droits souverains des pays, mais il avait pour responsabilité d'assurer la santé et le bien-être dans la Région tout entière ; ainsi, le Bureau demandait aux États Membres de bien vouloir lui accorder la

coopération demandée pour réduire la mortalité palustre et assurer l'accessibilité des médicaments ainsi que la protection des zones frontalières.

113. Le Bureau avait également fait appel aux États Membres pour que ceux-ci accroissent l'investissement nécessaire pour honorer l'engagement consistant à intensifier la surveillance, les diagnostics précoces, les traitements adéquats et la lutte contre la maladie. Elle a remercié les partenaires qui avaient travaillé de concert avec les États Membres et le Bureau, parmi lesquels le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, la fondation Bill et Melinda Gates, l'Agence des États-Unis pour le développement international, l'Initiative du Président des États-Unis contre le paludisme, l'Initiative Méso-américaine et la fondation Carlos Slim, avant d'exprimer le vœu que ces partenaires maintiennent ou augmentent cet appui et cet engagement et qu'ils travaillent avec le Bureau de manière coordonnée.

114. Le Conseil directeur a adopté la résolution CD55.R7 portant approbation du plan d'action.

Plan d'action pour la prévention et la lutte contre le VIH et les infections sexuellement transmissibles 2016-2021 (document CD55/14)

115. Le Dr Margarita Guevara Alvarado (représentante du Comité exécutif) a indiqué que le Comité exécutif avait été informé du fait que le projet de plan d'action était en conformité avec les stratégies mondiales du secteur de la santé contre le VIH/sida, l'hépatite virale et les infections sexuellement transmissibles (IST) de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) pour la période 2016-2021, la Stratégie mondiale (2016-2021) du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) et la Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent (2016-2030). Ce document avait pour objectif de contribuer à l'atteinte de la cible correspondante, inscrite dans l'objectif de développement durable 3, c'est-à-dire, d'ici à 2030, mettre fin à l'épidémie de sida en tant que problème de santé publique. Ses quatre axes stratégiques d'intervention étaient en conformité avec les orientations stratégiques des stratégies mondiales de l'OMS pour le secteur de la santé.

116. Le Comité exécutif avait soutenu le plan d'action, les délégués saluant le fait qu'il mettait l'accent sur un ciblage des populations vulnérables et soulignant la nécessité d'adopter une approche globale prévoyant la participation de la société civile ainsi qu'une démarche interculturelle et sensible à l'égalité des sexes. On avait exprimé en général un soutien en faveur de la conformité du plan avec les initiatives mondiales tout en reconnaissant la nécessité de tenir compte des situations prévalant au niveau local. On avait par ailleurs suggéré que chaque pays mette en place sa propre série d'interventions et de services, dont des mesures visant à lutter contre les co-infections liées au VIH et aux IST.

117. Le Conseil directeur a accueilli favorablement le projet de plan d'action. Les délégués ont évoqué les progrès réalisés par leurs pays en matière de prévention et de lutte contre le VIH et les IST, certains d'entre eux faisant remarquer que leurs

programmes nationaux étaient en conformité avec les cibles 90-90-90 établies par ONUSIDA. Les délégués ont souligné l'importance de promouvoir la surveillance, la prévention, le diagnostic et le traitement précoce du VIH et des IST, l'accès aux soins pour les populations les plus vulnérables ainsi que la réduction de la discrimination et de l'ostracisme.

118. La prévention de la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis a été considérée comme une grande priorité qui réclamait un accès constant aux médicaments antirétroviraux (ARV) et à la pénicilline. De nombreux délégués ont rapporté que leurs pays étaient en bonne voie vers l'élimination de la transmission mère-enfant mais ont fait part de leur inquiétude quant aux pénuries de pénicilline qui mettaient en péril la lutte contre la syphilis et la tuberculose. D'autres ont déclaré que les obstacles en matière de brevets maintenaient les prix des antirétroviraux à un niveau inutilement élevé et ont encouragé l'utilisation de produits génériques tout en soulignant que la santé devrait l'emporter sur les intérêts commerciaux. Plusieurs délégués ont fait part de la nécessité de prévoir une aide financière par le biais du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme et d'assurer un approvisionnement commun de médicaments par l'intermédiaire du Fonds stratégique afin de faire diminuer les prix, un délégué faisant part de l'importance de recourir à l'innovation dans le financement et la recherche au service des futurs efforts de prévention du VIH et des IST. Ce même délégué a fait remarquer que la disponibilité accrue de la prophylaxie avant l'exposition et des autotests dans son pays avait été déterminante pour la lutte contre l'infection au VIH.

119. Parmi les autres domaines de grande priorité figuraient les populations-clés et les patients présentant des comorbidités. Les délégués ont accueilli favorablement la partie du plan d'action où il était fait mention des groupes autochtones, des personnes transgenres et d'autres groupes et de la promotion de la diffusion de données sur la santé sexuelle et génésique. Une déléguée a rapporté que le vaccin contre le virus du papillome humain (VPH) faisait désormais partie du calendrier national de vaccination de son pays et déclaré que toutes les filles qui quittaient le cycle d'éducation de base seraient protégées contre l'infection. Elle a toutefois signalé que le mouvement anti-vaccins tentait d'exercer une influence sur les décisions des familles au sujet du vaccin par le biais des médias et exhorté le BSP à accroître le volume d'informations factuelles sur le vaccin de sorte que ses avantages soient mieux compris. Une autre déléguée a salué la conformité du plan d'action avec les stratégies mondiales du secteur de la santé sur le VIH et les IST de l'OMS (2016-2021) et sa traduction de la recommandation de 2016 de l'OMS dans le sens de l'administration d'un traitement quelle que soit la numération des CD4 du patient. Se déclarant satisfaite de l'inclusion de la résistance aux antimicrobiens et de la surveillance de la résistance du gonocoque aux antimicrobiens dans la stratégie, elle a exhorté à un renforcement de la surveillance globale des IST dans le contexte d'activités de promotion de la santé.

120. Le Dr Marcos Espinal (directeur du Département des maladies transmissibles et de l'analyse de la santé du BSP) a félicité les États Membres pour leur engagement en faveur de l'élimination du VIH et des IST, en faisant remarquer que la Région avait parcouru un long chemin tout en signalant cependant que certains groupes de personnes

ne recevaient toujours pas de traitement. Il s'est dit satisfait que 96 % des financements affectés au traitement du VIH dans la Région proviennent de budgets nationaux. Il a indiqué que certains pays demeuraient toutefois tributaires d'un soutien extérieur, tout en les encourageant à tirer parti du Fonds stratégique. La mise en œuvre du plan d'action provoquerait une diminution sensible des nouvelles infections et des cas de mortalité due au VIH. Le travail devrait continuer pour que le monde soit débarrassé du VIH et des IST.

121. Le Dr Gottfried Hirschall (directeur du Département du VIH/sida et du Programme mondial de lutte contre l'hépatite virale à l'OMS) a félicité l'OPS pour avoir rapidement adapté le plan régional au plan mondial et salué l'engagement énoncé dans le plan d'action afin de traduire les ambitieuses cibles mondiales par des contreparties régionales ainsi que par des cibles secondaires pour les six prochaines années. Il a évoqué de nombreux exemples du leadership exercé par la Région à l'échelle mondiale sur un vaste éventail de questions, dont le Fonds stratégique en tant que modèle pour l'amélioration de l'efficacité dans l'approvisionnement en ARV. Il a reconnu que la forte incidence du VIH dans des groupes-clés de la population, dont les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes et les personnes transgenres, était une question pressante, et déclaré que la prestation de services à ces groupes réclamerait des méthodes ciblées et innovantes ainsi qu'un climat propice et libre de tout ostracisme. Les nouvelles approches et interventions, dont les autotests et le recours à la prophylaxie avant l'exposition, devraient être intégrées dans les pratiques nationales.

122. En adoptant les cibles prioritaires en matière de VIH pour les années 2020 et 2030, les pays s'étaient engagés à fournir un traitement à tout un chacun et à mettre fin au sida. La Région avait déjà accompli des efforts impressionnants pour examiner et analyser des programmes-clés et avait identifié des problèmes cruciaux en matière de prestation de services et de qualité. L'amélioration des services pour accroître l'observance du traitement était primordiale pour réduire au minimum l'apparition d'infections au VIH et d'IST résistantes aux médicaments. Les cinq prochaines années seraient cruciales et détermineraient si le monde était ou non sur la bonne voie pour mettre fin à ces infections avant 2030. Le plan d'action régional constituait une bonne feuille de route qui permettrait de guider les pays dans ce sens et de servir d'exemple en tant que source d'information, d'orientation et d'inspiration pour la riposte mondiale.

123. Le Dr Becerra (Sous-directeur du BSP) a loué les efforts des États Membres ainsi que leur engagement en faveur de la prévention, de la surveillance et du traitement du VIH et des IST. Les coûts et les pénuries de pénicilline posaient de grands problèmes à la Région mais le Bureau travaillait avec d'autres partenaires pour obtenir les meilleures conditions d'achat au bénéfice des États Membres, et s'attendait à une amélioration très prochaine de la situation. Tout en constatant une augmentation du nombre de pays qui exploitaient effectivement le Fonds stratégique, il a invité d'autres pays à faire de même pour diminuer les coûts des antirétroviraux. Il a encouragé les pays à travailler de concert pour mettre en exergue les avantages de la prévention, dont l'utilisation de méthodes contraceptives et le vaccin contre le VPH, puisque la prévention était toujours plus facile et moins chère que le traitement.

124. Le Conseil directeur a adopté la résolution CD55.R5 portant approbation du plan d'action.

Plan d'action pour l'élimination des maladies infectieuses négligées et activités après la phase d'élimination 2016-2022 (document CD55/15)

125. Le Dr Margarita Guevara Alvarado (représentante du Comité exécutif) a signalé que le Comité exécutif avait été informé du fait que les objectifs et les priorités énoncés dans le projet de plan d'action prévoyaient l'interruption de la transmission de huit maladies infectieuses négligées (MIN) pour lesquelles on disposait d'instruments rentables. Le plan d'action appelait de même à prévenir, combattre et réduire la charge de morbidité de cinq maladies pour lesquelles on disposait d'instruments de prise en charge intégrés et novateurs.

126. Le Comité avait exprimé son soutien en faveur du plan d'action, qui faisait fond sur les résultats probants des dix dernières années et établissait des cibles ambitieuses au plan de l'élimination de ces maladies et ce, en conformité avec la feuille de route établie par l'OMS pour accélérer le travail sur les maladies tropicales négligées. Les délégués avaient proposé que l'on mène une évaluation des systèmes actuels de détection et de suivi d'autres maladies infectieuses négligées de sorte que l'on puisse élaborer des méthodes pour combler les lacunes constatées en la matière. Ils avaient également souligné la nécessité de relier les stratégies de lutte antivectorielle énoncées dans le plan d'action à celles déjà en place et insisté sur la nécessité de déployer des efforts à travers plusieurs secteurs. On avait suggéré que le document devant être soumis au Conseil directeur comprenne une liste des activités que le Bureau comptait réaliser à l'appui des pays au titre du plan d'action.

127. Le Conseil directeur a accueilli favorablement le plan d'action et félicité le Bureau pour le leadership exercé à travers la Région afin d'aborder la question des maladies infectieuses négligées. On avait considéré que le plan d'action faisait fond sur les résultats probants des dix dernières années dans la Région des Amériques et établissait des cibles d'éradication ambitieuses qui étaient en conformité avec la feuille de route établie par l'OMS pour accélérer le travail sur les maladies tropicales négligées⁹ et les objectifs de développement durable. Les délégués ont décrit les progrès accomplis par leurs pays pour interrompre la transmission et éliminer ces maladies du nombre des problèmes de santé publique. Quatre d'entre eux ont rapporté avoir vérifié l'élimination de l'onchocercose tandis que d'autres ont indiqué qu'ils étaient sur la voie d'éliminer ou d'interrompre la transmission de plusieurs autres maladies, dont la leishmaniose, le trachome et la maladie de Chagas. Les délégués ont toutefois fait remarquer qu'il demeurait des difficultés considérables à surmonter car les MIN restaient présentes dans certains pays et frappaient les populations les plus vulnérables.

⁹ Agir plus vite pour réduire l'impact mondial des maladies tropicales négligées : feuille de route pour la mise en œuvre. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2012 (Document WHO/HTM/NTD/2012.1).

128. On a souligné qu'il fallait consentir des efforts pour éliminer les MIN afin d'aborder les déterminants sociaux de la santé. On a convenu de manière générale du fait qu'il importait de mener une action intersectorielle soutenue et intégrée pour améliorer la gestion de l'environnement au moyen d'activités de coordination en matière d'approvisionnement en eau, d'assainissement et d'hygiène, de surveillance épidémiologique et entomologique, enfin, de dépistage actif de cas de maladies, de diagnostic, de traitement et de lutte contre celles-ci. On a également considéré qu'il était essentiel de renforcer les capacités dans les zones d'endémie, de développer des tests diagnostiques, d'assurer un approvisionnement adéquat en médicaments sûrs et abordables et de créer des mécanismes pour prévenir les complications tardives.

129. On a suggéré d'inclure dans le plan d'action des stratégies précises de communication et de participation communautaire ainsi que des dispositions pour documenter les expériences fructueuses et tenir des échanges en la matière. On a aussi suggéré qu'il comprenne des scénarios de surveillance sociale et environnementale avec une stratification du risque pour les populations vulnérables, qu'il prévoie la mise en place et la coordination d'un réseau multisectoriel fonctionnant en collaboration avec des professionnels du domaine entomologique pour réaliser une surveillance et un contrôle des vecteurs, ainsi qu'une surveillance des maladies zoonotiques chez l'homme et l'animal. On a convenu par consensus de l'importance de maintenir constamment la coopération technique et le soutien financier de l'OPS et d'autres partenaires.

130. La déléguée du Guatemala a évoqué le programme d'élimination de l'onchocercose dans son pays, dont l'aboutissement avait été la certification récente du Guatemala par l'OMS comme pays débarrassé de cette maladie. Elle a dénombré les facteurs qui avaient contribué au succès rencontré dans son pays à cet égard, notamment un engagement politique constant à l'appui du programme national d'élimination, un soutien continu du Bureau, une disponibilité opportune des médicaments et, en particulier, le dévouement des personnels de santé et la participation active de la population et des volontaires de santé dans le contexte d'un programme novateur de promotion de la santé et d'information sur la santé. L'expérience avait permis de tirer de nombreux enseignements qui permettraient au pays de faire face à d'autres difficultés actuelles et à d'autres défis nouveaux en matière de santé.

131. Le Dr Marcos Espinal (directeur du Département des maladies transmissibles et de l'analyse de la santé du BSP) a félicité les États Membres pour les progrès réalisés dans la lutte contre les maladies infectieuses négligées et l'élimination de celles-ci. Il a toutefois indiqué qu'il existait une tendance à oublier les maladies sur le déclin et insisté sur le fait qu'il était nécessaire de demeurer vigilant afin d'en prévenir la réapparition au moment même où elles s'apprêtaient à disparaître. Les MIN contribuaient pour environ 5 millions d'années de vie corrigées de l'incapacité dans la Région des Amériques, et il était primordial de finir le travail commencé. Le plan d'action permettrait d'éliminer huit maladies. La Colombie, le Mexique, l'Équateur et le Guatemala avaient éliminé l'onchocercose mais pour d'autres maladies comme la filariose lymphatique, la schistosomiase et la rage transmise par le chien, il restait encore à faire. Il a signalé que les maladies infectieuses négligées ne figuraient pas dans les objectifs du Millénaire pour

le développement mais qu'elles étaient citées dans les objectifs de développement durable. Cela revêtait une certaine importance en raison de l'approche intersectorielle nécessaire à ce titre. Les MIN étaient des maladies propres à la pauvreté et frappaient les populations les plus vulnérables. La Région disposait des moyens, des médicaments, de la capacité diagnostique et des outils nécessaires pour les contrecarrer et le Bureau était disposé à fournir la coopération technique nécessaire.

132. Concernant la surveillance entomologique, il a signalé que la Directrice avait constitué un groupe consultatif technique composé d'entomologistes, qui s'était réuni pour la première fois en 2016, et indiqué qu'un registre d'entomologistes avait été créé à l'intention des États Membres aux fins de consultation. Le Bureau tentait de relancer l'intérêt décroissant des universités de la Région pour la lutte antivectorielle et la Directrice avait constitué une équipe d'entomologie de santé publique pour fournir aux États Membres une coopération technique sur les maladies infectieuses négligées et sur la mise en œuvre des instruments approuvés par l'OMS dans le contexte de projets pilotes pour la lutte contre *Aedes aegypti*.

133. Le Dr Becerra (Sous-directeur du BSP) a également félicité les États Membres pour les progrès accomplis vers l'élimination des maladies infectieuses négligées et le Guatemala en particulier pour avoir récemment reçu sa certification comme pays exempt de l'onchocercose. Il a convenu que, étant donné que ces maladies étaient rattachées à l'iniquité et à la pauvreté, il était impératif d'adopter une approche multisectorielle pour répondre aux besoins des populations défavorisées et modifier les environnements afin d'assurer la lutte contre ces maladies et leur élimination.

134. Le Conseil directeur a adopté la résolution CD55.R9 portant approbation du plan d'action.

Stratégie pour la prévention et la lutte contre les arboviroses (document CD55/16)

135. Le Dr Fernando Llorca Castro (représentant du Comité exécutif) a rapporté que le Comité exécutif avait été informé qu'en raison de l'augmentation du nombre d'infections virales transmises par les arthropodes dans la Région, le Bureau avait proposé de reclasser l'actuelle Stratégie de gestion intégrée pour la prévention et la lutte contre la dengue en stratégie pour la prévention et la lutte contre les arboviroses, qui comptait quatre axes d'intervention. Le Comité avait exprimé son soutien en faveur de la stratégie et des axes d'intervention proposés. On avait convenu de la nécessité d'adopter des mesures viables de lutte contre les moustiques, de réaliser des diagnostics cliniques opportuns de ces maladies et de disposer de systèmes de surveillance solides et réactifs, de capacités augmentées en matière de diagnostic en laboratoire et de ressources humaines convenablement formées. Les délégués avaient constaté qu'il était nécessaire de mettre davantage l'accent sur la gestion de l'environnement et la participation du public aux efforts d'élimination des gîtes larvaires. On avait suggéré aussi que la stratégie comporte une section sur la gestion de l'environnement.

136. Le Conseil directeur a décidé de débattre de la mise à jour sur le virus Zika dans la Région (document CD55/INF/4, voir les paragraphes 221 à 227 ci-dessous) conjointement avec sa discussion sur le projet de stratégie pour la prévention et la lutte contre les arboviroses.

137. Le Conseil directeur a accueilli favorablement le projet de stratégie et convenu qu'il conviendrait d'élargir la Stratégie de gestion intégrée pour la prévention et la lutte contre la dengue de sorte qu'elle comporte une approche holistique et intégrée à l'égard des arboviroses en général. De nombreux délégués ont signalé que le projet de stratégie était en conformité avec les approches retenues dans leurs pays au niveau national. Les délégués ont fait part des difficultés que posaient les arbovirus transmis par *Aedes aegypti* pour leurs systèmes de santé, dont le fait qu'ils minaient leurs capacités et détournaient des ressources au détriment d'autres problèmes et priorités de santé, et ont reconnu la nécessité de disposer de systèmes de santé résilients aux fins de riposte.

138. On a considéré que la pollution de l'environnement et la mauvaise gestion y afférente contribuaient largement au problème. De nombreux délégués ont souligné qu'il était nécessaire d'améliorer la surveillance et d'intensifier la lutte antivectorielle dans la Région. Certains ont évoqué les mesures de lutte antivectorielle entreprises dans leurs pays, dont l'épandage aérien, l'élimination des gîtes larvaires et la libération d'alevins dans les étendues d'eau afin de maîtriser les larves, une méthode traditionnelle, soucieuse de l'environnement et largement acceptée par la population. Certains ont exprimé leur préoccupation quant à la résistance des moustiques aux insecticides.

139. Les délégués ont souligné l'importance de la participation communautaire dans l'élimination des gîtes larvaires. On a généralement convenu de la nécessité d'informer le public par des campagnes médiatiques centrées sur les activités ciblant l'environnement afin d'éliminer les gîtes larvaires. On a signalé toutefois que la sensibilisation à elle seule ne suffirait pas forcément et qu'il était aussi nécessaire de changer les comportements. Le Bureau a été appelé à élaborer des instruments et des matériels adaptables aux besoins des pays pour encourager le changement des comportements au sein de la population. Il a également été prié d'apporter son concours pour le renforcement des capacités dans les pays et pour faciliter les échanges de données d'expériences fructueuses. Le Bureau a été exhorté par ailleurs à attirer l'attention sur le lien entre le changement climatique et la prolifération des vecteurs d'arboviroses.

140. Pointant la limite des capacités de laboratoire pour le diagnostic des arboviroses dans certaines sous-régions, certains délégués ont fait remarquer que leurs pays s'en remettaient aux réseaux régionaux de laboratoires pour établir des diagnostics et confirmer les cas. Bon nombre d'entre eux ont également fait part de la nécessité de poursuivre les activités de coopération technique internationale et d'aide financière pour permettre aux pays disposant de faibles budgets sanitaires de gérer les épidémies.

141. Les délégués ont félicité l'OPS pour la célérité de sa riposte à la flambée de maladie à virus Zika dans la Région et ont communiqué des informations sur la situation prévalant dans leurs pays en ce qui concerne le Zika, ainsi que les mesures entreprises

pour lutter contre la maladie. Plusieurs délégués ont signalé que leurs efforts s'étaient inspirés de la Stratégie de gestion intégrée de l'OPS pour la prévention et la lutte contre la dengue, notamment son approche de coordination intersectorielle. On a souligné toutefois que malgré la diminution considérable du nombre de cas dans certains endroits au cours des derniers mois, il était essentiel de rester vigilant pour faire en sorte que l'infection ne devienne endémique dans la Région. Les délégués ont insisté sur la nécessité d'exercer une surveillance des malformations congénitales chez les nouveau-nés et du syndrome de Guillain-Barré, de suivre les femmes enceintes et leur fournir des conseils psychosociaux et d'exercer un suivi prolongé des nouveau-nés. On a considéré que la grande priorité devrait être de réduire le risque de contracter la maladie à virus Zika chez les femmes enceintes et les femmes en âge de procréer.

142. L'importance de la recherche pour approfondir les connaissances sur le virus Zika et les complications liées à l'infection par ce virus a été mise en exergue. Le délégué du Brésil a rapporté que son gouvernement était en train de promouvoir la recherche pour le développement d'un vaccin sûr et efficace contre le virus, et il a parlé d'un vaccin qui, selon tout espoir, devrait être disponible pour les essais cliniques chez l'homme en 2017. Il a également fait remarquer que comme prévu, les jeux Olympiques 2016 de Rio n'avaient eu aucun effet sur la dynamique de transmission du virus Zika.

143. Le Dr Sylvain Aldighieri (directeur adjoint par intérim du Département de gestion des situations d'urgence sanitaire du BSP) a remercié les délégués pour leurs rapports sur les activités dans les pays. Il a donné un aperçu de la riposte du Bureau face à la flambée de maladie à virus Zika, qui avait commencé avec les premières interventions en décembre 2015. En février 2016, une urgence de santé publique de portée internationale avait été déclarée et demeurait d'actualité. Dans le même temps, une stratégie régionale intégrée pour la prévention et la lutte contre les arboviroses avait été élaborée avec la participation de plusieurs départements du Bureau. La stratégie avait pour objet de répondre aux défis posés par l'apparition ou la réapparition des arbovirus pour les services de santé de la Région.

144. Il a fait remarquer que des flambées de dengue persistaient dans la Région. Le virus chikungunya était arrivé dans la Région en 2013 et s'était propagé dans chaque pays où la dengue était également présente. En outre, la fièvre jaune urbaine, qui avait été endiguée pendant plus de 60 ans, était réapparue dans le Cône Sud en 2007. Ainsi, il était important de surveiller de près les arbovirus dans la Région, parmi lesquels les virus Mayaro et Oropuche, qui avaient provoqué ces dernières années des flambées de maladie dans plusieurs pays de la Région et avaient le potentiel d'être transmis par *Aedes aegypti*, dont le résultat pouvait être une propagation du virus à d'autres sous-régions. En effet, des cas de maladie à virus Mayaro avaient déjà été rapportés dans les Caraïbes.

145. La Directrice a déclaré qu'il était clair que les arboviroses étaient une source de grande préoccupation pour les pays des Amériques. L'épidémie d'infection à virus Zika avait été d'un grand enseignement pour la Région, et tant le Bureau que les États Membres avaient été portés à tirer des leçons à mesure de l'expansion de l'épidémie et à identifier les questions à résoudre au plan de la recherche. La Région avait

convenablement réagi face à l'épidémie en s'acquittant de ses responsabilités en vertu du Règlement sanitaire international. Elle a remercié les partenaires qui avaient apporté leur concours au Bureau pour l'aider à riposter à l'épidémie.

146. Il était aussi certain que la Région ne pouvait se permettre d'employer des stratégies individuelles pour traiter chaque arbovirose. Il faudrait donc employer une approche intégrée dans ce domaine en exploitant de nouvelles modalités de lutte contre les moustiques ainsi que de nouvelles technologies, de nouveaux vaccins et outils diagnostiques, sans oublier le renforcement de la surveillance. Il convenait de rendre hommage au Brésil et à la Colombie pour avoir identifié très rapidement la circulation et la transmission du virus Zika ainsi que l'accroissement du nombre de cas de microcéphalie et de syndrome de Guillain-Barré : c'était l'effort concerté de tous les États Membres qui permettrait à la Région de finalement venir à bout du moustique *Aedes aegypti*.

147. Le Conseil directeur a adopté la résolution CD55.R6 portant adoption de la stratégie pour la prévention et la lutte contre les arboviroses.

Plan d'action pour la réduction des risques liés aux catastrophes 2016-2021 (document CD55/17, Rev. 1)

148. Le Dr Margarita Guevara Alvarado (représentante du Comité exécutif) a signalé que le Comité exécutif avait été informé du fait que le projet de plan d'action avait fait l'objet de discussions approfondies dans diverses tribunes et était censé faire fond sur les enseignements tirés de la mise en œuvre du Plan d'action sur la sécurité des hôpitaux 2010-2015. Il avait pour objectif de renforcer les capacités nationales en matière de réduction des risques de catastrophe et de riposte conformément au Cadre d'action de Sendai pour la réduction des risques de catastrophe (2015-2030).

149. Le Comité avait exprimé son soutien à l'endroit du plan et loué les efforts et les progrès accomplis en matière de modernisation des systèmes d'alerte précoce, d'amélioration de l'état de préparation et d'atténuation des effets des catastrophes. Un consensus avait été atteint au sujet de la nécessité de renforcer les capacités nationales et régionales, les plans de réduction du risque de catastrophe et la coordination de la gestion du risque, et d'adopter une approche plus globale face aux activités de préparation et de riposte aux catastrophes. Il avait été signalé qu'une observance plus stricte du Règlement sanitaire international pouvait contribuer à une meilleure préparation et une résilience accrue. On avait aussi émis l'idée que les évaluations externes conjointes réalisées en vertu du nouveau cadre de suivi et d'évaluation du RSI dans le cadre de l'OMS pourraient s'avérer utiles au plan de l'évaluation des capacités des pays en matière de prévention des catastrophes.

150. Le Conseil directeur a accueilli favorablement le plan d'action et félicité le Bureau pour son travail en matière de réduction du risque de catastrophe. Un consensus s'est formé sur le fait que la présence de systèmes solides de prévention des catastrophes aux plans national et régional était cruciale pour la prévention de crises sanitaires et pour

le soutien nécessaire dans le contexte d'interventions opportunes et efficaces au lendemain de catastrophes et de flambées de maladies, quelle que soit leur ampleur. Le fait que le plan d'action comprenne un domaine d'intervention stratégique en faveur de l'initiative pour la sécurité des hôpitaux a été salué. Le Bureau a été instamment prié de faire en sorte que l'initiative s'aligne sur les activités actuelles de réforme des interventions d'urgence au sein de l'OMS.

151. Les délégués ont souligné l'importance de renforcer les capacités nationales à l'appui des ripostes aux cas de catastrophe et d'urgence, de la coordination institutionnelle, de la résilience et de la diffusion des pratiques optimales. Les États Membres ont été encouragés à prévoir des plans de gestion des catastrophes pour le secteur sanitaire dans leurs activités générales de planification pour la réduction des risques. On a émis l'avis que le plan pourrait éventuellement bénéficier d'une évaluation des capacités nationales en rapport avec la réduction du risque de catastrophe. On a également suggéré de mener cette évaluation dans le contexte des évaluations externes conjointes des capacités de base prévues dans le RSI (voir les paragraphes 92 à 104 ci-dessus).

152. Les équipes médicales d'urgence ont fortement retenu l'attention du Conseil. Un délégué a demandé que le Bureau fournisse une aide et un soutien pour uniformiser la structure d'un examen portant sur les équipes médicales à composition internationale. Une autre déléguée a demandé comment la constitution d'équipes médicales nationales pour les situations d'urgence pourrait s'inscrire dans la réforme en cours à l'OMS concernant l'approche tous-risques. Le délégué de l'Équateur a signalé qu'au lendemain du tremblement de terre survenu en avril 2016, son pays avait été le premier de la Région à appliquer les normes internationales établies par l'OMS pour les équipes médicales d'urgence nationales et internationales. Il a également fait remarquer qu'à la lumière de cet événement, la nécessité de dresser une liste des équipes médicales d'urgence au niveau du pays s'était clairement imposée.

153. Les délégués des Caraïbes ont souligné les difficultés supportées par les systèmes de santé et les budgets des petits États insulaires en raison des catastrophes naturelles et ont remercié l'OPS pour son aide post-catastrophe. Un délégué a émis l'idée que l'OPS puisse tirer un meilleur parti des récentes négociations fructueuses sur le changement climatique et envisager les possibilités de financement au moyen du Fonds vert pour le climat et d'autres sources.

154. Le Dr Ciro Ugarte (directeur du Département des urgences sanitaires du BSP) a affirmé que les progrès accomplis dans les activités de prévention des catastrophes dans la Région des Amériques étaient le fruit des efforts coordonnés du Bureau et des pays de la Région, mais principalement de ces derniers. L'initiative de sécurité des hôpitaux n'avait pas été mise en œuvre de manière généralisée dans la mesure où elle l'avait été dans la Région, où des milliers d'hôpitaux avaient fait l'objet d'évaluations et de modernisations. Le domaine d'intervention consacré aux hôpitaux sûrs et intelligents en vertu du projet de plan d'action avait déjà été mis en œuvre dans certains pays et on avait fait la preuve que les hôpitaux pouvaient rester ouverts et continuer de servir le public en

pleine catastrophe. Il demeurait du travail à faire, toutefois, car certains hôpitaux de la Région avaient été détruits ou avaient fermé leurs portes lors de catastrophes. On a lié la nécessité de mettre en place des équipes médicales d'urgence internationales dans la Région à la capacité des pays de monter leurs propres mécanismes de riposte pour les situations d'urgence. Certains pays, comme l'Équateur, avaient érigé en priorité la formation de leurs propres équipes nationales.

155. Le Dr Becerra (Sous-directeur du BSP) a fait remarquer que les 40 années d'efforts déployés par l'Organisation depuis la création de son programme de préparation aux situations d'urgence et organisation des secours avaient porté des fruits car de nombreux pays disposaient désormais de la capacité de constituer une riposte immédiate aux situations d'urgence et catastrophes. Toutefois, il importait de continuer de renforcer les capacités en vertu du nouveau plan d'action.

156. Le Conseil directeur a adopté la résolution CD55.R10 portant approbation du plan d'action.

Analyse des mandats de l'Organisation panaméricaine de la Santé (document CD55/18, Rev. 1)

157. Le Dr Margarita Guevara Alvarado (représentante du Comité exécutif) a signalé que le Comité avait pris connaissance d'un exposé sur l'élaboration d'un instrument permettant d'organiser et de systématiser les mandats de l'OPS et de déterminer si les résolutions adoptées par les Organes directeurs devaient être répertoriées sous les rubriques active, active sous conditions ou en instance d'abandon. L'instrument avait été élaboré sur la demande du Comité exécutif en 2013 et 2014. C'est ainsi qu'une base de données avait été mise en place, qui comprenait toutes les résolutions des Organes directeurs. Les États Membres auraient ainsi accès à la base de données une fois adoptée la résolution validant les propositions du groupe de travail. Le Comité avait félicité le Bureau pour cette initiative et recommandé que le Conseil directeur approuve les recommandations contenues dans le document CD55/18, Rev. 1 concernant la préparation de rapports limités dans le temps et l'abandon de résolutions.

158. Le Conseil directeur a salué la méthode employée et l'instrument élaboré aux fins d'analyse des mandats de l'OPS. Les délégués ont convenu du fait que l'instrument serait d'une grande utilité pour analyser les résultats obtenus par l'Organisation et contribuerait à aborder les priorités stratégiques, à harmoniser les mandats de l'OPS avec le Plan stratégique et à apporter des précisions concernant le financement. Un consensus a été atteint quant au fait que l'information ainsi recueillie permettrait aux pays d'améliorer leurs systèmes de santé et la qualité de leurs rapports au plan national.

159. Une déléguée a exprimé son soutien en faveur de la recommandation figurant dans le rapport selon laquelle les résolutions adoptées à l'avenir devraient être plus précises quant à la présentation de rapports et aux mandats, réalistes quant à la capacité d'exécution et précises quant à leurs incidences financières. Elle a demandé pourquoi la catégorie 6 (services institutionnels et fonctions essentielles) comportait un si grand

nombre de mandats et demandé des précisions sur les mandats actifs sous conditions. Une autre déléguée a demandé que le Bureau présente en 2017 au Comité exécutif un rapport d'avancement sur les mesures entreprises depuis la réunion régionale tenue en mars 2015 au Panama, lorsque la feuille de route pour le renforcement de la coopération au service du développement de la santé avait été rédigée. Une troisième déléguée a recommandé que la prochaine analyse comprenne des informations sur les incidences des résolutions et sur les changements qu'elles avaient produits dans les pays. Elle a appelé à des activités permanentes de suivi des résolutions et mandats ainsi qu'à la mise en place d'une plateforme interactive qui donnerait aux États Membres des informations à jour sur l'exécution des mandats.

160. Piedad Huerta (conseiller principal du Bureau des Organes directeurs du BSP) a remercié les délégués pour leurs commentaires sur l'exercice de systématisation, lequel avait donné lieu non seulement à une analyse détaillée de toutes les résolutions adoptées au cours des 17 dernières années mais aussi à une méthode de travail et une base de données qui permettraient au Bureau d'effectuer un suivi strict des résolutions et des mandats en résultant. L'exercice avait revêtu un caractère véritablement inter-programmatique, tous les départements du Bureau ayant participé à l'analyse et à la rédaction des recommandations formulées dans le rapport. L'adoption du projet de résolution permettrait au Bureau de continuer de développer la base de données pour créer d'autres produits, dont une plateforme interactive d'informations comme l'avait recommandé une déléguée, et des analyses plus détaillées permettant de préciser les liens entre les résolutions, les mandats et les priorités établies dans les cadres stratégiques de l'Organisation. Cet exercice avait eu pour autre résultat important le fait qu'il permettrait désormais au Bureau d'être plus prévoyant sur les questions à soumettre aux Organes directeurs lors de sessions futures. L'instrument pourrait aussi servir à préparer les rapports de pays et d'autres rapports sur l'application des résolutions.

161. Elle a expliqué que le grand nombre de mandats contenus dans la catégorie 6 était attribuable à la grande portée de cette catégorie, qui concernait les secteurs de l'administration, de la communication, de la programmation et du budget, lesquels secteurs représentaient plus de la moitié des résolutions adoptées. Elle a expliqué par ailleurs que cette catégorie englobait toutes les résolutions en rapport avec la coopération internationale.

162. La Directrice a déclaré que l'information contenue dans le rapport serait utile au Bureau car elle énonçait des propositions sur les points de l'ordre du jour, ce qui contribuerait à réduire les répétitions de mandats sur le même sujet et à rationaliser le nombre de points. Concernant le suivi de la réunion du Panama sur la coopération fournie aux pays en matière de développement de la santé, elle a informé le Conseil qu'une réunion était prévue en République dominicaine en décembre 2016, lors de laquelle un rapport serait présenté sur les engagements souscrits depuis la réunion du Panama ainsi que les projets en cours. Parmi les plus importants de ces projets figurait le projet du Grand Chaco, dans le contexte duquel le Bureau était en train de travailler avec quatre pays pour améliorer l'accès à la santé dans cette région.

163. Le Conseil directeur a adopté la résolution CD55.11 portant approbation des recommandations formulées dans le rapport.

Questions administratives et financières

Rapport sur le recouvrement des contributions fixées (document CD55/19 et Add. I)

164. Le Dr Margarita Guevara Alvarado (représentante du Comité exécutif) a signalé que le Comité exécutif avait été informé du fait qu'au 20 juin 2016, 81,2 % des arriérés avaient été payés, ce qui laissait un solde à recouvrer de \$8,3 millions. Aucun État Membre n'était concerné par les dispositions de l'article 6.B de la Constitution de l'OPS au moment de la session de juin du Comité. Le Comité avait également été informé qu'au 20 juin, l'Organisation avait reçu \$24,4 millions au titre de versements à valoir sur les contributions fixées pour 2016. Cette somme ne représentait que 23,9 % des contributions fixées pour l'exercice en cours.

165. M. Xavier Puente Chaudé (directeur du Département de la gestion des ressources financières du BSP), a expliqué qu'aucun État Membre ne faisait l'objet des restrictions imposées au droit de vote énoncées à l'article 6.B de la Constitution de l'OPS. Notant que le document CD55/19 et son Add. I contenaient des informations à jour sur le recouvrement des contributions fixées au 19 septembre 2016, il a annoncé qu'on avait reçu \$38,7 millions, soit 87 % des contributions fixées pour l'exercice antérieur, ce qui laissait un solde de \$5,6 millions en souffrance. Au total, \$51 millions avaient été reçus au titre des contributions fixées pour 2016. Attirant l'attention sur la part des contributions actuelles reçues au mois de septembre au cours de ces dernières années, il a souligné que ce chiffre avait diminué constamment, en passant d'un pic de 60 % en 2011 à 46 % en 2015, tout en signalant une augmentation à 50 % en 2016. Au total, 25 États Membres avaient payé l'intégralité de leurs contributions de 2016, et deux d'entre eux avaient déjà versé les leurs pour l'exercice 2017.

166. Au 19 septembre, les décaissements au titre du budget ordinaire avaient totalisé \$84 millions. En attendant de recevoir d'autres contributions, il s'était avéré nécessaire d'employer des ressources du Fonds de roulement, dont le solde avait été réduit à \$0,1 million. Il a exhorté les États Membres à payer leurs contributions dans les plus brefs délais afin que l'Organisation puisse accomplir ses objectifs.

167. Le délégué de la France a rapporté que son gouvernement avait versé l'intégralité de sa contribution le 26 septembre 2016.

168. La Directrice a exprimé la reconnaissance de l'Organisation pour les contributions reçues à ce jour tout en appelant les gouvernements en arriérés de leurs contributions à accélérer le versement de leurs paiements de sorte que l'Organisation soit à même d'exécuter tous les mandats que les États Membres lui avaient confiés.

169. Le Conseil a adopté la résolution CD55.R1, remerciant les États Membres qui avaient déjà effectué des paiements pour 2016 et priant instamment tous les États

Membres de s'acquitter promptement de leurs obligations financières envers l'Organisation.

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

170. Le Dr Margarita Guevara Alvarado (représentante du Comité exécutif) a signalé que le Comité exécutif avait été informé du fait que par rapport à 2014, on avait constaté une diminution de 15 % des recettes globales, y compris les contributions volontaires et les fonds reçus pour les approvisionnements pour compte des États Membres, une diminution principalement imputable à une réduction des contributions volontaires nationales, elles-mêmes dues à une dépréciation du taux de change. Les délégués avaient constaté avec préoccupation la diminution de 15 % dans les recettes et le déficit de \$8,8 millions rapporté par le Commissaire aux comptes externe. On avait reconnu que des facteurs échappant au contrôle du Bureau avaient contribué à ces résultats négatifs mais que le Bureau avait néanmoins été encouragé à prendre des mesures pour établir ses priorités et envisager les moyens de gérer ce déficit. On avait également exprimé certaines préoccupations quant à la non-exécution de certaines contributions volontaires en 2015, dont le résultat avait été un retour de ces fonds aux donateurs. On avait demandé au Bureau de présenter une analyse des risques liés à la tendance à la baisse observée dans les contributions volontaires ainsi qu'une évaluation du financement par catégorie.

171. Les départs à la retraite d'un grand nombre de cadres supérieurs attendus au cours des trois prochaines années avaient également suscité des préoccupations, et l'on avait demandé au Bureau d'expliquer les mesures en cours pour assurer le transfert des connaissances acquises par le personnel partant à la retraite, pour accélérer les procédures de recrutement de nouveaux personnels et pour assurer que la vague de départs à la retraite et les obligations de dépenses en résultant n'occasionneraient pas de charge financière pour l'Organisation.

172. Lors des discussions tenues par le Conseil sur le rapport financier, les délégués ont de nouveau exprimé leur préoccupation quant à la chute des recettes perçues par l'Organisation en raison de la réduction des contributions volontaires et demandé de nouveau qu'une analyse soit menée sur le risque en résultant, qui était cité dans le rapport. Les délégués ont également réitéré leur préoccupation quant aux prochains départs à la retraite, avec le risque parallèle de perte des connaissances et des expériences institutionnelles ainsi que la charge future constituée par le paiement des pensions. Le Bureau a été félicité pour avoir produit des états financiers qui étaient pleinement conformes aux Normes comptables internationales pour le secteur public (Normes IPSAS) et pour le lancement réussi du Système d'information de gestion du BSP (PMIS).

173. M. Xavier Puente Chaudé (directeur du Département de la gestion des ressources financières du BSP) a répondu que la diminution dans les contributions volontaires semblait s'être arrêtée et qu'elle avait peut-être entamé un mouvement inverse. S'agissant des incidences des futurs paiements de pension de retraite, il a rappelé que l'Organisation contribuait à la Caisse commune des pensions du personnel des Nations Unies et qu'il n'y

avait par conséquent aucun risque puisque les pensions des personnels à la retraite étaient intégralement financées. Au sujet du PMIS, il a rappelé que le volet financier du système était entré en fonctionnement en janvier, et fait remarquer que le Bureau s'efforçait de régler toutes les difficultés surgies entretemps.

174. M. Gerald Anderson (directeur de l'Administration du BSP), après avoir communiqué des informations supplémentaires sur la question des départs à la retraite, a rappelé que la Directrice avait demandé que l'on élabore une stratégie pour les ressources humaines,¹⁰ dont les composantes étaient en train d'être mises en pratique progressivement, notamment une exploitation des connaissances et une programmation des nouveaux recrutements de sorte à permettre aux nouveaux employés de recevoir un apprentissage de la part des personnels en instance de départ à la retraite.

175. La Directrice a signalé que le Bureau prenait très au sérieux les recommandations formulées par les commissaires aux comptes interne et externe et par le Comité d'audit, dont celles en rapport avec les personnels en instance de départ à la retraite. Des mécanismes étaient en place pour faire face à ces départs. Par exemple, on réalisait une étude sur les compétences actuelles du personnel du Bureau pour éventuellement effectuer une révision des profils de certains postes dont les titulaires étaient en instance de départ. L'une des conséquences était que le Bureau avait prévu d'engager plusieurs économistes de la santé et d'affecter ceux-ci au Département des systèmes et services de santé. Par ailleurs, le Bureau était en train de travailler avec des chasseurs de têtes et d'examiner ses règles d'embauche pour raccourcir les délais dans le recrutement de personnel.

176. Elle a fait remarquer que la mise en œuvre du PMIS avait demandé que le personnel y consacre un volume considérable d'efforts et de temps, ce dont elle était reconnaissante. On travaillait par ailleurs pour résoudre toutes difficultés imprévues et conditions supplémentaires exigées par le système. Elle a remercié les États Membres pour avoir veillé à assurer le suivi du projet PMIS.

177. Le Conseil directeur a pris note du rapport.

Mise à jour concernant la nomination du Commissaire aux comptes externe de l'OPS pour 2018 2019 et 2020-2021 (document CD55/20)

178. Le Dr Margarita Guevara Alvarado (représentante du Comité exécutif) a signalé que le Comité exécutif avait reçu une mise au point sur le processus devant aboutir à la nomination d'un nouveau commissaire aux comptes externe pour remplacer la Cour des comptes de l'Espagne, dont le mandat expirerait en 2018. Le Comité avait été informé du fait qu'en août 2016, le Bureau adresserait une note verbale aux États Membres, aux États participants et aux Membres associés pour leur demander de déposer leurs candidatures au poste. La date limite de présentation des nominations était le 31 janvier 2017. Les conditions à remplir par les candidats étaient établies dans l'annexe du document

¹⁰ Voir le document CE156/31 (2015).

CD55/20. Les États Membres ont été exhortés à présenter les meilleures candidatures pour pourvoir ce poste.

179. M. Xavier Puente Chaudé (directeur du Département de la gestion des ressources financières du BSP) a souligné l'importance de sélectionner un commissaire aux comptes externe qui possède les meilleures qualifications, notant que le commissaire jouerait un rôle considérable pour assurer la responsabilité comptable et la transparence au sein de l'Organisation.

180. Le Conseil directeur a pris note du rapport.

Prix

Prix de l'OPS pour l'administration (2016) (Document CD55/21)

181. Le Dr Margarita Guevara Alvarado (représentante du Comité exécutif) a signalé que le Comité du Prix de l'OPS pour l'administration (2016), composé des délégués des Bahamas, de l'Équateur et des États-Unis, s'était réuni le 21 juin 2016. Après avoir examiné les dossiers des candidats nommés par les États Membres, le Comité avait décidé de recommander que le Prix de l'OPS pour l'administration (2016) soit décerné au Dr Pastor Castell-Florit Serrate de Cuba pour ses louables contributions à la santé publique, rendues manifestes par son leadership dans la gestion et l'administration du système de santé national de Cuba.

182. Le président du Conseil directeur a passé en revue la carrière du Dr Castell-Florit Serrate et les réalisations qui lui ont permis de recevoir le Prix de l'OPS pour l'administration, en signalant qu'il recevait cette distinction pour sa carrière professionnelle et ses contributions à la recherche et à l'enseignement de la gestion administrative des systèmes de santé.

183. Le président du Conseil directeur et la Directrice ont décerné le Prix de l'OPS pour l'administration (2016) au Dr Pastor Castell-Florit Serrate, dont le discours de remerciement est publié sur la page Web du 55^e Conseil directeur.¹¹

Prix de l'OPS pour l'administration : changements aux procédures (document CD55/22)

184. Le Dr Margarita Guevara Alvarado (représentante du Comité exécutif) a signalé que le Comité exécutif avait été informé d'une proposition soumise par le Bureau visant la modification des lignes directrices appelées à régir la remise du Prix de l'OPS pour l'administration afin de rehausser l'importance du prix et d'encourager les États Membres à soumettre des candidatures se distinguant par leur excellence. Le Bureau a proposé de changer tant le nom que le domaine de concentration du prix. Par conséquent, le prix serait désormais connu sous le nom de Prix de l'OPS pour la gestion des services de santé et le leadership en matière de santé ; il serait décerné à des personnes qui avaient fait

¹¹ http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=12276&Itemid=42078&lang=fr.

montre d'excellence en qualité de dirigeants dans des domaines ayant rapport au développement des systèmes de santé et à l'administration des services de santé, à l'accès aux services de santé et à l'amélioration de la qualité de ces services, à l'élaboration de réseaux intégrés de services de santé et à la production de connaissances et de travaux de recherche en matière de prestation des services de santé.

185. Le Dr James Fitzgerald (directeur du Département des systèmes et services de santé du BSP) a ajouté que, sous cette nouvelle forme, le prix serait convenablement aligné sur la Stratégie régionale pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle et que le BSP se réjouissait à l'avance de lancer le prix sous sa nouvelle forme en 2017.

186. La Directrice a encouragé les États Membres à prendre le prix au sérieux et à nommer les candidats appropriés pour le recevoir.

Questions pour information

Programme et budget de l'OPS 2016-2017 : mécanismes pour le rapport intérimaire à l'intention des États Membres (document CD55/INF/1)

187. Le Dr Margarita Guevara Alvarado (représentante du Comité exécutif) a indiqué que le Comité exécutif avait reçu une mise au point sur les progrès accomplis en matière de mise en œuvre de la résolution CD54.R16 (2015), qui appelait à l'élaboration d'un mécanisme de présentation de rapports d'avancement aux États Membres sur la mise en œuvre du programme et budget de l'OPS. Le Comité avait été informé que le Bureau avait proposé d'utiliser les exercices de suivi et d'évaluation semestriels en combinaison avec d'autres sources d'information pour servir de mécanisme de présentation de rapports. Le Comité avait été informé que les informations seraient mises à disposition en ligne ou par l'intermédiaire des représentants de l'OPS/OMS au cours du premier trimestre du deuxième exercice de chaque exercice biennal à compter de 2017. Les informations issues des exercices de suivi et d'évaluation semestriels seraient complétées par celles figurant sur le nouveau portail Web de l'OPS, qui devait entrer en fonctionnement en 2017. Dans la discussion tenue au sein du Comité, on avait signalé qu'il serait difficile de corriger l'orientation des activités si le rapport de suivi pour l'exercice biennal en cours n'était pas disponible avant 2017, et on avait préconisé de constituer éventuellement un groupe consultatif d'États Membres qui serait chargé de travailler avec le Bureau pour déterminer le genre de rapports à préparer.

188. Lors de l'examen de cette question au sein du Conseil directeur, la déléguée du Mexique a fait part de sa préoccupation quant à la non-disponibilité avant 2017 de l'information dont auraient besoin les États Membres pour surveiller les engagements techniques et budgétaires de l'Organisation correspondant à 2016, l'année 2017 étant la dernière année de l'exercice biennal. Le rapport ne serait donc pas un véritable rapport intérimaire et l'on perdrait ainsi l'occasion de l'exploiter en tant que document de base pour effectuer les ajustements correspondant à la période 2018-2019, dernier exercice biennal du Plan stratégique actuel. Elle a réitéré la proposition de sa délégation, qui avait

déjà été transmise au Sous-comité du programme, du budget et de l'administration, lequel l'avait acceptée, selon laquelle il conviendrait d'envisager de constituer un groupe consultatif d'États Membres chargé de travailler de près avec le Bureau pour établir le genre de rapports requis, en tenant compte des changements déjà opérés par l'Organisation dans les domaines programmatique et budgétaire. Elle a fait remarquer que la proposition ne figurait pas dans le document CD55/INF/1.

189. M. Daniel Walter (directeur du Département de la planification et du budget du BSP) a rappelé que d'après les discussions tenues au sein du Sous-comité et du Comité exécutif, le BSP disposait de mécanismes solidement ancrés pour assurer les fonctions de suivi tout au long de l'exercice biennal et pour effectuer les modifications nécessaires en cours de mise en œuvre à partir des mouvements de fonds, des déficits ou des nouveaux problèmes susceptibles de se faire jour. Ces mécanismes permettraient de mesurer les progrès accomplis et d'opérer les ajustements nécessaires en fonction de tous changements observés durant l'exercice biennal. Ce que le Bureau proposait alors pour satisfaire à la demande des États Membres consistait à conditionner l'information obtenue des exercices de suivi et d'évaluation semestriels et à les compléter avec d'autres informations issues du rapport financier annuel ; ce recueil d'informations serait ensuite mis à la disposition des États Membres pour que ces derniers puissent constater les éventuels problèmes à résoudre.

190. Les informations seraient disponibles début 2017, ce qui donnerait suffisamment de temps pour qu'elles soient prises en compte dans la planification des opérations pour la période 2018-2019, laquelle aurait lieu plusieurs mois après la présentation de l'information aux États Membres. De plus, le portail Web, une fois en fonctionnement, maintiendrait les États Membres constamment informés de ce qui se passait tout au long de l'exercice biennal. Le Bureau n'a donc pas proposé l'élaboration de mécanismes supplémentaires.

191. La Directrice a fait part de sa conviction du fait que le Bureau et elle-même avaient donné la preuve de l'engagement de son administration en faveur de la transparence et de la responsabilité. Sous sa direction, le BSP avait accéléré le rythme de réalisation des exercices de suivi et d'évaluation qui, auparavant menés une fois par an, étaient effectués désormais tous les six mois. Ces exercices étaient déjà un travail pénible, chaque bureau étant tenu d'effectuer une évaluation des fonds dépensés par rapport à leurs ouvertures de crédits, ainsi qu'une analyse approfondie des contraintes et manques observés, sur la base desquels des modifications pourraient être effectuées. Le Bureau faisait rapport sur ces exercices et chaque année les États Membres recevaient des informations dans le rapport financier. Ceux-ci recevaient par ailleurs des rapports que leur adressaient les divers comités d'audit et, bientôt, ils auraient accès aux informations sur le portail Web.

192. Elle s'est demandé si les États Membres souhaitaient mettre en place davantage de mécanismes de suivi parce qu'ils n'avaient pas confiance dans la gestion assurée par le Bureau ou parce qu'ils étaient mécontents de sa manière de gérer leurs programmes et leurs fonds. Le BSP était certainement favorable à une participation accrue des États

Membres à ses processus et mécanismes, mais il y avait un moment au-delà duquel un nombre excessif de mécanismes entraveraient la capacité du Bureau à assurer l'exécution des programmes, des engagements et des mandats que lui avaient confiés les États Membres.

193. Le Conseil directeur a pris note du rapport.

Processus d'élaboration du budget programme de l'OMS 2018-2019 (document CD55/INF/2, Rev. 1)

194. Le Dr Margarita Guevara Alvarado (représentante du Comité exécutif) a indiqué que le Comité exécutif avait été informé de la présentation d'un premier brouillon de budget programme de l'OMS 2018-2019 à ce Conseil directeur et aux autres comités régionaux de l'OMS, les commentaires formulés par ceux-ci devant être inscrits à ce brouillon pour en faire une version révisée qui serait soumise ensuite au Conseil exécutif de l'OMS en janvier 2017. Le Comité exécutif avait salué le resserrement des liens de coordination entre l'OPS et l'OMS dans le processus d'élaboration du budget programme et exprimé son soutien en faveur des principes et concepts dont il était empreint ainsi que sa satisfaction quant à la prise en compte des objectifs de développement durable dans le budget programme.

195. Le Dr Hans Troedsson (Sous-Directeur-général chargé de l'Administration à l'OMS) a présenté un aperçu de l'avant-projet de budget programme de l'OMS 2018-2019. Les principales différences par rapport au budget programme 2016-2017 comprenaient le nouveau Programme de gestion des situations d'urgence sanitaire et la prise en compte des objectifs de développement durable dans la structure des résultats, les indicateurs et les produits à livrer. De plus, le projet de budget prenait en compte la décision prise lors de la Soixante-neuvième Assemblée mondiale de la Santé sur l'affectation de crédits budgétaires stratégiques, dont le résultat serait une augmentation progressive pour la Région des Amériques en l'espace de quatre exercices biennaux.

196. Il a attiré l'attention sur les projets de priorités 2018-2019 arrêtés par les États Membres au moyen d'un processus du bas vers le haut. Ces priorités incluaient la pleine exécution du nouveau Programme de gestion des situations d'urgence sanitaire, la réalisation de la couverture sanitaire universelle au moyen du renforcement des systèmes de santé complets, des interventions pour combattre la résistance aux antimicrobiens, l'élargissement des interventions ciblant les maladies non transmissibles, l'élimination de la mortalité maternelle, néonatale et infantile évitable, l'élimination des épidémies mondiales de grandes maladies infectieuses, l'alignement programmatique sur les objectifs de développement durable, enfin, la consolidation des avantages issus de la réforme de l'OMS à tous les niveaux.

197. Se tournant vers les chiffres précis, il a rappelé que le budget programme approuvé pour la période 2016-2017 s'élevait à \$4,3 milliards. L'OMS proposait maintenant un budget 2018-2019 s'élevant à \$4,6 milliards, qui devait être interprété comme un chiffre non pas ambitieux mais réaliste. L'augmentation ainsi proposée serait

répartie comme suit : \$140 millions pour le nouveau Programme de gestion des situations d'urgence sanitaire, une augmentation de \$14 millions pour la résistance aux antimicrobiens, une augmentation de \$27 millions pour le programme de reproduction humaine et pour le programme spécial pour la recherche et la formation en maladies tropicales, enfin, \$130 millions pour la dernière offensive en faveur de l'éradication de la polio. Les ripostes aux flambées et crises imprévues seraient financées au moyen d'appels motivés par des événements. Ce coût était imprévisible mais pouvait être estimé à environ \$500 millions.

198. Le dialogue sur le financement avait amélioré tant la prévisibilité que la transparence du financement. Toutefois, on n'avait constaté aucune amélioration au plan de la souplesse ou de la viabilité du financement, puisque 70 % à 80 % du financement de l'OMS provenaient de contributions volontaires à objet désigné. Par conséquent, le Directeur général préconisait alors, avec l'appui du Groupe de haut niveau du Secrétaire général de l'ONU sur l'action mondiale face aux crises sanitaires, une augmentation des contributions fixées pour la période 2018-2019. Une lettre à cet effet avait été envoyée à tous les États Membres en juillet 2016. Au début, le Directeur général n'avait pas souhaité proposer un chiffre, pensant que celui-ci devrait être déterminé au moyen d'un dialogue avec les États Membres, mais compte tenu des commentaires reçus de trois comités régionaux jusqu'alors, elle proposait maintenant une augmentation de 10 % comme point de départ des discussions. Une proposition plus détaillée, assortie de données supplémentaires sur les incidences d'une telle augmentation, serait préparée pour le dialogue sur le financement d'ici à la fin octobre.

199. Il a avancé que l'augmentation proposée ne devrait pas être considérée comme une contribution à l'Organisation mais comme un investissement dans celle-ci. Bien entendu, les États Membres souhaiteraient probablement savoir quel serait le rendement de cet investissement ; la réponse à cette question serait considérablement plus précise dans la proposition détaillée qui serait présentée lors du dialogue sur le financement et devant le Conseil exécutif. De plus, il a émis l'idée que les contributions fixées devraient être considérées comme le moyen par lequel les États Membres pouvaient faire valoir leur contrôle sur l'Organisation. Il a également signalé que les contributions fixées offraient une certaine souplesse quant au financement, et permettraient à l'Organisation d'affecter des fonds stratégiquement et de réaliser des investissements programmatiques de plus longue durée.

200. Enfin, il a fait remarquer que le budget programme 2018-2019 commencerait à être exécuté immédiatement après l'approbation de celui-ci par l'Assemblée mondiale de la Santé en mai 2017. Auparavant, les fonds flexibles qui étaient issus des contributions fixées et des contributions volontaires étaient décaissés en janvier, ce qui avait causé des retards dans les dates de prise de service ou le démarrage du travail. Le Directeur général avait donc décidé que les fonds seraient décaissés aux principaux bureaux au cours du dernier trimestre précédant le nouvel exercice biennal de sorte que tous les bureaux puissent commencer de fonctionner le 1^{er} janvier.

201. Le Conseil directeur a accueilli favorablement la possibilité de tenir des discussions précoces sur le projet de budget programme 2018-2019, ce qui permettrait aux États Membres de formuler des commentaires à ce sujet en prévision de la session de janvier 2017 du Conseil exécutif. Le projet de budget programme était considéré en conformité avec la perspective d'une évolution vers la couverture sanitaire universelle et les fonctions essentielles de l'OMS. Les délégués ont accueilli favorablement l'augmentation des crédits budgétaires au profit de la Région des Amériques et exprimé le vœu que le budget régional soit pleinement financé. Ils ont également salué le processus de consultation du bas vers le haut bien qu'une déléguée ait fait part d'une exécution incomplète du processus dans la Région des Amériques.

202. On a approuvé en règle générale les propositions d'augmentation pour le Programme de gestion des situations d'urgence sanitaire et pour les activités sur la résistance aux antimicrobiens, mais on a demandé un surplus d'information sur les moyens par lesquels ces augmentations seraient financées. Une déléguée a demandé comment on était arrivé à une augmentation de \$140 millions pour le Programme de gestion des situations d'urgence sanitaire. Elle a fait part de sa préoccupation quant au fait que cette augmentation entraîne des réductions dans d'autres catégories comme les systèmes de santé, ce qui aurait des répercussions sur des secteurs comme la résilience des systèmes de santé et la couverture universelle. Cette même déléguée a également signalé que des réductions étaient envisagées dans des secteurs d'importance cruciale pour la Région —dont la violence et les traumatismes, le vieillissement et la santé, les déterminants sociaux de la santé, ainsi que les services de santé intégrés axés sur la personne humaine— sans qu'aucune justification ne soit proposée pour ces diminutions. De plus, elle s'est déclarée inquiète de constater que, dans le premier budget programme devant être adopté dans le contexte du Programme 2030, on prévoyait une réduction dans les crédits budgétaires ouverts pour la catégorie 3 (promotion de la santé tout au long de la vie).

203. Plusieurs délégués ont attiré l'attention sur ce qui semblait être une diminution considérable dans les crédits budgétaires alloués pour la transparence, la responsabilité et la gestion du risque sous la catégorie budgétaire 6 (services institutionnels/fonctions essentielles). On a signalé que le Secrétariat de l'OMS avait expliqué au cours d'une session récente d'un autre comité régional que la diminution apparente était en réalité une nouvelle répartition de fonds et que des éclaircissements seraient offerts avant la session de janvier 2017 du Conseil exécutif ; le Secrétariat a été prié de communiquer ces éclaircissements dans les meilleurs délais. On a également demandé des éclaircissements sur la logique présidant aux importantes augmentations proposées au titre de la recherche en reproduction humaine et en éradication de la polio. Une déléguée a déclaré qu'à son avis, les informations présentées au sujet de l'éradication de la polio ne justifiaient pas l'augmentation, pas plus qu'elles n'illustraient une analyse précise des contributions apportées par les autres institutions des Nations Unies participant à l'initiative d'éradication.

204. Une déléguée a exprimé son soutien en faveur de l'augmentation proposée au titre des contributions fixées alors que d'autres ont exprimé leur réticence à cet égard. Tout en

reconnaissant que l'OMS n'avait pas reçu d'augmentation dans les contributions fixées depuis plusieurs exercices biennaux, et que les États Membres s'attendaient à ce que l'OMS fasse plus avec moins, une déléguée a déclaré que l'absence d'augmentation budgétaire dans le passé n'était pas un motif suffisant à justifier une augmentation budgétaire à l'avenir et ne représentait pas non plus un accroissement des mandats ou une modification des priorités. Son gouvernement appliquerait trois principes pour se prononcer en faveur de l'augmentation proposée ou contre celle-ci : les propositions de programme de travail et de budget étaient-elles suffisamment transparentes pour permettre aux États Membres de voir clairement comment les ressources correspondaient aux résultats et réalisations attendus ; les propositions de programme de travail et de budget démontraient-elles des économies réelles ou proposées à partir des efficiences, la rationalisation des processus institutionnels ou des réductions dans les activités de faible priorité ; et les propositions de budget et programme indiquaient-elles clairement quels étaient les résultats et réalisations attendus qui ne se matérialiseraient pas si les États Membres n'étaient pas favorables à l'augmentation proposée. La déléguée du Mexique a demandé qu'on donne acte du fait que son gouvernement n'était pas en mesure d'identifier des éléments lui permettant de justifier l'augmentation proposée et y était par conséquent défavorable.

205. Dans la version du budget programme devant être présentée au Conseil exécutif en janvier 2017, le Secrétariat de l'OMS avait été prié de faire en sorte que tout libellé en rapport avec les droits de l'homme soit conforme à la Constitution de l'OMS, à la Déclaration universelle des droits de l'homme et aux conventions internationales. On a demandé au Secrétariat de faire en sorte que l'exposé qui serait présenté devant le Conseil sur le budget programme explique la raison pour laquelle, à la lumière de l'augmentation budgétaire de 8 % qui avait été approuvée en 2015, il y avait maintenant une proposition pour une nouvelle augmentation de 7,3 %. On a également demandé au Secrétariat de présenter des solutions de remplacement sur la base d'une analyse exhaustive des propositions d'augmentation, en tenant compte des résultats issus des consultations menées avec les États Membres, de l'analyse des résultats de l'exercice biennal en cours, et de l'examen des éventuelles synergies avec d'autres institutions du système des Nations Unies. En sus, on a demandé au Secrétariat d'entreprendre une évaluation approfondie de la catégorie 5 afin de fournir les informations demandées et déterminer ainsi la raison d'une augmentation dans le budget. On a également demandé au Secrétariat de présenter plusieurs scénarios financiers durant le dialogue sur le financement qui aurait lieu en novembre 2016 en expliquant quels seraient les effets de différentes parts de pourcentage d'augmentation sur le maintien d'un équilibre durable entre les contributions volontaires et les contributions fixées.

206. Le Dr Troedsson, tout en remerciant les États Membres pour l'examen prudent du projet de budget programme, a invité les délégués qui étaient intervenus à soumettre par écrit leurs questions précises et leurs demandes d'éclaircissements de sorte que le Secrétariat puisse répondre dans la version révisée du document contenant le budget programme qui serait présenté au Conseil exécutif. Concernant le fait que certaines délégations avaient fait part de leurs préoccupations quant aux réductions réalisées dans certains secteurs programmatiques, il a expliqué que si l'on voulait préserver la stabilité

du budget, comme l'avaient demandé les États Membres, on ne pourrait pas l'augmenter dans certains secteurs sans occasionner une diminution dans d'autres. Toutefois, certains secteurs de l'OMS pourraient faire l'objet d'une diminution budgétaire sans pour autant compromettre sa mission ou les résultats en cours. Par exemple, le secteur des maladies évitables par la vaccination (l'un des secteurs programmatiques sous la catégorie 3, promotion de la santé tout au long de la vie), où l'OMS était désormais en mesure de moins se concentrer sur l'approvisionnement en vaccins puisque ce rôle était maintenant assuré par d'autres entités comme l'alliance GAVI et l'UNICEF.

207. Il a accepté sans réserve la responsabilité d'avoir causé une confusion quant à l'affectation budgétaire au titre de la transparence, de la responsabilité et de la gestion du risque et assuré le Conseil que cette situation serait éclaircie. Il a souligné le fait que la réduction apparente ne signifiait aucunement que le Secrétariat investissait moins dans la transparence et la responsabilité mais qu'il privilégiait simplement la mise en œuvre de politiques au détriment de l'adoption de celles-ci. Le Secrétariat allait également préciser les objets des coupes budgétaires s'il s'avérait impossible de financer l'intégralité du budget programme, ce qui était tout à fait possible puisque l'Organisation était fortement dépendante de contributions volontaires qui n'étaient pas toujours soutenables à long terme. Il fournirait également des informations plus complètes sur les investissements réalisés dans les mesures visant à diminuer les coûts et réaliser des économies. Il a confirmé le fait que l'augmentation proposée au titre du nouveau Programme de gestion des situations d'urgence sanitaire, qui était un programme de base, serait un investissement unique, qui s'étendrait sur deux exercices biennaux, soit 2016-2017 et 2018-2019. Ensuite, la somme requise devrait selon toute probabilité se stabiliser.

208. M. Daniel Walter (directeur du Département de la planification et du budget du BSP) a fait remarquer que les consultations menées par le BSP avec les États Membres sur le budget programme de l'OMS n'avaient pas été aussi approfondies que celles en cours sur le Programme et budget de l'OPS 2018-2019. En partie, cela était dû au fait que l'année 2016 avait été entièrement consacrée à l'intensif processus d'évaluation conjoint de l'exercice biennal (voir les paragraphes 28 à 40 ci-dessus) et que le Bureau n'avait pas voulu accabler les États Membres avec deux exercices d'évaluation de grande envergure. Les résultats issus de l'exercice de hiérarchisation en cours alimenteraient le processus d'élaboration du budget programme de l'OMS et les États Membres auraient d'autres occasions de faire part de leurs observations devant le Conseil exécutif et encore une fois durant la préparation de la version définitive du budget en prévision de l'Assemblée mondiale de la Santé.

209. La Directrice a déclaré que le BSP comprenait que les crédits budgétaires de l'OMS alloués à la Région des Amériques avaient augmenté dans chacun des trois derniers exercices biennaux et que la tendance se poursuivrait pour les trois exercices biennaux à venir avec la mise en œuvre de la méthode d'affectation de crédits budgétaires stratégiques. Elle a remercié les États Membres de la Région pour leurs efforts visant à mettre en place une formule objective fondée sur les besoins.

210. Le Conseil directeur a pris note du rapport.

Mise à jour sur la réforme de l'OMS (document CD55/INF/3), et sous-point L'action de l'OMS dans la gestion des situations d'urgence sanitaire : Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire (document CD55/INF/3, Add. I)

211. Le Dr Margarita Guevara Alvarado (représentante du Comité exécutif) a indiqué que le Comité avait été informé du fait que, malgré les retards enregistrés dans la réforme de la gouvernance au sein de l'OMS par rapport aux réformes programmatiques et de direction générale, des réalisations notables avaient été accomplies lors de la Soixante-neuvième Assemblée mondiale de la Santé. Parmi d'autres faits marquants, l'Assemblée avait approuvé des réformes dans le domaine de la riposte aux situations d'urgence et aux flambées de maladies qui avaient été précipitées par la flambée de maladie à virus Ebola. De plus, à l'issue de longues négociations, l'Assemblée avait approuvé le Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques (voir les paragraphes 50 à 58 ci-dessus). Le Comité avait accueilli favorablement les progrès accomplis au titre de la réforme de l'OMS et exprimé sa satisfaction quant à l'adoption du Cadre de collaboration. Les délégués avaient souligné le fait que la réforme de l'OMS devrait être pilotée par les États Membres et orientée par les principes de transparence, de responsabilité, d'équité et d'efficacité. D'autres informations avaient été demandées au sujet de la participation de la Région au nouveau Programme de gestion des situations d'urgence sanitaire de l'OMS.

212. M. Daniel Walter (directeur du Département de la planification et du budget du BSP), notant que bon nombre des réformes entreprises par l'OPS en matière de gouvernance, de programmes et de gestion avaient précédé celle de l'OMS, a déclaré que la quasi-totalité des réformes avaient été pleinement intégrées au travail quotidien des deux organisations. Toutefois, l'obtention de financements plus prévisibles et plus souples, qui figurait au nombre des premiers objectifs de la réforme de l'OMS, ne s'était pas encore concrétisée entièrement et continuait de poser problème.

213. Les incidences institutionnelles et financières du nouveau Programme de gestion des situations d'urgence sanitaire de l'OMS étaient décrites dans le document CD55/INF/3, Add. I, lequel avait été élaboré à la demande du Comité exécutif. Au plan fonctionnel, le Bureau alignait son travail en matière de gestion des situations d'urgence sur le nouveau programme de l'OMS. À cette fin, il avait restructuré son programme de gestion des situations d'urgence en faisant fusionner le Département de préparation aux situations d'urgence et de secours en cas de catastrophes et l'Unité du Règlement sanitaire international/Alerte et réponse aux épidémies, et maladies hydriques (IR). Le Programme de gestion des situations d'urgence sanitaire de l'OPS nouvellement désigné, qui relèverait directement du Directeur du BSP, continuerait de répondre entièrement aux besoins des États Membres des Amériques. S'agissant des incidences financières de cet alignement fonctionnel sur le programme de l'OMS, la dépense actuelle et la dépense de fonctionnement du programme élargi de l'OPS avaient été calculées à \$13 millions par exercice biennal pour le personnel et les activités. Une partie de cette somme avait été obtenue pour l'exercice biennal actuel mais il faudrait identifier à l'avenir une source de financement continu. La question serait examinée lors du dialogue sur le financement prévu pour octobre 2016 à Genève.

214. Le Conseil directeur a accueilli favorablement les progrès accomplis au titre de la réforme de l'OMS, en particulier l'adoption du *Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques* et le lancement du nouveau Programme de gestion des situations d'urgence sanitaire de l'OMS. Toutefois, on a souligné que la réforme de l'OMS était un travail non encore abouti et qu'il faudrait poursuivre sur cette voie. Les délégués ont fait remarquer qu'il était nécessaire de continuer de renforcer l'alignement aux trois niveaux de l'Organisation, accroître la transparence dans les processus décisionnels et renforcer les liens entre l'OMS et d'autres processus multilatéraux. On a proposé qu'à l'avenir, compte tenu de son importance, la réforme de l'OMS ne soit pas considérée comme une question d'information.

215. Le Bureau a été encouragé à participer à la politique de l'OMS sur la mobilité du personnel, qui était considérée comme un moyen important de développement des carrières et de renforcement institutionnel. On a souligné la nécessité d'entretenir des liens solides de coordination et de coopération entre l'OPS et l'OMS. On a souligné par ailleurs qu'à cet égard, le nouveau portail de financement de l'OPS devrait être entièrement intégré et relié au portail général de l'OMS. On a signalé que le document sur le Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques (document CD55/8, Rev. 1) déclarait que la Directrice, en sa qualité de haut responsable technique et administratif de l'OPS, rendait compte exclusivement aux États Membres de l'OPS mais, étant donné que l'OPS était un bureau régional de l'OMS, elle était aussi responsable devant le Directeur général.

216. Le Conseil a salué l'alignement du Programme de gestion des situations d'urgence sanitaire de l'OPS sur le Programme de gestion des situations d'urgence sanitaire de l'OMS. Plusieurs délégués ont fait remarquer toutefois que le programme mondial semblait être concentré principalement sur les ripostes aux situations d'urgence tandis que celui de l'OPS avait toujours placé l'emphase sur la prévention, l'état de préparation et le renforcement des capacités des systèmes de santé dans les pays. On a demandé de veiller à ce que ces aspects du programme de l'OPS ne soient pas défavorisés par l'alignement sur le programme de l'OMS.

217. M. Walter a expliqué que bien que l'OPS ne fasse pas officiellement partie du mécanisme de l'OMS pour la mobilité du personnel, il se produisait fréquemment des mouvements de personnel entre l'OPS et l'OMS. Il a ajouté que l'OPS continuerait de participer à titre d'observateur aux travaux du Comité sur la mobilité mondiale et que les mouvements de personnel se poursuivraient. S'agissant du nouveau portail de financement de l'OPS, le Bureau envisageait d'utiliser le même logiciel que le Secrétariat de l'OMS. Le Bureau inscrivait d'ores et déjà dans le portail de l'OMS les informations relatives à la part de budget apportée par la Région à celui de l'OMS. Il a fait remarquer que le portail de l'OPS couvrirait l'intégralité du budget de l'OPS.

218. Le Dr Ciro Ugarte (directeur du Département des urgences sanitaires du BSP) a confirmé que le programme de l'OPS continuerait de mener des activités de renforcement des capacités comme il le faisait depuis le début. En effet, la capacité de la Région à réagir face aux situations d'urgence et de catastrophe de manière efficace était largement

attribuable aux progrès accomplis par les pays en matière de renforcement de leurs capacités de riposter et de faire en sorte que leurs systèmes de santé soient à même de continuer de fonctionner au lendemain d'une catastrophe. Le programme poursuivrait également ses activités en rapport avec la réduction du risque, les hôpitaux sûrs et intelligents, la prise en charge des populations déplacées, enfin d'autres secteurs qui ne faisaient pas partie des priorités établies dans le programme mondial. Le chiffre de \$13 millions correspondait à la somme nécessaire pour chaque exercice biennal afin d'élargir le programme de l'OPS et de l'aligner pleinement sur le programme de l'OMS. On s'attendait à ce qu'une partie de ces fonds soient mobilisés au moyen du dialogue sur le financement au niveau de l'OMS mais le Bureau s'efforçait aussi de mobiliser des ressources au niveau régional pour continuer d'exécuter l'initiative des équipes médicales d'urgence et des activités connexes.

219. La Directrice a affirmé que la Région avait repris à son compte la politique de l'OMS sur la mobilité et que le Bureau participait activement aux échanges de personnels entre le Siège de l'OMS et les régions, tout en se réservant l'option de sélectionner le personnel qu'il recevait. La décision de former le Département de gestion des situations d'urgence sanitaire de l'OPS avait résulté de l'expérience acquise par la Région dans la lutte contre le virus Zika, qui avait révélé l'importance d'une fusion des deux secteurs programmatiques. L'OPS serait de ce fait en pleine harmonie au plan fonctionnel avec le programme de l'OMS sans pour autant abandonner des secteurs comme la préparation et le renforcement des capacités. L'Organisation maintiendrait par ailleurs les réseaux et les mécanismes qui lui permettaient de riposter sous 24 ou 48 heures et de virer des fonds rapidement au lendemain d'une urgence ou d'une catastrophe. Telles étaient les données d'expériences que l'OPS pourrait apporter pour contribuer à un perfectionnement du programme mondial.

220. Le Conseil directeur a pris note du rapport.

Mise à jour sur la maladie à virus Zika dans la Région des Amériques (document CD55/INF/4)

221. Le Dr Margarita Guevara Alvarado (représentante du Comité exécutif) a indiqué que le Comité exécutif avait été informé en juin 2016 du fait que le virus Zika était en circulation dans 39 pays et territoires de la Région et que cinq de ces pays avaient rapporté la présence de cas transmis sexuellement. Le Comité avait également été informé des mesures prises par le Bureau pour riposter à la situation d'urgence créée par le virus Zika. Le Comité avait alors félicité le Bureau pour la célérité de sa riposte et l'avait appelé à continuer d'aider les États Membres à prévenir, dépister et combattre les nouvelles menaces posées par les maladies infectieuses, notant qu'il importait de collaborer à la surveillance et à la lutte contre ces maladies ainsi qu'à l'élaboration de meilleurs outils diagnostiques.

222. Le Dr Sylvain Aldighieri (directeur adjoint par intérim du Département de gestion des situations d'urgence sanitaire du BSP) a informé le Conseil directeur que le nombre de pays et territoires rapportant des cas autochtones avait été porté à 47. Il a expliqué

l'historique de l'épidémie de maladie à virus Zika depuis l'apparition des premiers cas au Brésil en mai 2015, notant que l'on avait enregistré une augmentation considérable du nombre de cas au cours des derniers mois de l'année 2015 et du premier trimestre 2016. La plus forte concentration de cas associés de microcéphalie se trouvait dans le nord-est du Brésil. Toutefois, des groupes de cas de microcéphalie et d'autres malformations liées au syndrome congénital de l'infection à virus Zika étaient apparus dans toutes les sous-régions à la suite de flambées de maladie à virus Zika.

223. Il a fait remarquer que si certains chiffres correspondant aux cas semblaient faibles, c'était parce qu'ils ne concernaient que les cas confirmés en laboratoire, et il a exhorté les pays à exploiter pleinement les réseaux de laboratoires disponibles afin d'analyser les échantillons cliniques. Neuf mois après la déclaration d'urgence de santé publique de portée internationale, la Région continuait de connaître des difficultés, dont l'élaboration d'une meilleure définition des malformations neurologiques fœtales dans les différentes étapes de la grossesse et la caractérisation clinique du syndrome congénital de l'infection à virus Zika. Les enfants atteints de malformations congénitales suite à l'infection à virus Zika chez la mère ainsi que ceux nés sans aucun signe extérieur devraient être suivis pendant une période allant jusqu'à cinq ans.

224. La co-circulation de divers arbovirus transmis par *Aedes aegypti*, y compris les virus de la dengue et du chikungunya dans le même écosystème, pays ou territoire, compliquait considérablement la situation. La riposte à l'épidémie de maladie à virus Zika exigeait une approche intégrée et un renforcement des soins de santé primaires, dont les services de santé sexuelle et génésique. Tout aussi importants, les services psychosociaux et d'accompagnement en matière d'éthique, ainsi que la protection sociale pour les familles touchées par la naissance d'un enfant atteint de malformations congénitales et de handicaps qui nécessiteraient des soins tout au long de sa vie.

225. La stratégie entreprise par le Bureau pour lutter contre la maladie à virus Zika était répartie en trois piliers : la détection, la prévention et la riposte des services de santé ; elle s'accompagnerait d'un domaine d'intervention multisectoriel consistant dans des travaux de recherche dans ces trois piliers. La stratégie soutenait les pays notamment par le renforcement des capacités, l'utilisation d'outils permettant d'identifier les déficits systémiques et de reprogrammer les ressources, ainsi que l'entrée en fonctionnement du Fonds stratégique afin de fournir les pays en immunoglobulines. Le Système de commandement en cas d'incident du BSP avait dépêché 65 missions et mobilisé des ressources multidisciplinaires à travers 29 pays de la Région. Plus de 100 experts internationaux avaient été mobilisés au cours des derniers mois grâce à la coopération Sud-Sud et Nord-Sud. Il a exprimé ses remerciements aux gouvernements et partenaires de la coopération internationale qui avaient considérablement contribué aux activités régionales de riposte.

226. Le Conseil directeur a décidé de discuter du rapport sur ce point de l'ordre du jour en concomitance avec l'examen qu'il avait prévu sur le projet de stratégie pour la prévention et la lutte contre les arboviroses ; voir à ce titre, dans les paragraphes 135 à 147 ci-dessus, une synthèse de la discussion.

227. Le Conseil directeur a pris note du rapport.

Objectifs du Millénaire pour le développement et cibles sanitaires : rapport final (document CD55/INF/5)

228. Les délégués ont salué le fait que la Région a réussi à atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) ayant rapport à la santé tout en reconnaissant qu'il restait beaucoup de travail à faire car les progrès accomplis vers l'atteinte des objectifs avaient été inégaux à travers la Région. On a considéré que le travail commun entrepris pour atteindre les objectifs avait consolidé la Région et jeté les bases d'un travail futur sur les objectifs de développement durable (ODD), et on a souligné le fait que les enseignements tirés du travail réalisé sur les OMD devaient alimenter les activités de mise en œuvre, de suivi et de présentation de rapports sur les ODD. Les délégués ont félicité le BSP pour l'aide technique apportée, qui avait permis aux pays d'atteindre les OMD, et souligné qu'il était nécessaire que le Bureau fournisse un appui constant dans le cadre des efforts déployés pour réaliser les ODD. On a également souligné l'importance de la coopération internationale, dont la coopération Sud-Sud.

229. Les délégués ont cité un certain nombre de facteurs qui avaient contribué à l'atteinte des OMD, dont le travail intersectoriel, la participation active de la population, la mise en œuvre de réformes de la santé sur la base de soins de santé primaires, enfin l'élaboration de politiques ciblant les couches de population les plus pauvres. On a considéré que le dépassement des inégalités et de l'iniquité constituerait l'obstacle principal à l'avenir. À cette fin, on a considéré qu'il était primordial d'améliorer la situation économique et sociale des populations et d'aborder les déterminants sociaux de la santé.

230. On a indiqué que les améliorations dans la collecte et l'analyse des données étaient aussi importantes. On a souligné qu'il ne suffisait pas de mesurer les réussites et les échecs uniquement au niveau des pays car ces mesures pouvaient occulter des écarts considérables entre des groupes de population dans un même pays et qu'il fallait plutôt recourir à une analyse nourrie par des considérations d'équité. On a salué le regain de concentration des ODD sur la question d'équité. On a fait remarquer qu'il était nécessaire de mettre à jour le Programme d'action sanitaire pour les Amériques à la lumière du Programme 2030.

231. Le Dr Kira Fortune (chef par intérim du Programme spécial pour le développement durable et l'équité en matière de santé du BSP), en félicitant les États Membres pour les succès rencontrés au titre des cibles des OMD, a affirmé que l'augmentation de l'espérance de vie, la diminution de l'extrême pauvreté et la réduction du taux de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans au cours des 15 dernières années étaient des réalisations dont il fallait se réjouir. Toutefois, de nombreux obstacles restaient à surmonter, et les Amériques continuaient d'être l'une des régions les plus inéquitables au monde. Elle a assuré le Conseil que le Bureau comptait s'inspirer des enseignements tirés des OMD dans ses efforts déployés pour réaliser les ODD.

232. La Directrice a également félicité les États Membres pour leurs réussites, notant que la Région avait atteint la plupart des cibles des OMD en matière sanitaire, l'exception notable étant la cible relative à la mortalité maternelle. Elle a convenu du fait que les résultats mesurés au niveau national globalement pouvaient occulter des disparités à l'intérieur d'un même pays. La Région ayant à peine commencé le travail au titre des ODD, il était crucial de déterminer quelles étaient les populations laissées pour compte et de formuler des stratégies pour leur permettre de combler l'écart. Pour ce faire, il faudrait se concentrer beaucoup plus sur les questions d'égalité des sexes, d'équité et d'ethnicité et sur les déterminants sociaux de la santé. Il faudrait aussi apporter certaines améliorations dans les systèmes d'information sanitaire. Dans le domaine particulier de la mortalité maternelle, il était nécessaire de trouver différents moyens de travailler pour déterminer par exemple la raison pour laquelle certaines femmes ne recouraient pas aux soins prénatals et identifier ensuite le genre de coopération technique nécessaire pour améliorer la situation.

233. Le Conseil directeur a pris note du rapport.

Mise en œuvre des objectifs de développement durable dans la Région des Amériques (document CD55/INF/6), et sous-point Rapport sur l'élaboration de la feuille de route concernant : le rôle du secteur de la santé dans l'approche stratégique de la gestion internationale des produits chimiques, dans la perspective de l'objectif fixé pour 2020 et au-delà (document CD55/INF/6, Add. I)

234. Le Dr Margarita Guevara Alvarado (représentante du Comité exécutif) a indiqué que le Comité exécutif avait reçu une mise à jour sur les efforts déployés pour préparer la Région dans la perspective de la mise en œuvre du programme de développement durable et de l'élaboration de l'approche régionale à l'égard des objectifs de développement durable, un processus qui avait compris une analyse des modalités par lesquelles les objectifs étaient en rapport avec les cibles et indicateurs énoncés dans le Plan stratégique de l'OPS 2014-2019. Le Comité avait accueilli favorablement les progrès enregistrés au titre de la planification de la mise en œuvre des ODD dans la Région. Les délégués avaient affirmé l'engagement souscrit par leurs gouvernements en faveur des objectifs et reconnu la nécessité d'entreprendre des mesures multisectorielles pour y parvenir. La nécessité de renforcer les mécanismes permettant de mesurer les progrès accomplis vers l'atteinte des cibles liées à la santé avait été soulignée.

235. Le Conseil directeur a exprimé sa satisfaction quant aux progrès accomplis à ce jour pour mettre en œuvre les objectifs de développement durable dans la Région. Les délégués ont accueilli favorablement la constitution du groupe de travail OMS/OEA, qui faciliterait la collaboration interinstitutions et le déploiement d'efforts de portée régionale pour réaliser les objectifs. On a signalé toutefois que la Région des Amériques demeurait l'une des régions les plus inéquitables au monde et qu'un véritable développement durable ne pouvait être atteint que par un dépassement de ces inégalités tenaces, dont les inégalités sexospécifiques.

236. On a souligné qu'il fallait que tous les pays unissent leurs efforts pour réduire les inégalités et améliorer l'état de santé ainsi que la qualité de vie des peuples de la Région. On a exprimé un soutien en faveur de la création d'un réseau régional et d'une plateforme officielle pour permettre aux pays de mettre en commun leurs données d'expériences nationales afin de réaliser les objectifs et parvenir à l'équité en matière de santé. Tandis que les délégués ont salué la publication par l'OPS de l'ouvrage intitulé « *Preparing the Region of the Americas to Achieve the Sustainable Development Goal on Health* », ils ont déclaré qu'il importait que la Région ne se fixe pas exclusivement sur l'objectif 3 (« permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge »), mais collabore plutôt sur une base multisectorielle dans tous les domaines du Programme 2030 qui avaient un impact sur la santé.

237. Le Conseil a également débattu de l'élaboration d'une feuille de route sur le rôle du secteur sanitaire dans l'approche stratégique adoptée en matière de gestion des produits chimiques au plan international pour en faire l'objet de ses discussions sur la mise en œuvre des ODD dans la Région des Amériques. Les délégués ont félicité le Canada pour avoir dirigé les travaux dans ce domaine et souligné l'engagement souscrit par leurs pays afin d'œuvrer à l'atténuation des effets défavorables d'une gestion inadéquate des produits chimiques aux niveaux sanitaire et environnemental.

238. La déléguée du Canada a remercié à son tour d'autres États Membres pour leur soutien à la résolution WHA69.4 de l'Assemblée mondiale de la Santé, relative au rôle du secteur sanitaire dans l'approche stratégique de la gestion internationale des produits chimiques. Notant que 22,7 % des décès à travers le monde et que 21,8 % des maladies enregistrées chaque année dans le monde étaient liés, on le pense, à des facteurs environnementaux modifiables, dont l'exposition aux produits chimiques, elle a insisté sur le fait que le secteur de la santé devait prendre des mesures pour atténuer la situation. Il était crucial de tirer parti de la dynamique créée par la résolution WHA69.4 et de contribuer à prévenir les mauvais états de santé et la mortalité prématurée au moyen d'interventions visant à réduire les risques d'exposition aux produits chimiques, à approfondir les connaissances et constituer la base de données probantes, à perfectionner les capacités institutionnelles et à consolider le rôle de chef de file du secteur sanitaire ainsi que la coordination intersectorielle. Elle a exhorté les États Membres de l'OPS à soutenir l'élaboration de cette feuille de route tout en soulignant qu'elle devait être considérée comme un point de départ, et non une fin en soi, vers une participation active du secteur sanitaire. À travers la Région des Amériques, le secteur devrait saisir l'occasion de participer de manière proactive à la gestion des produits chimiques à l'heure actuelle et à l'avenir.

239. Le Dr Kira Fortune (chef par intérim du Programme spécial pour le développement durable et l'équité en matière de santé du BSP) a remercié le Canada pour son rôle capital dans les activités de plaidoyer en faveur de l'adoption de la résolution WHA69.4. Elle a également remercié les États Membres pour leur engagement en faveur des objectifs de développement durable, qui divergeaient des objectifs du Millénaire pour le développement par le fait qu'ils avaient été arrêtés par les États Membres eux-mêmes. Sur les 17 objectifs de développement durable, seul un portait précisément sur la santé,

bien que tous les objectifs étaient liés à la santé d'une manière ou une autre. Une autre différence majeure entre les deux groupes d'objectifs était que l'objectif spécifique des ODD était les maladies non transmissibles et la couverture sanitaire universelle. Les ODD constituaient un programme d'action enthousiasmant et offraient des occasions uniques de travailler de concert avec d'autres secteurs selon une perspective nouvelle de la santé et du bien-être.

240. La Directrice a fait remarquer que la nature plurielle et multisectorielle du Programme 2030 exigeait que l'on forge de nouveaux partenariats. À cette fin, le Bureau était en train d'élargir la portée de ses travaux en matière de coopération Sud-Sud et de coopération triangulaire. Il était également important d'apprendre comment mettre en œuvre l'approche d'intégration de la santé dans toutes les politiques et de travailler avec la société civile et le secteur privé. On a exprimé le vœu que le Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques permette à l'Organisation de le faire plus efficacement. Un autre aspect du Programme 2030 qui nécessitait un regain d'efforts était la mobilisation sociale et l'autonomisation des particuliers et des communautés.

241. Elle a félicité le Canada pour avoir mis en exergue le rôle du secteur sanitaire dans la gestion rationnelle des produits chimiques, notant que cette question était importante pour la Région, en particulier l'Amérique centrale, où un grand nombre de cas d'insuffisance rénale chronique résultaient directement d'une exposition aux produits chimiques.

242. Le Conseil directeur a pris note du rapport.

Plan d'action régional pour le renforcement du recueil des données d'état civil et de santé : rapport final (CD55/INF/7)

243. Le Dr Margarita Guevara Alvarado (représentante du Comité exécutif), faisant rapport sur l'examen, au sein du Comité, du rapport final sur le Plan d'action régional pour le renforcement du recueil des données d'état civil et de santé, a déclaré que le Comité avait été informé d'une amélioration de la couverture des activités d'enregistrement des naissances et des décès ainsi que de la qualité des données communiquées. Toutefois, certaines difficultés demeuraient dans plusieurs domaines, dont l'inexactitude ou l'imprécision des déclarations quant à la cause des décès, l'arrondissement des données sur le poids à la naissance, les insuffisances des systèmes d'information et le manque de données aux niveaux des municipalités, des provinces ou des États d'un même pays. Le Comité avait souligné la nécessité d'améliorer l'opportunité, l'exactitude et la qualité des données sur les naissances ainsi que la qualité des données sur les décès, et avait entériné la proposition visant à concevoir un plan d'action régional à jour, qui serait présenté aux Organes directeurs en 2017 aux fins d'approbation.

244. Le Conseil directeur a accueilli favorablement les avancées réalisées au titre du renforcement des activités de recueil des données d'état civil et de santé, tout en faisant remarquer qu'il était nécessaire de persévérer afin d'améliorer l'exhaustivité et la qualité

des données ainsi recueillies. Le Conseil a exprimé son appui en faveur de la conception d'un plan régional à jour pour conforter les acquis réalisés en vertu du plan régional 2008-2013 et combler les carences dans l'enregistrement et la qualité des données d'état civil et d'autres données de santé, surtout au niveau infranational. De telles améliorations étaient jugées nécessaires pour suivre les progrès accomplis vers la réalisation des objectifs établis dans le Plan stratégique de l'OPS 2014-2019 et des objectifs de développement durable. On a signalé également qu'il fallait disposer de données opportunes et exactes pour les besoins des exercices de planification stratégique et de hiérarchisation des priorités mais aussi pour soutenir les processus décisionnels non seulement dans le domaine de la santé mais aussi dans celui des finances et d'autres domaines.

245. Plusieurs délégués ont décrit les améliorations déjà apportées dans leurs systèmes d'information sanitaire, certains faisant remarquer qu'ils avaient entrepris un travail de collaboration avec d'autres pays —notamment par le biais du Réseau de systèmes d'information sur la santé de l'Amérique latine et des Caraïbes (RELAC SIS)—, des résultats positifs ayant été constatés à ce titre. D'autres ont appelé le BSP à fournir une aide technique constante. En particulier, le Bureau a été exhorté à soutenir les États Membres en matière d'intégration de la perspective de la parité hommes-femmes dans leurs systèmes d'information sanitaire et pour assurer la conformité avec la Classification internationale des maladies de l'OMS (ICD-10) dans la présentation de rapports sur les causes de décès. On a également appelé à faire en sorte que le nouveau plan d'action soit en harmonie avec les initiatives connexes entreprises par les partenaires régionaux et internationaux comme la Banque mondiale.

246. Le Dr Marcos Espinal (directeur du Département des maladies transmissibles et de l'analyse de la santé du BSP) a convenu que malgré d'importantes réalisations, il y avait encore beaucoup de travail à faire pour améliorer le recueil des données d'état civil et de santé dans la Région. Malheureusement, on continuait d'éprouver des difficultés pour mobiliser les financements à l'appui de l'amélioration des systèmes d'information et ce, malgré leur importance primordiale pour l'élaboration de politiques à base factuelle. Il a salué l'appui fourni par les États Membres en faveur de la proposition visant à rédiger un nouveau plan régional ambitieux et innovant. Il a signalé que, dans un monde d'interconnexions, il était fondamental que les systèmes d'information puissent communiquer entre eux, et il a déclaré que le Bureau travaillait d'ores et déjà sur un nouveau modèle pour ses systèmes d'information afin de concrétiser cet objectif.

247. La Directrice a déclaré avoir entendu durant plusieurs années un grand nombre d'appels en faveur de l'amélioration des informations de sorte que les États Membres soient en mesure de planifier, de surveiller et d'honorer leurs engagements envers leurs habitants. À la lumière de ces appels, un nouveau plan d'action régional serait conçu, avec la participation des États Membres, de sorte à assurer que les pays disposent effectivement des informations de santé nécessaires.

248. Le Conseil directeur a pris note du rapport et approuvé la proposition visant l'élaboration d'un nouveau plan d'action régional pour le renforcement du recueil des données d'état civil et de santé.

Stratégie et plan d'action régionaux sur la nutrition en santé et développement 2006-2015 : rapport final (document CD55/INF/8, Rev. 1)

249. Le Conseil directeur a décidé de discuter du rapport final sur les Stratégie et plan d'action régionaux sur la nutrition en santé et développement 2006-2015 durant son examen du rapport final sur les Stratégie et plan d'action pour la réduction de la malnutrition chronique (voir le paragraphe 259 ci-dessous).

250. Le Dr Margarita Guevara Alvarado (représentante du Comité exécutif) a annoncé que le Comité exécutif avait examiné les progrès réalisés au titre des Stratégie et plan d'action régionaux sur la nutrition en santé et développement, dont l'adoption de politiques de sécurité alimentaire et nutritionnelle et l'établissement de programmes de transferts monétaires conditionnels dans un certain nombre de pays. Pour remédier aux déficits de données et autres difficultés persistantes, dont la double charge de la surnutrition et de la sous-alimentation, le Bureau avait recommandé que les États Membres mettent en œuvre l'intégralité des dispositions du *Plan d'application exhaustif concernant la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant de l'OMS* ainsi que du *Plan d'action pour la prévention de l'obésité chez les enfants et les adolescents* de l'OPS. Le Comité avait souligné la nécessité d'entreprendre des mesures intersectorielles pour accroître la disponibilité d'aliments de bonne qualité et constaté que les efforts consentis pour améliorer l'état nutritionnel et combattre la surcharge pondérale et l'obésité étaient parfois contrariés par les coutumes et situations prévalant dans les localités.

251. Passant au rapport final sur les *Stratégie et plan d'action pour la réduction de la malnutrition chronique*, le Dr Guevara Alvarado a signalé que le Comité exécutif avait été informé du fait que la malnutrition chronique avait accusé une diminution durant la période couverte par la stratégie et le plan d'action 2010-2015, mais qu'elle demeurait un problème, surtout au sein des populations marginalisées. Dans le même temps, la surcharge pondérale et l'obésité avaient augmenté. Durant la période à l'étude, l'anémie avait diminué également mais demeurait une source de préoccupations, s'agissant surtout des femmes enceintes. Dans la perspective de progresser davantage en matière de réduction de la malnutrition, le Bureau avait recommandé que les États Membres renforcent leurs mécanismes de coordination des interventions intersectorielles sur leur territoire afin de prévenir le rachitisme, la surcharge pondérale et l'anémie, qu'ils renforcent la capacité du secteur sanitaire à réaliser des activités essentielles en matière de nutrition, dont la promotion de l'allaitement maternel et des habitudes alimentaires saines, qu'ils maintiennent leurs programmes de fourniture de suppléments en multivitamines et d'aliments enrichis, qu'ils intensifient les interventions pour encourager et faciliter l'allaitement maternel, et qu'ils renforcent les systèmes de surveillance de l'état nutritionnel.

252. Le Comité exécutif avait reconnu que des progrès avaient été accomplis mais constaté également que la malnutrition sous ses formes diverses était demeurée un problème grave dans certains pays et ce, malgré les efforts considérables déployés par les gouvernements pour y faire face. Les délégués avaient souligné qu'il était impératif d'entreprendre des actions intersectorielles. Étant donné qu'un apport nutritionnel de qualité dès le début de la vie avait des incidences tout au long de l'existence, l'importance d'améliorer cet apport lors de la grossesse et durant la petite enfance avait été soulignée. On avait émis l'idée d'une évaluation de l'effet des diverses stratégies et interventions employées et d'un échange des informations issues des expériences réussies et des pratiques optimales.

253. Le Conseil directeur a salué les progrès réalisés dans l'adoption de politiques et de programmes pour parvenir à la sécurité alimentaire et nutritionnelle, tout en soulignant par ailleurs qu'il était nécessaire de renforcer ces politiques et programmes et d'en adopter de nouveaux pour contrecarrer la malnutrition chronique aussi bien que les carences en micronutriments, sans oublier l'augmentation alarmante de la surcharge pondérale et de l'obésité dans toutes les tranches d'âge. Les États Membres ont été exhortés à saisir l'occasion offerte par la Décennie d'action des Nations Unies pour la nutrition (2016-2026) afin de mettre en œuvre les interventions préconisées lors de la deuxième Conférence internationale sur la nutrition (Rome, novembre 2014).

254. Les délégués ont attiré l'attention sur la nécessité d'améliorer l'état nutritionnel dès le plus jeune âge en prévenant et en traitant la malnutrition chez les femmes enceintes et les jeunes enfants, en favorisant la consommation adéquate de micronutriments et en encourageant des activités exhaustives d'information et d'apprentissage sur la nutrition. On a souligné l'importance de la promotion d'une alimentation saine en milieu scolaire. Les États Membres ont affirmé leur engagement envers des efforts continus pour améliorer l'état nutritionnel et envers une lutte constante contre la malnutrition sous toutes ses formes.

255. L'importance du suivi, de la surveillance et de l'évaluation de l'état nutritionnel tout au long de la vie a été soulignée, de même que celle des travaux de recherche sur les causes de la malnutrition chronique et les interventions efficaces. On a considéré que la recherche était essentielle, car elle contribuait à déterminer les interventions à base factuelle pour prévenir la mauvaise nutrition, elle-même susceptible de porter atteinte aux améliorations de la santé, à la croissance économique ainsi qu'au développement global dans la Région. Les délégués ont salué le fait que les deux rapports aient reconnu l'importance de tenir des échanges sur les enseignements tirés et les pratiques optimales entre les États Membres. On a émis l'idée que le rapport final sur la malnutrition chronique aurait pu bénéficier d'une discussion précise sur les progrès accomplis vers la réalisation des indicateurs et sur une description détaillée des enseignements tirés de l'exercice.

256. Le Dr Anselm Hennis (directeur du Département des maladies non transmissibles et de la santé mentale du BSP) a fait remarquer que la Région des Amériques était l'une des plus inéquitables au monde, et que l'une des conséquences de cette situation était la

persistance de la malnutrition chez l'enfant, malgré certains progrès accomplis durant la période d'exécution du plan d'action, dont une diminution du rachitisme de l'ordre de 3,5 %. On avait aussi observé une amélioration dans le degré d'adoption et de mise en œuvre des normes OMS de croissance de l'enfant. Le Bureau était très conscient d'une faiblesse, à savoir, la présence d'un grand déficit d'information. Il a convenu de la nécessité de disposer de systèmes de surveillance, dont des systèmes permettant de mesurer les indices chez les enfants d'âge scolaire. On ne pouvait manquer de souligner l'importance de la nutrition dès le début de la vie. En effet, les mille jours suivant la naissance étaient fondamentaux pour ce qui était du potentiel réalisable par les enfants plus tard dans leur vie. Il importait de promouvoir des interventions simples, peu onéreuses ou gratuites comme l'allaitement maternel, qui contrecarrait non seulement la sous-alimentation mais contribuait aussi à prévenir l'obésité plus tard dans la vie.

257. La Directrice a souligné le fait que la Région était en train de progresser mais que l'on continuait de voir les mêmes groupes de population accusant des retards dans de nombreux domaines. Il serait impératif d'adopter des approches ciblées autant que d'entreprendre des mesures multisectorielles pour atteindre des groupes accusant constamment des taux élevés de malnutrition et/ou d'anémie, tout en s'efforçant par ailleurs de prévenir l'obésité.

258. Le Conseil directeur a pris note des deux rapports.

Stratégie et plan d'action pour la réduction de la malnutrition chronique : rapport final (document CD55/INF/9)

259. Le Conseil directeur a décidé de discuter du rapport final sur les Stratégie et plan d'action pour la réduction de la malnutrition chronique durant son examen du rapport final sur les Stratégie et plan d'action régionaux sur la nutrition en santé et développement (voir les paragraphes 249 à 258 ci-dessus).

Plan d'action pour maintenir l'élimination de la rougeole, la rubéole et le syndrome de rubéole congénitale dans la Région des Amériques : rapport final (document CD55/INF/10, Rev. 1)

260. Le Dr Margarita Guevara Alvarado (représentante du Comité exécutif) a signalé que le Comité exécutif avait été informé du fait que la Région des Amériques avait été déclarée exempte de rubéole et de syndrome de rubéole congénitale en avril 2015. Dans plusieurs pays depuis 2014, des flambées de rougeole étaient survenues en raison de cas importés, et la transmission endémique était réapparue dans un pays, le Brésil. Toutefois, le Comité avait également été informé qu'aucun cas n'avait été rapporté au Brésil depuis plus d'un an et que, en août 2016, le Comité international d'experts effectuerait un examen des données probantes de l'interruption de la transmission. Si le Comité d'experts acceptait les données probantes, la Région serait alors déclarée exempte de la transmission endémique de la rougeole. Le Comité exécutif avait souligné qu'il faudrait maintenir une large couverture vaccinale et assurer une surveillance de grande qualité pour détecter tout cas importé. On avait exprimé un soutien en faveur de

l'adoption d'une résolution de l'Assemblée mondiale de la Santé appelant à une éradication de la rougeole et de la rubéole à l'échelle mondiale.

261. Le Dr Luis Andrés de Francisco Serpa (directeur du Département de la famille, du genre et du parcours de vie du BSP) a rapporté qu'à l'issue de leur mission au Brésil pour évaluer les données probantes de l'interruption de la transmission de la rougeole, certains membres du Comité international d'experts avaient déclaré que la transmission endémique était interrompue. Le Comité s'était réuni en août pour revoir les rapports présentés par tous les États Membres de la Région qui contenaient des données probantes prouvant que l'interruption de la transmission sur leurs territoires s'était maintenue.

262. Le Dr Merceline Dahl-Regis (présidente du Comité international d'experts)¹² a annoncé que le Comité d'experts avait établi que la transmission endémique de la rougeole avait été interrompue dans la Région, ce qui représentait un fait historique et une réalisation majeure résultant d'une perspective commune, des efforts de collaboration, de la compétence des dirigeants de la santé publique et des efforts des personnels de santé dévoués à travers la Région. Elle a souligné que la réussite des activités de lutte contre les maladies évitables par la vaccination était tributaire du maintien d'une large couverture vaccinale, ce qui aurait été impossible sans la participation des secteurs public et privé, des programmes de vaccination nationaux, des personnels de santé et des laboratoires partenaires. Le Fonds renouvelable de l'OPS pour l'achat de vaccins avait joué un rôle crucial dans l'éradication de la rougeole et de la rubéole, de même que divers partenaires qui avaient fourni les ressources techniques et humaines au moment voulu. Il restait toutefois un chemin à parcourir : les efforts des pays et de la Région devaient continuer pour maintenir l'éradication de la rougeole et de la rubéole dans les Amériques et pour se rapprocher de l'éradication de ces deux maladies à travers le monde.

263. La Directrice, après avoir pris connaissance de la déclaration officielle faisant des Amériques une région exempte de rougeole, a affirmé¹³ que la déclaration était un symbole du panaméricanisme et de l'engagement des pays de la Région envers l'établissement et la réalisation d'objectifs audacieux et ambitieux en matière de santé publique. Elle a rendu hommage aux héros inconnus qui avaient fait du rêve de l'éradication une réalité : les personnels de santé qui avaient vacciné les enfants non seulement dans les centres de santé mais aussi dans des zones d'accès difficile dans chaque pays. La Région des Amériques était au premier rang dans le monde entier en matière de vaccination et avait pour devoir de faire part de ses expériences acquises à d'autres régions du monde. L'heure était venue de mettre en œuvre toutes les interventions nécessaires pour éviter que la transmission endémique du virus de la rougeole ne se réinstalle. À cette fin, il serait nécessaire de renforcer les systèmes de

¹² Le texte de l'allocation du Dr Dahl-Regis se trouve sur la page Web du 55^e Conseil directeur. http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=12276&Itemid=42078&lang=fr.

¹³ Le texte de l'allocation de la Directrice se trouve sur la page Web du 55^e Conseil directeur. http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=12276&Itemid=42078&lang=fr.

surveillance épidémiologique et de maintenir la large couverture vaccinale. Pour ce faire, il serait indispensable de maintenir l'engagement et le leadership et d'y allier une coordination globale avec les partenaires de la Région.

264. Le Directeur général a déclaré qu'elle était honorée de pouvoir participer à cette occasion historique créée par la déclaration officielle sur l'éradication de la rougeole dans les Amériques. Une fois de plus, la Région avait donné l'exemple au reste du monde et démontré qu'avec de solides programmes nationaux de vaccination, un financement fidèle, un ferme engagement politique et le soutien des partenaires, on pouvait stopper la rougeole. Elle a présenté ses félicitations aux ministres de la santé de la Région ainsi qu'à la Directrice et au personnel du Bureau et remercié tous les personnels de santé sans qui cet exploit historique n'aurait pu être possible.

265. Le Conseil directeur a accueilli favorablement l'éradication de la rougeole, de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale et exprimé son soutien envers les interventions préconisées dans le rapport final (document CD55/INF/10, Rev. 1) pour maintenir cette éradication, en particulier la préparation et l'exécution d'un cadre régional normalisé à cet effet, ainsi que le maintien d'une large couverture vaccinale. Plusieurs délégués ont indiqué que leurs pays avaient diminué l'âge auquel les enfants recevaient la deuxième dose du vaccin afin de réduire la période durant laquelle ils restaient susceptibles de contracter la rougeole et la rubéole. On a souligné la nécessité pour toutes les régions de continuer à œuvrer pour réaliser les objectifs établis dans le Plan d'action mondial pour les vaccins 2011-2020 de l'OMS, et on a exprimé un soutien en faveur de l'adoption en 2017 d'une résolution de l'Assemblée mondiale de la Santé appelant à une éradication de la rougeole et de la rubéole à l'échelle planétaire.

266. Les délégués ont souligné l'importance d'une surveillance épidémiologique solide afin de dépister tout cas importé. On a considéré à cet égard que la surveillance dans les zones frontalières était particulièrement importante. On a également expliqué qu'il était primordial de mener des campagnes d'information afin de sensibiliser les personnes à l'importance de la vaccination pour chacun mais aussi pour la société en général. La coordination intersectorielle a été considérée comme importante pour parvenir à une large couverture vaccinale. Plusieurs délégués ont appelé le Bureau à soutenir les autorités sanitaires nationales dans leurs efforts visant à contrer les mouvements anti-vaccination. On a par ailleurs recommandé que le Bureau promeuve l'adoption de registres nationaux de vaccination pour assurer l'exactitude des registres de vaccination. Le rôle du Fonds renouvelable de l'OPS et de la Semaine de la vaccination dans les Amériques pour l'éradication effective de la rougeole et de la rubéole a été mis en évidence. On a proposé de célébrer chaque année le 27 septembre la Journée internationale pour l'éradication de la rougeole, de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale.

267. Le Dr De Francisco Serpa a accueilli favorablement l'approbation par le Conseil des recommandations contenues dans le rapport final, notant que celui-ci lançait un appel à l'adoption d'un cadre régional pour surveiller les progrès accomplis vers une élimination durable de la rougeole, de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale.

Il a convenu de la nécessité de communiquer avec clarté et d'obtenir un soutien politique constant pour préserver les acquis de la lutte contre la rougeole, la rubéole et d'autres maladies évitables par la vaccination et aussi pour garantir de futures réussites en matière de santé publique. Il a fait remarquer par ailleurs que le Bureau travaillait avec les États Membres pour améliorer la qualité des données figurant dans les registres de vaccination.

268. La Directrice a remercié les États Membres pour leur engagement constant envers la vaccination et la solidarité régionale et envers le panaméricanisme. Elle a averti toutefois qu'avec l'expansion continue des programmes nationaux de vaccination et l'introduction de nouveaux vaccins, les calendriers de vaccination systématique couraient le risque d'être négligés ou abandonnés, surtout en cas de contraintes budgétaires. Elle a mis l'accent sur la nécessité de maintenir des taux de couverture élevés pour tous les vaccins. Concernant la proposition relative à une journée internationale pour l'éradication de la rougeole et de la rubéole, elle a expliqué qu'une résolution à cet effet devrait être soumise aux Organes directeurs aux fins d'examen.

269. Le Conseil directeur a pris note du rapport.

Stratégie et plan d'action régionaux sur la santé néonatale dans le contexte des soins apportés à la mère, au nouveau-né et à l'enfant : rapport final (document CD55/INF/11)

270. Le Dr Margarita Guevara Alvarado (représentante du Comité exécutif) a signalé que le Comité exécutif avait examiné le rapport final sur la Stratégie et le Plan d'action régionaux, qui avaient pour objectif d'aider les pays de la Région à atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement dans ce domaine. Le Comité avait été informé que, malgré les nombreuses avancées en la matière, dans certains pays, la mortalité néonatale évitable demeurait une source de grave préoccupation. Ainsi, on avait considéré qu'il était fondamental de continuer de faire fond sur les progrès accomplis dans les cinq domaines stratégiques de la Stratégie et du Plan d'action et de réaliser les activités évoquées dans les initiatives mondiales y relatives, dont la *Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent*. Le Comité exécutif avait accueilli favorablement les progrès accomplis tout en soulignant qu'il était nécessaire de maintenir l'engagement et les efforts pour préserver les acquis et surmonter les obstacles persistants. Le Comité a également exprimé son appui quant aux recommandations formulées à l'égard d'interventions futures comme énoncé dans le rapport final, en particulier la recommandation en faveur d'un alignement des activités régionales sur les initiatives pertinentes à l'échelle internationale.

271. Comme le Comité exécutif, le Conseil directeur a salué les progrès accomplis et mis l'accent sur la nécessité de poursuivre les efforts pour réduire la mortalité néonatale évitable. Les États Membres qui ne l'avaient pas encore fait ont été exhortés à mettre en œuvre un plan national sur la santé néonatale. On a également encouragé les pays à faire état des solutions envisageables pour résoudre le problème de la faible couverture des soins d'accouchement par des personnels qualifiés. Les délégués ont exprimé leur soutien envers les recommandations contenues dans le rapport, en particulier celle concernant

l'alignement des interventions futures sur d'autres initiatives régionales et mondiales, dont Chaque femme, chaque enfant, lancée par les Nations Unies et le plan d'action « Chaque nouveau-né » de l'OMS/UNICEF.

272. On a considéré qu'il était fondamental de continuer d'œuvrer pour atteindre la couverture universelle, faire participer les familles et les communautés aux efforts de prévention des décès de nouveau-nés et éliminer les inégalités qui ont contribué à une augmentation des taux de mortalité néonatale dans certains groupes de la population. Les délégués ont souligné la nécessité de poursuivre les efforts pour améliorer la qualité des soins apportés aux mères et aux enfants, tout en insistant sur un nécessaire renforcement de la formation des personnels de santé en soins essentiels au nouveau-né. On a également considéré qu'il importait de renforcer les systèmes de suivi et de surveillance. Plusieurs délégués ont décrit les mesures prises dans leurs pays pour prévenir les décès de nouveau-nés et améliorer la santé néonatale, dont les initiatives permettant d'identifier les femmes enceintes en situation de risque, de donner à toutes les femmes enceintes un accès à des soins prénatals et à des services de personnels qualifiés pendant l'accouchement, de dépister chez les nouveau-nés des anomalies congénitales et d'autres problèmes de santé, et de promouvoir l'allaitement maternel. Plusieurs délégués ont fait remarquer les éventuelles conséquences de l'infection à virus Zika chez les nourrissons et les enfants. Le Bureau a été prié de continuer de faciliter l'accès à l'information pour permettre aux autorités sanitaires nationales de prendre, au regard du Zika et d'autres problèmes de santé, des décisions fondées sur des données probantes.

273. Le Dr Luis Andrés de Francisco Serpa (directeur du Département de la famille, du genre et du parcours de vie du BSP) a félicité les États Membres pour les avancées réalisées et pour les initiatives entreprises afin d'améliorer l'état de santé des nouveau-nés dans le contexte des soins apportés à la mère, au nouveau-né et à l'enfant. Il a rappelé que la Stratégie et le Plan d'action régionaux avaient été lancés parce que, malgré une diminution de la mortalité des nourrissons dans la Région, la part de pourcentage des décès de nouveau-nés était en augmentation, et l'on avait donc jugé nécessaire d'accorder une priorité accrue à la santé néonatale dans le contexte des soins apportés à la mère, au nouveau-né et à l'enfant. À en juger par les résultats communiqués par les États Membres, ce ciblage accru sur les nouveau-nés avait porté ses fruits.

274. Il a convenu de l'importance d'élargir l'accès aux services et de corriger les iniquités, notant qu'il fallait identifier les groupes de population dans lesquels les taux de mortalité maternelle et de mortalité néonatale demeuraient élevés et déterminer les facteurs qui expliquaient le manque de progrès enregistré dans la réduction de ces taux. Il a convenu également de la nécessité cruciale d'exercer une surveillance continue de la santé néonatale, surtout à la lumière des nouvelles difficultés, dont celles liées à l'épidémie d'infection à virus Zika.

275. Le Conseil directeur a pris note du rapport.

Rapports d'avancement sur les questions techniques (document CD55/INF/12)

- A. *Stratégie et plan d'action sur la cybersanté : évaluation à mi-parcours*
- B. *Plan d'action sur la santé des adolescents et des jeunes*
- C. *Plan d'action pour la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles : évaluation à mi-parcours*
- D. *Plan d'action pour réduire l'usage nocif de l'alcool : évaluation à mi-parcours*
- E. *Plan d'action sur l'usage de substances psychoactives et la santé publique : évaluation à mi-parcours*
- F. *Situation des Centres panaméricains*

276. Le Dr Margarita Guevara Alvarado (représentante du Comité exécutif) a fait rapport sur l'examen effectué par le Comité exécutif et concernant plusieurs rapports à mi-parcours, notant que les délégués avaient souligné la nécessité d'élargir l'accès aux services de santé sexuelle et génésique ainsi qu'à l'information dans ce domaine, tout en mettant l'accent sur la gravité du problème de la violence, y compris la violence sexuelle, parmi les adolescents et les jeunes. Les États Membres qui ne l'avaient pas encore fait avaient été exhortés à mettre en place un plan national de prévention et de lutte contre les maladies non transmissibles d'ici à la fin 2016. On avait insisté sur la nécessité de disposer d'informations fiables et de grande qualité sur la consommation d'alcool pour servir de base aux processus décisionnels, et on avait exprimé un ferme appui en faveur d'une approche de santé publique pour prévenir et traiter la consommation de substances psychoactives.

277. Lors de la discussion tenue au sein du Comité exécutif sur la situation des Centres panaméricains, on avait exprimé des préoccupations quant à la situation du Centre d'information sur les sciences de la santé pour l'Amérique latine et les Caraïbes (BIREME), qui avait récemment perdu plus de 30 membres du personnel, n'avait pas de directeur et avait déménagé dans un local sur lequel un loyer était perçu. Le Dr Becerra (Sous-directeur du BSP) avait répondu qu'un nouveau directeur entrerait en fonction prochainement et que le Bureau était en train de négocier un nouvel accord de coopération avec le ministère de la Santé du Brésil pour obtenir un financement. Il a encouragé les États Membres à soutenir le BIREME en utilisant ses services et ses produits.

278. Lors de la discussion tenue au sein du Conseil au sujet des rapports à mi-parcours, les délégués ont exprimé leur engagement envers la stratégie et le plan d'action sur la cybersanté, qui avaient pour objectif de maximiser l'exploitation de technologies de l'information et des communications abordables et durables à l'appui d'améliorations dans les résultats des soins prodigués aux patients et de la santé publique. Plusieurs délégués ont fait état de l'introduction ou de l'expansion de la cybersanté dans leurs pays, en exprimant leur reconnaissance pour l'appui reçu de l'OPS dans des domaines comme la numérisation des dossiers médicaux, la radiologie et les services d'imagerie mais aussi l'élaboration ou l'exécution des politiques et lois de réglementation. On a fait remarquer que le document contenant l'évaluation à mi-parcours semblait avoir omis le travail effectué pour élaborer un cadre régissant le renforcement des systèmes nationaux

d'information sanitaire dans les Caraïbes. La déléguée du Mexique a demandé que son pays soit ajouté à la liste des pays dotés d'une politique ou stratégie de cybersanté.

279. Le Bureau a été prié de fournir un soutien technique tangible au profit d'une évaluation nationale des systèmes d'information sanitaire actuels afin de déterminer les moyens de les renforcer. On a également demandé un soutien en matière d'interopérabilité et de gouvernance à l'appui d'une élaboration et d'une mise en œuvre de long terme des initiatives de cybersanté.

280. Le Dr Becerra a entrepris d'introduire les modifications dans le rapport qui avaient été demandées par la délégation du Mexique et d'autres, et a assuré le Conseil que le Bureau continuerait de soutenir les États Membres dans l'élaboration de la structure et des normes nécessaires pour la cybersanté.

281. Les délégués ont accueilli favorablement les progrès accomplis dans le domaine de la santé des adolescents et des jeunes. On a signalé que le rapport contenait peu d'information sur les efforts déployés actuellement par le Bureau et les États Membres pour élargir l'accessibilité et la prestation des services de santé sexuelle et génésique. Le Bureau a été exhorté à assurer que tant son travail que ses rapports sur la santé des adolescents et des jeunes étaient alignés sur les objectifs et les indicateurs énoncés dans la stratégie et le plan d'action concernant la violence à l'égard des femmes, lesquels avaient été adoptés par le 54^e Conseil directeur.¹⁴ Les délégués ont rapporté que les efforts consentis par leurs pays pour réduire les cas de grossesse chez les adolescentes avaient compris des relations de collaboration entre les ministères de la santé et de l'éducation afin d'accroître la sensibilisation, la mise en place d'organes nationaux d'encadrement parental, des campagnes médiatiques, l'élaboration de normes et principes directeurs sur la prise en charge des adolescents et des systèmes de services téléphoniques pour prodiguer des conseils sur les questions de santé, y compris la santé sexuelle et génésique.

282. Pour certains pays, les blessures subies par les adolescents et les jeunes pour des raisons de violence avaient été citées comme étant une source de préoccupation majeure. Les mesures prises pour endiguer le problème comprenaient des programmes de sécurité dans les écoles, des programmes de règlement des différends, des campagnes médiatiques, des activités de prévention de la criminalité par le développement social et des améliorations dans les relations entre le public et la police. Parmi les autres domaines suscitant des préoccupations quant à la santé des adolescents figuraient l'obésité, la santé mentale et les suicides. On a mis en évidence la nécessité d'une collaboration intersectorielle pour relever ces défis. On a demandé un soutien continu de l'OPS, dont une aide pour faciliter les échanges de pratiques optimales.

283. Le Dr Luis Andrés de Francisco Serpa (directeur du Département de la famille, du genre et du parcours de vie du BSP) a fait remarquer que les adolescents ne recouraient pas aux services sanitaires autant que souhaité, peut-être parce qu'ils n'y trouvaient pas

¹⁴ Résolution CD54.R12 (2015).

forcément des réponses à leurs questions. Le BSP était en train de travailler avec les services de santé afin de créer un climat plus convivial pour les jeunes. Il faisait également la promotion d'une plateforme d'échange des pratiques optimales.

284. La Directrice a indiqué que les adolescents constituaient sans nul doute un groupe à risque dans la Région, ce qu'avaient révélé les taux élevés de VIH et d'IST, d'obésité, de violence, d'accidents de la route et de consommation de tabac, d'alcool et de substances psychoactives. Il était clair que les approches employées à ce jour afin d'atteindre les adolescents ne fonctionnaient pas. Il fallait trouver de nouvelles stratégies, dont la définition d'approches intégrées pour la promotion de la santé et la prévention des maladies.

285. Concernant l'évaluation à mi-parcours du *Plan d'action pour la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles*, on a constaté qu'environ la moitié seulement des pays de la Région avaient élaboré et/ou renforcé une politique nationale fonctionnelle portant sur les interventions multisectorielles contre les MNT. Les délégués ont appelé le Bureau à continuer de fournir les ressources techniques nécessaires pour aider les pays à élaborer leurs politiques, stratégies et plan d'action nationaux. Les États Membres ont réaffirmé leur engagement envers la lutte contre les MNT et la réduction des décès en résultant, et ont souligné la nécessité d'adopter une approche intégrée et multisectorielle pour aborder les déterminants de ces maladies. Les États Membres ont été encouragés à participer activement au Forum panaméricain pour l'action sur les maladies non transmissibles, un exercice qui avait été considéré comme un bon moyen de tenir des échanges d'information.

286. Plusieurs intervenants ont décrit les mesures prises dans leurs pays pour lutter contre les MNT, dont le contrôle exercé sur les produits du tabac, les taxes sur les boissons alcoolisées, la réglementation de l'étiquetage des boissons gazeuses et sucrées et l'interdiction de la consommation de ces produits dans les écoles, ainsi que les incitations à l'adoption d'habitudes alimentaires saines et l'exercice physique. Les délégués ont demandé un soutien du Bureau pour contrer l'influence des industries du tabac et de l'alcool ainsi que des fabricants de boissons sucrées et d'aliments riches en graisses et en sel. On a proposé de soumettre au 56^e Conseil directeur pour examen une résolution appelant à l'adoption de pratiques optimales comme les zones non-fumeurs et encourageant les États à ratifier le *Protocole pour éliminer le commerce illicite des produits du tabac*.

287. Le Dr Anselm Hennis (directeur du Département des maladies non transmissibles et de la santé mentale du BSP) a félicité les États Membres pour les progrès accomplis afin d'honorer les engagements de réduire la charge des MNT dans la Région. Il est apparu clairement que la Région n'atteindrait pas les objectifs de développement durable sans véritablement s'attaquer au fléau des MNT et à leurs facteurs de risque. À cette fin, il importait de mettre en œuvre des pratiques optimales connues en matière de réglementation et d'autres mesures pour réduire la consommation de tabac et d'alcool, améliorer la nutrition et promouvoir l'augmentation de l'activité physique. La surveillance était elle aussi primordiale, car sans capacités de mesurer, il était

impossible de juger des progrès accomplis. Il faudrait aussi réaliser des investissements plus importants pour intégrer les activités de prévention et de lutte contre les MNT dans les interventions visant le renforcement des systèmes de santé.

288. La Directrice a assuré les États Membres que le BSP prenait toutes les précautions pour prévenir toute influence défavorable des industries du tabac, de l'alcool et de la production alimentaire sur les politiques générales et les normes de l'Organisation. Le Bureau surveillait par ailleurs les interventions de ces industries par rapport aux politiques et lois nationales et portait toute influence induite à la connaissance des autorités nationales au plus haut échelon.

289. S'agissant du Plan d'action pour réduire l'usage nocif de l'alcool, les délégués ont déclaré d'un commun accord qu'il existait des difficultés particulières à l'égard des efforts déployés pour lutter contre la consommation d'alcool nocive car la consommation d'alcool bénéficiait généralement d'un soutien et d'une acceptation sur le plan culturel, et aussi en raison de l'opinion erronée que cette substance avait des vertus sur le plan de la santé. On a signalé que la réaction de la société civile avait été faible et on a rapporté une ingérence considérable de l'industrie de l'alcool dans le processus d'élaboration des politiques.

290. Plusieurs délégués ont décrit les mesures prises dans leurs pays pour combattre la consommation d'alcool nocive, dont l'élaboration de politiques et de plans d'action nationaux, une application plus sévère des mesures de sécurité routière, une augmentation des taxes sur les boissons alcoolisées, des mesures pour limiter la publicité des boissons alcoolisées ainsi que des mesures pour prévenir l'accès des mineurs à l'alcool comme moyen de retarder le début de la consommation d'alcool et de diminuer la probabilité de problèmes ultérieurs d'alcoolisme à l'âge adulte. On a signalé que le manque d'indicateurs avait entravé le travail de quantification des progrès. On a sollicité un encadrement de la part du Bureau sur les moyens par lesquels les autorités sanitaires devraient traiter avec l'industrie de l'alcool. Comme pour les MNT, on a considéré qu'il importait de tenir des échanges de pratiques optimales et d'expériences fructueuses entre les pays, ce qui leur permettrait de prendre des décisions fondées sur des données probantes.

291. Le Dr Anselm Hennis (directeur du Département des maladies non transmissibles et de la santé mentale du BSP) a fait remarquer que le Bureau aidait les États Membres au plan du renforcement de la promotion de la santé, de l'élaboration de lois et règlements et de la mise en place de restrictions en matière de commercialisation et de l'imposition de taxes sur l'alcool.

292. Concernant l'évaluation à mi-parcours du *Plan d'action sur l'usage de substances psychoactives et la santé publique*, on a souligné la nécessité d'accorder une attention particulière aux effets de la consommation de substances sur les membres les plus vulnérables de la population, en particulier les enfants, les jeunes et les adolescents. On a également mis en évidence la nécessité d'inscrire des activités de prévention et de traitement de l'accoutumance dans les systèmes nationaux de santé. De même, on a

considéré qu'il importait de combattre les organisations criminelles impliquées dans le trafic de drogues et de substances illicites.

293. Évoquant le rapport sur la situation des Centres panaméricains, le délégué du Brésil a déclaré que les centres avaient constitué un mécanisme important de coopération technique pendant près de 60 ans. Il a fait remarquer que pour la première fois depuis la création du Centre panaméricain sur la fièvre aphteuse (PANAFTOSA) en 1951, plus de trois années de suite étaient passées sans qu'un seul cas de fièvre aphteuse ne soit rapporté dans la Région. De plus, il a indiqué que le gouvernement du Brésil était en train de parachever son accord de coopération et de rendre celui-ci opérationnel avec le concours du Bureau pour assurer un fonctionnement continu du BIREME.

294. Le Dr Becerra a remercié le Brésil pour l'appui fourni tant au BIREME qu'au PANAFTOSA, affirmant que les États Membres avaient bénéficié et continueraient de bénéficier de leur travail.

295. Le Conseil directeur a pris note des rapports.

Résolutions et autres actions d'organisations intergouvernementales revêtant un intérêt pour l'OPS (document CD55/INF/13)

- A. *69^e Assemblée mondiale de la Santé*
- B. *Quarante-sixième session ordinaire de l'Assemblée générale de l'Organisation des États Américains*
- C. *Organisations sous-régionales*

296. Le Dr Margarita Guevara Alvarado (représentante du Comité exécutif) a signalé que le Comité exécutif avait examiné un rapport sur les résolutions et autres activités de la Soixante-neuvième Assemblée mondiale de la Santé et de divers organes sous-régionaux revêtant un intérêt particulier pour les Organes directeurs de l'OPS. On avait attiré l'attention en particulier sur les résolutions de l'Assemblée mondiale de la Santé concernant le rôle du secteur sanitaire dans l'approche stratégique adoptée en matière de gestion internationale des produits chimiques, la promotion de l'innovation et l'accès des enfants à des médicaments de qualité, sûrs, efficaces et abordables, enfin, les stratégies mondiales du secteur de la santé sur le VIH, l'hépatite virale et les infections sexuellement transmissibles.

297. Concernant les activités d'organes sous-régionaux revêtant un intérêt pour l'OPS, on avait rapporté que des discussions avaient eu lieu et des plans et politiques adoptés en matière de prévention et de lutte contre le virus Zika, la lutte anti-tabac, la mise en œuvre du Règlement sanitaire international, la couverture sanitaire universelle, l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH/sida, la couverture vaccinale et l'introduction de nouveaux vaccins, le renforcement des systèmes d'information sanitaire, enfin, la réglementation des médicaments et technologies de la santé.

298. La Directrice a expliqué que le Bureau effectuait un suivi de toutes les résolutions et recommandations formulées lors de toutes les réunions dans lesquelles les États Membres de l'OPS étaient représentés, que ce soit aux plans mondial et régional qu'au niveau infrarégional, de sorte à pouvoir fournir l'appui et la coopération techniques adéquats.

299. Le Conseil directeur a pris note du rapport.

Autres questions

300. Notant qu'un nouveau directeur général de l'OMS serait élu en mai 2017, le président a annoncé que six candidats avaient été proposés pour occuper le poste : Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus (Éthiopie), Dr Flavia Bustreo (Italie), Prof. Philippe Douste-Blazy (France), Dr David Nabarro (Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord), Dr Sania Nishtar (Pakistan) et Dr Miklós Szócska (Hongrie). Les Drs Tedros et Nishtar ainsi que le professeur Douste-Blazy étaient présents pendant la semaine du 55^e Conseil directeur et avaient tenu des réunions informelles avec les États Membres.

301. Au cours de cette semaine, des événements parallèles se sont déroulés qui avaient rapport au Programme d'action sanitaire pour les Amériques, à l'étiquetage des produits alimentaires, à l'investissement dans la santé pour progresser vers la santé universelle, à la dimension de santé publique du problème mondial de la drogue, au projet *Mais Médicos* et au Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. De plus, on a célébré la certification de l'éradication de la rougeole dans les Amériques (voir les paragraphes 260 à 269 ci-dessus), le 40^e anniversaire du Programme de préparation aux situations d'urgence et de secours en cas de catastrophes de l'OPS et le 50^e anniversaire du Programme élargi de manuels et de matériel pédagogique (PALTEX) ; par ailleurs, on a rendu hommage au gouvernement de l'Uruguay pour le leadership exercé à travers le monde pour sa défense des politiques de lutte contre le tabac face aux intérêts commerciaux.

Clôture de la session

302. Après l'échange habituel de politesses, le vice-président a déclaré que le 55^e Conseil directeur était clos.

Résolutions et décisions

303. Suit la liste des résolutions et décisions adoptées par le 55^e Conseil directeur :

Résolutions

CD55.R1 Recouvrement des contributions fixées

LE 55^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant examiné le rapport de la Directrice, *Recouvrement des contributions fixées* (documents CD55/19 et addenda I), de même que les préoccupations exprimées par la 158^e session du Comité exécutif quant à la situation du recouvrement des contributions fixées ;

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

DÉCIDE :

1. De prendre acte du rapport de la Directrice *Recouvrement des contributions fixées* (documents CD55/19 et Add. I).
2. D'exprimer sa reconnaissance aux États Membres qui ont déjà effectué des paiements en 2016, et de recommander vivement à tous les États Membres qui ont des arriérés de paiement de s'acquitter promptement de leurs obligations financières envers l'Organisation.
3. De féliciter les États Membres qui se sont pleinement acquittés, jusqu'à la fin de 2016, de leurs obligations.
4. De complimenter les États Membres qui ont effectué des efforts significatifs en vue de réduire leurs arriérés de contributions fixées relatifs aux années antérieures.
5. De demander à la Directrice :
 - a) de continuer à chercher des mécanismes qui accroîtront le taux de recouvrement des contributions fixées ;
 - b) d'informer le Comité exécutif de la façon dont les États Membres respectent leurs engagements quant au paiement des contributions fixées ;
 - c) de faire rapport à la 29^e Conférence sanitaire panaméricaine sur la situation du recouvrement des contributions fixées pour 2017 et pour les années antérieures.

(Deuxième réunion, le 26 septembre 2016)

CD55.R2 *Méthodologie du cadre de stratification des priorités programmatiques du Plan stratégique de l'OPS*

LE 55^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant examiné la *Méthodologie du cadre de stratification des priorités programmatiques du Plan stratégique de l'OPS* (document CD55/7) ;

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

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

Reconnaissant la contribution, la collaboration et l'engagement précieux du Groupe consultatif du Plan stratégique¹ dans ses conseils au Bureau sanitaire panaméricain (BSP) sur la conduite d'analyses complètes d'établissement des priorités afin de perfectionner la méthodologie Hanlon adaptée à l'OPS ;

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

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

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

DÉCIDE :

1. D'approuver la *Méthodologie du cadre de stratification des priorités programmatiques du Plan stratégique de l'OPS*.
2. D'encourager la sensibilisation au fait que la méthodologie Hanlon adaptée à l'OPS représente un outil utile dans l'établissement des priorités en santé publique dans la Région et au niveau mondial.
3. De prier instamment les États Membres, comme il se doit et tenant compte de leur contexte national :
 - a) de participer activement aux consultations nationales et d'appliquer la méthodologie d'une manière objective et systématique au titre du processus pour l'établissement du Programme et budget 2018-2019 ;
 - b) de considérer l'adoption, l'adaptation et l'utilisation de cette méthodologie au niveau national, dans la mesure où elle est appropriée et pertinente, afin de mieux informer l'établissement des priorités, orientant ainsi l'allocation de ressources limitées là où elles peuvent avoir le plus grand impact sur la santé publique.
4. De demander à la Directrice :
 - a) d'appliquer la méthodologie pour le développement et la mise en œuvre du Programme et budget 2018-2019 en étroite collaboration avec les États Membres et les partenaires ;
 - b) d'appuyer les consultations nationales dans tous les pays et territoires de la Région, tout en promouvant l'application uniforme de la méthodologie conformément aux composantes, critères et directives, dans un effort visant à obtenir l'image la plus claire et la plus précise des priorités de santé publique de la Région ;
 - c) de faire rapport sur l'application de la stratification programmatique pour la mobilisation et l'allocation des ressources dans l'évaluation finale du Plan stratégique de l'OPS 2014-2019 devant être présentée en 2020 ;
 - d) de soutenir la publication de la méthodologie Hanlon adaptée à l'OPS afin de contribuer au savoir scientifique régional et mondial pour l'établissement des priorités en santé publique et de promouvoir cette innovation et ses résultats en tant que bonne pratique et exemple du travail de collaboration du BSP et des États Membres ;
 - e) de consulter les États Membres sur les mises à jour et améliorations nécessaires de la méthodologie pour de futurs plans stratégiques et programmes et budgets en tenant compte des enseignements tirés et des expériences d'exercices biennaux antérieurs.

(Quatrième réunion, le 27 septembre 2016)

CD55.R3 *Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques***LE 55^e CONSEIL DIRECTEUR,**

Ayant considéré le rapport relatif au *Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques* (Document CD55/8, Rev. 1), et l'adoption du *Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques* (FENSA par son sigle en anglais) par la 69^e Assemblée mondiale de la Santé par le biais de la résolution WHA69.10 ;

Notant que la collaboration entre l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) et les acteurs non étatiques peut offrir des avantages importants à la santé publique dans la Région des Amériques et à l'Organisation même dans la réalisation de ses principes et objectifs constitutionnels ;

Reconnaissant que l'OPS est une organisation internationale à caractère indépendant, avec sa propre Constitution, et qui agit en tant qu'organisme spécialisé interaméricain en vertu de la Charte de l'Organisation des États Américains (OEA) et en tant que Bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) pour les Amériques conformément à un accord avec l'OMS ;

Soulignant l'engagement politique des États Membres de l'OPS envers une mise en œuvre constante et cohérente du cadre de collaboration aux trois niveaux de l'OMS,

DÉCIDE :

1. D'adopter le *Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques* adopté lors de la 69^e Assemblée mondiale de la santé en vertu de la résolution WHA69.10 ;
2. De remplacer les *Directives de l'Organisation panaméricaine de la Santé sur la collaboration avec les entreprises commerciales*¹ et les *Principes régissant les relations entre l'Organisation panaméricaine de la Santé et les organisations non gouvernementales*² par le FENSA ;
3. De mettre en œuvre le FENSA de manière consistante et cohérente, tout en veillant au respect de la Constitution de l'OPS ;
4. De demander à la Directrice :
 - a) de mettre en œuvre le FENSA de manière cohérente et constante et en coordination avec le secrétariat de OMS dans le but d'atteindre une opérationnalisation intégrale en l'espace de deux ans, en prenant en compte le cadre constitutionnel et juridique de l'OPS ;

¹ Présentées au 46^e Conseil directeur, document CD46/28 (2005).

² Adoptés par le 38^e Conseil directeur en septembre 1995, révisés par la 126^e session du Comité exécutif en juin 2000 et révisés à nouveau au moyen de la résolution CESS.R1 de la session extraordinaire du Comité exécutif le 11 janvier 2007 ; modifiés par la résolution CE148.R7 (2011).

- b) de faire rapport sur la mise en œuvre du cadre de collaboration au Comité exécutif à chacune de ses sessions de juin sous une rubrique permanente de l'ordre du jour par l'intermédiaire de son Sous-comité du programme, du budget et de l'administration et de partager ce rapport avec l'OMS.
5. De demander à la 29^e Conférence sanitaire panaméricaine d'analyser les progrès accomplis dans la mise en œuvre du FENSA.

(Quatrième réunion, le 27 septembre 2016)

CD55.R4 Élection de trois États Membres au Comité exécutif au terme des mandats des Bahamas, du Costa Rica et de l'Équateur

LE 55^e CONSEIL DIRECTEUR,

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

Considérant que le Brésil, la Colombie et Panama ont été élus pour faire partie du Comité exécutif au terme des mandats des Bahamas, du Costa Rica et de l'Équateur,

DÉCIDE :

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

Annexe

**COMPOSITION DU COMITÉ EXÉCUTIF
de septembre 1993 à septembre 2018**

| PAYS | 2017 à 2018 | 2016 à 2017 | 2015 à 2016 | 2014 à 2015 | 2013 à 2014 | 2012 à 2013 | 2011 à 2012 | 2010 à 2011 | 2009 à 2010 | 2008 à 2009 | 2007 à 2008 | 2006 à 2007 | 2005 à 2006 | 2004 à 2005 | 2003 à 2004 | 2002 à 2003 | 2001 à 2002 | 2000 à 2001 | 1999 à 2000 | 1998 à 1999 | 1997 à 1998 | 1996 à 1997 | 1995 à 1996 | 1994 à 1995 | 1993 à 1994 |
|-------------------------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| Antigua-et-Barbuda | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Argentine | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Bahamas | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Barbade | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Belize | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Bolivie | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Brésil | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Canada | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Chili | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Colombie | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Costa Rica | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cuba | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dominique | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| El Salvador | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Équateur | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| États-Unis d'Amérique | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Grenade | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Guatemala | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Guyana | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Haïti | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Honduras | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Jamaïque | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Mexique | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nicaragua | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Panama | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Paraguay | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Pérou | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| République Dominicaine | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Saint-Kitts-et-Nevis | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Saint-Vincent-et-les- Grenadines | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sainte-Lucie | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Suriname | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Trinité-et-Tobago | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Uruguay | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Venezuela | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

(Cinquième réunion, le 28 septembre 2016)

CD55.R5 *Plan d'action pour la prévention et la lutte contre le VIH et les infections sexuellement transmissibles 2016-2021*

LE 55^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant examiné le *Plan d'action pour la prévention et la lutte contre le VIH et les infections sexuellement transmissibles 2016-2021* (document CD55/14),

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

Se référant à la résolution WHA69.22 de l'Assemblée mondiale de la Santé de 2016 à l'appui de plans et stratégies visant à atteindre l'objectif précité à l'échelle mondiale ;

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

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

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

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

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

¹ Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge (résolution A/RES70/1 adoptée par l'Assemblée générale de l'ONU en 2015).

DÉCIDE :

1. D'approuver le *Plan d'action pour la prévention et la lutte contre le VIH et les infections sexuellement transmissibles 2016-2021* (document CD55/14).
2. De prier instamment les États Membres, selon qu'il convient et en tenant compte de leurs conjonctures, de leurs besoins et de leurs priorités :
 - a) de continuer de privilégier la prévention et la lutte contre le VIH et les IST dans les programmes d'action nationaux du secteur de la santé publique et des secteurs sociaux ;
 - b) de renforcer la gestion et la gouvernance en matière de riposte au VIH et aux IST, avec la participation active de la société civile, pour assurer des interventions efficaces et coordonnées faisant intervenir de multiples secteurs et programmes ;
 - c) de formuler, examiner et adapter les stratégies et plans nationaux concernant le VIH et les IST, y compris l'établissement de cibles et d'objectifs nationaux pour 2020 et 2030, pour les rendre en conformité avec les stratégies, plans et cibles établis aux niveaux mondial et régional, et de faire rapport régulièrement sur les progrès accomplis ;
 - d) de renforcer des systèmes intégrés d'information stratégique pour décrire l'épidémie de VIH et d'IST ainsi que la continuité des services s'y rapportant, en approfondissant le degré de granularité des données concernant les analyses au niveau infranational, en matière de genre et autres analyses concernant l'équité ;
 - e) de concevoir et examiner régulièrement les règles et directives établies conformément aux dernières recommandations de l'OMS et aux données scientifiques ;
 - f) de mettre en œuvre des interventions à fort impact dans la continuité de la promotion de la santé, de la prévention, du diagnostic, de la prise en charge et du traitement du VIH et des IST, en les adaptant aux besoins des populations clés et d'autres populations en situation de vulnérabilité et en les fondant sur les caractéristiques épidémiques des localités, tout en considérant la gestion intégrée des infections opportunistes, des autres co-infections et des comorbidités ;
 - g) de poursuivre les interventions déjà en place pour prévenir la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis congénitale en accordant une attention particulière au diagnostic et au traitement de la syphilis chez la mère, de même qu'à la seconde phase de la stratégie d'élimination, laquelle comprend l'élimination de la transmission mère-enfant d'autres infections d'intérêt pour la santé publique, comme l'hépatite B et la maladie de Chagas dans les zones endémiques ;
 - h) d'élaborer et exécuter des stratégies et des plans à l'appui de la prévention et de la lutte contre la résistance aux antimicrobiens en accordant une attention particulière à la pharmacorésistance du gonocoque et du VIH, et de renforcer les capacités des laboratoires nationaux à surveiller cette résistance ;

- i) d'adapter la prestation de services associés au VIH et aux IST en se basant sur une approche centrée sur l'être humain et la communauté, par le biais d'équipes multidisciplinaires, dont des prestataires non spécialistes ayant reçu une formation, et sur un réseau intégré de services sanitaires qui accroissent la capacité résolutive au niveau des soins de première intention, afin de répondre aux besoins cliniques et psychosociaux des personnes vivant avec le VIH, des populations clés et d'autres populations en situation de vulnérabilité en fonction de l'épidémie présente dans la localité, selon des approches adaptées à la réalité culturelle et linguistique et à l'âge des patients, pour parvenir à l'équité, maximiser l'impact, assurer la qualité et éliminer les phénomènes d'ostracisme et de discrimination ;
- j) d'améliorer l'intégration des services associés au VIH et aux IST afin d'aborder de manière adéquate la santé maternelle et infantile, la santé sexuelle et génésique et les co-infections liées au VIH, en particulier la tuberculose-VIH, ainsi que les comorbidités, dont des interventions précises visant la réduction des torts causés par les troubles de pharmacodépendance et de consommation d'alcool, ainsi que l'identification et le traitement précoces des maladies mentales ;
- k) de renforcer les capacités des laboratoires en matière de dépistage et de diagnostic du VIH, des IST, des infections opportunistes et d'autres co-infections, ainsi qu'en matière de surveillance clinique, en s'appuyant sur les dernières recommandations de l'OMS, en privilégiant l'emploi de tests de diagnostic ayant fait l'objet d'une préqualification de l'OMS, et en assurant l'observance de pratiques d'assurance qualité ;
- l) d'assurer un approvisionnement ininterrompu en vaccins, médicaments, tests de diagnostic et préservatifs de qualité assurée et abordables ainsi qu'en autres fournitures stratégiques associées au VIH, aux IST et aux infections opportunistes, par le renforcement des processus et de la structures de gestion de la chaîne d'approvisionnement, notamment les prévisions, l'approvisionnement, l'entreposage et la distribution ;
- m) de renforcer les capacités techniques et les compétences des personnels de santé des pays, et d'aborder et d'éliminer par ailleurs l'ostracisme, la discrimination et les autres formes de violation des droits de l'homme dans le secteur sanitaire ;
- n) de faciliter l'autonomisation de la société civile et de l'habiliter à participer à la promotion de la santé durable et efficace, ainsi qu'aux services de prévention, de prise en charge et de traitement du VIH et des IST ;
- o) d'accroître et optimiser les financements publics dans un contexte d'équité et d'efficacité pour la viabilité de la riposte au VIH et aux IST, et d'intégrer les interventions de prévention, de prise en charge et de traitement à des services de santé intégraux, de qualité, universels et progressivement élargis, en fonction des besoins, et selon une approche centrée sur l'être humain, en faisant remarquer que dans la plupart des cas, un taux de 6 % du PIB en dépenses publiques pour le secteur sanitaire constitue un point de repère utile ;

- p) d'améliorer l'efficacité dans l'approvisionnement en fournitures stratégiques au moyen de mécanismes régionaux et infrarégionaux visant la négociation des prix et l'approvisionnement, y compris le Fonds renouvelable régional pour les fournitures stratégiques en matière de santé publique (Fonds stratégique).
3. De demander à la Directrice :
- a) de soutenir la mise en œuvre de ce Plan d'action au moyen d'une approche coordonnée et interprogrammatique de la coopération technique visant à l'intégration de la riposte au VIH et aux IST dans le contexte d'une stratégie plus large d'accès à la santé et la couverture sanitaire universelle et en rapport avec d'autres stratégies et plans régionaux ;
- b) de fournir un appui aux États Membres au titre de l'élaboration et de l'examen de stratégies et plans nationaux sur le VIH et les IST, y compris l'établissement de cibles et les examens programmatiques afin d'assurer le suivi des progrès accomplis ;
- c) de fournir un appui technique aux États Membres pour renforcer les systèmes d'information et les stratégies de surveillance et de suivi du VIH et des IST, et de consolider la capacité des pays à produire des informations stratégiques de qualité sur le VIH et les IST ;
- d) de fournir un appui technique aux États Membres pour l'élaboration et l'examen de politiques générales et de règles et pour l'exécution d'interventions à fort impact en observant la continuité des services de prévention, de diagnostic, de prise en charge et de traitement du VIH et des IST, en s'appuyant sur les dernières recommandations de l'OMS et en assurant la qualité et l'équité ;
- e) de fournir un appui aux pays pour qu'ils accélèrent les progrès accomplis en vue de l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis congénitale ainsi que d'autres infections transmises de cette manière et qui constituent un intérêt de santé publique, comme l'hépatite B et la maladie de Chagas dans les régions endémiques, et de coordonner le processus de validation de l'élimination au niveau régional ;
- f) de plaider en faveur de l'établissement d'un climat propice, garant de l'accès à la santé pour les personnes vivant avec le VIH, les populations clés et autres populations en situation de vulnérabilité, en favorisant, à la demande des États Membres, des politiques générales, des directives et des instruments de droits de l'homme liés à la santé qui traitent des inégalités entre les sexes, de violence sexiste, d'ostracisme et de discrimination ainsi que d'autres restrictions des droits de l'homme ;
- g) de défendre la cause d'une autonomisation des personnes et des collectivités et de plaider en faveur de leur participation utile, efficace et durable dans l'apport de soins ;

- h) de défendre la cause d'un renforcement des capacités des ressources humaines au niveau national afin que les agents fournissent des soins de santé qui soient de bonne qualité et centrés sur l'être humain, sans ostracisme ni discrimination ;
- i) de défendre la cause d'un financement intégral de la riposte au VIH et aux IST et de l'intégration des interventions de prévention, de prise en charge et de traitement du VIH et des IST dans des services de santé qui soient complets, de qualité, et universels et dont la couverture est progressivement élargie en fonction des besoins, tout en adoptant une approche centrée sur l'être humain ;
- j) de fournir un appui aux États Membres au moyen du Fonds stratégique de l'OPS pour améliorer les processus d'approvisionnement, de gestion y relative et de distribution afin d'assurer un accès ininterrompu à des vaccins, des médicaments, des tests de diagnostic, des préservatifs et d'autres fournitures liées au VIH et aux IST qui soient de qualité assurée et abordables, en conformité avec le processus de préqualification de l'OMS ;
- k) de présenter un examen à mi-parcours aux organes directeurs en 2018 et un rapport final en 2021.

(Sixième réunion, le 28 septembre 2016)

CD55.R6 *Stratégie pour la prévention et la lutte contre les arboviroses*

LE 55^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant examiné la *Stratégie pour la prévention et la lutte contre les arboviroses* (document CD55/16) ;

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

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

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

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

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

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

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

DÉCIDE :

1. D'adopter la *Stratégie de prévention et de lutte contre les arboviroses* (document CD55/16) dans le contexte propre à chaque pays.
2. De prier instamment les États Membres, tenant compte des responsabilités partagées entre les États fédérés et des besoins et priorités de chacun :
 - a) de renforcer les systèmes de surveillance pour la détection précoce des arbovirus émergents et réémergents, ainsi que les systèmes de surveillance des flambées épidémiologiques et des épidémies ;
 - b) d'élaborer une stratégie de lutte contre les arboviroses (IMS-Arbovirus) qui prennent en compte les composants emblématiques de la stratégie de gestion intégrée pour la prévention et la lutte contre la dengue et qui intègre de nouveaux outils pour la surveillance vectorielle des arbovirus et la prévention prioritaire des populations à risque élevé ;
 - c) de renforcer les laboratoires de santé publique au niveau national afin d'assurer l'accès opportun aux services de détection, de diagnostic et de surveillance des arboviroses de chaque laboratoire, ainsi que leur qualité ;
 - d) de renforcer le Réseau des laboratoires de diagnostic des arbovirus dans les Amériques (RELDA) en souscrivant des accords entre les laboratoires et en établissant des canaux efficaces pour l'échange de matériel et de résultats scientifiques ;
 - e) de prioriser et de mobiliser les ressources nécessaires pour la mise en œuvre de la stratégie et chacune de ses composantes.
3. De demander à la Directrice :
 - a) de soutenir la mise en œuvre de la stratégie pour maintenir et renforcer la collaboration entre le Bureau sanitaire panaméricain et les pays et territoires afin de combattre les arboviroses ;
 - b) de continuer de renforcer les activités de l'OPS et de l'OMS en vue de produire des données scientifiques sur l'ampleur, les tendances, les conséquences pour la santé et les facteurs de risque et de protection des maladies émergentes et réémergentes, nouvelles et endémiques, dans la Région ;

- c) de continuer à soutenir les pays et territoires qui le demandent au moyen d'une assistance technique qui leur permette de renforcer les capacités de leurs systèmes de santé et de mener la surveillance des arboviroses de manière coordonnée ;
- d) de faciliter la coopération de l'OPS avec les comités, les organes et les rapporteurs de droits de l'homme du système des Nations Unies et du système interaméricain afin d'assurer la mise en œuvre de la stratégie dans les pays et territoires de la Région ;
- e) de donner la priorité à la surveillance et à la lutte contre les arboviroses et d'envisager la possibilité d'affecter les ressources nécessaires pour la mise en œuvre de la stratégie.

(Sixième réunion, le 28 septembre 2016)

CD55.R7 Plan d'action pour l'élimination du paludisme 2016-2020

LE 55^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant examiné le *Plan d'action pour l'élimination du paludisme 2016-2020* (document CD55/13), qui propose la mise en œuvre d'efforts pour accélérer l'élimination du paludisme, prévenir la réintroduction et atteindre les cibles proposées pour 2019 dans le Plan stratégique de l'OPS 2014-2019 ;

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

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

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

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

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

DÉCIDE :

1. D'approuver le *Plan d'action pour l'élimination du paludisme 2016-2020* (document CD55/13).
2. De prier instamment les États Membres, tout en tenant compte de leurs contextes, besoins, vulnérabilités et priorités :
 - a) d'affirmer l'importance continue de la lutte antipaludique comme une priorité sanitaire ;
 - b) d'examiner et mettre à jour les plans nationaux ou à en créer de nouveaux en vue de l'élimination du paludisme, d'investir les ressources nécessaires et d'avoir recours à des approches adaptées qui traitent les déterminants sociaux de la santé et assurent une collaboration interprogrammatique et une action intersectorielle ;
 - c) de renforcer l'engagement à l'égard des efforts de lutte contre le paludisme, y compris la coordination avec les autres pays et les initiatives infrarégionales pertinentes en matière de surveillance épidémiologique du paludisme, de gestion de la chaîne d'approvisionnement, de surveillance de la résistance aux antipaludiques et aux insecticides, ainsi que de suivi et d'évaluation ;
 - d) de garantir la disponibilité des fournitures nécessaires clés, y compris des antipaludiques, au moyen d'une planification effective et d'une prévision des besoins et de l'utilisation, le cas échéant, de crédits inscrits au Fonds régional renouvelable de l'OPS pour les fournitures stratégiques en matière de santé publique pour des achats groupés ;
 - e) de renforcer les services de santé et de les harmoniser de façon appropriée avec les directives et recommandations factuelles de l'OPS/OMS en matière de prévention du paludisme et de gestion des cas ;
 - f) de soutenir l'engagement des pays où le paludisme est endémique et de ceux où il ne l'est pas ainsi que de divers secteurs pour lutter contre la maladie, particulièrement en termes d'investissements soutenus ou accrus et de mise à disposition des ressources nécessaires ;
 - g) d'établir des stratégies intégrées et développer les capacités pour éliminer le paludisme et prévenir la reprise de la transmission grâce à une participation

- communautaire élargie pour que le processus aide à renforcer et à soutenir les systèmes de santé nationaux, les systèmes de surveillance, d'alerte et d'intervention, ainsi que d'autres programmes d'élimination de la maladie, en portant attention aux facteurs de genre, d'ethnicité et d'équité sociale ;
- h) de continuer à intensifier les efforts en mettant l'accent sur les populations et groupes professionnels fortement exposés et vulnérables ;
 - i) d'appuyer l'engagement à l'égard de l'élaboration et de la mise en œuvre d'un programme de recherche qui traite des importantes lacunes en matière de connaissances et de technologie ainsi que sur le plan opérationnel en matière d'élimination du paludisme et divers contextes du travail antipaludique dans la Région.
3. De demander à la Directrice :
- a) d'appuyer la mise en œuvre du *Plan d'action pour l'élimination du paludisme* et de fournir une coopération technique, y compris les efforts de renforcement des capacités nécessaires pour que les pays puissent élaborer et mettre en œuvre des plans d'action nationaux ;
 - b) de coordonner des efforts à l'échelle régionale pour éliminer la transmission locale du paludisme et prévenir sa réintroduction possible dans les zones exemptes de paludisme, en collaboration avec les pays et les partenaires ;
 - c) de fournir des conseils sur la mise en œuvre de plans stratégiques nationaux sur la lutte contre le paludisme ;
 - d) de continuer à préconiser la mobilisation active de ressources entre les pays, ainsi qu'à l'échelle mondiale, et d'encourager une collaboration étroite pour établir des partenariats stratégiques qui soutiennent la mise en œuvre d'efforts nationaux et transfrontaliers, y compris ceux qui visent les populations vulnérables et difficiles à atteindre ;
 - e) d'avoir recours à des approches adaptées qui traitent les déterminants sociaux de la santé et d'assurer une collaboration interprogrammatique et une action intersectorielle ;
 - f) de faire rapport aux organes directeurs sur les progrès accomplis dans la mise en œuvre du Plan d'action et la réalisation de ses cibles, tant à mi-parcours qu'à la fin de la période de mise en œuvre.

(Septième réunion, le 29 septembre 2016)

CD55.R8 *Résilience des systèmes de santé***LE 55^e CONSEIL DIRECTEUR,**

Ayant examiné le document de politique intitulé *Résilience des systèmes de santé* (document CD55/9) ;

Ayant présent à l'esprit que la situation des Amériques sur le plan de la santé s'est considérablement améliorée au cours des dernières décennies, que les politiques sociales visant à atténuer la pauvreté et améliorer la santé et le bien-être ont donné lieu à des améliorations remarquables en ce qui concerne l'espérance de vie et les résultats sanitaires, et que les systèmes nationaux de santé sont plus participatifs et plus réactifs ;

Conscient du fait que les politiques à l'appui d'un développement et d'un investissement soutenus dans les systèmes de santé ainsi que la stabilité économique et sociale contribuent directement aussi bien qu'indirectement à l'amélioration de la santé et du bien-être, à l'atténuation de la pauvreté, à l'élimination des iniquités et à la résilience des systèmes de santé ;

Observant que les systèmes de santé restent fortement vulnérables face aux risques qui ont des effets considérables sur la santé locale, nationale et mondiale, lesquels entravent la capacité de riposte des systèmes de santé et éliminent les acquis réalisés en matière de résultats sanitaires et de développement social et économique ;

Profondément préoccupé par les flambées de maladie à l'échelle mondiale comme les maladies à virus Ebola, chikungunya et Zika, lesquelles ont mis au jour de grandes faiblesses structurelles dans les systèmes de santé, en particulier des faiblesses relevées dans la veille sanitaire, la riposte et les systèmes d'information, la mise en œuvre de stratégies pour la prévention et le contrôle des infections, les compétences et capacités des professionnels de la santé, le financement de la santé et la mobilisation de ressources financières ainsi que l'organisation et la prestation des services de santé ;

Constatant que ces approches fragmentaires à l'égard de l'état de préparation de la santé publique, dont l'application du Règlement sanitaire international (RSI ou Règlement), constituent un risque majeur pour la santé et le bien-être ainsi que pour le développement social et économique ;

Rappelant l'article 44 du Règlement et l'engagement pris par les États Membres lors de la 65^e Assemblée mondiale de la Santé (2012) dans le sens d'un renforcement continu de la collaboration active entre les États parties, l'OMS et d'autres organisations et partenaires concernés, selon le cas, afin d'assurer la mise en œuvre du RSI (Résolution WHA65.23 [2012], Document A68/22, Add. I [2015] et Résolution WHA68.5 [2015]), y compris l'établissement et le maintien des capacités de base ;

Reconnaissant que si les flambées de maladies et les catastrophes causées par des phénomènes naturels ainsi que l'impact des changements climatiques représentent des

risques de niveau élevé et immédiats pour la santé et le bien-être de la population, il existe d'autres risques intérieurs et extérieurs qui s'inscrivent davantage dans la durée — par exemple l'absence de développement soutenu, l'instabilité sociale, la faiblesse en matière de gestion et des capacités au sein des fonctions essentielles de santé publique, les transitions démographiques, la migration et l'urbanisation rapide, les crises économiques et le fardeau de l'impact croissants des maladies non transmissibles et des facteurs de risques — qui peuvent affecter la viabilité et la réactivité des systèmes de santé et influent sur les résultats en matière de santé ;

Notant que les ralentissements économiques demeurent l'un des principaux risques qui frappent la réactivité, la faculté d'adaptation et la résilience des systèmes de santé ;

Conscient du fait que la *Stratégie pour l'accès universel à la santé et à la couverture sanitaire universelle* (2014), les valeurs de solidarité et d'équité et l'urgente nécessité pour la plupart des pays de renforcer leurs systèmes de santé, y compris selon la perspective du droit à la santé lorsqu'il est reconnu au plan national, ainsi que le droit de posséder le meilleur état de santé possible, sont le fondement d'un développement continu des systèmes de santé dans les Amériques ;

Reconnaissant que la résilience est un attribut essentiel pour tout système de santé convenablement développé et fonctionnant correctement, dans le cadre duquel les acteurs de la santé, les institutions et les populations se préparent et ripostent efficacement aux crises, maintiennent les fonctions essentielles lorsqu'une crise surgit et, en tirant parti des enseignements tirés de ces crises, se réorganisent si les circonstances l'exigent ;

Ayant présent à l'esprit que les systèmes de santé résilients sont alimentés par des informations et des données probantes, et qu'ils sont réactifs, prédictifs, complexes, adaptables, robustes, intégrés, participatifs ; qu'ils sont axés sur l'être humain et la communauté ;

Conscient que l'intensification des phénomènes d'intégration, de migration, des catastrophes et des flambées de maladie régionales et mondiales mettent en évidence l'interdépendance des systèmes nationaux de santé au sein du cadre mondial des systèmes de santé ;

Rappelant les cadres et accords pertinents qui ont été adoptés à l'échelle mondiale, dont les objectifs de développement durable, l'Accord de Paris sur les changements climatiques, le Cadre d'action de Sendai pour la réduction des risques de catastrophe et le Règlement sanitaire international, ainsi que les mandats pertinents de l'OPS, en particulier la *Stratégie pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle*,

DÉCIDE :

1. De soutenir la politique de *Résilience des systèmes de santé* (document CD55/9).

-
2. De prier instamment les États Membres :
- a) de soutenir le développement de la résilience des systèmes de santé et des sociétés dans le contexte de l'atteinte des objectifs de développement durable ;
 - b) d'accroître la résilience des systèmes de santé en intégrant certaines mesures dans les domaines de politique générale clés du renforcement du système de santé, des déterminants sociaux de la santé, de la réduction du risque, de la veille sanitaire publique et de la gestion des flambées de maladie, dont l'exécution s'inscrit dans le cadre des objectifs de développement durable établis au plan national ;
 - c) d'œuvrer conformément à la situation de chaque pays afin d'accroître progressivement la résilience des systèmes de santé dans le contexte de la *Stratégie pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle* ;
 - d) de renforcer les capacités en réserve (agents de santé, financement, médicaments et technologies sanitaires) pour assurer l'expansion de la riposte des services de santé en cas de risque aigu ou soutenu pour le système, et épauler et coordonner la riposte du réseau des services de santé en fonction des besoins des individus et des collectivités ;
 - e) de mettre en œuvre une approche holistique et multisectorielle en ce qui concerne le RSI, y compris en élaborant, en renforçant et en maintenant les capacités et les fonctions requises aux termes du Règlement, dans le contexte général du renforcement des fonctions essentielles de santé publique, en inscrivant le Règlement dans les politiques nationales de santé et les processus de planification, tout comme dans les activités des corps législatifs et les cadres de réglementation, et dans le cadre des efforts déployés pour renforcer les capacités des institutions, réseaux et ressources humaines afin de riposter aux flambées de maladie de portée internationale ; et de collaborer avec d'autres partenaires à l'appui de la mise en œuvre du RSI dans les États parties ;
 - f) de renforcer les systèmes d'information sanitaire qui soutiennent l'identification et l'isolation des risques pour la santé publique, qui saisissent les risques imminents en temps opportun et soutiennent une riposte mesurée et ciblée, en produisant des rapports sur la capacité du système (par ex. la prestation des services de santé et l'utilisation de ceux-ci, la cartographie des ressources humaines, la disponibilité des financements au service de la santé et la disponibilité de médicaments et de technologies sanitaires), ainsi que les processus décisionnels en rapport avec la réorganisation rapide des systèmes et services de santé ;
 - g) d'élaborer des cadres multisectoriels et mettre en œuvre des interventions multisectorielles qui ciblent précisément la gestion du risque et le renforcement de la résilience du système de santé ;
 - h) de maintenir et d'accroître les investissements dans les systèmes et interventions sanitaires afin d'en améliorer la résilience et ce, en conformité avec les orientations établies dans la *Stratégie pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle* ;
-

-
- i) de promouvoir la recherche sur les caractéristiques des systèmes de santé résilients afin de produire davantage de données probantes sur les lacunes et les liens avec la résilience des systèmes ;
 - j) de renforcer, le cas échéant, les Réseaux intégrés de services de santé [RISS] à l'intérieur des pays et mettre en place des réseaux entre pays dans la perspective d'une approche particulière de la santé dans les régions frontalières.
3. De demander à la Directrice :
- a) d'épauler les pays dans le contexte des objectifs de développement durable aux fins de l'élaboration de stratégies et plans multisectoriels qui soutiennent la résilience des systèmes de santé et l'amélioration de la santé et du bien-être ;
 - b) de souligner à l'intention des pays et partenaires l'importance que revêtent des systèmes de santé résilients et sur leurs caractéristiques, ainsi que des interventions intégrées et de long terme qui sont requises pour renforcer de tels systèmes ;
 - c) de continuer de soutenir les pays en matière de renforcement de leurs systèmes de santé et d'élaboration de plans nationaux qui tendent vers l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle ainsi que vers la mise en œuvre efficace des RISS ;
 - d) de soutenir le développement des capacités en réserve des systèmes de santé (agents de santé, financement, médicaments et technologiques sanitaires) pour développer la riposte des services de santé en cas d'apparition d'un risque aigu ou prolongé pour le système ;
 - e) de soutenir les interventions du réseau de services de santé qui visent à répondre aux besoins des particuliers et des collectivités ;
 - f) de promouvoir une approche holistique dans l'application du RSI au moyen du renforcement des fonctions essentielles de santé publique et de continuer de fournir une coopération technique aux pays dans le contexte de l'évaluation de l'état de préparation de leurs systèmes de santé en cas de flambée de maladie de portée internationale ;
 - g) de soutenir les pays dans l'élaboration de systèmes d'information sanitaire afin d'améliorer la veille sanitaire et d'assurer le suivi des capacités du système aux plans de la détection, des prévisions, de l'adaptation et de la riposte ;
 - h) d'intensifier la coopération technique et financière au titre des efforts déployés pour réduire les risques de catastrophe et d'autres risques au sein des systèmes de santé, de l'évaluation et du calcul du risque et au titre de la gestion du risque, en contribuant ainsi à la résilience des systèmes de santé ;
 - i) de continuer à renforcer les efforts déployés par l'OPS pour produire des données scientifiques portant sur la résilience des systèmes de santé, promouvoir la recherche sur les systèmes de santé et concevoir des méthodologies pour évaluer les résultats des systèmes de santé lors de situations de risque ou de stress ;
-

- j) promouvoir le renforcement des stratégies régionales de coopération qui prévoient des systèmes d'information, l'identification des besoins réels et des mécanismes de soutien, aux fins d'examen par les États Membres au moyen de leurs structures établies sur le plan interne.

(Septième réunion, le 29 septembre 2016)

CD55.R9 *Plan d'action pour l'élimination des maladies infectieuses négligées et activités après la phase d'élimination 2016-2022*

LE 55^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant examiné le *Plan d'action pour l'élimination des maladies infectieuses négligées et activités après la phase d'élimination 2016-2022* (Document CD55/15) ;

Considérant que l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a fourni un cadre général pour relever le défi de la prévention, de l'élimination et de la lutte contre les maladies tropicales négligées au niveau mondial ;

Considérant le Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017, le Plan stratégique de l'Organisation panaméricaine de la Santé 2014-2019 (*Document officiel 345* [2014]), le *Rapport sur la 16^e Réunion interaméricaine au niveau ministériel sur la santé et l'agriculture* (RIMSA 16) (document CD52/INF/3 [2013]), le *Plan d'action sur la santé dans toutes les politiques* (résolution CD53.R2 [2014]), la *Stratégie pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle* (résolution CD53.R14 [2014]) et le document de réflexion traitant de *La santé et les droits de l'homme* (résolution CD50.R8 [2010]) ;

Reconnaissant l'incidence des maladies infectieuses négligées sur la morbidité et la mortalité, le handicap et la stigmatisation dans la région des Amériques, en particulier au sein des populations à risque élevé et des groupes en situation de vulnérabilité ;

Reconnaissant que les maladies infectieuses négligées reflètent et accentuent les inégalités en matière de couverture des services de santé car elles affectent les populations marginalisées sur le plan économique ;

Reconnaissant que les mesures de prévention et de traitement des maladies infectieuses négligées mises en œuvre dans l'enfance et chez les femmes en âge de procréer dans la Région peuvent protéger ces groupes vulnérables contre des maladies aiguës et chroniques, éviter les décès prématurés et réduire les risques de handicap et de stigmatisation ;

Reconnaissant que certaines maladies infectieuses négligées constituent également un risque pour la population active périurbaine, rurale et agricole dans la

Région et portent atteinte au développement économique des personnes, des familles et des communautés à risque ;

Reconnaissant que, dans la Région, il existe des preuves de l'élimination et de l'interruption de la transmission de plusieurs maladies infectieuses négligées prioritaires et de l'élimination en tant que problème de santé publique d'autres maladies infectieuses négligées ;

Reconnaissant que certains pays qui ont éliminé les maladies infectieuses négligées ont mis en place des mesures de suivi/surveillance pour la phase post-élimination en vue de prévenir la réintroduction ou la recrudescence et de consolider la pérennité ;

Considérant que la prévention, l'élimination, le contrôle élargi et le suivi/surveillance après la phase d'élimination des maladies infectieuses négligées dans la Région sont possibles dans chaque pays et territoire dans un avenir prévisible,

DÉCIDE :

1. D'approuver le *Plan d'action pour l'élimination des maladies infectieuses négligées et activités après la phase d'élimination 2016-2022* (Document CD55/15).
2. De prier instamment tous les États Membres, en tenant compte de leur situation épidémiologique, du contexte national et des priorités :
 - a) de prioriser les maladies infectieuses négligées et leur élimination en tant que priorité essentielle de santé publique, en promouvant une réponse globale intégrée basée sur les recommandations de l'OPS/OMS et en établissant des cibles spécifiques pour relever les défis que posent ces maladies dans le but d'en éliminer le plus grand nombre possible d'ici à 2022 ou avant ;
 - b) de favoriser des alliances, des initiatives, des synergies et des activités inter-programmatiques au sein et en dehors du système de santé, en recherchant la participation de l'ensemble des partenaires concernés et des parties prenantes, y compris la société civile, aux activités de prévention, d'élimination, de contrôle et de surveillance après la phase d'élimination des maladies infectieuses négligées ;
 - c) de promouvoir des mécanismes dans chaque pays pour assurer la professionnalisation et la stabilité du personnel technique et la continuité politique des stratégies programmatiques ;
 - d) de mettre en place des stratégies spécifiques de surveillance et de gestion intégrée des vecteurs des maladies infectieuses négligées, de renforcement de la prévention de certaines zoonoses négligées au moyen d'une approche de santé publique vétérinaire/Une seule santé, y compris par l'entremise de la collaboration avec les domaines de la santé et de la production animales, d'actions de sensibilisation et d'éducation pour les populations clés négligées et les groupes vivant dans des conditions vulnérables, avec la participation des communautés touchées et des principales parties prenantes ;

-
- e) de soutenir la promotion du traitement, de la réadaptation et des services de soutien connexes grâce à une approche axée sur la prise en charge intégrée de la morbidité et la prévention des incapacités pour les personnes et les familles touchées par ces maladies infectieuses négligées qui entraînent des incapacités et occasionnent une stigmatisation ;
 - f) d'appuyer l'élaboration de politiques, règlements, normes et capacités liés à la santé au niveau national pour la surveillance, le dépistage, le diagnostic, les soins et le traitement des maladies infectieuses négligées tant au sein qu'en dehors des établissements de santé (selon les orientations normatives fondées sur des preuves élaborées par l'OPS et l'OMS), et assurer leur mise en œuvre, leur suivi et leur évaluation périodique ;
 - g) de promouvoir la collaboration et la coordination entre les pays pour le suivi des progrès accomplis vers les objectifs d'élimination et de suivi/surveillance après la phase d'élimination ;
 - h) d'assurer l'inclusion de médicaments, diagnostics et fournitures liés à l'élimination des maladies infectieuses négligées dans les listes et les formulaires nationaux de médicaments essentiels ; de négocier l'importation accélérée des médicaments avec les autorités nationales réglementaires, douanières et fiscales et de favoriser l'accès à ces médicaments par le biais de processus de négociation des prix et des mécanismes d'achats nationaux et régionaux comme le Fonds renouvelable régional de l'OPS pour les fournitures de santé publique stratégiques ;
 - i) de renforcer la capacité des pays à générer et diffuser des informations (et cartographies) stratégiques en temps voulu et de qualité sur les maladies infectieuses négligées, ventilées par âge, sexe et groupe ethnique ;
 - j) de soutenir l'élaboration de stratégies intégrées pour la fourniture d'eau potable, l'assainissement de base et l'hygiène, l'amélioration des conditions de logement, la promotion de la santé et l'éducation, la lutte contre les vecteurs et la santé publique vétérinaire reposant sur des approches intersectorielles, en tenant compte et en traitant des déterminants sociaux de la santé, pour l'élimination des maladies infectieuses négligées, et d'assumer un rôle de chef de file pour défendre de telles stratégies au plus haut niveau d'autorité ;
 - k) d'éliminer les obstacles liés au genre ainsi que les obstacles géographiques, économiques, socioculturels, juridiques et organisationnels, qui empêchent l'accès équitable universel à des services de santé complets pour les personnes touchées par des maladies infectieuses négligées, conformément à la Stratégie de l'OPS pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle.
3. De prier la Directrice :
- a) d'établir un groupe consultatif technique sur l'élimination et l'interruption de la transmission interhumaine des maladies infectieuses négligées, lequel groupe serait en mesure de conseiller le BSP et, par son entremise, les États Membres ;
-

- b) de soutenir la mise en œuvre du Plan d'action, en particulier en ce qui concerne le renforcement des services pour une surveillance et une prise en charge des cas innovantes et intensifiées (surveillance, dépistage, diagnostic, soins et traitement) et pour la chimiothérapie préventive des maladies infectieuses négligées dans le cadre de l'élargissement des soins de santé primaires et de la couverture sanitaire universelle dans la Région des Amériques ;
- c) d'appuyer les États Membres dans le renforcement des systèmes d'information nationaux et régionaux et des systèmes de surveillance des maladies infectieuses négligées afin de suivre les progrès sur le plan du contrôle et de l'élimination et d'appuyer la prise de décisions dans les pays en fonction de leur statut épidémiologique ;
- d) de fournir une assistance technique aux États Membres pour intensifier les actions visant à éliminer les maladies infectieuses négligées, ainsi que pour renforcer la gestion intégrée des vecteurs de ces maladies et la prévention de certaines zoonoses négligées dans le cadre d'une approche de santé publique vétérinaire/Une seule santé, conformément aux priorités nationales ;
- e) de soutenir les États Membres en améliorant l'accès à des médicaments et des fournitures abordables pour les maladies infectieuses négligées, notamment au moyen de processus de négociation des prix et d'autres mécanismes pour des achats durables ;
- f) de promouvoir des partenariats stratégiques, des alliances et la coopération technique entre les pays de la Région dans la mise en œuvre des activités prévues dans ce Plan d'action compte tenu de l'objectif prévisible d'éliminer et d'interrompre la transmission interhumaine de certaines maladies infectieuses négligées dans les Amériques ;
- g) de présenter aux Organes directeurs une évaluation de mi-parcours en 2019 ainsi qu'un rapport final d'évaluation en 2023.

(Septième réunion, le 29 septembre 2016)

CD55.R10 *Plan d'action pour la réduction des risques liés aux catastrophes 2016-2021*

LE 55^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant examiné le *Plan d'action pour la réduction des risques liés aux catastrophes 2016-2021* (document CD55/17, Rev. 1), qui inclut le rapport final du *Plan d'action sur la sécurité des hôpitaux* pour la période 2010-2015 ;

Tenant compte des progrès accomplis dans la mise en œuvre des résolutions *Protection civile et réponse* (résolution CD45.R8) de 2004, *Hôpitaux sûrs : une initiative*

régionale sur les installations sanitaires résistantes aux catastrophes (résolution CSP27.R14) de 2007 et *Plan d'action sur la sécurité des hôpitaux* (résolution CD50.R15) de 2010 ;

Observant que l'exécution du *Plan d'action sur la sécurité des hôpitaux* (document CD50/10) au cours de la période 2010-2015 a montré que les progrès accomplis et les défis relevés ont contribué à l'adoption de politiques et programmes nationaux sur la sécurité des hôpitaux, à l'exécution d'activités visant à ce que tous les nouveaux hôpitaux soient construits avec un niveau accru de protection, ainsi qu'à la mise en œuvre de mesures pour lutter contre le changement climatique en matière d'adaptation aussi bien que d'atténuation des catastrophes pour renforcer les établissements de santé existants ;

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

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

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

DÉCIDE :

1. D'adopter et de mettre en œuvre le *Plan d'action pour la réduction des risques liés aux catastrophes 2016-2021* (document CD55/17, Rev. 1).
2. De prier instamment les États Membres :
 - a) de renforcer les programmes d'intervention en cas d'urgences et de catastrophes dans le secteur de la santé ;
 - b) d'incorporer la gestion du risque de catastrophes dans le secteur de la santé dans les politiques, plans et budgets nationaux, et de promouvoir l'intégration de la

- santé dans les stratégies et plans nationaux de réduction du risque de catastrophes ;
- c) de promouvoir des initiatives en partenariat avec la communauté scientifique et technologique, le secteur universitaire et d'autres, pour rechercher, diffuser et partager les bonnes pratiques de gestion du risque de catastrophes dans le secteur de la santé, ainsi que de promouvoir ces pratiques lors de la formation des ressources humaines ;
 - d) de continuer d'exécuter l'initiative sur la sécurité des hôpitaux et d'incorporer les critères d'atténuation des effets des catastrophes et d'adaptation au changement climatique dans les politiques, la planification, la conception, la construction, le fonctionnement et l'accréditation des établissements de santé ;
 - e) de renforcer au niveau national le développement et l'actualisation des connaissances et procédures des équipes d'intervention en cas d'urgences et de catastrophes ;
 - f) d'encourager l'établissement de réserves stratégiques et la bonne gestion de fournitures essentielles pour la préparation, la réponse et le relèvement rapide.
3. De demander à la Directrice :
- a) de collaborer avec les États Membres pour la coordination et l'exécution du *Plan d'action pour la réduction des risques liés aux catastrophes 2016-2021* aux niveaux national, infrarégional et régional ;
 - b) d'appuyer l'élaboration de méthodologies, de guides techniques et de systèmes d'information pour faciliter l'évaluation du risque de catastrophes ;
 - c) d'encourager le renforcement de partenariats avec des organismes spécialisés afin de mobiliser les ressources humaines et financières et la technologie nécessaires pour améliorer la gestion du risque de catastrophes ;
 - d) de faire rapport aux Organes directeurs sur les progrès accomplis et les limitations rencontrées dans l'exécution de ce plan d'action à la fin de chaque exercice biennal et d'élaborer une évaluation finale au cours de la dernière année d'application du plan.

(Septième réunion, le 29 septembre 2016)

CD55.R11 Analyse des mandats de l'Organisation panaméricaine de la Santé

LE 55^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant examiné le rapport intitulé (document CD55/18, Rev. 1), lequel présente le statut des résolutions adoptées par le Conseil directeur et par la Conférence sanitaire panaméricaine, en leur qualité de Comité régional de l'OMS pour les Amériques, au cours des 17 dernières années (1999-2015), et présente aussi des recommandations

concernant les résolutions à considérer comme caduques et concernant les exigences en matière de rapports ;

Notant que plusieurs résolutions n'ont pas d'exigences définies pour ce qui est de soumettre un rapport aux Organes directeurs,

DÉCIDE :

1. D'entériner les recommandations contenues dans le rapport intitulé *Analyse des mandats de l'Organisation panaméricaine de la Santé* (document CD55/18, Rev. 1) concernant les résolutions à considérer comme caduques et concernant la soumission de rapports ; en d'autres termes, d'instaurer une pratique consistant à soumettre des rapports selon des délais fixés et de déclarer caduques les résolutions qui ont été entièrement remplacées par des résolutions ultérieures, ou dont on considère que les engagements ont été remplis.
2. De demander à la Directrice de :
 - a) maintenir la pratique consistant à définir les exigences relatives à la soumission de rapports sur la mise en œuvre des résolutions, en fixant une date limite précise pour faire rapport au Conseil directeur ou à la Conférence sanitaire panaméricaine ;
 - b) présenter, au moins tous les trois ans, des analyses similaires portant sur les résolutions, afin de déclarer certaines résolutions caduques au besoin.

(Huitième réunion, le 29 septembre 2016)

CD55.R12 *Accès aux médicaments et autres technologies de la santé stratégiques et à coûts élevés et leur usage rationnel*

LE 55^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant examiné le document de politique *Accès aux médicaments et autres technologies de la santé stratégiques et à coûts élevés et leur usage rationnel* (document CD55/10) ;

Gardant à l'esprit que la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) établit comme l'un de ses principes de base que « la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soit sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale » ; et observant que les pays de la Région ont affirmé dans la résolution CD53.R14 que : « le droit à la santé est reconnu nationalement, et de promouvoir le droit à jouir du plus haut niveau de santé possible » ;

Rappelant la résolution CD53.R14 (2014) sur l'Accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle, et la résolution A/RES/70/1 des Nations Unies adoptant le Programme de développement durable à l'horizon 2030, dont l'objectif numéro 3, « Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge » ;

Réitérant la résolution WHA61.21 (2008) portant adoption de la *Stratégie et plan d'action mondiaux pour la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle* ; la résolution CD48.R15 (2008) *Santé publique, innovation et propriété intellectuelle : une perspective régionale* ainsi que le *Rapport du Groupe consultatif d'experts sur la recherche et le développement* ;

Reconnaissant que l'amélioration de l'accès équitable et de l'usage rationnel des médicaments et autres technologies de la santé contribue à améliorer l'accès universel à la santé et à la couverture sanitaire universelle, ainsi que l'atteinte des Objectifs de développement durable ;

Prenant en compte que l'adoption et la mise en œuvre de politiques, de lois, de règlements et de stratégies complets contribue à améliorer l'accès aux médicaments et autres technologies de la santé, dont ceux considérés comme stratégiques et à coût élevé, et la qualité des services de santé et des résultats sanitaires, tout en assurant la viabilité des systèmes de santé ;

Prenant en compte que nombre de médicaments et autres technologies de la santé à coût élevé sont désormais considérés comme étant essentiels et peuvent grandement améliorer la qualité de vie et les résultats sanitaires lorsqu'ils sont utilisés conformément aux directives relatives aux pratiques cliniques fondées sur des données factuelles ;

Reconnaissant que l'adoption de certains médicaments et autres technologies de la santé nouveaux et à coûts élevés incorporés aux systèmes de santé n'apporte pas une valeur ajoutée importante puisqu'ils prennent la place de traitements efficaces à un moindre coût ;

Reconnaissant la nécessité d'améliorer l'accès au moyen d'approches globales axées sur l'amélioration de la disponibilité, du caractère abordable et de l'usage rationnel dans les systèmes de santé, ainsi que les processus de sélection décrits dans la résolution WHA67.22 de l'Assemblée mondiale de la Santé ;

Reconnaissant les défis auxquels les États Membres font face en ce moment pour assurer l'accès et l'usage rationnel des médicaments et autres technologies de la santé à coûts élevés,

DÉCIDE :

1. De prier instamment les États Membres, en tenant compte de leur contexte et de leurs priorités nationales :

- a) d'adopter des politiques et/ou des stratégies nationales globales, accompagnées de cadres juridiques et réglementaires, afin d'améliorer l'accès aux médicaments et autres technologies de la santé efficaces sur le plan clinique et rentables, qui tiennent compte des besoins des systèmes de santé et du cycle de vie utile des produits médicaux, de la recherche et du développement jusqu'à l'assurance de la qualité et l'usage, y compris la prescription et la délivrance, et qui découragent les demandes inappropriées de médicaments et technologies de la santé qui sont coûteux et inefficaces, ou qui n'offrent pas d'avantages suffisants par rapport aux alternatives à moindre coût ;
- b) afin d'améliorer l'efficacité et l'efficience des systèmes de santé, *i*) de renforcer les établissements de santé, les mécanismes et les capacités de réglementation pour promouvoir une bonne gouvernance et un processus décisionnel fondés sur des données factuelles concernant la qualité, l'innocuité et l'efficacité, ainsi que l'usage optimal des médicaments et autres technologies de la santé, et *ii*) de promouvoir la transparence et la responsabilité dans l'affectation des ressources pour les médicaments et autres technologies de la santé ;
- c) d'évaluer, d'examiner et d'actualiser régulièrement les formulaires et les listes de médicaments essentiels au moyen de processus et de mécanismes de sélection transparents et rigoureux fondés sur des données factuelles et éclairés par des méthodes d'évaluation des technologies de la santé pour répondre aux besoins en matière de santé ;
- d) de promouvoir des mécanismes adéquats de financement et de protection financière pour favoriser la durabilité du système de santé, pour améliorer l'accès et se diriger vers l'élimination des paiements directs qui constituent un obstacle à l'accès au point de prestation des services de santé, afin d'éviter les difficultés financières, l'appauvrissement et l'exposition à des dépenses catastrophiques ;
- e) de travailler de concert avec le secteur pharmaceutique pour améliorer la transparence et l'accès à des informations complètes et en temps utile, notamment en relation aux tendances et coûts complets en recherche et développement, ainsi qu'aux politiques de fixation des prix et aux structures de prix, à la gestion de la chaîne d'approvisionnement, et aux pratiques d'approvisionnement, afin d'améliorer la prise de décisions, d'éviter le gaspillage et d'améliorer l'accessibilité financière des médicaments et autres technologies de la santé ;
- f) de renforcer les capacités institutionnelles à produire des évaluations de qualité des technologies de la santé des nouveaux médicaments et autres technologies de la santé avant de les implanter dans les systèmes de santé, en portant une attention particulière à ceux considérés comme étant à coût élevé ;
- g) de stimuler la compétition par des stratégies complètes pouvant comprendre des politiques relatives à la propriété intellectuelle tenant compte du point de vue de la santé publique compte tenu de la maximisation de l'innovation en matière de santé, l'établissement d'incitatifs et de règlements permettant l'entrée et

- l'utilisation rapides de médicaments génériques multisources de qualité¹ et/ou d'équivalents thérapeutiques, la réduction des tarifs et l'adoption de mécanismes communs d'approvisionnement qui limitent la fragmentation en regroupant la demande ;
- h) d'adopter des stratégies efficaces pour améliorer l'accès aux produits dont la source est unique ou limitée, telles que, sans toutefois s'y limiter, des politiques et stratégies de négociation de prix, de remboursement et de fixation des prix transparentes, nationales et internationales, et lorsque cela convient, l'utilisation des flexibilités affirmées par la Déclaration ministérielle sur l'Accord sur les ADPIC et la santé publique de Doha ;
 - i) d'adopter des mesures pour favoriser l'accès à l'information sur les produits médicaux qui soient impartiales et exemptes de conflit d'intérêt, pour les autorités sanitaires, les agents de santé et la population générale, afin de promouvoir l'usage rationnel des médicaments et autres technologies de la santé et améliorer la prescription et la délivrance, et contrôler l'utilisation sûre et efficace de ces produits grâce à des systèmes fiables de pharmacovigilance et de technovigilance ;
 - j) de reconnaître le rôle des prescripteurs dans les décisions afférentes aux possibilités de traitement et offrir un soutien pour améliorer les pratiques, de sorte que les prescriptions soient appropriées, éthiques et fondées sur un usage rationnel, en employant des outils tels que les directives relatives aux pratiques cliniques, les stratégies d'éducation et la réglementation pour régler les conflits d'intérêt entre les prescripteurs et les fabricants de produits médicaux ;
 - k) d'élaborer des cadres, notamment au moyen de consultations avec tous les acteurs concernés définissant les principes éthiques qui, du point de vue de la santé publique, guident l'élaboration de publicité et de marketing pharmaceutiques, et de codes de conduite qui guident le comportement éthique des représentants pharmaceutiques ;
 - l) de promouvoir l'adoption d'instruments ou de mécanismes servant à améliorer la qualité de l'examen des demandes de brevet de produits pharmaceutiques et autres technologies de la santé, et à faciliter l'accès des examinateurs aux informations nécessaires à la prise de décisions qui conviennent ;
 - m) de promouvoir le travail des autorités sanitaires nationales et autres autorités compétentes, suivant le contexte national, portant sur des questions liées aux brevets de produits pharmaceutiques et autres technologies de la santé, et aux

¹ L'OMS emploie le terme « produits pharmaceutiques multisources » défini comme « produits équivalents sur le plan pharmaceutique ou alternatives aux produits pharmaceutiques pouvant ou non être équivalents sur le plan thérapeutique. Les produits pharmaceutiques multisources qui sont équivalents sur le plan thérapeutique sont interchangeables » (Comité OMS d'experts sur les spécifications des produits pharmaceutiques - OMS, Série de rapports techniques, No. 937, 2006, disponible [en anglais] sur : <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s14091e/s14091e.pdf>).

pratiques de brevetage en vue de promouvoir l'innovation dans le domaine de la santé ainsi que le recours à des mécanismes et procédures comme le « Orange Book » de la Food and Drug Administration des États-Unis (FDA) et le Registre des patentes du Canada qui puissent appuyer des informations transparentes et précises, notamment l'information concernant les ingrédients actifs, les brevets y afférents, les dates d'expiration des brevets et d'autres renseignements connexes, et en encourageant la concurrence du marché.

2. De demander à la Directrice :
 - a) de soutenir les États Membres dans l'élaboration de politiques et de cadres juridiques complets² pour les médicaments et technologies de la santé qui favorisent l'accès aux médicaments et autres technologies de la santé essentiels et stratégiques, dont ceux qui sont considérés comme étant à coût élevé ;
 - b) de soutenir les États Membres dans l'élaboration, la mise en œuvre et/ou l'examen de cadres juridiques et réglementaires nationaux, de politiques et autres dispositions qui permettent l'entrée et l'utilisation rapides de médicaments génériques multisources de qualité et/ou d'équivalents thérapeutiques au moyen de stratégies complètes du point de vue de la santé publique ;
 - c) de soutenir les États Membres dans le renforcement de leurs capacités et l'adoption de stratégies servant à améliorer la sélection et l'usage rationnel des médicaments et autres technologies de la santé fondés sur des évaluations des technologies de la santé et d'autres approches fondées sur des données factuelles pour améliorer les résultats et les efficacités sanitaires ;
 - d) de promouvoir la coopération et le partage d'informations, les expériences fructueuses et la capacité technique concernant le rapport coût-efficacité des médicaments et autres technologies de la santé, les questions de chaîne d'approvisionnement et les meilleures pratiques d'établissement des prix, entre autres choses, par le biais des canaux et des réseaux de l'OPS, et résumer et faire rapport des progrès réalisés par les États Membres dans les principaux domaines ;
 - e) de continuer de renforcer le Fonds renouvelable régional pour les fournitures stratégiques de santé publique de l'OPS et le Fonds renouvelable pour l'achat de vaccins de l'OPS, initiatives importantes visant à assurer un soutien permanent aux États Membres pour tous les aspects relatifs à la disponibilité des médicaments et technologies de la santé de qualité et de les rendre plus abordables, notamment en fournissant une plateforme pour appuyer les États Membres prenant part au regroupement, à la négociation et à l'acquisition de médicaments coûteux de source unique ou de source limitée ;
 - f) de soutenir les États Membres à élaborer et à adopter des cadres définissant des principes éthiques qui, du point de vue de la santé publique, guident l'élaboration de publicité et de marketing pharmaceutiques, les rapports entre l'industrie et les

² Conformément à la résolution CD54.R9.

- associations de patients et appuyer la préparation de les codes de conduite qui guident le comportement des représentants pharmaceutiques ;
- g) de promouvoir l'identification et la coordination d'initiatives qui traitent de l'accès aux médicaments et autres technologies de la santé à coûts élevés dans la Région, afin de contribuer à leur efficacité et de prévenir le double emploi.

(Huitième réunion, le 29 septembre 2016)

CD55.R13 La santé des migrants

LE 55^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant examiné le document de politique *La santé des migrants* (document CD55/11) ;

Reconnaissant que la migration humaine est l'une des priorités représentant le plus grand défi pour la santé publique mondiale ;

Considérant que la Déclaration universelle des droits de l'homme et le droit international reconnaissent le droit de toute personne de quitter tout pays, y compris le sien, et que les droits et libertés ancrés dans la Déclaration, y compris les droits liés à la santé, appartiennent à toutes les personnes, y compris les migrants, les réfugiés et autres non nationaux ;

Considérant le besoin pressant pour la majorité des pays de renforcer leurs systèmes de santé, y compris dans la perspective du droit à la santé là où il est reconnu à l'échelle nationale, et de promouvoir le droit de posséder le meilleur état de santé possible, avec les objectifs fondamentaux d'obtenir l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle ;

Reconnaissant que la situation délicate des migrants est de plus en plus reconnue et que son importance est reflétée dans le programme international, le Programme de développement durable à l'horizon 2030, et plus récemment dans la déclaration de New York approuvée par l'Assemblée générale des Nations Unies tenue en septembre 2016¹ ;

Observant que pendant des décennies, les États Membres de l'OPS ont accordé la priorité à la santé des populations migrantes et déplacées, en concluant des accords pour des réponses concertées ; reconnaissant que l'OPS a adopté plusieurs résolutions qui promeuvent l'incorporation du respect des droits de l'homme et de la sécurité humaine dans les politiques, plans et programmes de santé nationaux, ainsi que dans les lois liées à la santé pour renforcer la résilience des membres des populations migrantes en conditions de vulnérabilité les plus marquées ;

¹ Déclaration de New York pour les réfugiés et les migrants (A/71/L.1).

Reconnaissant que les zones frontalières constituent des points de passage migratoire dotés de caractéristiques spécifiques qui exigent des initiatives bilatérales ou multilatérales pour discuter et coordonner les actions dans le domaine de la santé ;

Notant que les États Membres de l'OPS ont montré une appréciation croissante pour l'élaboration de politiques et programmes de santé qui traitent les iniquités en santé et améliorent l'accès aux services de santé ;

Reconnaissant que *la Stratégie pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle*, adoptée par la Résolution CD53.R14 (2014), constitue un cadre pour l'action des systèmes de santé pour protéger la santé et le bien-être des migrants, et reconnaissant les contributions de stratégies et mandats antérieurs de l'OPS qui traitent de cette question et sont alignés sur d'autres stratégies et engagements y relatifs, y compris les objectifs de développement durables à l'horizon 2030,

DÉCIDE :

1. De soutenir le document de politique *La santé des migrants* (document CD55/11).
2. De prier instamment les États Membres, tout en tenant compte de leur contexte, priorités et cadres institutionnels et juridiques :
 - a) d'utiliser ce document de politique dans leurs efforts visant à créer des politiques et programmes de santé pour traiter les iniquités en santé qui affectent les migrants et préparer des interventions ciblées pour réduire les risques de santé pour les migrants en renforçant les programmes et services qui sont sensibles à leurs conditions et besoins ;
 - b) de diriger les initiatives visant à modifier ou améliorer les cadres réglementaires et juridiques afin de traiter les besoins de santé spécifiques des personnes, familles et groupes de migrants ;
 - c) de faire des progrès en vue de fournir aux migrants l'accès au même niveau de protection financière² et de services de santé complets, de qualité et progressivement étendus dont bénéficient d'autres personnes vivant sur le même territoire, indépendamment de leur statut migratoire tout en tenant compte de leur contexte, priorités et cadres institutionnels et juridiques nationaux ;
 - d) de promouvoir des initiatives sur les plans bilatéral, multilatéral, national et local, en vue de déboucher sur des propositions de coordination et de formulation de programmes et de politiques concernant les questions de santé considérées d'intérêt commun dans les zones frontalières connexes.

² La protection financière, tel qu'établie dans la Stratégie pour l'accès universel à la santé et à la couverture sanitaire universelle (document CD53/5, Rev. 2 [2014]), est un moyen de "progresser vers l'élimination du paiement direct [...] qui se transforme en obstacle à l'accès au moment de la prestation de services évitera l'appauvrissement et l'exposition à des dépenses catastrophiques. L'augmentation de la protection financière va diminuer les iniquités dans l'accès aux services de santé".

3. De demander à la Directrice :
- a) d'utiliser le document de politique *La santé des migrants* pour accroître la sensibilisation et promouvoir la mobilisation de ressources nationales pour élaborer des politiques et programmes qui sont sensibles aux besoins en santé des populations migrantes ;
 - b) d'élaborer des actions, des ressources techniques et des outils pour appuyer l'inclusion des éléments de la politique proposée dans le programme de travail de l'OPS ;
 - c) de renforcer les mécanismes interinstitutionnels de coordination et de collaboration pour obtenir des synergies et l'efficacité en matière de coopération technique, y compris au sein du système des Nations Unies, et en particulier avec l'Organisation internationale pour les migrations, le système interaméricain et d'autres parties prenantes qui œuvrent à l'amélioration de la santé et de la protection des migrants dans les pays d'origine, de transit et de destination ;
 - d) de faciliter l'échange d'expériences entre les États Membres et de créer une base d'information sur les expériences pertinentes dans les pays de la Région des Amériques.

(Neuvième réunion, le 30 septembre 2016)

Décisions

Décision CD55(D1) Constitution de la Commission de vérification des pouvoirs

Conformément à l'article 31 du Règlement intérieur du Conseil directeur, le Conseil a nommé l'Argentine, le Belize et le Canada comme membres de la Commission de vérification des pouvoirs.

(Première réunion, le 26 septembre 2016)

Décision CD55(D2) Élection du Bureau

Conformément à l'article 16 du Règlement intérieur du Conseil directeur, le Conseil a élu le Honduras comme président, la Grenade et le Paraguay comme vice-présidents et la Jamaïque comme rapporteur du 55^e Conseil directeur.

(Première réunion, le 26 septembre 2016)

Décision CD55(D3) Constitution de la Commission générale

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

(Première réunion, le 26 septembre 2016)

Décision CD55(D4) Adoption de l'ordre du jour

Conformément à l'article 10 du Règlement intérieur du Conseil directeur, le Conseil a adopté l'ordre du jour soumis par la Directrice (document CD55/1, Rev. 2).

(Première réunion, le 26 septembre 2016)

Décision CD55(D5) Mise en œuvre du Règlement sanitaire international

Le 55^e Conseil directeur, après avoir examiné le document intitulé Consultation régionale sur le Projet de Plan mondial de l'OMS pour la mise en œuvre des recommandations du Comité d'examen sur le rôle du Règlement sanitaire international (2005) dans le cadre de l'épidémie de maladie à virus Ebola et de la riposte (document CD55/12, Rev. 1, Annexe B), qui présente le rapport de la Consultation régionale officielle, tenue à Miami, aux États-Unis, du 1^{er} au 3 août 2016 ;

Rappelant la résolution WHA61.2 (2008), la décision CD52(D5) (2013), la résolution WHA68.5 (2015), le document CD54/FR (2015), le document EB138/4 (2016), le document A69/20 (2016), le document A69/21 (2016), la décision WHA69(14) et le document CE158/INF/5 (2016),

Décide :

1. D'accueillir favorablement le rapport de la Consultation régionale officielle sur la mise en œuvre du Règlement sanitaire international et les commentaires des États Membres sur le Projet de Plan mondial pour la mise en œuvre des recommandations du Comité d'examen sur le rôle du Règlement sanitaire international (2005) dans le cadre de l'épidémie de maladie à virus Ebola et de la riposte (ci-après dénommé le « Projet de Plan »), et de demander au Secrétariat de l'OMS d'inscrire le rapport sous la rubrique du point de l'ordre du jour pertinent aux fins de présentation au Conseil exécutif de l'OMS lors de sa cent-quarantième session en janvier 2017 et de présentation à la Soixante-dixième Assemblée mondiale de la Santé en mai 2017.
2. De demander à la Directrice :
 - a) de transmettre au Secrétariat de l'OMS le texte intégral du rapport de la Consultation régionale officielle ;

- b) de faciliter les préparatifs des États Membres dans la Région des Amériques en prévision de la cent-quarantième session du Conseil exécutif de l’OMS en janvier 2017 par la diffusion d’une Note d’information sur cette question parmi les États Membres et leurs missions à Genève.

(Huitième réunion, le 29 septembre 2016)

EN FOI DE QUOI, le président du 55^e Conseil directeur, 68^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques, Délégué du Honduras, et le Secrétaire de droit, Directrice du Bureau sanitaire panaméricain, signent le présent rapport final en espagnol.

FAIT à Washington, D.C., États-Unis d'Amérique, ce trentième jour du mois de septembre deux mille seize. Le Secrétaire déposera le texte original dans les archives du Bureau sanitaire panaméricain. Le rapport final sera publié sur la page Web de l'Organisation panaméricaine de la Santé une fois qu'il sera approuvé par le président.

Edna Yolani Batres
Présidente du
55^e Conseil directeur, 68^e session du
Comité régional de l'OMS
pour les Amériques
Déléguée du Honduras

Carissa Etienne
Secrétaire de droit du
55^e Conseil directeur, 68^e session du
Comité régional de l'OMS
pour les Amériques
Directrice du
Bureau sanitaire panaméricain

ORDRE DU JOUR

1. OUVERTURE DE LA SESSION

2. QUESTIONS RELATIVES AU RÈGLEMENT

- 2.1 Constitution de la Commission de vérification des pouvoirs
- 2.2 Élection du Bureau
- 2.3 Constitution d'un groupe de travail pour étudier l'application de l'Article 6,B de la Constitution de l'OPS
- 2.4 Constitution de la Commission générale
- 2.5 Adoption de l'ordre du jour

3. QUESTIONS RELATIVES À LA CONSTITUTION

- 3.1 Rapport annuel du Président du Comité exécutif
- 3.2 Rapport annuel du Directeur du Bureau sanitaire panaméricain
- 3.3 Élection de trois États Membres au Comité exécutif au terme des mandats des Bahamas, du Costa Rica et de l'Équateur

4. QUESTIONS RELATIVES À LA POLITIQUE DES PROGRAMMES

- 4.1 Rapport de l'évaluation de fin de période biennale du Programme et budget 2014-2015/Premier rapport intérimaire sur le Plan stratégique de l'OPS 2014-2019
 - 4.2 Évaluation intérimaire de la mise en œuvre de la politique budgétaire de l'OPS
 - 4.3 Méthodologie du cadre de stratification des priorités programmatiques du Plan stratégique de l'OPS
 - 4.4 Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques
 - 4.5 Résilience des systèmes de santé
-

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

- 4.6 Accès aux médicaments et autres technologies de la santé stratégiques et à coûts élevés et leur usage rationnel
- 4.7 La santé des migrants
- 4.8 Mise en œuvre du Règlement sanitaire international (RSI)
- 4.9 Plan d'action pour l'élimination du paludisme 2016-2020
- 4.10 Plan d'action pour la prévention et la lutte contre le VIH et les infections sexuellement transmissibles 2016-2021
- 4.11 Plan d'action pour l'élimination des maladies infectieuses négligées et activités après la phase d'élimination 2016-2022
- 4.12 Stratégie pour la prévention et la lutte contre les arboviroses
- 4.13 Plan d'action pour la réduction des risques liés aux catastrophes 2016-2021
- 4.14 Analyse des mandats de l'Organisation panaméricaine de la Santé

5. QUESTIONS ADMINISTRATIVES ET FINANCIERES

- 5.1 Rapport sur le recouvrement des contributions fixées
- 5.2 Rapport financier du Directeur et rapport du Commissaire aux comptes externe pour 2015
- 5.3 Mise à jour concernant la nomination du Commissaire aux comptes externe de l'OPS pour 2018-2019 et 2020-2021

6. PRIX

- 6.1 Prix de l'OPS pour l'administration (2016)
- 6.2 Prix de l'OPS pour l'administration : changements aux procédures

7. QUESTIONS POUR INFORMATION

- 7.1 Programme et budget de l'OPS 2016-2017 : mécanismes pour le rapport intérimaire à l'intention des États Membres
- 7.2 Processus d'élaboration du budget programme de l'OMS 2018-2019
- 7.3 Mise à jour sur la réforme de l'OMS
 - L'action de l'OMS dans la gestion des situations d'urgence sanitaire : Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire
- 7.4 Mise à jour sur la maladie à virus Zika dans la Région des Amériques
- 7.5 Objectifs du Millénaire pour le développement et cibles sanitaires : rapport final
- 7.6 Mise en œuvre des objectifs de développement durable dans la Région des Amériques
 - Rapport sur l'élaboration de la feuille de route concernant : *Le rôle du secteur de la santé dans l'approche stratégique de la gestion internationale des produits chimiques, dans la perspective de l'objectif fixé pour 2020 et au-delà*
- 7.7 Plan d'action régional pour le renforcement du recueil des données d'état civil et de santé : rapport final
- 7.8 Stratégie et plan d'action régionaux sur la nutrition en santé et développement 2006-2015 : rapport final
- 7.9 Stratégie et plan d'action pour la réduction de la malnutrition chronique : rapport final
- 7.10 Plan d'action pour maintenir l'élimination de la rougeole, la rubéole et le syndrome de rubéole congénitale dans la Région des Amériques : rapport final
- 7.11 Stratégie et plan d'action régionaux sur la santé néonatale dans le contexte des soins apportés à la mère, au nouveau-né et à l'enfant : rapport final

7. QUESTIONS POUR INFORMATION (*suite.*)

7.12 Rapports d'avancement sur les questions techniques :

- A. Stratégie et plan d'action sur la cybersanté : évaluation à mi-parcours
- B. Plan d'action sur la santé des adolescents et des jeunes
- C. Plan d'action pour la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles : évaluation à mi-parcours
- D. Plan d'action pour réduire l'usage nocif de l'alcool : évaluation à mi-parcours
- E. Plan d'action sur l'usage de substances psychoactives et la santé publique : évaluation à mi-parcours
- F. Situation des Centres panaméricains

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

- A. 69^e Assemblée mondiale de la Santé
- B. Quarante-sixième session ordinaire de l'Assemblée générale de l'Organisation des États Américains
- C. Organisations sous régionales

8. OTROS ASUNTOS

9. CLAUSURA DE LA SESIÓN

LISTE DES DOCUMENTS

Document officiel

OD351 Rapport financier du Directeur et rapport du Commissaire aux comptes externe pour 2015

Documents de travail

CD55/1, Rev. 2 Ordre du jour

CD55/WP/1 Programme de réunions

CD55/2 Rapport annuel du Président du Comité exécutif

CD55/3 Rapport annuel du Directeur du Bureau sanitaire panaméricain

CD55/4 Élection de trois États Membres au Comité exécutif au terme des mandats des Bahamas, du Costa Rica et de l'Équateur

CD55/5 Rapport de l'évaluation de fin de période biennale du Programme et budget 2014-2015/Premier rapport intérimaire sur le Plan stratégique de l'OPS 2014-2019

CD55/6 Évaluation intérimaire de la mise en œuvre de la politique budgétaire de l'OPS

CD55/7 Méthodologie du cadre de stratification des priorités programmatiques du Plan stratégique de l'OPS

CD55/8, Rev. 1 Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques

CD55/9 Résilience des systèmes de santé

CD55/10, Rev. 1 Accès aux médicaments et autres technologies de la santé stratégiques et à coûts élevés et leur usage rationnel

CD55/11, Rev. 1 La santé des migrants

CD55/12, Rev. 1 Mise en œuvre du Règlement sanitaire international (RSI)

CD55/13 Plan d'action pour l'élimination du paludisme 2016-2020

Documents de travail (cont.)

| | |
|------------------|--|
| CD55/14 | Plan d'action pour la prévention et la lutte contre le VIH et les infections sexuellement transmissibles 2016-2021 |
| CD55/15 | Plan d'action pour l'élimination des maladies infectieuses négligées et activités après la phase d'élimination 2016-2022 |
| CD55/16 | Stratégie pour la prévention et la lutte contre les arboviroses |
| CD55/17, Rev. 1 | Plan d'action pour la réduction des risques liés aux catastrophes 2016-2021 |
| CD55/18, Rev. 1 | Analyse des mandats de l'Organisation panaméricaine de la Santé |
| CD55/19 et Add I | Rapport sur le recouvrement des contributions fixées |
| CD55/20 | Mise à jour concernant la nomination du Commissaire aux comptes externe de l'OPS pour 2018 2019 et 2020-2021 |
| CD55/21 | Prix de l'OPS pour l'administration (2016) |
| CD55/22 | Prix de l'OPS pour l'administration : changements aux procédures |

Documents de information

| | |
|----------------------|--|
| CD55/INF/1 | Programme et budget de l'OPS 2016-2017 : mécanismes pour le rapport intérimaire à l'intention des États Membres |
| CD55/INF/2, Rev. 1 | Processus d'élaboration du budget programme de l'OMS 2018-2019 |
| CD55/INF/3 et Add. I | Mise à jour sur la réforme de l'OMS <ul style="list-style-type: none">• L'action de l'OMS dans la gestion des situations d'urgence sanitaire : Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire |
| CD55/INF/4 | Mise à jour sur la maladie à virus Zika dans la Région des Amériques |

Documents de information (*cont.*)

| | |
|----------------------|--|
| CD55/INF/5 | Objectifs du Millénaire pour le développement et cibles sanitaires : rapport final |
| CD55/INF/6 et Add. I | Mise en œuvre des objectifs de développement durable dans la Région des Amériques <ul style="list-style-type: none">• Rapport sur l'élaboration de la feuille de route concernant : Le rôle du secteur de la santé dans l'approche stratégique de la gestion internationale des produits chimiques, dans la perspective de l'objectif fixé pour 2020 et au-delà |
| CD55/INF/7 | Plan d'action régional pour le renforcement du recueil des données d'état civil et de santé : rapport final |
| CD55/INF/8, Rev. 1 | Stratégie et plan d'action régionaux sur la nutrition en santé et développement 2006-2015 : rapport final |
| CD55/INF/9 | Stratégie et plan d'action pour la réduction de la malnutrition chronique : rapport final |
| CD55/INF/10, Rev. 1 | Plan d'action pour maintenir l'élimination de la rougeole, la rubéole et le syndrome de rubéole congénitale dans la Région des Amériques : rapport final |
| CD55/INF/11 | Stratégie et plan d'action régionaux sur la santé néonatale dans le contexte des soins apportés à la mère, au nouveau-né et à l'enfant : rapport final |
| CD55/INF/12 | Rapports d'avancement sur les questions techniques : <ul style="list-style-type: none">A. Stratégie et plan d'action sur la cybersanté : évaluation à mi-parcoursB. Plan d'action sur la santé des adolescents et des jeunesC. Plan d'action pour la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles : évaluation à mi-parcoursD. Plan d'action pour réduire l'usage nocif de l'alcool : évaluation à mi-parcoursE. Plan d'action sur l'usage de substances psychoactives et la santé publique : évaluation à mi-parcoursF. Situation des Centres panaméricains |

Documents de information (*cont.*)

CD55/INF/13 Résolutions et autres actions d'organisations intergouvernementales revêtant un intérêt pour l'OPS :

- A. 69^e Assemblée mondiale de la Santé
- B. Quarante-sixième session ordinaire de l'Assemblée générale de l'Organisation des États Américains
- C. Organisations sous-régionales

**LIST OF PARTICIPANTS/LISTA DE PARTICIPANTES
OFFICERS/MESA DIRECTIVA**

| | |
|---|---|
| President / Presidente: | Dra. Edna Yolany Batres (Honduras) |
| Vice-President / Vicepresidente: | Dr. Antonio C. Barrios Fernández (Paraguay) |
| Vice-President / Vicepresidente: | Hon. Nickolas Steele (Grenada) |
| Rapporteur / Relator: | Hon. Christopher Tufton (Jamaica) |

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS

ANTIGUA AND BARBUDA/ANTIGUA Y BARBUDA

Head of Delegation – Jefe de Delegación

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

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de Delegación

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

ARGENTINA

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Dr. Jorge Daniel Lemus
Ministro de Salud
Ministerio de Salud de la Nación
Buenos Aires

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de Delegación

Dr. Rubén A. Nieto
Secretario de Relaciones Nacionales e Internacionales
Ministerio de Salud de la Nación
Buenos Aires

Delegates – Delegados

Exmo. Sr. Juan José Acuri
Embajador, Representante Permanente de Argentina ante la Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

ARGENTINA (cont.)

Delegates – Delegados (cont.)

Dra. Miguela Pico
Subsecretaria de Relaciones Institucionales
Ministerio de Salud de la Nación
Buenos Aires

Alternates and Advisers – Suplentes y Asesores

Dra. María del Carmen Lucioni
Asesora del Ministro
Ministerio de Salud
Buenos Aires

Sr. Julio César Ayala
Ministro, Representante Alterno de Argentina ante la Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Sr. Julio Mercado
Ministro
Misión Argentina ante los Organismos Internacionales
Ginebra, Suiza

Sra. Cynthia Hotton
Consejera, Representante Alternativa de Argentina ante la Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Sra. María Lorena Capra
Primera Secretaria, Representante Alternativa de Argentina ante la Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

BAHAMAS

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Hon. Michael Perry Gomez, MP
Minister of Health
Ministry of Health of the Commonwealth of
the Bahamas
Nassau

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de
Delegación

Dr. Glen Beneby
Chief Medical Officer
Ministry of Health
Nassau

Delegates – Delegados

Dr. Merciana Moxey
Senior Medical Officer
Ministry of Health
Nassau

BARBADOS

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Hon. John D. E. Boyce, MP
Minister of Health
Ministry of Health
St. Michael

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de
Delegación

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

Delegates – Delegados

Dr. E. Arthur Phillips
Medical Officer of Health
Ministry of Health
St. Michael

BARBADOS (cont.)

Delegates – Delegados (cont.)

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

Alternates and Advisers – Suplentes y
Asesores

Ms. Angela Kinch
First Secretary, Alternate Representative
of Barbados to the Organization of
American States
Washington, D.C.

Mr. Jovan Bernard Reid
Second Secretary, Alternate Representative
of Barbados to the Organization of
American States
Washington, D.C.

BELIZE/BELICE

Head of Delegation – Jefe de Delegación

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

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de
Delegación

Mrs. Ardelle Lisette Sabido
Minister-Counselor, Alternate Representative
of Belize to the Organization of American
States
Washington, D.C.

Delegates – Delegados

Mr. Emil Joseph Waight
Minister-Counselor, 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)**

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Sr. Germán Mamani Huallpa
Viceministro de Medicina Tradicional
e Interculturalidad
Ministerio de Salud
La Paz

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de
Delegación

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

Delegates – Delegados

Dr. Dante Ergueta
Director General de Seguros de Salud
Ministerio de Salud
La Paz

Dra. Teresa Rosso
Responsable del Área de Relaciones
Internacionales
Ministerio de Salud
La Paz

Alternates and Advisers – Suplentes y
Asesores

Sra. Tania Paz González
Primera Secretaria, Representante Alternata
de Bolivia ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

BRAZIL/BRASIL

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Sr. Antonio Carlos Figueiredo Nardi
Secretário-Executivo do Ministério da Saúde
Ministério da Saúde
Brasília

BRAZIL/BRASIL (cont.)

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de
Delegación

Excmo. José Luiz Machado E Costa
Embaixador, Representante Permanente do
Brasil junto à Organização dos Estados
Americanos
Washington, D.C.

Delegates – Delegados

Sr. Bernardo Paranhos Velloso
Ministro, Representante Alternato
do Brasil junto à Organização dos
Estados Americanos
Washington, D.C.

Conselheiro Fabio Rocha Frederico
Assessor Especial do Ministro da Saúde
Para Assuntos Internacionais
Ministério da Saúde
Brasília

Alternates and Advisers – Suplentes y
Asesores

Sr. Eduardo Hage Carmo
Diretor do Departamento de Vigilância das
Doenças Transmissíveis
Secretaria de Vigilância em Saúde
Ministério da Saúde
Brasília

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

Sr. Francisco Viegas Neves Da Silva
Técnico da Assessoria de Assuntos
Internacionais de Saúde
Ministério da Saúde
Brasília

Sr. Erwin Epiphanyo
Primeiro Secretário, Representante Alternato
do Brasil junto à Organização dos Estados
Americanos
Washington, D.C.

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

CANADA/CANADÁ

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Ms. Sarah Lawley
Director General
Office of International Affairs for the
Health Portfolio
Health Canada
Ottawa

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de Delegación

Her Excellency Jennifer Loten
Ambassador, Permanent Representative
of Canada to the Organization of
American States
Washington, D.C.

Delegates – Delegados

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

Ms. Lucero Hernandez
Manager, Multilateral Relations Division
Office of International Affairs for the
Health Portfolio
Health Canada
Ottawa

Alternates and Advisers – Suplentes y Asesores

Ms. Charlotte McDowell
Senior Development Officer and Alternate
Representative of Canada to the
Organization of American States
Washington, D.C.

Mr. Réjean Hallée
Senior Development Officer
Office of International Affairs for the
Health Portfolio
Health Canada
Ottawa

CANADA/CANADÁ (cont.)

Alternates and Advisers – Suplentes y Asesores (cont.)

Ms. Heidy Sanchez
Alternate Representative of Canada
to the Organization of American States
Washington, D.C.

Dr. André 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
Québec

Ms. Geneviève Poirier
Conseillère en coopération internationale
Direction des affaires intergouvernementales
et de la coopération internationale
Ministère de la Santé et des Services
Sociaux du Québec
Québec

Ms. Ramya Kancherla
International Federation of Medical Student
Associations
Ottawa

CHILE

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Dra. Carmen Castillo
Ministra de Salud
Ministerio de Salud
Santiago

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de Delegación

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

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

CHILE (cont.)

Delegates – Delegados

Dra. Raquel Child
Asesora de la Ministra de Salud
Ministerio de Salud
Santiago

Excmo. Sr. Juan Aníbal Barría
Embajador, Representante Permanente de
Chile ante la Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

Alternates and Advisers – Suplentes y
Asesores

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

Sra. Carolina Horta
Segunda Secretaria, Representante Alternata
de Chile ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

COLOMBIA

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Dr. Luis Fernando Correa
Viceministro Encargado
Ministerio de Salud y Protección Social
Bogotá

Alternate Head of Delegation – Jefe Alternata de
Delegación

Sr. Jaime Matute Hernández
Coordinador de Cooperación y Relaciones
Internacionales
Ministerio de Salud y Protección Social
Bogotá

Delegates – Delegados

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

COSTA RICA

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Dr. Fernando Llorca Castro
Ministro de Salud
Ministerio de Salud
San José

Alternate Head of Delegation – Jefe Alternata de
Delegación

Excmo. Sr. Rogelio Sotela Muñoz
Embajador, Representante Permanente de
Costa Rica ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

Delegates – Delegados

Excma. Rita Hernández Bolaños
Embajadora, Representante Alternata de
Costa Rica ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

Sr. Joshua Céspedes Víquez
Consejero, Representante Alternata de
Costa Rica ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

Alternates and Advisers – Suplentes y
Asesores

Sra. Maureen Barrantes Rodríguez
Primera Secretaria, Representante Alternata
de Costa Rica ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

CUBA

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Dr. José Ángel Portal Miranda
Viceministro Primero y a cargo de
Higiene, Epidemiología y Microbiología
Ministerio de Salud Pública
La Habana

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

CUBA (cont.)

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de Delegación

Dr. Alex Carreras Pons
Asistente del Departamento de Relaciones Internacionales
Ministerio de Salud Pública
La Habana

Delegates – Delegados

Excmo. Sr. José R. Cabañas Rodríguez
Embajador
Embajada de Cuba
Washington, D.C.

Sr. Joel Lago Oliva
Primer Secretario
Embajada de Cuba
Washington, D.C.

Alternates and Advisers - Suplentes y Asesores

Sr. Luis Javier Baro Báez
Primer Secretario
Embajada de Cuba ante la Organización de las Naciones Unidas
Ginebra, Suiza

DOMINICA

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Hon. Dr. Kenneth Darroux
Minister for Health and Environment
Ministry of Health and Environment
Roseau

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de Delegación

Dr. Laura Esprit
Director, Primary Health Care Services
Ministry of Health and Environment
Roseau

DOMINICA (cont.)

Delegates – Delegados

Dr. Vince Henderson
Ambassador, Permanent Representative of Dominica to the Organization of American States

DOMINICAN REPUBLIC/REPÚBLICA DOMINICANA

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Dra. Altagracia Guzman Marcelino
Ministra de Salud
Ministerio de Salud Pública
Santo Domingo

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de Delegación

Dr. Anulfo López
Encargado, Departamento de Cooperación Internacional
Ministerio de Salud Pública
Santo Domingo

Delegates – Delegados

Sr. Edward Pérez Reyes
Encargado de Negocios, a.i., Embajador Alterno de la República Dominicana ante la Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Sr. Flavio Holguin
Ministro Consejero, Representante Alterno de la República Dominicana ante la Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Alternates and Advisers – Suplentes y Asesores

Sra. Érika Álvarez Rodríguez
Consejera, Representante Alternas de la República Dominicana ante la Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

ECUADOR

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Dra. Margarita Guevara Alvarado
Ministra de Salud Pública
Ministerio de Salud Pública
Quito

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de Delegación

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

Delegates – Delegados

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

Dra. María Verónica Espinosa Serrano
Viceministra de Gobernanza y Vigilancia de la Salud
Ministerio de Salud Pública
Quito

Alternates and Advisers
– Suplentes y Asesores

Sr. Soc. Peter N. Skerrett Guanoluisa
Analista de Cooperación y Relaciones Internacionales
Ministerio de Salud Pública
Quito

Sra. Irina Moreno
Consejera, Representante Alternante ante la Organización de Naciones Unidas
Washington, D.C.

Sr. Santiago Chiriboga
Primer Secretario, Representante Alternante del Ecuador ante la Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

ECUADOR (cont.)

Alternates and Advisers – Suplentes y Asesores (cont.)

Sr. Miguel Loayza
Segundo Secretario, Representante Alternante del Ecuador ante la Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Sr. Sebastián Jaramillo
Tercer Secretario, Representante Alternante del Ecuador ante la Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

EL SALVADOR

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Dra. Elvia Violeta Menjívar
Ministra de Salud
Ministerio de Salud
San Salvador

Alternate Head of Delegation – Jefe Alternante de Delegación

Dr. José Eliseo Orellana
Asesor del Despacho Ministerial
Ministerio de Salud
San Salvador

Delegates – Delegados

Srta. Wendy J. Acevedo
Representante Alternante de El Salvador ante la Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

GRENADA/GRANADA

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Hon. Nickolas Steele
Minister of Health and Social Security
Ministry of Health and Social Security
St. George's

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

GUATEMALA

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Dra. Lucrecia Hernández Mack
Ministra de Salud Pública y Asistencia Social
Ministerio de Salud Pública
y Asistencia Social
Ciudad de Guatemala

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de Delegación

Excmo. Gabriel Aguilera Peralta
Embajador, Representante Permanente de
Guatemala ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

Delegates – Delegados

Sra. Olga María Pérez Tuna
Consejera, Representante Alternata
de Guatemala ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

Sra. Vilma Eugenia Ávila de Gentry
Ministra Consejera, Representante Alternata
de Guatemala ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

Alternates and Advisers – Suplentes y
Asesores

Sr. Mauricio Benard
Tercer Secretario, Representante Alternata
de Guatemala ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

GUYANA

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Hon. Dr. George Norton
Minister of Public Health
Ministry of Public Health
Georgetown

GUYANA (cont.)

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de Delegación

Dr. Karen Gordon-Boyle
Deputy Chief Medical Officer
Ministry of Public Health
Georgetown

HAITI/HAÏTÍ

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Dr Daphnée Benoît Delsoin
Ministre de la Santé publique
et de la Population
Ministère de la Santé publique
et de la Population
Port-au-Prince

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de Delegación

Dr Linda Muse Sèvère
Directeur de Cabinet
Ministère de la Santé Publique et de la
Population
Port-au-Prince

HONDURAS

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Dra. Edna Yolany Batres
Secretaria de Estado en el Despacho
de Salud
Secretaría de Salud
Tegucigalpa

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de Delegación

Abogada Laura Mejía Aguilar
Directora de Cooperación Externa
Secretaría de Salud
Tegucigalpa

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

HONDURAS (cont.)

Delegates – Delegados

Dra. Lizeth M. Alfaro Alemán
Coordinadora de la Red Descentralizada
de Salud
Mancomunidad Mocalempa
Secretaría de Salud
Tegucigalpa

Dr. Rolando E. Pinel Godoy
Asesor del Despacho de Salud
Secretaría de Salud
Tegucigalpa

Alternates and Advisers – Suplentes y
Asesores

Licda. Ana Paola Acosta Gallardo
Técnico de la Unidad de Comunicación
Institucional
Secretaría de Salud
Tegucigalpa

JAMAICA

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Hon. Christopher Tufton
Minister of Health
Ministry of Health
Kingston

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de
Delegación

Mrs. Elaine Foster-Allen
Permanent Secretary
Ministry of Health
Kingston

Delegates – Delegados

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

Dr. Winston De La Haye
Chief Medical Officer
Ministry of Health
Kingston

JAMAICA (cont.)

Alternates and Advisers – Suplentes y
Asesores

Dr. Lundie Richards
Director, Health Services Planning and
Integration
Ministry of Health
Kingston

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

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

Ms. Denese McFarlane
Health Specialist
Planning Institute of Jamaica
Kingston

MEXICO/MÉXICO

Head of Delegation – Jefe de Delegación

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

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de
Delegación

Excmo. Sr. Luis Alfonso de Alba
Embajador, Representante Permanente de
México ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

Delegates – Delegados

Sra. Alejandra García Brahim
Ministra, Representante Alternativa de
México ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

MEXICO/MÉXICO (cont.)

Delegates – Delegados (cont.)

Dr. Miguel Ángel Lutzow Steiner
Coordinador de Asesores
Subsecretaría de Prevención y Promoción
de la Salud
Secretaría de Salud
México, D.F.

Alternates and Advisers – Suplentes y
Asesores

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

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

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

Licda. Jesús Schucry Giacomán Zapata
Consejero, Representante Alterno de
México ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

Licda. Christopher Schubert Letayf
Segundo Secretario, Representante Alterno
de México ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

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

NICARAGUA

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Sr. Alejandro Solís Martínez
Director General de Planificación y
Desarrollo
Ministerio de Salud
Managua

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de
Delegación

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

Delegates – Delegados

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

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

PANAMA/PANAMÁ

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Dr. Miguel Mayo Di Bello
Ministro de Salud
Ministerio de Salud
Ciudad de Panamá

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de
Delegación

Excmo. Sr. Jesús Sierra Victoria
Embajador, Representante Permanente de
Panamá ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

PANAMA/PANAMÁ (cont.)

Delegates – Delegados

Dra. Reina Gisela Roa
Viceministra de Funciones Especiales
Ministerio de Salud
Ciudad de Panamá

Licda. Natasha Dormoi
Directora de Asuntos Internacionales y
Cooperación Técnica
Ministerio de Salud
Ciudad de Panamá

Alternates and Advisers – Suplentes y
Asesores

Sr. Demetrio Fong Vigil
Consejero, Representante Alterno de
Panamá ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

PARAGUAY

Head of Delegation – Jefe de Delegación

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

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de
Delegación

Excma. Sra. Elisa Ruíz Díaz Bareiro
Embajadora, Representante Permanente de
Paraguay ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

Delegates – Delegados

Dra. Rocío Fernández de Brítez
Directora General de Asesoría Jurídica
Ministerio de Salud Pública y
Bienestar Social
Asunción

PARAGUAY (cont.)

Delegates – Delegados (cont.)

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

Alternates and Advisers – Suplentes y
Asesores

Dra. Águeda Cabello
Directora General de Vigilancia de la Salud
Ministerio de Salud Pública y
Bienestar Social
Asunción

Sr. Ricardo Fabián Chávez Galeano
Abogado, Misión Permanente del Paraguay
ante la Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

PERU/PERÚ

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Dra. Silvia Ester Pessah Eljay
Viceministra de Salud Pública
Ministerio de Salud
Lima

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de
Delegación

Excmo. Sr. Luis Chuquihuara Chil
Embajador, Representante Permanente de
Perú ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

Delegates – Delegado

Sr. Samuel Ashcallay Samaniego
Primer Secretario, Representante Alterno de
Perú ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

SAINT LUCIA/SANTA LUCÍA

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Senator, the Honourable Mary Issac
Minister for Health and Wellness
Ministry of Health and Wellness
Waterfront, Castries

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de Delegación

Dr. Merlene Fredericks
Chief Medical Officer
Ministry of Health and Wellness
Waterfront, Castries

SAINT KITTS AND NEVIS/SAINT KITTS Y NEVIS

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Hon. Senator Wendy Phipps
Minister of State within the Ministry of Health,
Community Development, Gender Affairs
and Social Services
Ministry of State with responsibility for
Health, Community Development,
Gender Affairs and Social Services
Basseterre

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de Delegación

H.E. Dr. Thelma Phillip-Browne
Ambassador
Embassy of St. Kitts & Nevis
Washington, D.C.

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

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Honorable Robert T.L.V Browne
Minister of Health, Wellness and the
Environment
Ministry of Health, Wellness and the
Environment
Kingstown

**SAINT VINCENT AND THE GRENADINES/
SAN VICENTE Y LAS GRANADINAS (cont.)**

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de Delegación

Mr. Omari Seitu Williams
Interim Representative of St. Vincent and the
Grenadines to the Organization of
American States
Washington, D.C.

Delegates – Delegados

Mr. Gareth H. D. Bynoe
Counselor, Alternate Representative of
St. Vincent and the Grenadines to the
Organization of American States
Washington, D.C.

SURINAME

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Dr. Maureen Wijngaarde-van Dijk
Acting Director of Health
Ministry of Health
Paramaribo

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de Delegación

Mrs. Tilon Edith Juliette
Deputy Director of Health
Ministry of Health
Paramaribo

Delegates – Delegados

Ms. Jhanjan Roshnie
CARICOM Focal Point
Ministry of Health
Paramaribo

**TRINIDAD AND TOBAGO/TRINIDAD Y
TABAGO**

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Mr. Richard Madray
Permanent Secretary
Ministry of Health
Port-of-Spain

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

TRINIDAD AND TOBAGO/TRINIDAD Y TABAGO (cont.)

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de Delegación

Dr. Clive Tilluckdharry
Chief Medical Officer (ag.)
Ministry of Health
Port-of-Spain

Delegates – Delegados

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

His Excellency Brigadier General
(Ret'd.) Anthony W. J. Phillips-Spencer
Ambassador, Permanent Representative
of the Republic of Trinidad and Tobago to
the Organization of American States
Washington, D.C.

Alternates and Advisers – Suplentes y Asesores

Ms. Zauditu Isis Lessey-Perreira
Second Secretary, Alternate Representative
of the Republic of Trinidad and Tobago to
the Organization of American States
Washington, D.C.

UNITED STATES OF AMERICA/ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA

Head of Delegation – Jefe de Delegación

The Honorable Sylvia Mathews Burwell
Secretary of Health and Human Services
Department of Health and Human
Services
Washington, D.C.

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de Delegación

Ambassador Jimmy Kolker
Assistant Secretary
Office of Global Affairs
Department of Health and Human Services
Washington, D.C.

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

Delegates – Delegados

Dr. Mitchell Wolfe
Deputy Assistant Secretary
Office of Global Affairs
Department of Health and Human Services
Washington, D.C.

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

Alternates and Advisers – Suplentes y Asesores

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

Ms. Ann Blackwood
Senior Health Advisor
Office of Economic and Development Affairs
Bureau of International Organization Affairs
Department of State
Washington, D.C.

Mr. Neil J. Beck
Director
WTO and Multilateral Affairs
Office of the United States Trade
Representative
Washington, D.C.

Ms. Emily Bleimund
Director, Office of Trade and Health
Office of Global Affairs
Department of Health and Human Services
Washington, D.C.

Ms. Ann Danelski
International Health Analyst
Office of Global 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 and Advisers – Suplentes y Asesores (cont.)

Mr. Charles Darr
Lieutenant
United States Public Health Service
International Health Analyst
Office of Global Affairs
Department of Health and Human Services
Washington, D.C.

Mr. Thomas Daley
Deputy Director
Bureau of International Organization Affairs
Department of State
Washington, D.C.

Mr. Jose Fernandez
Global Health Security Agenda Team Lead
Office of Global Affairs
Department of Health and Human Services
Washington, D.C.

Ms. Karin Ferriter
Legal Advisor
Office of Policy and International Affairs
Department of Commerce
Office of the U.S. Trade Representative
Washington, D.C.

Ms. Adriana Gonzalez
Office of Management, Policy, and Resources
Bureau of International Organization Affairs
Department of State
Washington, D.C.

Ms. Deborah Horowitz
Bureau for Latin America and the Caribbean
Agency for International Development
Washington, D.C.

Mr. Conor Harrington
Director for Intellectual Property and Innovation
Office of Intellectual Property and Innovation
Office of the U.S. Trade Representative
Washington, D.C.

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

Alternates and Advisers – Suplentes y Asesores (cont.)

Ms. Leslie Hyland
Director
Office of Management Policy and Resources
Bureau of International Organization Affairs
Department of State
Washington, D.C.

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

Ms. Gabrielle Lamourelle
Deputy Director, Multilateral Relations
Office of Global Affairs
Department of Health and Human Services
Washington, D.C.

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

Ms. Hannah Lobel
Attorney Advisor
Office of the Legal Advisor
Department of State
Washington, D.C.

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

Ms. Rebecca Minneman
Malaria Advisor
Bureau for Latin America and the Caribbean
Agency for International Development
Washington, D.C.

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

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

Alternates and Advisers – Suplentes y Asesores (cont.)

Ms. Katherine Monahan
Deputy Director
Office of Economic and Development Affairs
Bureau of International Organization Affairs
Department of State
Washington, D.C.

Mr. Jacob Olivo
International Health Analyst
Americas Region
Office of Global Affairs
Department of Health and Human Services
Washington, D.C.

Ms. Allison O'Donnell
International Health Analyst
Americas Region
Office of Global Affairs
Department of Health and Human Services
Washington, D.C.

Ms. Katie Qutub
Senior Health System Strengthening Advisor
Bureau for Latin America and the Caribbean
Agency for International Development
Washington, D.C.

Ms. Cristina Rabadan-Diehl
Director
Office of the Americas
Office of Global Affairs
Department of Health and Human Services
Washington

Ms. Cristina Rodriguez
Office of Management, Policy, and Resources
Bureau of International Organization Affairs
Department of State
Washington, D.C.

Ms. Anne Snyder
Policy Analyst, Office of Trade and Health
Office of Global Affairs
Department of Health and Human Services
Washington, D.C.

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

Alternates and Advisers – Suplentes y Asesores (cont.)

Ms. Rachel Wood
International Health Analyst
Multilateral Affairs Office
Office of Global Affairs
Department of Health and Human Services
Washington, D.C.

Anne Yu
Deputy Director, Pandemics and Emerging Threats Office
Office of Global Affairs
Department of Health and Human Services
Washington, D.C.

VENEZUELA (BOLIVARIAN REPUBLIC OF/ REPÚBLICA BOLIVARIANA DE)

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Excmo. Sr. Bernarndo Álvarez Herrera
Embajador, Representante Permanente de la República Bolivariana de Venezuela ante la Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de Delegación

Excma. Sra. Carmen Velásquez de Visbal
Embajadora, Representante Alternativa de la República Bolivariana de Venezuela ante la Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Delegates – Delegados

Sra. Zhaybel Cárdenas
Consejera, Representante Alternativa 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.)

Delegates – Delegados (cont.)

Sra. Lorena Giménez
Primera Secretaria, Representante Alternata de la República Bolivariana de Venezuela
Ante la Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Alternates and Advisers – Suplentes y Asesores

Sr. Cristian Romo
Primera Secretaria, Representante Alternata de la República Bolivariana de Venezuela
Ante la Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

URUGUAY

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Dr. Jorge Otto Basso Garrido
Ministro de Salud Pública
Ministerio de Salud Pública
Montevideo

URUGUAY (cont.)

Alternate Head of Delegation – Jefe Alternato de Delegación

Excmo. Sr. Hugo Cayrús
Embajador, Representante Permanente del Uruguay ante la Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Delegates – Delegados

Sr. Álvaro Gallardo
Ministro, Representante Alternato del Uruguay ante la Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

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

PARTICIPATING STATES/ESTADOS PARTICIPANTES

FRANCE/FRANCIA

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Mr. Michel Pinard
Ambassador, Permanent Representative of France to the Organization of American States
Washington, D.C.

Alternate Head of Delegation – Jefe Alternato de Delegación

Mr. Pierre Pedico
Alternate Observer of France to the Organization of American States
Washington, D.C.

FRANCE/FRANCIA (cont.)

Delegates - Delegados

Mrs. Nathalie Nikitenko
Director of International Relations and European affairs
French Ministry of Health

Mrs. Elise Anger
Representative of the Director of International Relations and European Affairs
French Ministry of Health

PARTICIPATING STATES/ESTADOS PARTICIPANTES (cont.)

FRANCE/FRANCIA (cont.)

Alternates and Advisers – Suplentes y
Asesores

Mrs. Céline Jaeggy
Counselor in social affairs
Embassy of France
Washington, D.C.

Mr. Stéphane Dovert
Regional Counselor of cooperation
Embassy of France in Saint Lucia

Ms. Morgan Buffet
International volunteer to the French Mission
to the Organization of American States
Washington, D.C.

NETHERLANDS/PAÍSES BAJOS

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Dr. Regine Aalders
Counselor
Ministry of Health, Welfare and Sport
Embassy of the Kingdom of the Netherlands
Washington

Dr. Katja Meijgaard
Policy Advisor, Counselor
Ministry of Health, Welfare and Sport
Embassy of the Kingdom of the Netherlands
Washington

UNITED KINGDOM/REINO UNIDO

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Mr. Nick Tomlinson
Head of International Branch
Public Health Directorate
Department of Health
United Kingdom

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de
Delegación

Ms. Asha Batchelor
Head of E.U. & Multilateral Team
E.U., International & Prevention Programmes
Department of Health
United Kingdom

UNITED KINGDOM/REINO UNIDO (cont.)

Delegates - Delegados

Mrs. Petrona N. Davies
Permanent Secretary
Ministry of Health and Social Development
Government of the Virgin Islands
Tortola, British Virgin Islands

Hon. Rufus Ewing
Premier
Turks and Caicos Islands Government

Alternates and Advisers – Suplentes y
Asesores

Mr. Wesley Clerveaux
Permanent Secretary
Ministry of Health, Agriculture and
Human Services
Turks and Caicos Islands Government

Mrs. Althea Been
Director
Premier's Office
Turks and Caicos Islands Government

Mr. Bentley Johnson
Aide De Camp
Turks and Caicos Islands Government

Ms. Renessa Williams
Head of Secretariat
Turks and Caicos Islands Government

ASSOCIATE MEMBERS/MIEMBROS ASOCIADOS

ARUBA

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Mr. Jerry E. Staring
Director
Department of Public Health Aruba
Oranjestad

SINT MAARTEN/SAN MARTÍN

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Dr. Virginia S. Asin Oostburg
Head of the Collective Prevention Services
Ministry of Social Development, Health and
Labour
Philipsburg

CURAÇAO

PUERTO RICO

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Dr. Raúl G. Castellanos Bran
Subsecretario Auxiliar de Salud Familiar y
Servicios Integrados
Departamento de Salud
San Juan

OBSERVER STATES/ESTADOS OBSERVADORES

PORTUGAL

SPAIN/ESPAÑA

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

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

SPAIN/ESPAÑA (cont.)

Sra. Dña. Ana Nuñez
Becaria
Misión Observadora Permanente de España
ante la Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

Ms. D. Álvaro Sardiza
Becaria
Misión Observadora Permanente de España
ante la Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

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

Dra. Margarita Guevara Alvarado
Ministra de Salud Pública
Ministerio de Salud Pública
Quito

Dr. Fernando Llorca Castro
Ministro de Salud
Ministerio de Salud
San José

**AWARD WINNERS/
GANADORES DE LOS PREMIOS**

**PAHO Award for Administration 2016/
Premio OPS en Administración 2016**

Dr. Pastor Castell-Florit Serrate
Cuba

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

**Food and Agriculture Organization of the
United Nations/Organización de las
Naciones Unidas para la Agricultura y la
Alimentación**

Ms. Barbara Ekwall

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

Dr. Edward Greene
Dr. César Antonio Núñez

**United Nations Foundation/Fundación de las
Naciones Unidas**

Ambassador John E. Lange
Ms. Elesha Kingshott

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

Mr. Esteban Caballero
Dr. Alma Virginia Camacho

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

**Caribbean Community/
Comunidad del Caribe**

Dr. Douglas Slater
Dr. Rudolph Cummings
Dr. James Hospedales

**Hipólito Unanue Agreement/
Convenio Hipólito Unanue**

Dr. Nila Heredia Miranda
Dr. Gloria Lagos

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

Mr. Ferdinando Regalia

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

Ms. Ideli Salvatti

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

**American Speech-Language-Hearing
Association/Asociación Americana del
Habla, Lenguaje y Audición**

Mrs. Lily Waterston

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

Ms. Pilar Tello Espinoza

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

**Inter-American Heart Foundation/
Fundación Interamericana del Corazón**

Dr. Beatriz Champagne

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

Dr. Alfredo Antía
Dr. Rubén Abete

**Latin American Confederation of Clinical
Biochemistry/Confederación
Latinoamericana de Bioquímica Clínica**

Dr. Graciela Queiruga

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

Dr. Alberto Paganelli
Mr. Luis Villalba
Mr. Rodney Lopez

**Latin American Federation of the
Pharmaceutical Industry (cont.)/
Federación Latinoamericana de la Industria
Farmacéutica (cont.)**

Ms. Nacia Pupo Taylor
Mr. Jose Noguera
Ms. Alejandra Martinez
Ms. Julie Hamra

**Latin American Society of Nephrology and
Hypertension/Sociedad Latinoamericana de
Nefrología e Hipertensión**

Dr. Walter Douthat
Dr. Alberto Alles
Dr. Alfonso Cueto-Manzano

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

Ms. Marcela Gaitán

U.S. Pharmacopeia

Mr. Damian Cairatti
Ms. Annie Toro
Ms. Katherine Bond

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

**American Heart Association/Asociación
Americana del Corazón**

Ms. Diana Vaca McGhie

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

Mr. Laurent Huber

**International Alliance of Patients'
Organizations/Alianza Internacional
de Organizaciones de Pacientes**

Licda. Migdalia Denis

**International Council of Nurses/Consejo
internacional de enfermeras**

Mr. Howard Catton

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

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

Ms. Shira Kilcoyne
Mr. James Laubner
Ms. Kathleen Laya
Mr. Andrew Womack

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

Mr. Jonathan Mazal

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

Mr. Víctor García
Ms. María Ignacia Alvarez Argaluz
Ms. Pamela Delgado Barroso
Mr. Alan Patlán Hernández
Ms. María José Cisneros Cáceres

**World Self-Medication Industry/Industria
Mundial de la Automedicación Responsable**

Mr. Héctor Bolaños

**World Medical Association/Asociación
Médica Mundial**

Dr. Elizabeth Wiley

**World Organization of Family Doctors/
Organización Mundial de Médicos de
Familia**

Dr. Julie Wood

**SPECIAL GUESTS/
INVITADOS ESPECIALES**

Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus
WHO Director-General candidate
Government of Ethiopia

Professor Philippe Douste-Blazy
WHO Director-General candidate
Government of France

Dr. Sania Nishtar
WHO Director-General candidate
Government of Pakistan

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

Dr. Margaret Chan
Director-General

Dr. Anarfi Asamoah-Baah
Deputy Director-General

Dr. Hans Troedsson
Assistant Director-General

Mrs. Ivana Milovanovich
Coordinator
Country Cooperation and Collaboration
with UN System

Dr. Gottfried Hirschall
Director
HIV/AIDS

Dr. Peter Graaff
Director
Ebola Virus Outbreak Response

Mr. Irme Hollo
Director
Planning, Resource Coordination and
Performance Monitoring

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

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

Dr. Carissa F. Etienne

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

Dr. Isabella Danel
Deputy Director
Directora Adjunta

Dr. Francisco C. Becerra Posada
Assistant Director
Subdirector

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

Mr. Gerald Anderson
Director of Administration
Director de Administración

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

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

- - -