

154^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF

Washington, D.C., ÉUA, du 16 au 20 juin 2014

CE154/FR
20 juin 2014
Original : anglais

RAPPORT FINAL

TABLE DES MATIÈRES

	<i>Page</i>
Ouverture de la session	5
Questions relatives au Règlement	
Bureau	6
Adoption de l'ordre du jour et du programme des réunions	6
Représentation du Comité exécutif lors du 53 ^e Conseil directeur de l'OPS, 66 ^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques.....	6
Ordre du jour provisoire du 53 ^e Conseil directeur de l'OPS, 66 ^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques	7
Questions relatives au Comité	
Rapport sur la huitième session du Sous-comité du programme, du budget et de l'administration	8
Prix de l'OPS pour l'administration (2014).....	9
Organisations non gouvernementales en relations officielles avec l'OPS.....	9
Rapport annuel du Bureau d'éthique (2013).....	11
Rapport du Comité d'audit de l'OPS	13
Nomination d'un membre au Comité d'audit de l'OPS.....	15
Questions relatives à la politique des programmes	
Rapport final provisoire du Plan stratégique de l'OPS 2008-2013 et évaluation en fin de période biennale du programme et budget 2012-2013.....	16
Plan stratégique de l'OPS 2014-2019 amendé (Projet)	19
Stratégie pour la couverture sanitaire universelle	21
Plan d'action pour l'accès universel à la sécurité du sang	24
Plan d'action sur les incapacités et la réadaptation.....	27
Plan d'action sur la santé mentale.....	29
Plan d'action pour la prévention de l'obésité chez les enfants et les adolescents	30
Plan d'action sur la santé dans toutes les politiques	34
Plan d'action pour la prévention de la cécité et des déficiences visuelles.....	36
Plan d'action pour la coordination de l'assistance humanitaire.....	38
Stratégie en matière de législation sur la santé	41
Questions administratives et financières	
Rapport sur le recouvrement des contributions fixes.....	44
Rapport financier du Directeur et rapport du Commissaire aux comptes externe pour 2013	45
Rapport du Bureau de contrôle interne et des services d'évaluation	51
Financement de l'assurance maladie de l'OPS après cessation de service	52

TABLE DES MATIÈRES (suite)

	<i>Page</i>
Questions administratives et financières (suite)	
État et niveau autorisé du Fonds de roulement	53
Statut des projets financés par le compte de réserve de l'OPS	55
Plan directeur d'investissement	56
État d'avancement du projet pour la modernisation du système d'information pour la gestion du BSP.....	57
Questions relatives au personnel	
Amendements au Règlement et au Statut du personnel du Bureau sanitaire panaméricain	58
Statistiques des effectifs du BSP.....	59
Déclaration du Représentant de l'Association du personnel de l'OPS/OMS	59
Questions pour information	
Mise à jour sur la réforme de l'OMS	61
Rapport sur l'appréciation de l'exécution du budget programme 2012-2013 de l'OMS.....	64
Rapport d'avancement sur les objectifs du Millénaire pour le développement et le programme de développement au-delà de 2015.....	65
Rapport du Comité consultatif de l'OPS/OMS sur la recherche pour la santé.....	68
Systématisation des mandats de l'OPS	69
Rapports d'avancement sur les questions techniques:	
A. Stratégie et plan d'action sur le changement climatique	70
B. Plan d'action pour maintenir l'élimination de la rougeole, de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale dans la Région des Amériques	70
C. Plan d'action pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et les cas graves de morbidité maternelle	71
D. Mise en œuvre du Règlement sanitaire international.....	71
E. Élimination des maladies négligées et autres infections liées à la pauvreté	73
F. Plan d'action sur la sécurité des hôpitaux.....	73
G. Situation des centres panaméricains	74
Résolutions et autres actions d'organisations intergouvernementales revêtant un intérêt pour l'OPS:	
A. Soixante-septième Assemblée mondiale de la Santé	75
B. Organisations infrarégionales	75
Clôture de la session.....	76

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

CE154.R1 :	Recouvrement des contributions fixées.....	76
CE154.R2 :	Plan d'action pour la prévention de l'obésité chez les enfants et les adolescents	77
CE154.R3 :	Désignation d'un membre auprès du Comité d'audit de l'OPS	79
CE154.R4 :	État et niveau autorisé du Fonds de roulement.....	80
CE154.R5 :	Plan d'action sur les incapacités et la réadaptation.....	81
CE154.R6 :	État d'avancement du projet pour la modernisation du système de gestion de l'information du BSP	84
CE154.R7 :	Usage du solde résultant de l'achèvement de deux projets du compte de réserve.....	85
CE154.R8 :	Organisations non gouvernementales en relations officielles avec l'OPS.....	86
CE154.R9 :	Plan d'action pour la prévention de la cécité et des déficiences visuelles	87
CE154.R10 :	Amendements au règlement et au statut du personnel du BSP	89
CE154.R11 :	Plan d'action pour la coordination de l'assistance humanitaire ...	90
CE154.R12 :	Plan d'action pour la santé mentale.....	93
CE154.R13 :	Prix de l'OPS pour l'Administration (2014).....	96
CE154.R14 :	Plan d'action sur la santé dans toutes les politiques.....	97
CE154.R15 :	Plan stratégique de l'OPS 2014-2019 amendé.....	100
CE154.R16 :	Plan d'action pour l'accès universel à la sécurité transfusionnelle	101
CE154.R17 :	Stratégie pour la couverture sanitaire universelle	104
CE154.R18 :	Ordre du jour provisoire du 53 ^e Conseil Directeur, 66 ^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques	108

Décisions

CE154 (D1) :	Adoption de l'ordre du jour.....	109
CE154 (D2) :	Représentation du Comité exécutif au 53 ^e Conseil directeur de l'OPS, 66 ^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques	109

Annexes

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

RAPPORT FINAL

Ouverture de la session

1. La 154^e session du Comité exécutif de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) s'est tenue au siège de l'Organisation à Washington, D.C., du 16 au 20 juin 2014. Ont assisté à la session des délégués des neuf membres suivants du Comité exécutif élus par le Conseil directeur : Bahamas, Brésil, Canada, Chili, Costa Rica, El Salvador, Équateur, Jamaïque et Paraguay. Des représentants des autres États Membres, États participants et États observateurs ont assisté à la session en tant qu'observateurs : Argentine, Barbade, Colombie, Espagne, États-Unis d'Amérique, France, Mexique, Pérou, et Venezuela (République bolivarienne du). En outre, une agence des Nations Unies, une organisation intergouvernementale et huit organisations non gouvernementales étaient représentées.
2. Le Dr Jarbas Barbosa da Silva (Brésil, Président du Comité exécutif) a ouvert la session et a souhaité la bienvenue aux participants. Il a noté avec regret le décès récent du Dr Ciro de Quadros, un chef de file dans le domaine de la vaccination, qui avait été à l'avant-garde des efforts régionaux pour éradiquer la poliomyélite et d'autres maladies évitables par la vaccination. Plutôt que la traditionnelle minute de silence, il a demandé que le Comité applaudisse le Dr Ciro de Quadros, ce qui semblait un hommage plus approprié à la vie et au travail de ce véritable héros de la santé publique.
3. Le Comité s'est levé pour applaudir longuement la mémoire du Dr Ciro de Quadros.
4. Le Dr Carissa Etienne (Directrice du Bureau sanitaire panaméricain [BSP]) a souhaité à son tour la bienvenue aux participants, et a indiqué que, même s'il était aux prises à des difficultés financières considérables, le Bureau avait réalisé des progrès tangibles sur un nombre de questions politiques, techniques et administratives depuis la session de juin 2013 du Comité. De plus, l'Organisation dans son ensemble avait réussi à maintenir un niveau de performance exceptionnel, comme en témoignait l'évaluation des résultats accomplis au titre du Plan stratégique 2008-2013, qui montrait que plus de 90% des objectifs établis pour la période avaient été atteints. Elle a mis en relief quelques-unes des actions que le Bureau avait entreprises pour intensifier les efforts régionaux afin de réaliser la couverture sanitaire universelle, garantir l'accès aux vaccins, aider les pays à répondre aux catastrophes et appuyer les États Membres à affronter de nouveaux défis dans des domaines tels que la lutte antitabac et la régulation de la commercialisation des produits alimentaires. Elle a également souligné les mesures prises pour suivre les progrès du Bureau afin de mettre en œuvre les recommandations de l'audit, mettre en œuvre le système d'information pour la gestion du BSP (*PASB Management Information System* [PMIS]) et stimuler la mobilisation des ressources.
5. Elle a noté que le Comité discuterait de plusieurs questions importantes à propos desquelles la soixante-septième Assemblée mondiale de la Santé récemment conclue

avait adopté des décisions et des résolutions ayant des implications importantes pour les États Membres et le Bureau, y compris la santé dans le programme de développement pour l'après-2015 et le cadre de collaboration de l'OMS avec les acteurs non étatiques.

6. Le Comité examinerait également plusieurs points importants de la politique des programmes, dont les stratégies de couverture sanitaire universelle et les stratégies en matière de législation sur la santé et les plans d'actions en matière de santé mentale, de prévention de l'obésité chez les enfants et les adolescents et d'incapacités et de réadaptation. Elle prévoyait un débat fructueux sur toutes ces questions. Elle a souligné que le Bureau appréciait l'orientation qu'il recevrait des États Membres et se réjouissait de leur participation active et continue dans la gouvernance de l'Organisation.

Questions relatives au Règlement

Élection du Bureau

7. Les membres suivants élus à la 153^e session du Comité continueront à servir dans leurs capacités respectives pendant la 154^e session :

<i>Président :</i>	Brésil	(Dr Jarbas Barbosa da Silva)
<i>Vice-président :</i>	Canada	(M. Robert Shearer)
<i>Rapporteur :</i>	Chili	(M. Francisco Devia)

8. La Directrice a rempli le rôle de Secrétaire de droit, et le Dr Jon Kim Andrus (Directeur adjoint du BSP), celui de Secrétaire technique.

Adoption de l'ordre du jour et du programme des réunions (documents CE154/1, Rév. 2 et CE154/WP/1)

9. Le Comité a adopté l'ordre du jour provisoire contenu dans le document CE154/1, Rév. 2 sans changement ; le Comité a également adopté un programme des réunions (CE154/WP/1) (décision CE154[D1]).

Représentation du Comité exécutif lors du 53^e Conseil directeur de l'OPS, 66^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques (document CE154/2)

10. Conformément à l'article 54 de son Règlement intérieur, le Comité exécutif a nommé le Brésil et le Canada Président et Vice-président respectivement, pour représenter le Comité au 53^e Conseil directeur, 66^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques. Le Costa Rica et le Paraguay ont été élus représentants suppléants (décision CE154[D2]).

Ordre du jour provisoire du 53^e Conseil directeur de l'OPS, 66^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques (document CE154/3, Rév. 1 et Rév. 2)

11. Mme Piedad Huerta (Conseillère principale du Bureau des Organes directeurs du BSP) a présenté l'ordre du jour provisoire du 53^e Conseil directeur, 66^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques, contenu dans le document CE154/3, Rév. 1, notant que le Bureau déplacerait les points sur l'allocation stratégique de l'espace budgétaire de l'OMS, la consultation régionale sur le cadre de collaboration de l'OMS avec les acteurs non étatiques, le programme de développement au-delà de 2015 et la mise en œuvre du Règlement sanitaire international, de *Questions pour information* aux *Questions relatives à la politique des programmes*, comme recommandé par le Comité exécutif durant la présente session (voir paragraphes 256 à 269, 277 à 290 et 311 à 317 ci-dessous). Le Bureau a suggéré que les points 5.3, « Le financement de l'assurance maladie de l'OPS après cessation de service », et 8.6, « Rapport du Comité consultatif de l'OPS/OMS sur la recherche pour la santé », soient retirés de l'ordre du jour et que les rapports sur ces deux points soient présentés dans le cadre du rapport annuel du Président du Comité exécutif. Le Comité pourrait envisager de traiter d'autres points de la même manière.

12. Dans la discussion qui a suivi, les délégués ont fait part de leurs préoccupations concernant le grand nombre de points importants de l'ordre du jour et ont souligné le besoin de leur donner un ordre de priorité. Certains délégués estimaient que le temps serait insuffisant pour discuter d'un aussi grand nombre de points avec le niveau de compréhension et d'attention requises, plusieurs d'entre eux rappelant qu'en résultat d'un ordre du jour extraordinairement long, la soixante-septième Assemblée mondiale de la Santé récemment conclue n'avait pas eu le temps de discuter de plusieurs questions importantes, malgré une prolongation des heures de travail. D'autres estimaient que toutes les questions relatives à la politique des programmes étaient de grande importance et devaient être discutées, même si cela signifiait de travailler dès le matin tôt jusqu'à tard le soir. Le Bureau était prié d'assurer que les services d'interprétation seraient disponibles pour cette prolongation des heures. Le Bureau était également prié de garantir que les points nécessitant l'adoption d'une résolution ou autre action par le Conseil directeur soient prévus pour discussion durant les trois premiers jours de la semaine, quand il y avait plus de chance que les ministres de la santé soient présents.

13. Il a été demandé au Bureau d'inclure en tant que question de fond à l'ordre du jour un rapport sur le Fonds renouvelable de l'OPS pour l'achat de vaccins, comme cela avait été suggéré lors d'une réunion informelle d'information sur le Fonds. Des délégués avaient exprimé leur soutien pour l'inclusion du point dans le programme de développement au-delà de 2015 en tant que question relative à la politique des programmes, mais certains avaient mis en garde contre l'adoption d'une résolution sur ce point, en faisant remarquer qu'une résolution mondiale avait été adoptée à la soixante-septième Assemblée mondiale de la Santé¹ et que l'adoption d'une résolution régionale pourrait porter à confusion. D'autres délégués estimaient qu'il était important

¹ Résolution WHA67.14 (2014).

d'établir une position régionale claire sur la question sous la forme d'une résolution. Il a été demandé qu'au cas où une résolution serait proposée, elle devrait être circulée pour être examinée par les États Membres bien avant le 53^e Conseil directeur. Au vu des discussions en cours au sein du groupe de travail de l'OMS sur l'allocation stratégique de l'espace budgétaire, il était considéré préférable que ce point demeure dans la catégorie *Questions pour information*.

14. Il a été demandé des clarifications sur l'approche proposée concernant la consultation régionale sur le cadre de collaboration de l'OMS avec les acteurs non étatiques et sur la procédure pour compléter les consultations en cours des États Membres sur les stratégies relatives à la couverture sanitaire universelle et les stratégies en matière de législation sur la santé et le plan d'action sur la santé dans toutes les politiques avant le Conseil directeur (voir paragraphes 74 à 89, 134 à 145 et 163 à 176 ci-dessous).

15. Mme Huerta a indiqué qu'une réunion informelle serait tenue immédiatement après la clôture de la 154^e session du Comité pour discuter de l'approche à adopter pour la consultation régionale sur le cadre de collaboration de l'OMS avec les acteurs non étatiques. Le Bureau avait l'intention de proposer que la consultation se tienne électroniquement avant le Conseil. Il rédigerait ensuite un document reflétant les points de vue exprimés au cours de cette consultation, qui formerait la base pour la discussion du Conseil directeur en la matière. Afin d'optimiser l'usage du temps, la table ronde sur la discussion du programme de développement au-delà de 2015 prendrait place lors d'une session parallèle au cours de la semaine du Conseil directeur et ensuite le document résultant de cette session pourrait être discuté en plénière par le Conseil. Le Bureau veillerait à ce que les points nécessitant une décision soient prévus pour discussion en début de semaine et étudierait des moyens de rationaliser l'examen des rapports d'avancement et des autres points d'information.

16. Le Comité a convenu que les points sur le programme de développement pour l'après-2015 et le Règlement sanitaire international devraient être déplacés aux *Questions relatives à la politique des programmes* et qu'un point sur le Fonds renouvelable pour l'achat de vaccins devait également être ajouté dans cette section de l'ordre du jour, que les points sur le cadre de collaboration de l'OMS avec les acteurs non étatiques et sur l'allocation stratégique de l'espace budgétaire devaient rester dans la section des *Questions pour information* et que les points 5.3 et 8.6 devaient être retirés de l'ordre du jour, comme le suggérait le Bureau. Ces décisions étaient reprises dans le document CE154/3, Rév. 2 et résolution CE154.R18.

Questions relatives au Comité

Rapport sur la huitième session du Sous-comité du programme, du budget et de l'administration (document CE154/4)

17. Le Dr Fenton Ferguson (Jamaïque, Président du Sous-comité du programme, du budget et de l'administration) a indiqué que le Sous-comité du programme, du budget et de l'administration (SPBA) avait tenu sa huitième session les 19 et 20 mars 2014. Le

Sous-comité avait discuté un nombre de questions importantes financières, administratives et programmatiques, dont les grandes lignes du rapport final du Plan stratégique de l'OPS pour 2008 à 2013 et l'évaluation en fin de période biennale du programme et budget 2012-2013, le financement de l'assurance maladie après cessation de service pour le personnel à la retraite de l'OPS, le plan directeur d'investissement et le projet pour la modernisation du système d'information pour la gestion du BSP. Le Sous-comité avait également discuté de la réforme de l'OMS et recommandé un candidat pour remplacer un membre sortant du Comité d'audit. Il a noté que, du fait que toutes les questions discutées par le Sous-comité figuraient également à l'ordre du jour du Comité exécutif, il en ferait rapport quand elles seraient reprises par le Comité.

18. Les membres du Comité exécutif ont souligné l'importance du travail du Sous-comité pour la gestion de l'OPS, ont applaudi sa contribution à l'intégrité et la transparence, et ont accueilli avec satisfaction la flexibilité et l'ouverture de ses méthodes de travail. En ce qui concernait l'examen par le Sous-comité de l'admission de nouvelles organisations non gouvernementales (NGO) en relations officielles avec l'OPS, ils ont souligné que tout conflit d'intérêt potentiel devait être identifié et réglé.

19. La Directrice a exprimé sa gratitude aux membres du Sous-comité pour leur engagement et leur souci du détail dans leur tâche.

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

Prix de l'OPS pour l'administration (2014) (documents CE154/5 et CE154/5, Add. I)

21. M. Diogo Alves (Brésil) a informé que le Jury du prix de l'OPS pour l'administration (2014), composé de représentants du Brésil, du Chili et de la Jamaïque, s'était réuni le 18 juin 2014. Après avoir examiné l'information sur les candidats nommés par les États Membres, le Jury avait décidé d'attribuer le prix de l'OPS pour l'administration (2014) au Dr Miguel Ángel Lezana Fernández, du Mexique, pour sa contribution à l'administration des services de santé et à l'éducation médicale, ainsi que pour son leadership dans le domaine de la surveillance épidémiologique et des systèmes d'information en santé.

22. Le Comité exécutif a félicité le Dr Lezana Fernández et a adopté la résolution CE154.R13, en notant la décision du Jury et en transmettant son rapport (document CE154/5, Add. I) au 53^e Conseil directeur.

Organisations non gouvernementales en relations officielles avec l'OPS (document CE154/6, Rév. 1)

23. Mme Natalie St. Lawrence (Représentante du Sous-comité du programme, du budget et de l'administration) a informé qu'en conformité à la procédure décrite dans les principes régissant les relations entre l'Organisation panaméricaine de la Santé et les organisations non gouvernementales, le Sous-comité avait tenu une réunion privée au

cours de sa huitième session pour examiner la demande de trois organisations non gouvernementales (ONG) cherchant à entrer en relations officielles avec l'OPS et pour revoir le statut de trois organisations non gouvernementales actuellement en relations officielles avec l'Organisation. Le Sous-comité avait recommandé que le Comité exécutif admette l'American College of Health Care Executives, l'American Speech Language Hearing Association et le Consumers International Regional Office for Latin America and the Caribbean en relations officielles avec l'OPS pour une durée de quatre ans et qu'il poursuive les relations officielles entre l'OPS et la Latin American Federation of Clinical Biochemistry (COLABIOCI), le réseau EMBARQ pour le transport durable du World Resources Institute et la National Alliance for Hispanic Health, également pour une période de quatre ans. Au vu de certaines préoccupations exprimées durant la réunion privée, le Sous-comité avait également recommandé que le Bureau soumette au Comité exécutif une information actualisée sur le plan de travail de collaboration de quatre ans proposé avec COLABIOCI.

24. Le Dr Mauricio Pardón (Directeur par intérim du Département des Relations extérieures, Mobilisation des ressources et Partenariats du BSP) a indiqué que le plan de collaboration de quatre ans révisé soumis par COLABIOCLI avait reçu un accueil favorable et avait été accepté par les départements techniques concernés au sein du Bureau. Par conséquent, le Comité exécutif était prié d'accepter la recommandation du Sous-comité de renouveler les relations officielles avec la Fédération. Le Dr Jean-Marc Gabastou (Conseiller en services de laboratoire de santé publique du BSP) a fait part de la satisfaction du Bureau pour sa collaboration avec COLABIOCLI pendant plus de 20 ans et a indiqué que le nouveau plan était pleinement conforme aux stratégies de l'Organisation.

25. Les représentants des trois organisations non gouvernementales dont les relations officielles avec l'OPS avaient été examinées par le Sous-comité ont fait de brèves déclarations sur leur collaboration avec l'Organisation. La National Alliance for Hispanic Health, réseau axé sur l'amélioration de la santé et du bien-être des hispaniques aux États-Unis d'Amérique à l'aide d'actions communautaires, de plaidoyer et de recherche, se réjouissait de continuer sa relation avec l'OPS. L'American Speech-Language-Hearing Association, représentant des professionnels et des étudiants dans les domaines de l'orthophonie, l'audiologie et la science de la parole et de l'ouïe, était impatiente de travailler avec l'OPS dans ces domaines. L'American College of Health Care Executives avait travaillé avec le personnel de l'OPS et d'autres experts internationaux au développement d'un cadre de compétences pour les gestionnaires des soins de santé. L'annuaire global des compétences de gestion des soins de santé servirait d'instrument pour évaluer les compétences requises pour les gestionnaires dans la conduite de leurs organisations et pour promouvoir les professions relatives à la gestion des soins de santé dans leurs propres pays. L'examen par le BSP avait amélioré l'annuaire en garantissant l'inclusion des compétences en santé publique.

26. Un représentant de l'Association interaméricaine du génie sanitaire et de l'environnement (AIDIS) a remarqué que le domaine de l'eau, de l'assainissement et de

l'environnement semblait avoir été relégué en deuxième priorité dans les efforts pour réaliser la couverture sanitaire universelle. Des millions de personnes dans les Amériques étaient encore affectées par un manque d'accès à l'eau potable et aux services d'assainissement, par les maladies transmises par l'eau ou par des vecteurs qui se multipliaient dans l'eau, l'évacuation inadéquate des déchets solides et la pollution atmosphérique. Une information plus précise sur la situation de l'eau et de l'assainissement était requise pour développer des objectifs, des plans et des programmes pour satisfaire les besoins existants. L'AIDIS continuerait à collaborer avec les programmes techniques concernés de l'OPS sur ces questions. L'association a invité les représentants du Bureau et des États Membres à participer au 34^e Congrès interaméricain du génie sanitaire et de l'environnement, qui se tiendrait à Monterrey, au Mexique, en novembre 2014.

27. La Directrice a fait part de sa gratitude à toutes les organisations non gouvernementales en relations officielles avec l'OPS, notant qu'elles étaient une ressource importante pour renforcer la coopération technique de l'Organisation.

28. Le Comité exécutif a adopté la résolution CE154.R8, approuvant les recommandations du Sous-comité.

Rapport annuel du Bureau d'éthique (2013) (document CE154/7)

29. M. Philip MacMillan (Gérant du Bureau d'éthique du BSP) a présenté une vue d'ensemble du rapport annuel du Bureau d'éthique, notant que le Bureau avait répondu à 85 consultations du personnel sur des questions d'éthique ; il avait reçu 54 rapports, 38 d'entre eux anonymes, sur des comportements qui soulevaient de possibles questions d'éthique ; et il avait reçu 34 rapports sur des vols ou pertes de biens et des fraudes ou tentatives de fraude par des personnes étrangères à l'Organisation, avec une perte totale pour l'OPS de US\$ 16 041.² En février 2013, le Bureau avait publié une brochure intitulée « Zéro tolérance pour la fraude et la corruption, » pour faire comprendre que tous les cas suspects feraient l'objet d'une enquête et que les actions disciplinaires nécessaires seraient prises. Plus de détails sur ces questions se trouvaient dans le document.

30. Pour l'avenir, en 2014 le Bureau d'éthique mettrait en œuvre un nouveau programme de divulgation, y compris la gestion d'un questionnaire de déclaration d'intérêt à des membres sélectionnés du personnel. Il publierait également une série de brochures, préparées en réponse à une suggestion du Comité d'audit, sur les conflits d'intérêt, l'emploi et les activités extérieures, et les cadeaux et l'hospitalité. Le Bureau d'éthique continuerait à travailler avec d'autres membres du Système des conflits de gestion de l'intégrité du BSP (ICMS) pour améliorer l'administration interne du système de justice et pour examiner l'opportunité d'établir des points focaux pour chaque bureau de terrain et chaque centre.

² Sauf stipulation contraire, toutes les valeurs monétaires dans le présent rapport sont exprimées en dollars des États-Unis.

31. Le Comité exécutif a applaudi les efforts du Bureau d'éthique pour inculquer des normes éthiques élevées et une culture de responsabilisation au sein de l'Organisation. Il avait accueilli favorablement le grand nombre d'événements de formation à l'éthique et à un comportement acceptable. Une déléguée a suggéré que les rapports futurs devraient contenir plus d'information sur les raisons pour lesquelles les gens volaient ou commettaient des fraudes et des recommandations pour renforcer les contrôles internes afin de limiter les opportunités de vol ou de perte. Elle était heureuse d'entendre le taux élevé de l'usage de l'assistance téléphonique dédiée à l'éthique, mais notait que l'anonymat pourrait rendre le processus d'investigation plus complexe. Elle se demandait également quel était le niveau de sensibilisation du personnel sur la protection contre les représailles à l'égard des dénonciateurs. Des questions ont également été posées sur le calendrier de la mise à jour du Code des principes d'éthique et de conduite, du plan pour établir une politique sur la conduite appropriée sur les lieux de travail et les ressources humaines disponibles pour le Bureau d'éthique.

32. M. MacMillan a expliqué que le Bureau d'éthique enregistrait et faisait rapport sur tout vol ou perte qui lui était signalé, même si la perte n'était pas financièrement importante, et il a fait remarquer que même si le nombre de cas de fraude ou de vol avait augmenté en 2014, les montants financiers réels avaient été mineurs. Une grande proportion des cas se rapportait à la perte ou au vol sur les points de vente de manuels produits par le Programme élargi de manuels et de matériel pédagogique (PALTEX), et sous les termes de leur accord avec l'OPS, les points de vente étaient obligés de rembourser ces montants à l'Organisation.

33. Il a expliqué que l'anonymat était considéré comme la meilleure protection pour ceux qui signalaient des cas d'actes répréhensibles et a noté que le Bureau était en mesure d'enquêter sur les cas et de poser des questions de suivi aux personnes qui les avaient signalés tout en maintenant leur anonymat. Il a reconnu qu'il pouvait avoir besoin de donner une formation spécialisée aux administrateurs sur la politique du BSP en matière de protection des personnes qui signalaient des actes répréhensibles ou qui coopéraient dans une enquête.

34. L'actualisation du Code des principes d'éthique et de conduite de l'OPS, qui existait depuis 2006, serait une vaste entreprise, mais le Bureau avait l'intention de faire des progrès significatifs durant l'année en cours. Quant aux autres actions futures, toutes les tâches mentionnées dans le rapport devraient être terminées au cours de 2014. En ce qui concernait les ressources humaines, depuis son lancement en 2006, le Bureau d'éthique comptait deux personnes. Le nombre était passé à trois en 2014 avec les services d'un professionnel à court terme. Cette situation rendait le Bureau d'éthique comparativement petit, par rapport à sa double fonction de conseil et d'enquête et par rapport aux autres organisations internationales. En termes de budget, \$133 500 avaient été affectés dans l'exercice biennal précédent ; pour 2015, le chiffre était de \$90 000. Le Bureau reconnaissait les contraintes financières auxquelles se heurtait l'Organisation, et essayait de faire sa part pour s'y adapter, mais se tournait vers la direction pour l'appuyer en garantissant les ressources requises pour mener à bien son mandat. À cet égard, il était

important de noter qu'un environnement éthique était un environnement efficace par rapport au coût.

35. La Directrice a souligné l'importance du travail du Bureau d'éthique, et a convenu qu'il restait du travail à faire sur l'éducation continue du personnel. Il fallait une approche descendante pour créer une culture d'ouverture, de tolérance et de respect et une compréhension de ce que signifiait un comportement acceptable dans un environnement de travail diversifié. Le personnel devrait être encouragé à parler ouvertement sans crainte de représailles, et devrait être informé des protections accordées par le Bureau à ceux qui signalaient des actes répréhensibles ou malhonnêtes.

36. Le Comité exécutif a pris note du rapport.

Rapport du Comité d'audit de l'OPS (document CE154/8)

37. Mme Amalia Lo Faso (Présidente du Comité d'audit de l'OPS) a récapitulé le contenu du rapport du Comité d'audit, en attirant l'attention sur les neuf recommandations du Comité. Elle a indiqué que le Comité d'audit avait examiné le travail du commissaire aux comptes externe, concluant qu'il avait été accompli en pleine conformité au mandat assigné par le Conseil directeur et conformément aux normes professionnelles. Le Comité avait examiné divers rapports du commissaire aux comptes externe et les avait discutés avec l'équipe d'audit si nécessaire. Tout comme le commissaire aux comptes externe, le Comité d'audit avait noté la continuité et les bons rapports sur la situation financière de l'OPS, particulièrement tels qu'exprimés dans les états financiers de 2013.

38. Le Comité d'audit était également satisfait des activités de l'audit interne assurées par le Bureau de contrôle interne et services d'évaluation (IES), notant en particulier la bonne liaison avec le bureau du commissaire aux comptes externe, qui avaient évité le double emploi. Le Comité d'audit était satisfait du suivi et de la mise en œuvre améliorés des recommandations du Contrôle interne. Tout en appuyant le changement dans le rôle de l'IES, qui menait les évaluations et était devenu le point focal pour les normes d'évaluation et les orientations, le Comité d'audit considérait qu'aucune évaluation importante ni leçons apprises avaient été soumises aux instances dirigeantes en 2013 et qu'il fallait davantage de travail pour créer une culture de l'évaluation dans l'ensemble de l'Organisation. Également les progrès avaient été lents dans l'intégration de la gestion du risque dans les processus de l'Organisation.

39. En ce qui concernait le projet *Mais Médicos* entre le Brésil et Cuba, le Comité d'audit avait noté les progrès accomplis entre la première et la seconde séance d'information qu'il avait reçues, mais voyait un besoin continu de suivre les risques juridiques et de développer un plan de contingence pour tous les risques liés à la réputation. Le Comité d'audit considérait également que les échéances très serrées pour le lancement du Système d'information pour la gestion constituaient un risque, pour lequel l'administration nécessiterait une aide à la gestion et un contrôle budgétaire constants. Dans le domaine de l'éthique et de la fraude, le Comité d'audit priait

instamment le Bureau d'éthique de terminer dès que possible les brochures prévues sur les conflits d'intérêt et les cadeaux et l'hospitalité (voir paragraphe 30 ci-dessus).

40. Le Comité exécutif a accueilli avec satisfaction le rapport et les recommandations du Comité d'audit et a prié le Bureau de les mettre en œuvre rapidement. En particulier, le Comité a salué la recommandation selon laquelle il fallait de plus grands efforts pour créer une culture d'évaluation dans l'Organisation. Dans le même temps, il a demandé des clarifications de la pratique concernant la compétition pour les nominations au Comité d'audit, qui était mentionnée dans la recommandation 1. Une déléguée a fait remarquer que dans d'autres organisations internationales, les membres d'un comité d'audit n'intervenaient généralement pas dans le processus de sélection de nouveaux membres, comme il était envisagé dans la recommandation 1(c).

41. Ils ont noté que le Fonds renouvelable pour l'achat de vaccins avait fait l'objet d'une vérification pour la dernière fois en 2009, et ont demandé des informations sur la fréquence avec laquelle ces vérifications étaient réalisées. Une déléguée a voulu savoir quel était le bureau qui traitait des considérations éthiques des projets. Un autre délégué a observé que du fait d'un environnement de diminution des ressources qui réduisait de plus en plus les projets et les programmes, il pourrait éventuellement ne plus rien rester à vérifier ; dans ce contexte, l'Organisation devait se demander si elle dépensait le juste montant de ressources en évaluation et vérification—si elle dépensait trop ou trop peu.

42. Le délégué du Brésil a accueilli favorablement l'attention du Comité d'audit et les recommandations sur le projet *Mais Médicos*. Il n'était toutefois pas certain au sujet de la recommandation selon laquelle il devrait y avoir une évaluation indépendante du projet. Il a affirmé que son Gouvernement ferait tout son possible pour garantir la transparence dans le projet, qui était une initiative d'une grande visibilité et importance nationale.

43. Mme Lo Faso a indiqué que dans le cas d'un programme ou d'un projet de l'importance et de l'ampleur de *Mais Médicos*, le Comité d'audit considérait qu'il serait avantageux pour toutes les parties de procéder à une évaluation indépendante impliquant des experts extérieurs en mesure de donner des évaluations techniques impartiales. Toutefois, les apports du Brésil et de Cuba seraient également les bienvenus. En ce qui concernait la recommandation 1(c), il était considéré comme une bonne pratique de consulter les membres d'un comité d'audit existant sur la nomination de nouveaux membres, car ils auraient une connaissance approfondie des candidats potentiels. C'était la pratique dans plusieurs organes internationaux où elle avait travaillé dans les comités d'audit. Elle a précisé que les membres d'un comité d'audit n'intervenaient pas dans les décisions toutefois, mais qu'ils étaient là seulement pour donner des conseils.

44. La Directrice a expliqué qu'alors que des évaluations importantes étaient entreprises au sein du BSP, couvrant divers bureaux, entités et programmes, et alors que le Département du programme et du budget assurait qu'une composante évaluation était intégrée dans tout programme, plan d'action, ou projet, ce qui faisait défaut était le leadership au sein du Bureau de contrôle interne et services d'évaluation dans la direction de la performance réelle des évaluations et la garantie que leurs conclusions étaient

suivies d'effet. Elle veillerait à ce que des mesures soient prises pour combler ces lacunes.

45. L'évaluation des implications d'éthique des projets n'était pas seulement du ressort du Bureau d'éthique. Le programme régional sur la bioéthique partageait la responsabilité d'assurer que toutes les considérations éthiques d'un projet étaient prises en compte.

46. Il n'y avait pas de disposition concernant la fréquence de l'audit du Fonds renouvelable, mais un audit pourrait être programmé pour 2015. Elle a assuré le Comité qu'elle s'entretenait régulièrement avec l'auditeur interne sur les domaines à risque qui n'avaient pas fait l'objet d'un audit, externe ou interne.

47. L'équipe d'audit devrait être élargie, en particulier pour couvrir *Mais Médicos*. Néanmoins, même avec ses ressources d'audit actuelles, le BSP était massivement audité, même plus que l'OMS. De plus, alors que l'OMS avait tendance à faire des vérifications de bureau, les auditeurs du BSP tant internes qu'externes, se rendaient dans des endroits pour auditer sur place, leur donnant sans doute une compréhension plus approfondie des processus que ce n'était le cas pour les auditeurs de l'OMS.

48. Les États Membres ont continué à demander au Bureau une plus grande responsabilisation et transparence, et certainement il était nécessaire de garantir des audits de domaines à risque élevé, mais il fallait également trouver un juste équilibre : les États Membres voulaient des audits pour assurer que leurs contributions étaient bien dépensées, mais davantage de dépenses sur les évaluations signifiaient moins de ressources pour la coopération technique.

49. Le Comité a remercié le Comité d'audit pour son travail et a pris note du rapport.

Nomination d'un membre au Comité d'audit de l'OPS (document CE154/9)

50. Le Dr Fenton Ferguson (Président du Sous-comité du programme, du budget et de l'administration) a indiqué que le Sous-comité avait été informé que le mandat d'un des membres originaux nommé au Comité d'audit en 2009 viendrait à expiration en juin 2014 et qu'il serait par conséquent nécessaire que le Comité exécutif nomme un nouveau membre au cours de sa 154^e session. Le Sous-comité avait établi un groupe de travail composé de représentants de la Dominique, El Salvador et les États-Unis d'Amérique pour examiner la documentation sur les trois candidats identifiés par la Directrice conformément aux termes de référence du Comité d'audit. Après avoir écouté le rapport du groupe de travail, le Sous-comité avait décidé de recommander que le Comité exécutif nomme M. Nicholas Treen comme membre du Comité d'audit pour une période de trois ans. Le Sous-comité avait approuvé M. Werner Kiene comme suppléant envisagé.

51. Le Comité exécutif a adopté la résolution CE154.R3, nommant M. Nicholas Treen au Comité d'audit pour une période de trois ans, commençant en juin 2014.

Questions relatives à la politique des programmes

Rapport final provisoire du Plan stratégique de l'OPS 2008-2013 et évaluation en fin de période biennale du programme et budget 2012-2013 (Document CE154/10)

52. Le Dr Fenton Ferguson (Président du Sous-comité du programme, du budget et de l'administration), a indiqué que le Sous-comité avait examiné un schéma proposé de l'évaluation finale et du rapport sur le Plan stratégique de l'OPS 2008-2013 et l'évaluation du programme et budget 2012-2013 et avait été informé de certains des résultats préliminaires de l'évaluation finale. Le Sous-comité avait approuvé le format et l'approche proposés pour l'établissement du rapport. Il avait également suggéré que le Bureau entreprenne une analyse qualitative des raisons de l'échec à obtenir des résultats, en examinant en particulier s'il était lié à un financement insuffisant, à des obstacles administratifs ou de procédure, ou à des difficultés rencontrées dans la mise en œuvre.

53. M. Daniel Walter (Directeur du Département du programme et budget du BSP) a introduit le rapport d'évaluation finale du Plan stratégique de l'OPS 2008-2013. Il a expliqué que le rapport s'inspirait de deux rapports d'avancement présentés aux Organes directeurs à la fin des périodes biennales 2008-2009 et 2010-2011 et incorporait les recommandations des États Membres relatives aux deux rapports antérieurs, ajoutant que le Plan stratégique 2008-2013 avait été le premier à être conçu, mis en œuvre et évalué conformément au cadre de gestion fondée sur les résultats (RBM) du BSP. Son évaluation finale était une composante clé de la responsabilité de l'Organisation vis-à-vis des États Membres. L'évaluation avait fait ressortir des leçons importantes qui contribueraient aux améliorations futures dans l'efficacité et la mesurabilité du travail de l'OPS.

54. Le Comité exécutif a accueilli favorablement les progrès importants réalisés au titre des 16 objectifs stratégiques du Plan stratégique 2008-2013, en particulier sur la réduction du VIH, de la tuberculose et du paludisme. La production du rapport était considérée comme un exercice important qui permettrait au Bureau et aux États Membres de faire un travail de réflexion concernant leurs réussites et leurs échecs et d'en tirer les leçons appropriées. Il a fait remarquer que le rapport indiquait que des améliorations étaient requises dans les cadres pour le suivi et l'évaluation, en accord avec les principes de transparence et de responsabilité. Comme les facteurs qui avaient contribué à la non-réalisation dans divers domaines incluaient des indicateurs de mauvaise qualité et des cibles irréalistes, il a encouragé le Bureau à assurer que les indicateurs futurs seraient sensés, réalistes, mesurables et liés aux résultats en santé correspondant aux activités. Alors que des progrès significatifs en gestion fondée sur les résultats avaient été réalisés, les délégués considéraient que des questions clés avaient encore besoin d'attention afin de consolider l'approche à tous les niveaux de l'Organisation; en particulier la documentation systématique et l'application des leçons apprises devraient être améliorées. Des informations ont été demandées sur les références faites dans le rapport sur le manque d'une stratégie intégrée de mobilisation des ressources et aussi le concept de partenaires non traditionnels.

55. Il a été reconnu que même si le rapport révélait des progrès importants dans l'amélioration de la santé, d'autres actions étaient requises afin d'agir sur les objectifs clés du Plan stratégique 2008-2013 qui n'avaient pas été pleinement atteints, notamment la réduction de la mortalité maternelle. À cet égard, le besoin de renforcer les systèmes intégrés des services de santé, l'amélioration des conditions d'accès, d'équité et de solidarité et l'amélioration des systèmes d'information a été souligné, de même que le besoin d'aborder les déficiences dans les zones urbaines défavorisées ainsi que dans les zones rurales. Les délégués ont approuvé le point de vue exprimé dans le rapport mentionnant que pour assurer une détection et une gestion appropriées des urgences de santé publique de préoccupation internationale, les États Membres, avec l'appui du Bureau, devaient augmenter leurs capacités essentielles nationales conformément aux exigences du RSI. Pour assurer que les gains réalisés au cours de la période étaient durables, il était jugé essentiel de renforcer les systèmes nationaux de santé pour fournir des services de santé intégrés et complets, en particulier au niveau local où le besoin se faisait le plus sentir. Ils ont également noté que même dans les domaines de succès majeurs, tels que la réduction des maladies évitables par la vaccination, il restait du travail à faire, par exemple en garantissant des prix de vaccins encore plus abordables. Des informations ont été demandées sur l'impact des accords de libre-échange sur la santé et l'accès aux ressources de santé dans la Région.

56. Étant données les contraintes budgétaires actuelles, le besoin d'une approche réaliste pour définir les priorités programmatiques a été souligné. Il était également important pour le BSP d'examiner des approches novatrices et intégrées de la coopération technique nationale et régionale. Les délégués ont souligné l'importance de poursuivre les discussions sur l'affectation des ressources entre les régions de l'OMS, en fonction de critères plus objectifs pour les Amériques. Ils ont souligné qu'alors que la Région avait obtenu des succès considérables par rapport aux autres, elle ne devrait pas être pénalisée pour ses succès par une affectation réduite de l'OMS. Dans le même temps, ils ont noté que les pays devaient s'efforcer de maintenir ce qui avait été réalisé et démontrer qu'ils faisaient bon usage des ressources de la Région. Il a été suggéré qu'il serait utile de présenter un rapport individuel à chacun des États Membres sur sa performance dans la réalisation des résultats escomptés au niveau régional en 2008-2013, pour assurer que chaque pays était pleinement conscient de ce qu'il avait réalisé et des domaines où des progrès supplémentaires étaient requis.

57. M. Walter, répondant aux préoccupations sur l'affectation des ressources et le financement inégal des domaines programmatiques, a indiqué que les contraintes résultaient de la disposition de contributions fortement affectées, donnant au Bureau une flexibilité limitée pour déplacer les fonds vers des domaines prioritaires. Néanmoins, comme le montrait le rapport, trois des quatre priorités les plus élevées identifiées pour 2008-2013 avaient connu une augmentation de leur financement sur la période en dépit d'un budget à la baisse. Le Bureau appréciait le plaidoyer des États Membres en sa faveur pour obtenir des fonds affectés.

58. Le Bureau établissait une nouvelle équipe de mobilisation des ressources et développerait une nouvelle stratégie. En ce qui concernait les partenaires non traditionnels, il a expliqué que l'OPS, tout comme l'OMS, dépendait actuellement de quelques gros donateurs. Des efforts seraient faits pour atteindre des donateurs au-delà des donateurs traditionnels, ce qui signifierait de faire mieux connaître l'Organisation, en partie à l'aide d'une nouvelle stratégie de communications.

59. Dans le but de promouvoir l'équité, l'Organisation devait assurer que les progrès importants qu'elle avait réalisés n'étaient pas bénéfiques pour certaines portions de la population de la Région seulement. C'était un aspect mentionné explicitement dans le nouveau Plan stratégique. Il était d'accord avec les observations sur le besoin d'assurer que la Région n'était pas pénalisée pour ses succès : il restait encore beaucoup à faire, malgré les succès accomplis jusqu'à présent, et il était donc essentiel d'assurer que les besoins de la Région étaient connus.

60. Il a reconnu que des améliorations étaient encore requises au niveau de la gestion fondée sur les résultats, ce qui signifiait que le travail à faire devrait être plus ciblé et plus sélectif. En ce qui concernait l'amélioration des systèmes d'évaluation, le Plan stratégique 2014-2019 disposait de cibles et d'indicateurs moins nombreux et de qualité plus élevée que le plan antérieur, grâce aux enseignements tirés en 2008-2013 et au travail accompli dans le groupe de travail des pays (voir paragraphes 66 à 73 ci-dessous). Les enseignements tirés étaient décrits à l'annexe A du rapport. Une de ces leçons était qu'une approche équilibrée était requise pour assurer que les cibles étaient à la fois réalisables et suffisamment ambitieuses pour motiver l'action en vue des résultats requis. Le Bureau avait appliqué ces leçons à l'élaboration du Plan stratégique actuel et des plans de travail.

61. Notant que le Bureau et les États Membres étaient responsables des résultats et des impacts de tout plan stratégique, la Directrice a affirmé qu'il était important d'incorporer dans le Plan stratégique 2014-2019 tous les enseignements tirés lors des périodes précédentes. Le plus grand défi en ce qui concernait un grand nombre des problèmes de santé que connaissait la Région était l'inégalité. Elle convenait que les populations vulnérables ne se trouvaient pas seulement dans les régions rurales et que nombre d'entre elles vivaient dans les villes de plus en plus grandes de la Région. Le Bureau avait l'intention de travailler avec la Commission économique des Nations Unies pour l'Amérique latine et les Caraïbes (CEPALC) pour identifier ces populations. En fait, toute la question de savoir comment aborder l'accès aux soins de santé et aux déterminants sociaux de la santé pour les populations vulnérables constituerait une part importante du travail du Bureau dans la période actuelle. Les pays aux besoins prioritaires, en particulier Haïti, seraient une cible particulière, et une approche spécifique interprogrammatique pour répondre à ces besoins serait développée.

62. L'absence de succès à réduire la mortalité maternelle était une préoccupation majeure. Étant donné que la mortalité maternelle était souvent associée à des insuffisances concernant les déterminants environnementaux et sociaux de la santé, y compris un manque d'accès à des services de santé adéquats, il serait très important de

travailler au niveau local pour renforcer les services de santé et développer des réseaux intégrés de service. Le plan d'action sur l'accès à la sécurité du sang (voir paragraphes 90 à 101 ci-dessous) devrait également aider, étant donné qu'une cause majeure de décès maternel était l'hémorragie. Les progrès accomplis par les États Membres sur la voie de la couverture sanitaire universelle aideraient également. Une amélioration des systèmes d'information devait également être une priorité afin de garantir que les chiffres signalés étaient précis. Il était possible que l'échec à atteindre certaines cibles et certains indicateurs du Plan stratégique 2008-2013 avaient été le résultat d'une information inadéquate.

63. Pour réussir à augmenter les ressources, l'OPS devait être en mesure de raconter son histoire efficacement. À cette fin, une nouvelle stratégie de communications était en cours d'élaboration, la dotation en personnel de l'unité de communications était améliorée et des mesures étaient prises pour redresser un manque de coordination entre différents départements traitant de la mobilisation des ressources. Le Bureau travaillait également en étroite collaboration avec la Fondation de l'OPS (anciennement la Fondation panaméricaine pour la santé et l'éducation, PAHEF) pour intensifier la mobilisation des ressources et, par le biais des Représentants de l'OPS/OMS, étudiait également des moyens de mobiliser des ressources au niveau national.

64. En ce qui concernait l'impact des accords de libre-échange sur la santé dans la Région, si les États Membres le souhaitaient, un rapport pourrait être préparé pour examen futur par les Organes directeurs.

65. Le Comité exécutif a pris note du rapport.

Plan stratégique de l'OPS 2014-2019 amendé (Projet) (document CE154/11)

66. M. Alberto Kleiman (Brésil, Président du groupe de travail des pays) a rappelé que le Plan stratégique 2014-2019 avait été le résultat d'une large collaboration entre les États Membres et le Bureau. Plus de 1100 professionnels de la santé de 48 pays avaient contribué à son élaboration, qui avait renforcé le principe de responsabilité partagée pour le suivi et l'évaluation des résultats et des impacts du Plan. Le travail au sein du groupe de travail des pays, qui était chargé d'effectuer un recueil d'indicateurs pour le Plan stratégique et de recommander une méthode pour le suivi et l'évaluation conjoints du Plan, offrait la possibilité de discussions de haut niveau supplémentaires qui renforceraient le Plan et accroîtraient sa pérennité.

67. Le travail du groupe se poursuivait d'une manière participative et transparente sur la base de fiches techniques préparées par le Bureau. À ce jour, le groupe de travail n'a pas éliminé d'indicateurs, bien que quelques modifications aient été suggérées. En plus de la préparation du recueil d'indicateurs, le groupe de travail avait été chargé d'examiner la méthodologie pour la stratification des priorités programmatiques dans le cadre du Plan stratégique et de faire des recommandations pour amélioration. Cette tâche avait été confiée à un sous-groupe technique. Alors que certaines références et cibles devront être ajustées plus tard, il était persuadé que le groupe de travail serait prêt à présenter une

série d'indicateurs de résultat et d'impact avec les résultats de son examen de la méthodologie de stratification des priorités programmatiques pour examen par le 53^e Conseil directeur.

68. M. Daniel Walter (Directeur du Département du programme et budget du BSP) a indiqué que les membres du groupe de travail possédaient l'expertise et l'expérience techniques requises pour affiner les indicateurs du Plan stratégique et les a remerciés de leur engagement extraordinaire à leur travail. Il a noté que le groupe organiserait une réunion virtuelle en juin 2014 et ensuite une dernière réunion en personne en juillet pour parachever ses recommandations au Conseil directeur.

69. Le Comité exécutif a salué les efforts du groupe de travail et le gouvernement du Brésil pour son rôle de Président. Étant donné que la mise en œuvre du Plan stratégique 2014-2019 avait déjà commencé, il était considéré essentiel de terminer le travail sur le recueil d'indicateurs avant le 53^e Conseil directeur, même s'il était reconnu que du temps supplémentaire pourrait être requis par la suite pour finaliser les références et les cibles, un processus qui nécessiterait une consultation avec les autorités nationales. Les délégués ont demandé qu'un rapport préliminaire sur les indicateurs soit disponible en août pour que les États Membres qui n'avaient pris part aux consultations du groupe de travail puissent les examiner avant qu'ils ne soient soumis au Conseil directeur. Le besoin de références précises afin de mesurer les progrès avait été souligné et des précisions avaient été demandées sur la façon dont les références et les cibles seraient validées.

70. L'importance d'appliquer les leçons apprises de l'évaluation du Plan stratégique 2008-2013 (voir paragraphes 52 à 65 ci-dessus) a été à nouveau soulignée, ainsi que le besoin de fixer la priorité des objectifs qui n'avaient pas été atteints dans le cadre du Plan. Le travail continu pour réduire la mortalité maternelle et infantile était considéré comme particulièrement important, en particulier là où les cibles concernées des objectifs du Millénaire pour le développement ne seraient pas atteintes.

71. M. Walter a indiqué que le recueil d'indicateurs serait terminé en juillet et que le Bureau produirait ensuite un rapport préliminaire sur les indicateurs et le circulerait aux États Membres en août. Il s'efforcerait de veiller à ce que les références et les cibles soient validées avant le Conseil directeur ; cependant, comme noté, la validation nécessiterait une consultation avec les autorités nationales, car il était important de ne pas bousculer le processus.

72. La Directrice a remercié les États Membres de leur participation soutenue au processus de développement et de perfectionnement du Plan stratégique. À son avis, leur implication exemplaire était une bonne pratique que d'autres régions et le siège de l'OMS feraient bien d'imiter.

73. Le Comité exécutif a adopté la résolution CE154.R15, recommandant que le Conseil directeur approuve le Plan stratégique 2014-2019 amendé, y compris les indicateurs tels que révisés par le groupe de travail des pays.

Stratégie pour la couverture sanitaire universelle (document CE154/12)

74. Le Dr Francisco Becerra Posada (Sous-directeur du BSP) a présenté ce point et les points sur la santé dans toutes les politiques et sur la législation dans la santé (voir paragraphes 134 à 145 et 163 à 176 ci-dessous), notant que les trois thèmes étaient étroitement liés et que les documents de politique respectifs avaient pour but de se compléter les uns les autres. La couverture sanitaire universelle était un objectif primordial des systèmes de santé avec pour but de protéger le droit de posséder le meilleur état de santé possible et d'assurer un accès équitable à des services de santé de qualité pendant tout le cycle de vie sans préjudice financier injustifié. La réalisation de la couverture sanitaire universelle préconisait des politiques et des interventions intersectorielles pour agir sur les déterminants sociaux et environnementaux de la santé. Le plan d'action proposé sur la santé dans toutes les politiques établissait des lignes d'action claires pour promouvoir la collaboration et la participation multisectorielles, la responsabilisation et l'engagement à long terme de la part des décideurs nationaux pour s'attaquer aux déterminants de la santé et aux inégalités.

75. La réalisation de la couverture sanitaire universelle préconisait également la formulation, la mise en application, la révision et/ou la réforme des lois et des règlements. La stratégie proposée sur la législation en santé identifiait les objectifs et les activités requis pour mettre en place un cadre juridique destiné à protéger le droit de posséder le meilleur état de santé possible et autres droits humains connexes, en particulier pour les groupes les plus vulnérables. Ensemble, les approches proposées dans les trois documents contribueraient à la vision et à l'engagement de la Région concernant l'élimination des inégalités en santé, comme exprimé dans le Plan stratégique 2014-2019 et dans de nombreuses résolutions adoptées par les Organes directeurs au cours des années récentes.

76. Le Dr James Fitzgerald (Directeur du Département des Systèmes de soins de santé et services du BSP) a rappelé que la stratégie proposée pour la couverture sanitaire universelle avait été développée à la demande du 52^e Conseil directeur et a noté qu'elle restait à l'état de projet et faisait toujours l'objet de consultations avec les États Membres. Il a observé qu'alors que la Région avait considérablement amélioré son développement économique et social au cours des 30 dernières années, des disparités majeures persistaient dans la distribution du revenu. Ces disparités étaient reflétées dans les inégalités à l'accès aux services de santé et dans les résultats en santé. Alors qu'il existait un ferme engagement politique pour répondre aux besoins de santé, souvent les États Membres étaient confrontés à des défis lorsque ces engagements devaient se traduire en prestation de services. La situation était compliquée par l'émergence de nouveaux schémas épidémiologiques et démographiques, l'escalade des coûts des soins de santé et la capacité limitée pour une action intersectorielle destinée à agir sur les déterminants de la santé.

77. Il a été demandé au Bureau de formuler une proposition qui appuierait les pays aux prises avec ces défis et qui irait dans le sens de la réalisation progressive de la couverture sanitaire universelle. La stratégie proposée élaborait une vision holistique de

la couverture sanitaire universelle qui était fermement fondée sur les valeurs du droit à la santé, l'équité, la solidarité et l'action intersectorielle pour agir sur les déterminants de la santé et favoriser la santé et le bien-être. La stratégie et ses quatre lignes stratégiques interdépendantes prenaient racine dans les mandats mondiaux et régionaux existants, en particulier le Programme d'action sanitaire pour les Amériques, le document final de la Conférence des Nations Unies sur le développement durable (Conférence Rio+20) et la résolution 67/81 de l'Assemblée générale des Nations Unies. La stratégie était également étroitement liée aux discussions sur la santé du programme de développement pour l'après-2015 (voir paragraphes 277 à 290 ci-dessous).

78. Afin de faciliter le processus en cours de consultation sur la stratégie, il était suggéré que le Comité forme un groupe de travail pour collaborer avec le Bureau au perfectionnement du document. Des consultations nationales sur la stratégie étaient également prévues ou avaient déjà pris place. Le Bureau consoliderait toutes les contributions reçues afin de finaliser la stratégie proposée pour la présenter au 53^e Conseil directeur.

79. Le Comité exécutif a bien accueilli la stratégie proposée comme base solide pour le travail futur sur ce thème, et a reconnu le lien étroit entre la couverture sanitaire universelle, la santé dans toutes les politiques et la législation en santé. Le Comité était satisfait que la stratégie et la résolution proposées contenues dans le document CE154/12 reconnaissaient que chaque pays devait définir sa propre voie vers la couverture sanitaire universelle, en tenant compte de son contexte social, économique, politique, juridique et historique. Toutefois, le sentiment exprimé était que les priorités nationales des pays et les défis en santé actuels et futurs devaient également être pris en compte. Il a souligné que même si l'OPS pouvait jouer un rôle de plaidoyer et offrir un soutien technique, la réalisation de la couverture sanitaire universelle était la responsabilité des gouvernements nationaux.

80. Le Comité considérait qu'il fallait clarifier une certaine terminologie et des concepts utilisés dans le document, en commençant par le concept lui-même de couverture sanitaire universelle. Il a noté qu'il n'y avait toujours pas d'interprétation communément admise de ce que signifiait la couverture sanitaire universelle pour chaque pays et région ; il fallait espérer que les discussions en cours sur la stratégie aideraient à clarifier le concept. Parallèlement, il était noté que la résolution 67/81 de l'Assemblée générale des Nations Unies contenait une définition internationalement négociée, qui avait été approuvée par la 67^e Assemblée mondiale de la Santé dans sa résolution WHA67.14, et il était suggéré que cette définition-là devait apparaître à la fois dans la stratégie et la résolution proposées. Il a également demandé que le langage dans la stratégie et la résolution soit ajusté à celui de la Constitution de l'OMS, qui ne reconnaissait pas le droit à la santé en soi, mais plutôt le droit de posséder le meilleur état de santé possible.

81. L'accent de la stratégie mis sur l'action entre secteurs pour agir sur les déterminants de la santé a été applaudi, mais il a été suggéré que les termes « intersectoriel » et « interinstitutionnel » soient remplacés par le terme « multisectoriel »

pour être consistant avec le langage déjà négocié et adopté dans d'autres forums internationaux. Ils ont fait remarquer que l'action sur les déterminants de la santé impliquait davantage que la simple prestation de services, qu'elle nécessitait également une approche de santé publique et de protection sociale. Les délégués ont exprimé leur soutien général à des augmentations des dépenses publiques sur la santé, à des modèles de financement financés par l'impôt et à l'élimination des dépenses encourues par les patients comme des moyens d'étendre l'accès aux services de santé. Toutefois, en augmentant les dépenses publiques de santé de sorte qu'elles représentent au moins 6 % du PIB, comme le préconisait le paragraphe 2(g) de la résolution proposée, était considérée impossible pour certains pays, comme l'était l'élimination totale du paiement direct au point de service, recommandée au paragraphe 2(h).

82. Ils suggéraient que les groupes vulnérables devant être ciblés par la stratégie devraient être spécifiés et devraient explicitement inclure les lesbiennes, les homosexuels, les bisexuels, les transgenres et les personnes intersexuées, les migrants, les personnes privées de leurs libertés, les adolescents et les jeunes et les enfants. Plusieurs délégués ont souligné que la stratégie ne devrait pas promouvoir l'accès à un ensemble de base ou minimum de services de santé, ce qui impliquerait une limitation ou un rationnement de la couverture, alors que le but de la couverture sanitaire universelle était de maximiser l'accès à des services complets. Un délégué a suggéré que le langage utilisé au paragraphe 10 de la résolution 67/81 de l'Assemblée générale des Nations Unies soit substitué aux références faites à un ensemble universel de services légalement garantis. L'importance de la régulation de la fourniture de services de santé et d'assurance maladie du secteur privé a été mise en relief.

83. Le besoin d'indicateurs, de cibles et d'échéanciers pour mesurer les progrès et la réussite de la mise en œuvre de la stratégie a été reconnu et il a été souligné que des indicateurs étaient nécessaires pour mesurer et évaluer les actions prises sur les déterminants sociaux de la santé. Il a également été considéré qu'il était important d'aligner les indicateurs sur ceux de l'OMS et de la Banque mondiale en matière de couverture sanitaire universelle. Toutefois, le besoin d'un système de suivi et d'évaluation pour mesurer les progrès sur la voie de la couverture sanitaire universelle, comme le recommandait le paragraphe 3(c) de la résolution proposée, a été remis en question car le Plan stratégique 2014-2019 contenait déjà une série d'indicateurs à cette fin. Il a été suggéré que le groupe de travail des pays (voir paragraphes 66 à 73 ci-dessus) soit consulté en la matière.

84. Un nombre d'amendements spécifiques à la stratégie et la résolution proposées a été suggéré, divers délégués indiquant qu'ils soumettraient des suggestions supplémentaires par écrit. Par conséquent, le Comité a décidé de former un groupe de travail pour réviser la résolution proposée et par la suite continuer à travailler avec le Bureau pour parachever la stratégie pour présentation au 53^e Conseil directeur.

85. Le Dr Fitzgerald a indiqué que les observations du Comité seraient extrêmement utiles pour la poursuite de l'élaboration de la stratégie. Il a identifié trois thèmes principaux qu'il fallait aborder. L'un était la clarification du concept de système universel

de soins de santé. Il a réitéré que le Bureau avait essayé de présenter une vision holistique de la couverture sanitaire universelle basée sur la longue tradition de la Région d'œuvrer à l'application des principes du droit de posséder le meilleur état de santé possible, de l'universalité, de la solidarité et de l'équité. Il continuerait à dialoguer avec les États Membres afin de parvenir à harmoniser leurs vues sur la signification du concept pour les pays de la Région.

86. L'idée que chaque pays trouve sa propre façon d'agir et d'une réalisation progressive de la couverture sanitaire universelle était cruciale. On ne s'attendait pas, par exemple, à ce que les pays soient en mesure d'accroître le financement de la santé à 6% du PIB du jour au lendemain, mais plutôt à ce qu'ils s'efforcent d'augmenter le montant progressivement. Le chiffre de 6% avait été inclus comme objectif à long terme, parce qu'il apparaissait que les pays dont les dépenses étaient proches de ce niveau disposaient généralement des conditions nécessaires pour leur permettre de progresser sur la voie de la couverture sanitaire universelle.

87. Le Bureau n'avait jamais eu l'intention de promouvoir l'idée d'un ensemble de services minimum ou de base. Le but était d'assurer l'accès universel à des services de santé de qualité élevée qui répondaient aux besoins de la population. Le problème pouvait être celui de la terminologie utilisée pour exprimer ce concept dans les diverses langues de travail de l'Organisation. Le Bureau travaillerait avec les États Membres pour clarifier l'idée.

88. La Directrice, notant qu'il était clair que les pays de la Région s'étaient pleinement engagés pour réaliser la couverture sanitaire universelle, a affirmé que le but ultime était d'assurer que toutes les personnes avaient accès à tout ce dont elles avaient besoin pour obtenir le meilleur état de santé possible. Cela signifiait qu'il convenait d'agir sur les déterminants sociaux de la santé et d'assurer l'accès à des services intégrés, complets et de haute qualité sans paiement direct par les particuliers. Il était évident que tous les pays ne pourraient se permettre cette couverture complète sur le court terme, et dans ce cas il pourrait être souhaitable de définir un ensemble essentiel de services dont l'accès serait garanti à la population, étant entendu que le pays continuerait à travailler à l'expansion de sa couverture au titre d'un processus de réalisation progressive de la couverture sanitaire universelle.

89. Le Comité a adopté la résolution CE154.R17, qui comportait de nombreux amendements introduits par le groupe de travail. Il a convenu que les consultations se poursuivraient au cours de la période précédant le 53^e Conseil directeur et que le Bureau réviserait la stratégie en fonction des contributions reçues des États Membres. Si besoin en était, afin d'atteindre un consensus, une session spéciale du Comité exécutif pourrait être convoquée.

Plan d'action pour l'accès universel à la sécurité du sang (document CE154/13)

90. Le Dr James Fitzgerald (Directeur du Département des Systèmes de soins de santé et services du BSP), notant que le plan d'action proposé avait été établi en consultation

avec les programmes nationaux du sang dans la Région, a dit que l'objectif du plan était de promouvoir l'accès universel à la sécurité du sang afin de sauver des vies et d'améliorer la santé des patients ayant besoin de transfusions sanguines. Le plan couvrirait la période 2014-2019. Il comportait quatre lignes d'action stratégiques : intégration efficace et durable des programmes et des services nationaux du sang dans les systèmes de santé nationaux, autosuffisance dans l'approvisionnement en sang à l'aide de dons de sang bénévoles à 100% et non rémunérés, renforcement de la gestion de la qualité et surveillance de la santé, hémovigilance, gestion du risque, suivi et évaluation.

91. On s'attendait à ce que le plan contribue à une réduction du nombre de décès maternels, car l'hémorragie au cours de l'accouchement constituait actuellement 21% de ces décès en Amérique latine et dans les Caraïbes. Il réduirait également l'exposition de patients transfusés à des infections telles que le VIH et l'hépatite B ou C. De plus, le renforcement de la disponibilité, de l'accessibilité et de la sécurité du sang et des produits du sang aideraient à favoriser la réalisation de la couverture sanitaire universelle.

92. Le Comité a remercié le Bureau de porter une attention continue au sujet important de l'accès à la sécurité du sang et a salué le processus participatif utilisé pour développer le plan d'action. Il a été suggéré que les politiques et les décisions pour la sécurité et la disponibilité du sang devraient tenir compte des considérations éthiques, de l'analyse du coût-efficacité et du coût-avantage et de l'usage rationnel des produits sanguins dans une évaluation des besoins nationaux. Le partage de données nationales et internationales était jugé critique pour les décisions sur les politiques nationales de sécurité et de disponibilité du sang.

93. La question a été posée sur la raison du laps de temps entre le plan proposé pour 2014-2019 et le plan d'action antérieur pour la sécurité transfusionnelle, qui avait couvert la période 2006-2010.³ Il a été noté qu'il y avait également une différence de calendrier entre le plan de l'OPS et le plan stratégique mondial de l'OMS pour l'accès universel à la sécurité transfusionnelle 2008-2015. Ils ont souligné l'importance de l'alignement entre les plans mondiaux et régionaux ainsi qu'entre le plan d'action pour l'accès universel à la sécurité du sang et le plan stratégique de l'OPS. Ils ont noté que le rapport sur les implications financières et administratives de la résolution proposée contenue dans le document CD154/13 n'expliquait pas la partie du coût prévu de \$8 millions qui pouvait être intégrée au titre des activités programmées existantes ni comment l'OPS couvrirait le coût de la mise en œuvre du plan.

94. Plusieurs délégués ont cité des problèmes qui selon eux n'avaient pas reçu une attention suffisante dans le document. L'un était la sécurité immunologique du sang, qui englobait des considérations s'ajoutant au dépistage d'agents infectieux dans le sang pour la transfusion. Un autre était l'usage rationnel du sang : alors que le document mentionnait l'usage approprié du sang et des produits sanguins, l'usage rationnel incluait la transformation du sang en produits et composants thérapeutiques afin de garantir l'usage le plus efficace et rentable du sang donné et de réduire le gaspillage du sang. Un

³ Voir document CD46/16 et résolution CD46.R5 (2005).

autre problème était le besoin de traçabilité des dons et des composantes du sang utilisés de sorte que lorsqu'un événement adverse se produisait chez une personne recevant du sang, l'origine du problème pouvait être trouvée. Un délégué était d'avis que les lignes d'action stratégiques ne mettaient pas assez l'accent sur l'accès au sang, malgré le lien direct entre un accroissement de l'accès et la réduction des décès maternels.

95. Notant que le document indiquait que tous les pays d'Amérique latine disposaient d'une législation nationale sur le sang mais que quatre pays seulement dans les Caraïbes avaient un cadre juridique pour les services sanguins, la déléguée des Bahamas a demandé que le plan offre des suggestions sur la façon de redresser cette situation. Elle a également demandé des orientations techniques sur la façon de minimiser le gaspillage sanguin, qui constituait un problème particulier aux Caraïbes.

96. Le Dr Fitzgerald a expliqué qu'une évaluation des progrès dans le cadre du plan d'action pour la sécurité transfusionnelle 2006-2010 avait été menée à bien par des consultants indépendants en 2011 et que le processus de consultation pour développer le nouveau plan avait commencé en 2012. Le Bureau avait estimé que le nouveau plan d'action n'était pas suffisamment complet pour être présenté aux Organes directeurs en 2013. Par conséquent, la période couverte par le nouveau plan ne débutait qu'en 2014.

97. Les réactions parvenues du 51^e Conseil directeur sur les résultats de l'évaluation du plan antérieur avaient indiqué que le plan d'action suivant devrait se concentrer sur le renforcement de l'intégration entre services du sang et systèmes de santé. L'approche par les systèmes de santé pourrait expliquer la raison pour laquelle certains des problèmes mentionnés par les délégués n'étaient pas abordés. Ces problèmes et d'autres suggestions des délégués pour améliorer l'utilité du document seraient pris en compte dans sa révision pour le Conseil directeur.

98. La Directrice a convenu que les objectifs sur l'usage rationnel du sang et des produits sanguins et la traçabilité devraient être incorporés au document. Il était important de commencer à travailler avec un plus grand nombre d'États Membres sur la transformation du sang en produits sanguins afin d'étendre l'utilité des dons de sang et de réduire le gaspillage important de sang non utilisé. De même, elle était d'accord sur le besoin de mettre en relief l'accès à la sécurité du sang comme facteur important dans la réalisation de l'objectif 5 du Millénaire pour le développement sur la réduction de la mortalité maternelle.

99. Le Comité a examiné une résolution révisée qui incorporait les amendements proposés au cours de la discussion. Des délégations se sont opposées à la formulation du paragraphe 2(a) qui appelait les États Membres à promouvoir plutôt qu'à garantir l'accès universel au sang et aux produits sanguins, ceux qui préféraient le mot « garantir » soulignant que l'accès à la sécurité du sang devait être garanti et ceux qui préféraient « promouvoir » soutenant que là où les systèmes du sang comptaient sur les dons bénévoles, les gouvernements ne pouvaient pas être tenus de garantir l'accès. Le Comité a éventuellement convenu de réviser le paragraphe et d'incorporer le texte « progresser vers l'accès universel. »

100. Plusieurs délégués étaient opposés à la proposition d'enlever l'expression « pour empêcher la vente de sang et des profits qui en résultent » du paragraphe 2(b)(i) parce que la vente du sang et des produits sanguins était interdite par la loi dans leurs pays. La déléguée du Canada a expliqué que sa délégation avait proposé ce changement parce que la compensation des donneurs de plasma collecté pour la fabrication de produits pharmaceutiques était actuellement autorisée dans toutes les provinces du Canada sauf une. Le Comité avait accepté une formulation de compromis qui conserverait l'expression mais ajouterait la clarification « sauf où la loi nationale le permet. » De même, des inquiétudes étaient exprimées concernant un changement de formulation dans le paragraphe 2(c), à savoir que les dons rémunérés familiaux/de remplacement pour transfusion soient découragés « sauf en cas de circonstances limitées de nécessité médicale. » Étant donné que le paiement des dons du sang était interdit dans certains États Membres, la formulation a été révisée pour lire « sauf où ils sont protégés par les réglementations nationales. »

101. Le Comité a adopté la résolution CE154.R16, recommandant que le Conseil directeur approuve le plan d'action pour l'accès universel à la sécurité du sang.

Plan d'action sur les incapacités et la réadaptation (document CE154/14)

102. Le Dr Anselm Hennis (Directeur du Département des maladies non transmissibles et santé mentale du BSP) a présenté le document CE154/14, félicitant les États Membres qui avaient contribué à faire progresser le programme concernant les incapacités et favorisant les soins de santé de qualité et les pratiques de protection sociale, en particulier pour les personnes gravement handicapées. Sur les 140 millions de personnes handicapées vivant dans les Amériques, 3% seulement avaient accès à des services de réadaptation. Les personnes gravement handicapées dépendaient fortement d'autres personnes pour les aider à accomplir les activités essentielles. La prévalence d'incapacités allait en grandissant, en raison du vieillissement de la population et de l'augmentation globale des maladies chroniques, de la violence, des accidents de tous types et de l'usage et l'abus d'alcool et de substances illicites, et était plus élevée dans les pays à faible revenu. Comme le notait le rapport mondial sur le handicap de l'OMS, les personnes handicapées avaient des résultats de santé plus mauvais que les personnes non handicapées. De plus, le handicap était une question de droits humains, du fait que les personnes handicapées se heurtaient souvent à la stigmatisation et la discrimination.

103. Un processus de consultation régionale avait pris place en janvier et février 2014, et avait compris des États Membres, des experts des centres collaborateurs de l'OPS/OMS, des institutions académiques et des organisations non gouvernementales. Le plan d'action régional proposé se fondait sur les expériences de la Région et incorporait un grand nombre des commentaires reçus durant les consultations régionales. Il était aligné sur le plan d'action mondial de l'OMS relatif au handicap,⁴ la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées, la Convention interaméricaine sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des

⁴ Voir document OMS A67/16 et résolution WHA67.7 (2014).

personnes handicapées, les recommandations de la réunion de haut niveau des Nations Unies sur le handicap et le développement et le Plan stratégique de l'OPS 2014-2019. Il comprenait trois lignes stratégiques conçues pour mener aux interventions nécessaires destinées à améliorer la santé, le fonctionnement et la qualité de vie des personnes handicapées et de leurs familles. Le plan contribuerait également à la réalisation des cibles de la catégorie 2 du Plan stratégique de l'OPS.

104. Le Comité appuyait en général le plan d'action proposé, qui reflétait la vision de l'OMS d'un monde dans lequel les personnes handicapées jouissaient du meilleur état de santé possible. Plusieurs délégués ont décrit les programmes et initiatives de leur pays pour promouvoir l'inclusion et la participation sociétale entière des personnes handicapées. Certains ont décrit les consultations nationales sur ce thème, en plus de la consultation régionale mentionnée. Plusieurs délégués ont félicité le leadership de l'Équateur qui avait soumis ce sujet à la considération du Comité exécutif.

105. Les membres du Comité ont accueilli favorablement l'attention portée par le plan concernant le besoin d'agir sur la rareté des services publics pour les personnes handicapées et l'insuffisance de la fourniture de dispositifs techniques d'assistance, ainsi que sur la stigmatisation, le préjudice et les atteintes aux droits de l'homme auxquels se heurtaient ces personnes. Ils considéraient que le plan indiquait une voie vers l'amélioration des systèmes de santé et l'approfondissement du dialogue intersectoriel requis dans les pays. Ils ont souligné le besoin d'une approche et d'une coordination intersectorielle, en particulier en ce qui concernait la ligne stratégique 1.

106. Plusieurs changements au plan et à la résolution proposée contenue dans le document CE154/14 ont été suggérés pour donner un ton plus positif au langage, renforcer le message ou clarifier certains des concepts utilisés. En particulier, ils suggéraient que le plan devrait mentionner davantage les expériences réussies et les bonnes pratiques dans les pays de la Région et qu'un réseau pour l'échange des expériences sur le handicap et la réadaptation soit établi. Ils ont également suggéré qu'il faudrait un plus grand nombre d'indicateurs afin de permettre une évaluation complète du niveau de réalisation des objectifs proposés. L'inclusion d'indicateurs se rapportant à des résultats en santé améliorés pour les personnes handicapées était considéré comme spécialement importante.

107. Il a été suggéré qu'il serait souhaitable d'inclure dans le plan d'action une liste de causes possibles d'incapacités et d'identifier celles auxquelles il faudrait accorder la priorité, soit en raison de la plus grande vulnérabilité dont elles étaient la cause, soit parce que les interventions contre elles étaient particulièrement efficaces par rapport au coût. Il était également important de reconnaître le travail accompli au moyen de réseaux et de promouvoir le travail des centres collaborateurs de l'OPS/OMS. Plusieurs délégués ont indiqué qu'ils soumettraient par écrit des changements suggérés supplémentaires au Bureau.

108. Ils ont noté que certaines des données de référence présentées étaient inexactes, telles que dans l'indicateur 1.1.1, qui affirmait qu'aucun pays n'avait mis en œuvre des

plans appropriés pour l'incapacité et la réadaptation. Il a été suggéré que l'indicateur 3.2.1 devrait en plus demander que les données soient désagrégées par type d'incapacité.

109. Un délégué a observé que des pays comme le sien qui avaient signé mais non ratifié la Convention des droits des personnes handicapées pourraient considérer problématique de mettre en œuvre certains aspects du plan et a suggéré qu'il conviendrait de préciser que ces pays étaient encouragés à appliquer les principes contenus dans la Convention.

110. Le Dr Hennis a indiqué que le Bureau appréciait pleinement l'intérêt des États Membres pour ce thème et qu'il examinerait soigneusement et incorporerait si possible toutes les suggestions faites, en particulier celles sur le langage et les indicateurs.

111. La Directrice a convenu qu'il était important d'assurer que les indicateurs du plan étaient cohérents, en particulier ceux qui se rapportaient aux résultats et aux effets sur les vies des personnes qui vivaient avec des handicaps. Le Bureau travaillerait avec les États Membres pour identifier des indicateurs plus sensibles.

112. Le Comité exécutif a adopté la résolution CE154.R5, recommandant que le Conseil directeur approuve le plan d'action.

Plan d'action sur la santé mentale (document CE154/15)

113. Le Dr Anselm Hennis (Directeur du Département des maladies non transmissibles et de la santé mentale du BSP) a présenté le plan d'action proposé, notant qu'il couvrirait la période de six ans 2015-2020 et servirait à actualiser le plan d'action pour la santé mentale adopté en 2009 par le 49^e Conseil directeur⁵ et pour l'aligner sur le Plan stratégique de l'OPS 2014-2019 et le plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020 approuvé par la soixante-sixième Assemblée mondiale de la Santé.⁶ Le plan d'action soulignait le besoin d'une approche globale de la santé qui reconnaissait le lien entre santé physique et santé mentale. Il s'efforçait d'agir sur l'écart de traitement entre patients souffrant de troubles mentaux, qui était supérieur à 70% dans certains pays en raison des ressources insuffisantes et distribuées inégalement, aggravé par la stigmatisation et la discrimination apparentées aux problèmes de santé mentale.

114. Les quatre lignes d'action principales du plan étaient : l'élaboration et la mise en œuvre de politiques, plans et lois sur la santé mentale, l'amélioration de la capacité de réponse des services de santé mentale, la préparation et la mise en œuvre de programmes de promotion et de prévention en matière de santé mentale ainsi que d'abus d'alcool et de substances psychoactives et le renforcement des systèmes d'information, des données scientifiques et de la recherche dans le domaine de la santé mentale. Au vu des situations sensiblement différentes qui existaient entre les pays de la Région, et même au sein d'entre eux, la mise en œuvre du plan devait être flexible et les résultats attendus et les

⁵ Voir le document CD49/11 et la résolution CD49.R17 (2009).

⁶ Résolution WHA66.8 (2013).

indicateurs devraient être ajustés le cas échéant au contexte social et culturel de chaque pays.

115. Lors d'un processus de consultation mené en janvier et février 2014, le plan avait été reçu favorablement par les examinateurs qui comportaient des représentants des États Membres, des groupes d'experts, des centres collaborateurs de l'OPS/OMS et des institutions académiques et organisations non gouvernementales. Un grand nombre des commentaires et suggestions reçus avait été incorporé dans le document CE154/15.

116. Le Comité exécutif a exprimé son soutien global à la vision et aux lignes d'action du plan. Toutefois, il a suggéré que certains thèmes méritaient une plus grande attention ou des discussions plus détaillées. Un de ces thèmes mentionné par plusieurs délégués était la réadaptation et la réintégration sociale, pour lesquelles il n'y avait pas d'indicateurs contenus dans le plan. Il considérait que la prévention, le diagnostic ponctuel et l'intégration des services de santé mentale dans les soins de santé primaires devaient également être mis en relief et qu'il convenait de préciser que tous les aspects du plan s'appliquaient à toute la gamme des problèmes de santé mentale, y compris l'usage de l'alcool et de substances psychoactives. Plusieurs délégués ont indiqué qu'ils soumettraient des révisions textuelles supplémentaires par écrit au Bureau.

117. De même, la résolution proposée figurant dans le document CE154/15 était généralement appuyée, certains amendements ayant été offerts. Un délégué a suggéré que l'expression « patients en ambulatoire » ne soit pas utilisée au paragraphe 2(e), du fait qu'elle avait une connotation de traitement médical contrairement aux services de santé mentale communautaires. De plus, il était jugé important de stipuler expressément que les États Membres avaient la flexibilité de mettre en œuvre des activités qui étaient appropriées à leur contexte national.

118. Le Dr Hennis a remercié le Comité de son appui au plan et a assuré les délégués que leurs suggestions avaient été notées et seraient prises en compte dans la révision du document.

119. La résolution proposée sur ce point (contenue à l'annexe A du document CE154/15) a été amendée pour incorporer les commentaires de la discussion du Comité ou soumis par écrit et a été adoptée comme résolution CE154.R12.

Plan d'action pour la prévention de l'obésité chez les enfants et les adolescents (document CE154/16, Rév. 1)

120. Le Dr Chessa Lutter (Conseillère régionale en alimentation et nutrition au BSP), introduisant le plan d'action, a noté que la prévalence de la surcharge pondérale et de l'obésité était plus élevée dans les Amériques que dans toute autre Région de l'OMS, et que les taux entre enfants et adolescents augmentaient rapidement. L'obésité dans l'enfance et l'adolescence pouvait avoir un impact énorme sur la santé mentale et physique, tant pendant cette période que plus tard dans la vie. L'obésité réduisait également la productivité et compromettait le développement économique, et le coût de

son traitement était élevé et insoutenable. Le problème était aggravé par un environnement obésogène qui encourageait une consommation élevée de collations (*snacks*), d'aliments de restauration rapide à forte teneur énergétique et peu nutritifs et de boissons sucrées et qui décourageait l'activité physique.

121. Il était temps que l'OPS joue un rôle de premier plan en ce qui concerne ce problème en unifiant les efforts nationaux actuels et futurs en une réponse régionale cohérente et systématique, en fournissant un soutien politique et une coopération technique aux États Membres et en encourageant des politiques et des programmes étayés par des données probantes. Le plan d'action quinquennal proposé était destiné à mettre fin à l'épidémie d'obésité aux taux actuels. Il s'agissait d'un plan de santé publique avec une approche de cycle de vie qui était axée sur la protection, la prévention et l'amélioration de l'environnement. Le plan était lié directement au plan d'action de l'OPS pour la prévention et la lutte contre les maladies transmissibles⁷ et son Plan stratégique 2014-2019 et à la stratégie proposée sur la législation en santé (voir paragraphes 163 à 176 ci-dessous).

122. En approuvant le plan, les pays accepteraient la responsabilité de la réalisation d'un nombre d'objectifs, tels que la mise en œuvre de programmes d'alimentation préscolaire et scolaire conformément aux directives proposées par l'OPS, le développement et la mise en œuvre de stratégies d'éducation pour appuyer les nouvelles politiques alimentaires des écoles, et comprenant l'activité physique journalière dans les activités scolaires. Le Bureau appuierait les pays à réaliser les objectifs, à travers, par exemple, la coopération technique pour l'adoption d'indicateurs de l'obésité et des directives régionales pour la teneur en sel, sucre, et graisses dans les aliments et les boissons, le développement de directives pour les programmes d'alimentation préscolaire et scolaire et pour les aliments et les boissons vendus dans les écoles, le maintien d'une base de données actualisée sur les tendances nutritionnelles et le suivi des activités relatives à la mise en œuvre des politiques, des lois et des programmes.

123. Le Comité exécutif a reconnu la gravité du problème de la surcharge pondérale et de l'obésité chez les enfants et les adolescents et a accueilli favorablement l'attention que l'OPS y portait. Le besoin d'une action urgente était reconnu, mais une approche progressive était considérée nécessaire afin de permettre la mise en œuvre à un rythme raisonnable. Une approche intersectorielle intégrée était également jugée essentielle, du fait que nombre des actions requises – en particulier en ce qui concernait les mesures législatives et réglementaires – ne relevaient pas directement du secteur de la santé. Il a noté que les politiques et les approches des États Membres seraient façonnées par leurs contextes nationaux et a souligné l'importance de la flexibilité et de l'adaptabilité et qu'il était crucial que les pays établissent des priorités eux-mêmes. Le besoin d'un équilibre dans le plan a été noté, y compris un équilibre entre nourriture saine et activité physique et équilibre entre les interventions pangouvernementales qui étaient internes aux gouvernements et une approche intégrée de toute la société faisant intervenir de multiples

⁷ Voir le document CD 52/7, Rév. 1 et la résolution CD52. R9 (2013).

parties prenantes et secteurs. Le lien entre ce plan et le plan d'action proposé sur la santé dans toutes les politiques avait été noté (voir paragraphes 134 à 145 ci-dessous).

124. Il a été souligné que le plan devait être aligné sur les plans et initiatives mondiaux et régionaux apparentés, y compris ceux sur les maladies non transmissibles et la nutrition maternelle, du nourrisson et du jeune enfant. L'alignement des indicateurs du plan et des mesures et rapports sur des cadres mondiaux et régionaux existants était également considéré important afin de réduire les exigences en matière de rapports pour les États Membres. Il a été noté que le plan devait également être suffisamment flexible pour la mise en œuvre des recommandations d'un groupe de travail ad hoc sur la science et les données probantes pour mettre fin à l'obésité de l'enfant, qui avait été convoqué par le Directeur général de l'OMS dans le but d'établir un consensus mondial sur les données probantes et de recueillir les meilleurs conseils possibles pour régler la crise de l'obésité de l'enfance.

125. Les efforts de divers pays pour réglementer la publicité et la commercialisation des boissons sucrées et les aliments riches en calories ont été applaudis, mais les délégués ont noté que ces efforts étaient sapés dans certains cas par des intérêts commerciaux sans scrupules, et ils ont souligné le besoin de combattre des influences négatives. Ils ont attiré l'attention sur les problèmes réglementaires particuliers auxquels se heurtaient les pays des îles Caraïbes qui importaient une grande partie de leurs aliments.

126. Plusieurs suggestions ont été faites pour l'amélioration du plan et de la résolution proposés contenus dans le document CE154/16. Il a été suggéré par exemple que le nombre d'indicateurs devrait être réduit. Il a également été suggéré que le plan devrait inclure un domaine d'action stratégique portant sur les soins de santé ajustés aux besoins spécifiques de la population infantile et adolescente, avec une attention particulière à l'âge, l'état nutritionnel et l'existence de comorbidités. L'addition d'un domaine d'action stratégique visant à renforcer les compétences parentales était jugé souhaitable étant donné que les parents étaient un facteur majeur qui déterminait la santé et les habitudes alimentaires de l'enfance et de l'adolescence.

127. En ce qui concernait l'objectif 2.1, il a été demandé des précisions sur les directives de l'OPS relatives aux programmes alimentaires préscolaires et scolaires. Il a été suggéré que l'objectif 2.3 serait plus clair s'il était reformulé de la manière suivante : « pour développer et mettre en œuvre des stratégies ou des programmes pédagogiques compatibles avec des politiques d'alimentation scolaire améliorées ». Il a été considéré que l'indicateur 2.4.1 devrait spécifier que la population ciblée pour l'action envisagée était les enfants et les adolescents jusqu'à la dernière année du secondaire ou l'équivalent. Pour ce qui était de l'objectif 4.1, il a été suggéré que des références devraient être faites aux types de parties prenantes multisectorielles dont l'engagement serait acceptable aux fins du plan. En ce qui concernait la résolution proposée, il a été suggéré que le besoin d'une collaboration intersectorielle devrait être précisé et en référence au paragraphe 2(d) il a été remarqué que toutes les traditions culinaires locales n'étaient pas souhaitables du point de vue de la santé. De même, en relation au paragraphe 3(a), il a été noté que toutes

les agences internationales n'employaient pas des pratiques propices aux changements des cultures et des mentalités requis pour favoriser de bonnes habitudes alimentaires.

128. Plusieurs délégations ont indiqué qu'elles soumettraient des commentaires supplémentaires par écrit. Plusieurs ont également exprimé le point de vue que le Bureau devrait entreprendre d'autres consultations avec les États Membres avant le 53^e Conseil directeur afin d'affiner le plan et ses cibles et indicateurs. Le délégué du Brésil a invité les États Membres à prendre part à une réunion du 21 au 23 juillet 2014 dans son pays, pour discuter des préparatifs de la seconde conférence internationale sur la nutrition qui se tiendrait en novembre 2014.

129. Le Dr Lutter a indiqué que le Bureau se réjouissait de travailler avec les États Membres pour améliorer le plan. Comme l'avaient mentionné plusieurs délégués, les actions intersectorielles étaient fondamentales pour changer l'environnement obésogène, et le Bureau accorderait plus d'attention à ce point dans le plan. La flexibilité et la reconnaissance des réalités des pays étaient également essentielles, et le langage serait inséré dans l'introduction du document pour préciser que les États Membres chercheraient à mettre en œuvre les objectifs du plan selon les besoins dans leurs cadres législatifs nationaux. Afin d'améliorer la flexibilité du plan, le Bureau introduirait également le langage convenu de la Convention cadre de la lutte antitabac et de la série de recommandations de l'OMS sur la commercialisation des aliments et boissons non alcoolisées pour les enfants. De plus, il ajusterait les divers indicateurs comme suggéré par les États Membres et étudierait soigneusement la possibilité de les réduire.

130. La Commission de l'OMS pour mettre fin à l'obésité infantile ne présenterait pas ses résultats avant la fin de 2015. Au vu de l'urgence de cette question, la Directrice considérait qu'il fallait aller de l'avant et ne pas attendre les recommandations de la Commission. Elle avait par conséquent formé un groupe de travail interprogrammatique en juillet 2013 pour développer un plan d'action régional. Son objectif était conforme au plan de mise en œuvre complet sur la nutrition maternelle, infantile et du jeune enfant de l'OMS⁸ et au plan d'action mondial pour la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles,⁹ ainsi qu'aux indicateurs du Plan stratégique de l'OPS 2014-2019. Au cours de la première année d'approbation du plan d'action régional, le Bureau convoquerait un groupe d'experts techniques pour formuler des directives régionales sur les programmes alimentaires scolaires et autres questions, en s'inspirant des politiques et recommandations déjà en place dans certains pays de la Région.

131. Gardant à l'esprit les ressources financières limitées de l'Organisation, le Bureau chercherait des opportunités pour inclure la discussion du plan d'action dans des réunions régionales programmées sur la nutrition. De plus, le groupe interprogrammatique qui avait formulé le plan était disponible pour des vidéoconférences ou des consultations téléphoniques avec les États Membres.

⁸ Voir résolution WHA65.6 (2012).

⁹ Voir résolution WHA66.10 (2013).

132. La Directrice a indiqué qu'il était clair que les États Membres étaient concernés par l'épidémie d'obésité infantile se produisant dans la Région. Elle avait écouté avec beaucoup d'attention les commentaires concernant le besoin de conformité et d'alignement des indicateurs du plan sur ceux du Plan stratégique et avait également noté le besoin de prêter attention à des indicateurs de résultat plus spécifiques. Ces commentaires seraient pris en compte dans la révision du plan avant le Conseil directeur.

133. La résolution proposée contenue dans le document CE154/16 a été révisée pour incorporer les commentaires et suggestions faits au cours de la discussion et a été adoptée par le Comité comme résolution CE154.R2, étant entendu que le plan d'action serait révisé en consultation avec les États Membres avant le 53^e Conseil directeur.

Plan d'action sur la santé dans toutes les politiques (document CE154/17)

134. Le Dr Luiz Augusto Galvão (Gérant du Département du Développement durable et de l'équité en santé du BSP) a présenté le contexte sur le développement et l'évolution du concept de santé dans toutes les politiques, notant qu'il était considéré comme un outil clé pour appliquer la déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé, adoptée en 2011 à la conférence mondiale sur les déterminants sociaux de la santé. C'était également une des stratégies identifiées dans le cadre du Plan stratégique de l'OPS 2014-2019 pour agir sur les déterminants sociaux, économiques et environnementaux et la santé et promouvoir le bien-être durable de la population. Une approche de santé dans toutes les politiques était vitale pour trouver un terrain d'entente conjoint entre le secteur de la santé et d'autres secteurs afin d'établir des programmes partagés et des partenariats robustes.

135. Le plan d'action proposé avait été établi en réponse à une recommandation qui avait émergé d'une consultation régionale tenue en préparation de la 8^e conférence mondiale sur la promotion de la santé qui avait porté sur la façon dont l'approche de santé dans toutes les politiques devait être mise en œuvre. Elle était pleinement alignée sur le cadre de santé dans toutes les politiques pour action des pays qui avait émergé de la conférence mondiale, qui à son tour s'était inspirée des expériences de plusieurs pays de la Région qui avaient mis en œuvre la santé dans toutes les politiques. Le plan aiderait à générer des données probantes sur la santé dans toutes les politiques aux fins de plaider de haut niveau, à promouvoir l'usage d'études de cas régionales pour continuer d'intensifier la démarche de la santé dans toutes les politiques, à renforcer la capacité dans les pays en utilisant le cours sur la santé dans toutes les politiques élaboré par plusieurs centres collaborateurs de l'OMS, à affiner la méthodologie d'évaluation d'impact sur la santé, à encourager la mise en œuvre de la santé dans toutes les politiques à travers les municipalités régionales saines et les réseaux d'écoles saines, à suivre les progrès des pays et à renforcer la collaboration Sud-Sud et Nord-Sud sur la santé dans toutes les politiques.

136. Un défi clé du développement du plan avait été la définition des indicateurs, car les pays avaient des expériences différentes dans la mise en œuvre et la mesure de l'impact de la santé dans toutes les politiques. Sur la base des contributions reçues des

consultations régionales, un maximum de deux indicateurs régionaux avait été identifié pour chaque objectif du plan. Il était entendu que les États Membres choisiraient les indicateurs qui correspondaient le mieux à leurs contextes spécifiques.

137. Dans la discussion qui a suivi, les membres du Comité ont fait part de leur soutien au plan d'action, plusieurs d'entre eux remarquant qu'il était conforme aux approches intersectorielles que leurs pays poursuivaient afin d'agir sur les déterminants sociaux de la santé et réduire les inégalités en santé et sociales. Le plan était considéré comme une ressource utile pour guider les pays dans la mise en œuvre d'une approche de santé dans toutes les politiques. Toutefois, le plan n'était pas considéré prêt pour être adopté par le Conseil directeur, et de nombreuses suggestions pour son amélioration avaient été faites, y compris des changements visant à rendre le langage du plan moins prescriptif et plus flexible et à préciser que chaque État Membre adapterait le plan à son propre contexte et à ses systèmes politiques et sociaux.

138. Il était jugé nécessaire de clarifier certains des concepts compris dans le plan, dont la définition et la portée de la santé dans toutes les politiques. Il a été suggéré que le document aille plus loin sur ce que signifiait exactement une approche de santé dans toutes les politiques et sur la façon dont cette approche serait reflétée dans les politiques, les plans et les programmes. Il a été suggéré également que le document comporte un glossaire de concepts et de termes clés.

139. L'accent mis par le plan sur l'importance de l'action intersectorielle avait été bien accueilli, mais un délégué estimait qu'il était trop lourdement axé sur l'interaction entre secteurs et institutions gouvernementales. Il a souligné le besoin également d'encourager la participation constructive de la société civile dans les débats de politique publique et d'accorder une plus grande importance aux stratégies destinées à produire les changements sociaux requis afin d'éliminer les inégalités en santé, y compris la démocratisation du flux d'information et le renforcement de la capacité au niveau communautaire. Une autre déléguée a souligné l'importance de la diplomatie en santé dans la promotion de la collaboration intersectorielle sur les déterminants de la santé tels que l'eau et l'assainissement, la sécurité sanitaire des aliments et la sécurité alimentaire, la qualité de l'air et autres. Plusieurs délégués ont également noté le besoin de renforcer l'interaction avec d'autres secteurs dans la discussion du programme de développement pour l'après-2015 et d'incorporer une approche de santé dans toutes les politiques dans ce programme.

140. Il a été considéré que le plan devrait préciser les rôles de l'OPS, qui devraient comprendre la facilitation des échanges d'information et la collecte et la diffusion de données probantes, les bonnes pratiques et les enseignements tirés. Il a été noté à cet égard que les données probantes sur l'impact des politiques sur la santé et les déterminants de la santé étaient essentielles afin d'identifier les domaines prioritaires d'intervention à travers une approche de santé dans toutes les politiques.

141. Un nombre de suggestions a été fait concernant les objectifs et les indicateurs du plan. Plusieurs délégués ont suggéré que des critères devraient être établis pour accorder

un ordre de priorité aux objectifs, que le nombre d'indicateurs devrait être réduit afin de diminuer le fardeau des exigences de rapports sur les pays et que les indicateurs de performance pour le plan d'action devraient se limiter aux indicateurs pertinents identifiés dans le Plan stratégique 2014-2019. Il a également été suggéré que la formulation des objectifs et des indicateurs devrait être plus étroitement alignée sur celle du cadre de santé dans toutes les politiques pour l'action des pays. Plusieurs délégués ont indiqué qu'ils soumettraient des suggestions supplémentaires par écrit en ce qui concernait des indicateurs spécifiques et d'autres aspects du plan d'action.

142. Au vu des nombreuses modifications suggérées au plan d'action et à la résolution proposée contenue dans le document CE154/17, le Comité a décidé de demander au groupe de travail formé pour réviser la stratégie et la résolution proposées sur la couverture sanitaire universelle (voir paragraphe 84 ci-dessus) de réviser également le plan d'action et la résolution proposés sur la santé dans toutes les politiques.

143. Le Dr Galvão a indiqué que le Bureau continuerait à travailler avec les États Membres pour affiner le plan d'action, en particulier les indicateurs, avant le 53^e Conseil directeur et qu'il ferait tout son possible pour faciliter le suivi et les rapports sur les indicateurs pour les États Membres. En ce qui concernait la portée de l'approche de santé dans toutes les politiques, il a précisé que le cadre pour l'action intersectorielle envisagée avait été fourni par la déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé et par la déclaration d'Helsinki sur la santé dans toutes les politiques, adoptée à la 8^e conférence mondiale sur la promotion de la santé. Il a souligné que le but global du plan d'action sur la santé dans toutes les politiques et des stratégies sur la couverture sanitaire universelle et la législation en santé était d'améliorer la santé et le bien-être de la population de la Région..

144. La Directrice a déclaré qu'alors que l'importance de la santé dans toutes les politiques était reconnue dans toutes les régions, la Région des Amériques était celle qui avait défendu la cause des déterminants sociaux et environnementaux de la santé au niveau mondial. La Région avait promu des approches multisectorielles depuis les années 1970, bien que peu de progrès aient été accomplis dans l'interaction avec d'autres secteurs de façon à aboutir à des impacts considérables sur la santé. L'approche de santé dans toutes les politiques constituerait un aspect important du travail à entreprendre en agissant sur les déterminants de la santé au titre du Plan stratégique 2014-2019.

145. Le Comité a adopté la résolution CE154.R14, qui comportait de nombreux amendements introduits par le groupe de travail. Il a été convenu que les consultations se poursuivraient au cours de la période précédant le 53^e Conseil directeur et que le Bureau réviserait le plan d'action sur la base des contributions reçues des États Membres.

Plan d'action pour la prévention de la cécité et des déficiences visuelles (document CE154/18)

146. Le Dr Juan Carlos Silva (Conseiller régional en soins oculaires et prévention de la cécité au BSP) a noté que le plan d'action proposé pour 2014-2019 au Comité était le

résultat d'un atelier régional tenu à Quito, en Équateur, en avril 2013, auquel la plupart des États Membres de l'OPS avaient participé. Le plan concordait avec les objectifs du plan d'action mondial adopté par l'Assemblée mondiale de la Santé en 2013¹⁰ et l'initiative de Vision 2020 de l'OMS et de l'Agence internationale pour la prévention de la cécité, et il faisait avancer les objectifs du plan d'action de l'OPS pour la prévention de la cécité évitable et des déficiences visuelles,¹¹ adopté en 2009. Au cours des cinq dernières années, les études ont observé une augmentation de la couverture et de l'accès aux services ophtalmiques et une réduction dans la prévalence de la cécité. Toutefois, selon les estimations, 26 millions de personnes souffraient encore de déficiences visuelles, dont trois millions étaient aveugles. Tous les segments de la population, des enfants prématurés aux personnes âgées, étaient potentiellement affectés par le groupe de maladies qui provoquait la cécité et les déficiences visuelles, dont de nombreuses étaient évitables ou guérissables.

147. Le plan d'action 2014-2019 mettait en relief le besoin de continuer à produire l'information épidémiologique à travers des enquêtes de population sur la prévalence de maladies oculaires spécifiques, la couverture et la qualité des services et les obstacles à l'accès. Ces études ont montré que les services ophtalmologiques publics étaient faibles dans toute la Région. La décentralisation des services était également requise pour apporter les soins dans les zones rurales et les petites villes où la cécité et les déficiences visuelles étaient les plus répandues. D'autres objectifs du plan proposé incluaient la prévention de la rétinopathie parmi les enfants prématurés par l'amélioration de la qualité des soins prodigués dans les unités de soins intensifs néonataux, le développement de programmes efficaces pour fournir des verres correcteurs aux enfants scolarisés et la prestation de services de réhabilitation et de formation aux personnes ayant une faible vision fonctionnelle.

148. Le Comité a exprimé son soutien général pour le plan et la résolution proposés contenus dans le document CE154/18. Toutefois, il a suggéré que la résolution reconnaisse le contexte national dans lequel chaque **État Membre** devait agir, du fait que la responsabilité pour la prestation des soins de santé ne résidait pas toujours au niveau national. L'OPS était priée instamment d'éviter de créer des exigences supplémentaires de rapports pour les États Membres en d'utiliser les indicateurs évalués dans le Plan stratégique 2014-2019 et le plan d'action mondial de l'OMS. Les délégués ont mis en relief les problèmes de couverture inadéquate des opérations de la cataracte, des longs temps d'attente et des retards qui en résultaient pour le diagnostic et le traitement pour les patients nécessitant des soins spécialisés, et les niveaux élevés de faible vision fonctionnelle parmi les personnes âgées, ce dernier point constituant une préoccupation importante dans les Caraïbes. Il était recommandé que le plan spécifie les âges des écoliers devant être ciblés par les programmes scolaires de santé oculaire et il a été suggéré que le plan pourrait bénéficier de l'inclusion de stratégies visant à agir sur la dégénérescence maculaire liée à l'âge et à apprendre davantage sur l'épidémiologie, la surveillance et la prévention des complications oculaires liées à l'usage des verres de

¹⁰ Voir document de l'OMS A66/11 (2013).

¹¹ Voir document CD49/19 et résolution CD49.R11 (2009).

contact. Il a été demandé plus d'information sur la façon dont le plan serait financé ; il a été considéré qu'une partie du financement disponible au niveau mondial pour la prévention de la cécité et des déficiences visuelles devrait être mise à la disposition de la Région.

149. Le Dr Silva a répondu qu'une équipe d'organisations internationales aidait au financement du plan et que par conséquent son financement ne dépendait pas seulement des fonds ordinaires de l'OPS. Précisant la relation du plan de l'OPS avec le plan d'action mondial de l'OMS, il a expliqué que dans les Amériques l'accent était mis davantage sur la maîtrise de certaines maladies (rétinopathie des prématurés, rétinopathie diabétique, glaucome), alors que le plan de l'OMS était davantage orienté vers le renforcement des systèmes de santé. La dégénérescence maculaire liée à l'âge n'était pas couverte dans le plan parce qu'il n'y avait pas actuellement de traitement efficace de cette condition et que par conséquent elle n'était pas soumise à des interventions de santé publique; toutefois sa prévalence continuerait à être suivie. Il a reconnu que la Région se heurtait à des défis dans trois domaines importants : le faible nombre d'opérations de la cataracte assurées par des services ophtalmologiques publics, l'inefficacité des programmes qui fournissaient des lunettes aux écoliers et l'absence de réhabilitation et de formation pour les patients ayant une faible vision fonctionnelle. Les solutions impliquaient respectivement la prestation de formation en matière d'opération de la cataracte et le suivi des résultats en matière de contrôle de la vision, l'usage de critères améliorés pour sélectionner les enfants recevant des lunettes et le suivi pour assurer qu'ils les utilisaient, et l'inclusion de la faible vision fonctionnelle en tant que catégorie de diagnostic dans la prochaine 11^e édition de la Classification internationale des maladies (CIM-11) de sorte que les patients ayant reçu ce diagnostic soient aiguillés vers des services additionnels.

150. La Directrice a observé qu'un changement de tactique était requis pour réduire la prévalence des déficiences visuelles dans la Région. Les pays devraient s'efforcer d'assurer la décentralisation de services préventifs et cliniques et leur incorporation dans le premier niveau de soins. Les services tels que l'opération de la cataracte pourraient être assurés à un coût beaucoup plus faible dans les installations communautaires que dans les hôpitaux. La coopération technique entre les pays permettrait que les leçons soient partagées par les pays qui avaient décentralisé leurs services avec succès. Les services préventifs devraient utiliser les programmes sanitaires scolaires pour identifier les enfants souffrant de déficiences visuelles et les encourager à porter des lunettes.

151. La résolution proposée contenue dans le document CE154/18 a été amendée pour tenir compte des suggestions faites au cours de la discussion du Comité et a été adoptée comme résolution CE154.R9.

Plan d'action pour la coordination de l'assistance humanitaire (document CE154/19)

152. Le Dr Ciro Ugarte (Directeur par intérim du Département des Préparatifs aux urgences et secours en cas de catastrophe du BSP) a présenté le plan d'action proposé, notant qu'outre leur impact majeur sur le bien-être physique, mental et social des

populations affectées, les catastrophes accentuaient également les inégalités et les iniquités existantes, en particulier parmi les femmes, les personnes âgées et les personnes handicapées ou vivant dans des situations vulnérables. Grâce à l'engagement et au dur travail des États Membres dans la préparation aux catastrophes, la plupart des pays des Amériques avaient maintenant la capacité de répondre à des urgences ou catastrophes d'échelle modérée en utilisant leurs propres ressources humaines et matérielles. Les efforts des États Membres avaient également contribué à l'établissement du centre des opérations d'urgence au siège de l'OPS. Toutefois, lorsque des événements de plus grande ampleur se produisaient, l'assistance internationale continuait à être nécessaire pour soutenir les efforts des pays affectés.

153. L'objectif du plan d'action proposé était de renforcer la capacité des États Membres pour coordonner la réception et la fourniture de l'assistance humanitaire internationale. Le plan agirait sur trois domaines stratégiques, décrits en détail dans le document. Il contribuerait également à la réalisation des objectifs d'impact I et IX du Plan stratégique de l'OPS 2014-2019. Le suivi et l'évaluation du plan seraient conformes au cadre de gestion fondée sur les résultats de l'Organisation.

154. Le Comité exécutif a bien accueilli le plan d'action proposé, considérant que ses objectifs étaient extrêmement pertinents étant donné la vulnérabilité élevée de certains groupes et les conséquences imputables au changement climatique. Les délégués considéraient que les activités envisagées au titre du plan aideraient les autorités locales à coordonner efficacement la fourniture d'assistance afin de réduire le double emploi et d'assurer que l'aide atteignait les populations affectées. Le plan contribuerait également à la tâche essentielle consistant à renforcer et élargir les partenariats stratégiques pour la coopération internationale en fournissant une assistance humanitaire en santé rapide et efficace.

155. Les délégués ont bien accueilli le fait que le plan d'action s'inspirait des progrès majeurs accomplis par le Bureau et les États Membres en développant leurs capacités pour la prévention et la réponse aux catastrophes et ont souligné le besoin d'aligner les nouveaux processus et mécanismes de coordination du plan sur les systèmes nationaux de gestion des urgences déjà en place et sur le système de réponse humanitaire internationale. Soulignant que le plan d'action était volontaire et ne réussirait pas s'il cherchait à imposer une action obligatoire, certains membres du Comité ont indiqué qu'il fallait se garder de donner l'impression que les cibles citées étaient contraignantes pour les États.

156. Il a été suggéré que le plan d'action devrait avoir un aspect à la fois préventif et de réponse. Une approche préventive réduirait l'impact futur des catastrophes avant même qu'elles ne se produisent, et comprendrait des caractéristiques telles que le renforcement des systèmes nationaux de protection civile, l'expansion de la stratégie sur les hôpitaux sains, et la formation des équipes de santé pour réduire, de manière ludique, l'impact mental des catastrophes sur les enfants.

157. Plusieurs délégués ont suggéré que les références aux « équipes médicales » dans le plan et la résolution proposés contenus dans le document CE154/19 soient changées en « équipes sanitaires » pour tenir compte de l'approche multidisciplinaire requise. Ils ont également suggéré que ces équipes soient formées aux normes internationales, y compris celles du Projet Sphère. Ils considéraient important d'identifier une source de financement pour les voyages des professionnels composant les équipes internationales, et d'assurer qu'ils avaient une assurance maladie et une assurance vie, du fait qu'ils se rendraient dans des zones à risque. Ils considéraient également important d'établir une responsabilisation pour ces équipes.

158. Des informations supplémentaires ont été demandées sur le mécanisme flexible qui était proposé pour enregistrer les équipes médicales étrangères, et sur les objectifs de cet enregistrement. Il a également été demandé d'autres informations sur l'établissement du réseau de santé pour les urgences et les catastrophes dans les Amériques, en particulier s'il y avait déjà un concept concernant les rôles et les responsabilités des membres du réseau ou si cette question serait réglée après l'établissement du réseau. Il a été suggéré qu'une évaluation du réseau devrait être prévue afin d'identifier les enseignements tirés durant une véritable situation d'urgence. Il a également été suggéré que le plan d'action pourrait être mis en œuvre initialement sous la forme d'un projet pilote, impliquant un nombre limité d'États Membres intéressés pour tester et valider les actions proposées et les trois domaines stratégiques.

159. Il a été noté qu'alors que l'annexe B du document CE154/19 stipulait qu'aucune autre personne ne serait requise pour mettre en œuvre la résolution proposée, elle indiquait également qu'un coordinateur logistique serait recruté. Des précisions ont été demandées sur le rôle de cette personne. Spécifiquement, il a été demandé si un aspect de son travail serait de coordonner avec le travail du Bureau des Nations Unies pour la coordination des affaires humanitaires (OCHA). Il a également été remarqué que depuis que ce thème avait été discuté en 2012 par la 28^e Conférence sanitaire panaméricaine¹² les coûts estimés avaient augmenté d'environ \$30 000 par an. Il a été demandé au Bureau d'expliquer l'augmentation et d'indiquer la façon dont le financement volontaire requis serait mobilisé et quelles étaient les mesures d'urgence en place au cas où le financement adéquat ne pouvait pas être mobilisé.

160. Le Dr Ugarte s'est réjoui du niveau de soutien et d'accord exprimé par les États Membres. Faisant référence aux observations relatives aux équipes médicales étrangères, il a expliqué que le but était d'assurer que les professionnels médicaux intervenant dans la réponse aux catastrophes respectaient certaines normes de soins médicaux. À présent, il n'y avait pas de normes communes de soins applicables à ce personnel, même si le travail sur ce concept était en progrès au niveau mondial. Il a également expliqué que tout le personnel mobilisé par l'Organisation pour répondre à une catastrophe était couvert par une assurance maladie et accident et que la garantie de cette couverture ferait partie du mécanisme d'enregistrement à être développé dans le cadre du plan d'action.

¹² Voir document CSP28/13 et résolution CSP28.R19 (2012).

161. La Directrice a souligné l'importance du plan d'action pour la Région. Avec le changement climatique, on pouvait s'attendre à ce que les catastrophes et les urgences deviennent plus fréquentes et plus sévères. Ces événements mettaient les ressources en grande difficulté, en particulier dans le cas des îles des Caraïbes, certains pays d'Amérique centrale et tous les pays prioritaires. Cette situation justifiait l'établissement de partenariats et de réseaux entre les pays de la Région, ainsi que le renforcement de la capacité de l'Organisation à travailler avec d'autres organismes intervenant dans l'assistance humanitaire. L'accent devait être mis sur le renforcement de la capacité au niveau national et, en particulier, au niveau local, du fait que les personnes locales seraient les premières sur la scène de la catastrophe. Notant que l'OPS avait envoyé des équipes pour fournir assistance au lendemain du typhon Haiyan aux Philippines, elle a indiqué que l'Organisation était prête à fournir assistance au niveau régional, national ou local, partout où elle était nécessaire.

162. La résolution proposée contenue dans le document CE154/19 a été amendée pour tenir compte des observations et suggestion faites au cours de la discussion du Comité et elle a été adoptée comme résolution CE154.R11.

Stratégie en matière de législation sur la santé (document CE154/20, Rév. 1)

163. Le Dr Heidi Jiménez (Conseillère juridique du BSP), en présentant le document CE154/20, Rév. 1, a rappelé que le droit à la santé avait été conçu et convenu comme un principe international fondamental en 1946 dans la Constitution de l'OMS, qui reconnaissait que « la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain ». Depuis lors de nombreux pays avaient ratifié les traités et instruments internationaux qui reconnaissaient le droit à la santé, qui était également ancré dans les constitutions de 19 États Membres de l'OPS.

164. Au cours des années, les Organes directeurs de l'OPS avaient adopté de nombreuses résolutions qui appelaient les États Membres à formuler, mettre en œuvre, réviser et/ou réformer les lois et les réglementations relatives à diverses questions de santé publique. Le Plan stratégique 2014-2019 avait également préconisé l'usage de cadres juridiques et réglementaires en tant que mécanismes clés pour agir sur une série de questions, y compris les maladies non transmissibles, les déterminants sociaux de la santé et la couverture sanitaire universelle. Alors que les Organes directeurs avaient établi des directives techniques et des principes généraux sur la formulation et la réforme de lois nationales relatives aux questions de santé, ils n'avaient pas identifié spécifiquement la façon dont le Bureau pourrait mieux appuyer les États Membres à cette fin, et il était par conséquent jugé important d'établir des lignes d'action spécifiques dans un seul document technique avec une résolution à l'appui.

165. La stratégie proposée regroupait les divers mandats sur la législation sur la santé apparaissant dans les résolutions adoptées par les Organes directeurs au cours des dix dernières années ; elle examinait les catégories de la législation sur la santé et leurs principaux liens aux politiques de santé publique et elle identifiait les tendances et les défis majeurs observés entre 2004 et 2013. Une de ces tendances avait été le nombre

grandissant de demandes émanant des ministères de la santé, des législatures, des tribunaux et des bureaux des droits de l'homme dans les États Membres pour une assistance technique dans la formulation et/ou la réforme de la législation, des règles et de la réglementation en matière de santé.

166. Le document CE154/20, Rév. 1, établissait les valeurs, la vision, le but, les objectifs et les lignes stratégiques proposées de la stratégie. Il comportait six lignes d'action stratégique que les pays pourraient mettre en œuvre selon les besoins dans leurs cadres juridiques nationaux respectifs.

167. Dans la discussion qui a suivi, certains délégués ont exprimé leur soutien ferme à la stratégie et la résolution proposées, qui étaient à leurs yeux pragmatiques et qui permettraient aux États Membres, avec l'appui du Bureau, d'identifier les objectifs et les activités nécessaires pour renforcer leurs lois de façon à garantir l'accès aux soins de santé sans discrimination, d'appuyer l'organisation des services de santé, d'appliquer les principes établis dans le cadre des politiques publiques et de renforcer la collaboration entre le secteur de la santé et d'autres secteurs. Ils estimaient également que les activités envisagées au titre de la stratégie aideraient à protéger le droit à la santé, à appuyer la mise en œuvre d'une approche de santé dans toutes les politiques et à contribuer à la réalisation de la couverture sanitaire universelle. Ils étaient reconnaissants au Bureau du soutien qu'il avait déjà prodigué pour renforcer la législation sur la santé dans les États Membres, notamment dans le domaine de la lutte antitabac.

168. D'autres délégués, tout en appréciant les efforts pour établir un cadre de coopération technique dans le domaine de la législation sur la santé, estimaient que la stratégie était peut-être trop ambitieuse et de grande envergure, avec le potentiel de double emploi des efforts du Bureau dans d'autres domaines. Par exemple, une déléguée a noté un chevauchement important entre certains des objectifs de la stratégie et ceux du plan d'action proposé pour la santé dans toutes les politiques (voir paragraphes 134 à 145 ci-dessus). Plusieurs délégués ont également estimé que le but pratique de la stratégie et les rôles du Bureau n'étaient pas entièrement clairs et certains se demandaient si le Bureau avait actuellement l'expertise et les ressources humaines requises pour fournir le niveau et les types de coopération technique envisagés dans la stratégie.

169. Il a été noté qu'il y avait un manque de convergence entre la stratégie, qui portait sur des actions devant être menées à bien par le Bureau, et la résolution proposée contenue dans le document CE154/20, Rév.1, qui portait essentiellement sur les actions que les États Membres devraient entreprendre afin de réaliser le droit de posséder le meilleur état de santé possible. Il a été considéré que cet exercice dans la définition des droits de l'homme allait au-delà du mandat et des compétences de l'Organisation. Une déléguée a dit que la stratégie déformait le droit à la santé et le confondait inadéquatement avec toutes les lois relatives à la santé publique et d'autres interventions liées à la santé et qu'elle se référait indifféremment à des documents et des traités non contraignants rassemblant des aspirations qui liaient les États parties.

170. Il a été souligné que le Bureau devrait fournir une assistance technique uniquement à la demande des États Membres et conformément à leurs contextes et à leurs besoins ; autrement ceci pourrait être vu comme enfreignant les droits souverains des pays à adopter leurs propres lois et politiques et à choisir de mettre en œuvre ou non les recommandations émanant de l'OPS et de l'OMS. La systématisation de l'information de la législation sur la santé pour faciliter l'échange d'expériences et l'identification des bonnes pratiques était considérée comme un autre rôle important pour le Bureau. Il a été noté que la systématisation des mandats et résolutions des Organes directeurs aiderait à éviter la reproduction de discussions ou la génération de nouveaux mandats sur des thèmes qui avaient déjà été traités.

171. Plusieurs délégués ont souligné le besoin d'efforts portés sur le renforcement de la capacité, en particulier au niveau local, tout en notant que certains pays disposaient déjà d'une capacité suffisante. Ils ont également fait remarquer que l'incapacité à passer des lois visant à promouvoir et protéger la santé était souvent le résultat d'une résistance politique et non du manque de capacité. Ils considéraient que le Bureau devrait privilégier l'appui aux États Membres pour leur permettre de respecter leurs obligations juridiques internationales contraignantes, et d'appliquer les lois et réglementations pertinentes dans le cadre, par exemple, du Règlement sanitaire international (2005) et de la Convention cadre sur la lutte antitabac. Ils ont recommandé de mentionner explicitement cette dernière dans la stratégie. Ils ont également encouragé le Bureau à aider les pays à faire usage des flexibilités disponibles dans l'accord des aspects commerciaux des droits de propriété intellectuelle (TRIPS) afin d'accroître l'accès aux médicaments et autres ressources en santé. Ils considéraient également que l'assistance technique relative aux possibles impacts sur la santé des accords de libre-échange était importante.

172. Un délégué a voulu savoir si le Bureau entendait proposer un plan d'action avec des indicateurs pour mesurer les résultats de la mise en œuvre de la stratégie et a attiré l'attention sur la difficulté croissante que connaissaient les États Membres à répondre aux demandes de données sur les nombreuses stratégies et plans d'action adoptés par les Organes directeurs.

173. À la lumière des préoccupations soulevées au cours de la discussion, plusieurs délégations ont demandé que des consultations intersessionnelles sur la stratégie soient tenues et que le Bureau prenant en compte les contributions reçues, produise alors une stratégie révisée pour l'examen du 53^e Conseil directeur. Le Comité a décidé de former un groupe de travail dans le but d'atteindre un consensus sur une résolution proposée à recommander au Conseil directeur et d'entamer des discussions sur les révisions à la stratégie. El Salvador a offert de présider le groupe de travail. Un nombre de délégations ont indiqué qu'elles soumettraient des commentaires supplémentaires par écrit sur la stratégie et la résolution proposées.

174. Le Dr Jiménez a souligné que le Bureau n'avait nullement l'intention d'enfreindre le droit souverain des États à adopter leurs propres dispositions et cadres juridiques. En fait, la stratégie était fondée sur l'opinion fondamentale que toute action prise par les États Membres dans le domaine juridique devait l'être en accord avec leurs cadres légaux

respectifs et les obligations qu'ils avaient déjà assumées. Elle avait prêté une oreille attentive aux observations et suggestions des États Membres et se réjouissait de travailler avec eux pour atteindre un consensus sur une version révisée de la stratégie devant être soumise au Conseil directeur. Le Bureau incorporerait les divers amendements suggérés, y compris les références aux flexibilités de TRIPS et autres questions de propriété intellectuelle. Il continuerait également à appuyer les États Membres qui ont demandé une assistance pour la formulation et l'application de la législation antitabac. En réponse aux questions concernant la disponibilité de ressources humaines pour mettre la stratégie en œuvre, elle a indiqué qu'en plus de consolider les divers mandats et lignes d'action se rapportant à la législation en matière de santé, au cours de l'année antérieure le BSP avait également consolidé le personnel qui était précédemment dispersé entre divers départements sous un seul domaine technico-juridique. Elle était convaincue que le Bureau disposait des ressources humaines suffisantes pour assurer la coopération technique sur la législation en matière de santé lorsque demandée par les États Membres.

175. La Directrice a affirmé qu'en aucune façon le Bureau ne cherchait à enfreindre les droits ou responsabilités des États Membres et a convenu qu'il était important de préciser les rôles que les États Membres souhaitaient voir jouer par le Bureau en ce qui concernait la législation en matière de santé. Elle a noté que le Bureau avait formulé la stratégie en réponse aux demandes des États Membres, dont nombreux d'entre eux étaient aux prises avec de sérieux problèmes juridiques et réglementaires concernant la santé, l'accès aux soins de santé, la lutte antitabac et d'autres questions qui avaient affecté la capacité des personnes de posséder le meilleur état de santé possible.

176. Le Comité exécutif n'a pas été en mesure d'atteindre un consensus sur une résolution proposée à recommander au Conseil directeur. Certains membres estimaient que l'action en la matière devait être différée jusqu'en 2015 afin de donner plus de temps pour des consultations entre les États Membres. D'autres ont noté que le groupe de travail avait fait de bons progrès sur la voie d'un consensus et considéraient qu'il serait possible de se mettre d'accord sur une version révisée de la stratégie avant le 53^e Conseil directeur. Le Comité a finalement convenu que la question serait maintenue à l'ordre du jour provisoire du Conseil. Au vu du résultat des consultations intersessionnelles, le Conseil déciderait alors s'il fallait procéder à l'examen de ce point ou le reporter jusqu'en 2015. S'il décidait de procéder à son examen, un État Membre ou un groupe d'États Membres pourrait élaborer une résolution proposée à ce moment-là.

Questions administratives et financières

Rapport sur le recouvrement des contributions fixes (documents CE154/21, Rév. 1 et Add. I)

177. M. Michael Lowen (Directeur du Département de la gestion des ressources financières du BSP), notant que le document CE154/21, Rév. 1, et l'Add. I offraient des informations sur le recouvrement des contributions fixes en date du 9 juin 2014, a indiqué que depuis cette date, le Bureau avait reçu d'autres versements de \$18 108 du Costa Rica et de \$89 466 du Paraguay. En conséquence de la stratégie du Bureau visant à augmenter

le taux de recouvrement des contributions fixes et de l'engagement démontré par les États Membres de travailler avec l'Organisation, 96% des arriérés avaient été payés, laissant un solde non recouvré de \$1,6 million. Aucun État Membre n'était sujet actuellement aux restrictions sur le droit de vote envisagées aux termes de l'Article 6.B de la Constitution de l'OPS.

178. Dix-huit États Membres s'étaient acquittés de l'intégralité de leurs contributions. Toutefois, le recouvrement ne s'élevait qu'à \$26,3 millions, soit 24,9% du montant total exigible pour 2014. Ainsi, le Bureau avait-il été obligé d'utiliser le Fonds de roulement et d'autres ressources financières internes pour financer l'exécution de ses activités. Le solde du Fonds de roulement au 31 décembre 2013 s'était élevé à \$15,9 millions. La Directrice avait rétabli le Fonds à son niveau autorisé de \$20 millions à la suite du remboursement d'un prêt au Fonds renouvelable pour l'achat de vaccins, mais les déboursements du budget ordinaire de 2014 s'élevaient à cette date à \$34,7 millions. Les contributions fixes reçues avaient été insuffisantes pour couvrir ce montant et par conséquent, le Fonds de roulement était maintenant complètement épuisé.

179. La Directrice a confirmé que le Bureau connaissait de graves difficultés financières résultant des retards dans le versement des contributions fixes des États Membres. Elle était reconnaissante aux États Membres qui s'étaient acquittés de leurs contributions fixes pour l'année et en appelait à ceux qui n'avaient pas encore effectué leurs versements de prendre toutes les mesures possibles pour le faire.

180. Le Comité exécutif a adopté la résolution CE154.R1, remerciant les États Membres qui avaient effectué leurs paiements pour 2014 et les années précédentes et priant instamment les autres États Membres de s'acquitter de leurs arriérés dès que possible.

Rapport financier du Directeur et rapport du Commissaire aux comptes externe pour 2013 (document officiel 347)

Rapport financier du Directeur pour 2013

181. Le Dr Fenton Ferguson (Représentant du Sous-comité du programme, du budget et de l'administration) a rendu compte de l'examen fait par le Sous-comité d'une version préliminaire et non audité du Rapport financier, notant que le Sous-comité avait exprimé des préoccupations sur le déficit des recettes diverses et les arriérés dans le paiement des contributions fixes et avait instamment prié le Bureau de poursuivre ses efforts pour percevoir les contributions en souffrance.

182. M. Michael Lowen (Directeur du Département de la gestion des ressources financières du BSP) a présenté les points essentiels du Rapport financier du Directeur, qui montraient que la position financière de l'Organisation restait solide, malgré les difficultés créées par le contexte économique mondial et le financement des obligations à long terme pour le personnel à la retraite. Le total consolidé des recettes pour 2013 s'élevait à \$1,14 milliard, soit une augmentation de 16% par rapport à 2012.

L'augmentation était due essentiellement à des recettes accrues des fonds d'acquisition de l'Organisation, tout particulièrement le Fonds renouvelable pour l'achat des vaccins, ainsi qu'à une augmentation des contributions volontaires de l'OPS pour des programmes de santé publique pluriannuels.

183. Les recettes du budget ordinaire étaient passées de \$137,6 millions en 2012 à \$140,6 millions en 2013, y compris \$96,2 millions des contributions fixes de l'OPS, \$42,5 millions de l'OMS et \$1,9 million des recettes diverses. Ce dernier chiffre était de \$1,4 million inférieur au chiffre de 2012 de \$3,3 millions et considérablement inférieur au montant budgétisé de \$6 millions. Les faibles taux d'intérêt continuaient de réduire les intérêts reçus du portefeuille d'investissement de l'Organisation, qui s'élevait à environ \$620 millions. Les contributions fixes toujours en souffrance à la fin de 2013 s'étaient élevées à environ \$39 millions. En raison du déficit budgétaire biennal, le Fonds de roulement avait baissé de \$4,1 millions au 31 décembre 2013, atteignant un solde de \$15,9 millions.

184. Les dépenses consolidées avaient atteint un peu plus de \$1,1 milliard en 2013. Les activités d'achat au nom des États Membres avaient représenté \$581 millions de ce montant et les dépenses pour les activités financées par les contributions volontaires nationales s'étaient élevées à \$287 millions.

Rapport du Commissaire aux comptes externe pour 2013

185. M. Javier Medina Guijarro (Cour des comptes d'Espagne), présentant le rapport du Commissaire aux comptes externe, a indiqué que dans sa deuxième année en tant que Commissaire aux comptes externe de l'Organisation, la Cour des comptes d'Espagne avait continué à apprendre sur l'OPS, ses procédures et l'environnement dans lequel elle fonctionnait, ce qui lui avait donné une plus grande compréhension des défis et des risques auxquels se heurtait l'Organisation. Elle s'était efforcée d'adapter ses recommandations aux besoins de l'OPS et d'assurer qu'elles représentaient une réelle valeur ajoutée pour l'Organisation.

186. Une équipe composée de 11 auditeurs avait effectué deux visites au siège de l'OPS et s'était également rendue dans les bureaux de terrain de l'OPS/OMS au Brésil, au Mexique et au Panama ainsi qu'au Centre panaméricain de lutte contre la fièvre aphteuse (PANAFTOSA). Les membres de l'équipe avaient également participé aux septième et huitième sessions du Comité d'audit de l'OPS. En résultat de ce travail, le Commissaire aux comptes externe avait préparé les documents comprenant le rapport du Commissaire aux comptes externe contenu dans le *Document officiel 347*. Les conclusions les plus importantes du travail du Commissaire aux comptes externe se trouvaient dans le rapport sous forme longue contenant l'audit des états pour 2013 et l'opinion du Commissaire aux comptes externe et le rapport au Conseil directeur. Il se faisait un plaisir d'informer que le Commissaire aux comptes externe avait émis une opinion d'audit non qualifiée sur les états financiers de l'Organisation pour 2013.

187. M. Miguel Ángel Sánchez del Águila (Cour des comptes d'Espagne), faisant ressortir les chiffres de l'examen financier contenu dans le rapport sous forme longue, a noté que l'Organisation avait subi une perte nette de \$2,66 millions en 2013, alors qu'en 2012 elle avait affiché un excédent de \$8,875 millions. Bien que les recettes totales aient augmenté de 16,4%, passant de \$978,5 millions en 2012 à \$1139,4 milliards en 2013, les dépenses avaient augmenté de \$969,7 millions à \$1142,1 milliard. Comme noté par M. Lowen, la croissance des recettes était essentiellement le résultat des augmentations des recettes des fonds d'acquisition, qui représentaient 52% des recettes de l'Organisation et celles des contributions volontaires nationales, en particulier pour le projet *Mais Médicos* au Brésil, pour lequel l'OPS avait reçu \$159,8 millions en 2013. Les actifs à court terme avaient diminué de \$88,7 millions, et alors que l'OPS disposait de ressources suffisantes pour faire face à ses obligations financières à court terme, ces actifs devraient être suivis soigneusement afin de garantir la stabilité financière de l'Organisation.

188. Il a ensuite résumé les recommandations présentées dans le rapport, qui comprenaient la conception d'un plan d'intervention pour atténuer les risques apparentés au projet *Mais Médicos*, en particulier les poursuites et autres problèmes juridiques, des mesures pour améliorer la conformité aux normes comptables internationales du secteur public (IPSAS), en particulier dans certains bureaux de pays, des mesures pour assurer que le projet du système d'information pour la gestion du BSP (PMIS) soit complété dans les temps voulus et pour assurer des ressources humaines et financières suffisantes pour faire fonctionner le système, un examen de toutes les lettres d'accord et l'établissement de dates d'échéance pour leur clôture, ainsi que le développement d'une nouvelle politique visant à éviter une mauvaise utilisation de ces accords, et des mesures pour éviter les dépenses excessives des ressources à la fin d'un exercice budgétaire et assurer l'usage le plus efficace des ressources et le meilleur rapport qualité-prix. En ce qui concernait l'application des recommandations précédentes, le Commissaire aux comptes externe était satisfait de voir que le Bureau prenait des mesures pour agir sur les problèmes soulevés, en particulier en ce qui concernait le projet du PMIS, ce qui témoignait de son engagement à améliorer les systèmes et les procédures pour la gestion et le contrôle.

189. Le Comité exécutif a accueilli avec plaisir l'opinion d'audit non qualifiée. Il a exprimé des préoccupations sur le fait que l'Organisation avait terminé l'exercice 2012-2013 avec un déficit de \$2,66 millions et a encouragé le Bureau à prendre les mesures nécessaires pour assurer la continuité des activités et des projets en améliorant l'efficacité de la gestion et en augmentant la mobilisation des ressources. La baisse des actifs à court terme était également notée et le Bureau était prié de fournir des informations sur ce qui pouvait être attendu dans la période financière de 2014, en particulier, il a demandé des informations sur la façon dont le déficit des recettes diverses, la baisse des contributions volontaires, et les retards dans le recouvrement des contributions fixes avaient un impact sur les activités de l'Organisation. Il a demandé une mise à jour de la réception par l'OPS des contributions volontaires de l'OMS, et a prié le Bureau d'indiquer les actions que les États Membres pourraient entreprendre pour assurer que la Région reçoive la part des contributions qui lui était allouée. Il a encouragé le

Bureau à suivre la recommandation du Commissaire aux comptes externe de prendre des mesures dans les trois à cinq prochaines années pour répondre au défi des avantages à long terme du personnel, en particulier l'assurance maladie après cessation de service.

190. Les retards répétés dans la mise en œuvre du projet du PMIS était une source de préoccupation, même s'il était reconnu que la situation s'était améliorée en 2013. Il a été noté que des retards dans le calendrier s'étaient traduits par des coûts plus élevés qui avaient fait que le projet avait dépassé son budget de \$2,2 millions selon les estimations. Le Bureau a été instamment prié de veiller à ce que tous les logiciels nécessaires soient achetés afin que les échéances de la mise en œuvre soient respectées. Il a également été encouragé à prendre toutes les mesures nécessaires pour assurer que le système de gestion du risque soit pleinement opérationnel. Il a été demandé des informations sur la façon dont le Bureau pensait financer l'investissement requis pour les mises à jour du matériel informatique et ont demandé des assurances que l'argent déjà dépensé à cette fin l'avait été de manière judicieuse.

191. Le délégué du Brésil a noté que toutes les poursuites engagées contre le projet avaient été rejetées et a informé que le plan d'intervention recommandé avait été mis en œuvre en juillet 2013. Le projet, qui avait fourni l'accès aux soins de santé primaires pour 50 millions de Brésiliens qui n'y avait pas précédemment accès, bénéficiait du soutien de 80% de la population du pays.

192. M. Sánchez del Águila a affirmé que les applications logicielles du Bureau étaient obsolètes et non appropriées pour préparer et maintenir les dossiers financiers requis par les normes IPSAS. Par conséquent, il était essentiel de mettre à jour les logiciels et de mettre en œuvre le nouveau système d'information pour la gestion dès que possible.

193. M. Lowen a indiqué que la réduction des actifs à court terme ne posait pas de problème pour la gestion des obligations à court terme et a assuré le Comité que le Bureau suivait la situation de près. De même, il suivait étroitement la mise en œuvre du projet du PMIS. Son département mettait en œuvre la composante états de paie et appuyait la mise en œuvre de la composante ressources humaines. La composante finances serait mise en œuvre en 2015.

194. M. Gerald Anderson (Directeur de l'Administration du BSP) a noté que des informations supplémentaires sur le projet du PMIS et une proposition pour assurer le financement nécessaire pour cette initiative et plusieurs autres seraient présentées sous des points séparés de l'ordre du jour (voir « État et niveau autorisé du Fonds de roulement, » paragraphes 219 à 227, et « Projet pour la modernisation du système pour la gestion de l'information, » paragraphes 235 à 242 ci-dessous).

195. La Directrice a ajouté que des informations supplémentaires sur l'assurance santé après cessation de service seraient également présentées dans un point séparé de l'ordre du jour (voir paragraphes 212 à 218 ci-dessous). Elle voulait assurer les États Membres de l'engagement du Bureau à veiller à ce que l'OPS restait à la hauteur et financièrement viable. Le Bureau était également engagé à appliquer les recommandations du

Commissaire aux comptes extérieur, de l'auditeur interne et du Comité d'audit, et avait en place un système pour suivre les progrès de ces actions. Une mise en œuvre réussie d'un grand nombre de ces recommandations passait par la mise en œuvre du PMIS. À cet égard, elle a noté que le processus de remplacement du personnel était presque terminé et que le Bureau adhérait à l'échéance pour la mise en œuvre présentée par les États Membres en 2013. La composante ressources humaines devait être complètement terminée en janvier 2015 et la composante états de paie en décembre 2015. Une demande de propositions pour l'achat des logiciels requis pour le module du trésor avait été émise et le processus de sélection était en cours.

196. Il était vrai que les coûts du projet du PMIS étaient plus élevés que prévu dans le budget approuvé en 2010, mais les coûts additionnels étaient inévitables à partir du moment où les logiciels et les systèmes avaient dû être adaptés pour répondre aux besoins de l'Organisation et il avait été impossible en 2010 de prédire exactement ce que ces coûts seraient. Elle notait que le Bureau avait réussi à négocier plusieurs contrats pour une somme inférieure aux montants alloués et a assuré le Comité qu'il œuvrait pour garder les dépenses totales aussi proches que possible du budget original de \$20,3 millions.

197. Un consultant du Centre international de calcul des Nations Unies avait récemment effectué une évaluation des systèmes informatiques du Bureau et avait conclu que des améliorations majeures étaient requises, non seulement pour la mise en œuvre du PMIS mais en raison de sous-investissements chroniques dans la technologie de l'information (TI) ce qui avait pour résultat que l'OPS était actuellement classée au niveau le plus bas de l'échelle de maturité en TI de Gartner Enterprise. Elle avait demandé au consultant d'indiquer ce qui devait être fait immédiatement afin que les systèmes informatiques continuent à fonctionner et de proposer une approche progressive pour les améliorer et permettre au Bureau de fonctionner au maximum de ses possibilités. Le Bureau préparerait un rapport pour la prochaine session du Sous-comité du programme, du budget et de l'administration et une proposition pour financer les améliorations nécessaires.

198. En ce qui concernait d'autres recommandations du Commissaire aux comptes externe, une personne supplémentaire avait été recrutée pour appuyer le processus de gestion du risque et des changements avaient été apportés pour renforcer l'identification, l'évaluation et l'atténuation des risques. En ce qui concernait les lettres d'accord, un grand nombre d'entre elles qui étaient restées ouvertes étaient des accords avec les États Membres, certaines datant de 2004, pour lesquels les rapports finals n'avaient pas été reçus. Le Bureau examinait la façon de clore des accords dans les cas où il semblait que le rapport n'apparaîtrait jamais et il rationalisait également l'usage de ces accords afin de maintenir un contrôle plus étroit sur les dépenses. Afin d'atténuer tout risque juridique futur apparenté au projet *Mais Médicos*, le Bureau prenait des mesures pour améliorer les contrôles internes, y compris le recrutement d'un agent chargé de la conformité et d'un agent financier, le renforcement de la composante suivi et évaluation du projet et l'affectation d'un responsable de projet consacré exclusivement à *Mais Médicos*. Elle a

noté que le financement intégral du projet, y compris les coûts directs et indirects, était fourni par le gouvernement du Brésil.

199. Quant à l'impact de la réduction des contributions volontaires et des recettes diverses, le Bureau s'attendait à un déficit se situant entre \$40 millions et \$50 millions, ou peut-être davantage, dans le budget pour l'exercice biennal. Afin de réduire les coûts du budget ordinaire, il avait pris des mesures pour réduire la composante ressources humaines du budget, y compris le gel de postes, la non-dotation de postes vacants et la réduction du nombre de consultants à court terme recrutés. Toutefois, l'ampleur de la réduction, combinée à la baisse des contributions volontaires, mettait sérieusement à l'épreuve la capacité du Bureau à assurer la coopération technique aux mêmes niveaux que dans le passé. Comme noté ci-dessus (voir paragraphe 63), il travaillait étroitement avec la Fondation de l'OPS et les représentants de l'OPS/OMS pour intensifier la mobilisation des ressources.

200. Jusqu'ici, les Amériques n'avaient pas reçu de contributions volontaires de l'OMS pour 2014, même si en résultat du dialogue financier, le budget de l'OMS était maintenant financé à près de 90%. La Région n'était pas la seule toutefois. Le Directeur général n'avait encore alloué de financement volontaire à aucune des régions. L'intervention active et continue des États Membres des Amériques dans les discussions sur l'allocation du budget serait importante pour assurer que la Région recevait sa juste part du budget de l'OMS et que son propre budget était suffisamment financé.

201. Comme les États Membres ne l'ignoraient pas, historiquement la Région n'avait reçu qu'environ la moitié de son allocation des contributions volontaires de l'OMS et elle recevait un niveau du financement du budget ordinaire de l'OMS nettement plus faible que les autres régions. Ceci était partiellement dû au fait que l'OPS recevait également des contributions fixes directement de ses États Membres et que ce fait était pris en compte dans la détermination de l'allocation de l'OMS à la Région. Toutefois, comme elle l'avait continuellement souligné dans les discussions avec le personnel de l'OMS, les États Membres des Amériques contribuaient également au budget de l'OMS et la Région apportait une contribution importante aux réalisations et résultats mondiaux que l'OMS était en mesure d'annoncer.

202. En ce qui concernait les contributions volontaires, il était important de comprendre que quand ces contributions étaient mobilisées dans d'autres régions, elles étaient comptées comme partie de l'allocation de leurs contributions volontaires à l'OMS. Les contributions volontaires versées directement à l'OPS d'autre part, ne l'étaient pas, mais certains membres du Secrétariat de l'OMS estimaient qu'elles devraient l'être.

203. Elle a remercié les États Membres de leur intérêt soutenu à la santé financière de l'Organisation.

204. Le Comité a pris note des rapports.

Rapport du Bureau de contrôle interne et des services d'évaluation (document CE154/22)

205. M. David O'Regan (Auditeur général du Bureau de contrôle interne et des services d'évaluation du BSP), mettant en exergue les points saillants du rapport, a indiqué que les paragraphes 1 à 12 couvraient le champ d'action du travail consultatif indépendant du Bureau, y compris ses ressources, les paragraphes 13 à 37 récapitulaient les résultats et les recommandations des audits thématiques et des audits des bureaux de pays et centres panaméricains réalisés pendant l'année, les paragraphes 38 à 40 décrivaient la nature changeante du travail du Bureau, conformément aux développements parallèles dans la fonction d'évaluation de l'OMS, les paragraphes 41 à 45 indiquaient le statut de la mise en œuvre des recommandations du Bureau et les paragraphes 46 à 51 donnaient l'opinion générale du Bureau sur l'environnement de contrôle interne, qui semblait s'être amélioré progressivement mais de façon sensible dans les derniers mois.

206. Le Comité a accueilli favorablement le travail du Bureau de contrôle interne et des services d'évaluation, exprimant son appréciation tant pour les évaluations thématiques que les évaluations spécifiques aux pays. Notant que la Directrice et ses collègues faisaient de sérieux efforts pour agir sur les recommandations émanant de ces évaluations, le Comité les a encouragés à conclure le processus rapidement.

207. Une déléguée a demandé un complément d'information sur la question du passif non capitalisé pour les indemnités de fin de contrat du personnel d'agences de placement, notamment au bureau de pays au Honduras. Elle a demandé les modalités sous lesquelles ce personnel était recruté, s'il était utilisé comme consultants et pourquoi ces indemnités de fin de contrat n'avaient pas été budgétisées à l'avance. La même déléguée prenait note de l'opinion du Bureau de contrôle interne selon laquelle le programme de manuels, PALTEX, ne devait pas être élargi avant que la direction n'ait procédé à son évaluation complète, en particulier du fait que le rapport du Bureau d'éthique (voir paragraphes 29 à 36 plus haut) rapportait que les vols et les pertes détectés dans le programme s'élevaient à \$79 000.

208. M. O'Regan a indiqué que la question des indemnités de fin de contrat dues au personnel d'agences de placement se rapportait à la découverte que, dans certains cas, des engagements non échus qui n'avaient pas été enregistrés sous les normes IPSAS n'avaient pas toujours été inclus dans les états financiers. Le cas du Honduras était l'un parmi d'autres, mais il comprenait que la gestion avait maintenant effectué une étude de tous les bureaux afin d'identifier tous ces engagements, conformément aux normes IPSAS. Le droit à des indemnités de fin de contrat était largement dicté par les exigences réglementaires et juridiques des divers pays, dans certains desquels le personnel d'agences de placement travaillant pendant de longues périodes pouvait acquérir des droits similaires à ceux du personnel.

209. M. Gerald Anderson (Directeur de l'administration du BSP) a indiqué que le personnel d'agences était utilisé à des tâches de soutien administratif et non comme

consultants professionnels. Il a ajouté que tous les vols et pertes notés dans le contexte de PALTEX avaient été récupérés, de sorte qu'il n'y avait pas de coût réel pour l'OPS.

210. La Directrice a dit que le Bureau prenait très au sérieux les recommandations de l'auditeur interne et de son Bureau. Elle avait des réunions régulières avec l'auditeur afin de bien comprendre ses conclusions et recommandations. Le Bureau avait demandé à l'auditeur interne de vérifier PALTEX et poursuivait une évaluation complète des recommandations en découlant. Il prendrait les mesures nécessaires pour assurer que le programme assurait la coopération technique efficacement aux États Membres et étudier la possibilité de l'étendre à des parties de la Région qui n'étaient pas encore couvertes.

211. Le Comité a pris note du rapport.

Financement de l'assurance maladie de l'OPS après cessation de service (document CE154/23)

212. Le Dr Jean Dixon (Représentante du Sous-comité du programme, du budget et de l'administration du BSP) a informé que le Sous-comité avait examiné plusieurs options proposées pour le financement de l'assurance maladie après cessation de service pour le personnel de l'OPS et les avait estimées toutes viables, mais avait jugé que le prélèvement d'une surtaxe sur les salaires du personnel n'était pas souhaitable du fait qu'il pourrait réduire le montant de financement disponible pour la coopération technique. Un soutien avait été exprimé pour une approche de l'investissement un peu plus agressive à condition qu'elle ne mette pas en danger les contributions volontaires ou les fonds du budget ordinaire.

213. M. Gerald Anderson (Directeur de l'administration du BSP) a présenté une mise à jour des développements qui avaient pris place depuis que le Sous-comité s'était réuni en mars, qui comprenaient des consultations avec le Secrétariat de l'OMS visant à identifier des options pour régler systématiquement l'obligation d'assurance maladie après cessation de service en bénéficiant du potentiel de véhicules de placement communs avec le fonds global d'assurance maladie de l'OMS. Au cours de ces consultations, plusieurs principes pour le travail futur en la matière avaient été identifiés. Tout d'abord, il avait été convenu que le fonds d'assurance maladie du personnel réviserait sa méthodologie comptable pour inclure les participants actifs et retraités de l'OPS/AMRO dans ses calculs de l'obligation au titre des prestations définies pour l'assurance maladie mondiale du personnel. Ensuite, l'OPS continuerait à indiquer sa part de l'obligation au titre des prestations définies dans ses états financiers, mais avec une note que le fonds d'assurance maladie de l'OMS avait la responsabilité juridique de payer les prestations d'assurance maladie après cessation de service de l'OPS. Troisièmement, le fonds fiduciaire de l'assurance maladie après cessation de service de l'OPS, qui était actuellement financé à hauteur de \$38,5 millions, serait investi soit avec le fonds de l'assurance maladie du personnel de l'OMS soit sur la base de principes d'investissements à long terme similaires, et le principal et l'intérêt sur ces investissements seraient crédités pour satisfaire l'obligation au titre des prestations.

214. Un consultant actuariel de l'OPS recalculerait les taux requis pour les contributions à l'assurance maladie du personnel de l'OPS/AMRO de sorte que les obligations de l'OPS soient entièrement financées sur la période pendant laquelle l'OMS prévoyait de respecter l'obligation au titre des prestations mondiales—à savoir la période allant de 2014 à 2042. Le Bureau travaillait avec le consultant actuariel et s'efforceraient de formuler un plan à présenter aux Organes directeurs en 2015.

215. Dans la discussion qui a suivi, les délégués ont demandé des informations sur les contributions à l'assurance maladie payées par le personnel employé par l'OPS et l'OMS et sur la façon dont l'assurance maladie après cessation de service serait traitée. Ils ont voulu savoir s'il fallait s'attendre à ce que les contributions du personnel changent en résultat du plan pour le placement, et si l'Association du personnel de l'OPS/OMS avait été consultée sur les diverses options pour le financement de l'assurance maladie après cessation de service. Il a été demandé au Bureau de donner une indication du montant qui serait compris dans le budget 2016-2017 pour l'assurance maladie après cessation de service.

216. M. Anderson a expliqué que le personnel de toutes les régions de l'OMS recevait les mêmes avantages sociaux et payait le même taux de base, mais que le personnel de l'OPS payait un montant supplémentaire parce que les coûts des soins de santé en Amérique du Nord étaient plus élevés que dans le reste du monde. L'OMS prévoyait d'augmenter les contributions du personnel à l'assurance maladie de 4% par an jusqu'à 2042. L'étude actuarielle révélerait si un changement à la hausse ou à la baisse de la contribution supplémentaire du personnel de l'OPS serait requis. L'étude indiquerait également le montant qui serait requis pour être budgétisé pour l'assurance maladie après cessation de service dans l'exercice biennal 2016-2017. Une série de consultations du personnel sur les questions relatives à l'assurance maladie était prévue ; le personnel en place et le personnel retraité y participeraient tous deux.

217. La Directrice a reconnu que même si l'assurance maladie après cessation de service était une obligation à long terme, il était nécessaire de commencer à l'aborder maintenant. L'OPS avait déjà fait plus de progrès à cet égard que la plupart des autres organisations. Afin de garantir que l'obligation serait pleinement respectée, il serait important de faire des investissements judicieux et d'exercer une saine gestion des ressources. Le Bureau examinerait soigneusement le rapport actuariel et analyserait son budget et autres obligations afin de déterminer le montant à investir. Il continuerait à discuter de cette question avec les États Membres.

218. Le Comité a pris note du rapport.

État et niveau autorisé du Fonds de roulement (document CE154/24, Rév. 1)

219. Le Dr Fenton Ferguson (Représentant du Sous-comité du programme, du budget et de l'administration) a informé que le Sous-comité avait examiné une proposition par le Bureau d'augmenter le niveau autorisé du Fonds de roulement de \$20 millions à \$25 millions, l'augmentation étant financée dans la durée avec le surplus du budget ordinaire

biennal et/ou le solde non affecté après la mise en œuvre des normes comptables internationales du secteur public (IPSAS). L'augmentation avait été jugée nécessaire au vu de la croissance du budget ordinaire et de la hausse conséquente des besoins de trésorerie mensuels, qui s'élevaient actuellement à \$8,1 millions. Au cours de la discussion du Sous-comité, il avait été suggéré que le Bureau prépare un document pour le Comité exécutif concernant le financement et les diverses options pour le fournir.

220. Un membre du Sous-comité s'est opposé à l'augmentation proposée, affirmant que le Fonds de roulement restait inférieur à son niveau autorisé de \$20 millions non en raison des retards dans la réception des contributions fixes, mais du fait que \$4,6 millions avaient été transférés du Fonds au cours de la période biennale 2010-2011 pour compenser l'impact d'une baisse des taux d'intérêt.

221. M. Gerald Anderson (Directeur de l'administration du BSP) a attiré l'attention sur le graphique que le Bureau avait préparé en réponse à la demande du Sous-comité (document CE54/24, Rév.1, Annexe A), qui récapitulait les besoins de financement que le Bureau envisageait, et ses propositions pour les régler. Il montrait également une proposition pour financer un déficit projeté dans le budget pour le système d'information pour la gestion du BSP (PMIS) qui serait discuté en plus de détail dans le point de l'ordre du jour concerné (voir paragraphes 235 à 242 ci-dessous). Ensemble, les montants envisagés pour financer l'augmentation du Fonds de roulement et le projet du PMIS s'élevaient à \$6,3 millions. Les sources internes qui pouvaient être utilisées pour répondre à ces besoins de financement s'élevaient à \$14,5 millions, et si \$6,3 millions étaient utilisés pour le Fonds de roulement et le PMIS, il y aurait un solde pour les futures années de \$8,2 millions.

222. Le Bureau avait fait des efforts pour accroître le taux de réception des contributions fixes, mais le délai des paiements signifiait qu'il était souvent nécessaire d'avoir recours au Fonds de roulement pour combler les déficits temporaires. Il a noté que la limite de \$20 millions pour le Fonds de roulement avait été approuvée 11 ans auparavant, époque depuis laquelle les besoins en trésorerie mensuels de l'Organisation avaient augmenté de 14%. En 2013, le Fonds avait été entièrement épuisé à plusieurs occasions en raison du non paiement des contributions fixes. Ces situations rendaient inévitable l'usage de ressources en espèces non affectées, au-delà du Fonds de roulement. Le problème persistait : le 31 mai 2014, le déficit de trésorerie du budget ordinaire s'élevait à \$21 millions. Il fallait donc trouver \$1 million supplémentaire d'autres ressources internes non affectées. La proposition de la Directrice d'augmenter le Fonds de roulement à \$25 millions avait pour but de s'adapter aux besoins de trésorerie réels des dernières années, afin d'éviter d'avoir recours à d'autres sources de trésorerie dont l'objectif était d'appuyer les activités de coopération technique.

223. Les membres du Comité ont remercié le Bureau des informations demandées par le Sous-comité et n'ont pas eu d'objection à l'augmentation proposée du Fonds de roulement. Toutefois, la déléguée des États-Unis d'Amérique a dit que sa délégation n'avait pas appuyé l'augmentation quand elle avait été proposée au Sous-comité et qu'elle ne l'appuyait toujours pas. Elle a fait remarquer que tous les besoins de

financement n'avaient pas été inclus dans le graphique préparé, notamment pour l'assurance-maladie après cessation de service, les améliorations de la technologie de l'information et les dépenses requises identifiées par l'évaluation prévue de tous les biens immobiliers appartenant à l'OPS (voir « Plan directeur d'investissement, » paragraphes 231 à 234 ci-dessous). Elle a suggéré que l'augmentation proposée soit reportée d'un an, époque à laquelle les besoins de financement pour ces trois priorités seraient connus.

224. En réponse à ces observations, les membres du Comité ont souligné qu'il était clair que le Bureau fonctionnait fréquemment avec un déficit mensuel important et que le refus d'augmenter le niveau autorisé du Fonds de roulement le mettrait dans une situation très difficile, en le forçant à continuer à emprunter des fonds d'autres secteurs afin de couvrir les dépenses (une pratique dont il ne faudrait pas permettre qu'elle devienne systématique). Par conséquent, il n'était pas jugé possible de reporter l'augmentation.

225. M. Anderson a expliqué que le graphique des besoins de financement contenu à l'annexe A ne comprenait pas l'assurance maladie après cessation de service parce que le Bureau élaborait une approche alternative de cette question, avec l'OMS (voir paragraphes 212 à 218 ci-dessus). Le Bureau devait présenter une proposition en la matière au Sous-comité du programme, du budget et de l'administration en 2015. De même, le BSP participait au Fonds immobilier de l'OMS et ferait des propositions au Fonds pour financer des projets d'infrastructure, y compris ceux qui pourraient découler de l'évaluation des biens immobiliers appartenant à l'OPS. En ce qui concernait le financement pour les améliorations de la technologie de l'information, comme l'avait mentionné la Directrice (voir paragraphe 197 ci-dessus), une stratégie était en cours d'élaboration et serait présentée aux États Membres en 2015.

226. La Directrice a dit qu'augmentation du Fonds de roulement ou pas, le Bureau était contraint de respecter ses obligations mensuelles. Si le Bureau n'avait pas reçu un montant suffisant des contributions fixes, il était forcé d'utiliser le Fonds de roulement pour couvrir ces dépenses. Le niveau autorisé actuel de \$20 millions couvrirait environ 2½ mois de dépenses, mais à la fin de cette période, si le Fonds de roulement était complètement épuisé, le Bureau devrait avoir recours à l'emprunt interne pour honorer ses factures. Le Bureau continuerait à exhorter les parties à s'acquitter ponctuellement des contributions fixes mais il devait s'en remettre aux États Membres pour respecter leurs obligations.

227. Le Comité exécutif a adopté la résolution CE154.R4, recommandant que le Conseil directeur augmente le niveau autorisé du Fonds de roulement de \$20 millions à \$25 millions.

Statut des projets financés par le compte de réserve de l'OPS (document CE154/25)

228. Le Dr Fenton Ferguson (Représentant du Sous-comité du programme, du budget, et de l'administration) a informé que le Sous-comité avait entendu une mise à jour du statut des projets approuvés par le 48^e Conseil directeur pour le financement du compte de réserve et avait examiné une proposition de transférer les soldes restants de deux

projets terminés, pour un total d'environ \$100 000, au projet de modernisation du système d'information pour la gestion du BSP. En réponse à une question soulevée durant la discussion de la proposition, le Sous-comité avait également été informé qu'aucun dépassement de coûts ne s'était produit ou ne se produirait sur les projets autres que le projet du PMIS.

229. M. Daniel Walter (Directeur du Département de la planification et du budget du BSP) a noté que des 14 projets originaux approuvés par le Conseil directeur pour financement par le compte de réserve, six avaient été achevés à la fin de 2013, et à la fin d'avril 2014, 79% des fonds du compte de réserve, près de \$20 millions, avaient été dépensés. D'autres informations, y compris le statut de l'exécution de chaque projet, figuraient au tableau 2 du document CE154/25. Deux projets avaient été terminés en 2013 sans dépassement budgétaire, laissant un solde total de \$100 000 pour allocation à d'autres projets. La résolution proposée contenue dans le document présenté au Comité exécutif, qui avait été examinée par le Sous-comité, proposait de transférer ce solde au projet 3.D pour l'élaboration et l'exécution du système d'information pour la gestion du BSP.

230. Le Comité exécutif a adopté la résolution CE154.R7, approuvant le transfert de l'excédent du solde de \$100 513 au projet du PMIS, phase 2.

Plan directeur d'investissement (document CE154/26)

231. Le Dr Fenton Ferguson (Représentant du Sous-comité du programme, du budget, et de l'administration) a informé que le Sous-comité avait reçu un rapport sur les activités du plan directeur d'investissement et les projets terminés en 2012-2013 et ceux proposés pour 2014-2015. Il avait également été informé que le Bureau entendait mener à bien une évaluation, financée à l'aide d'une contribution de \$500 000 du Fonds immobilier de l'OMS, de toutes les installations appartenant au OPS afin de déterminer les coûts d'entretien probables pour les années à venir.

232. Des préoccupations ont été exprimées concernant le coût de l'évaluation, étant donné que le solde dans le sous-fonds d'amélioration et d'entretien des biens immobiliers était légèrement inférieur à \$650 000, ce qui semblait insuffisant pour le nombre de projets proposés pour 2014-2015. Des délégués ont demandé si les fonds de l'OMS pouvaient être utilisés d'une manière plus rentable de sorte qu'une partie de cet argent pourrait être investie dans des projets. En réponse, il a été expliqué que la contribution du Fonds immobilier de l'OMS avait été fournie dans le but spécifique de mener à bien l'évaluation, mais le Bureau espérait qu'elle pourrait être effectuée à un coût inférieur à \$500 000.

233. M. Bruce Leech (Directeur du Département des opérations des services généraux du BSP) a indiqué que le Bureau finaliserait d'ici peu un protocole d'accord pour l'évaluation de l'immobilier. Il était trop tôt pour dire s'il était possible de réduire le coût de l'évaluation, que le Bureau prévoyait de terminer d'ici la fin de 2014 et dont les résultats seraient présentés au Comité exécutif en 2015. À son avis, l'évaluation était

essentielle pour que le Bureau formule un plan stratégique intelligent pour assurer la maintenance, l'entretien et la sécurité des installations appartenant à l'OPS.

234. Le Comité exécutif a pris note du rapport.

État d'avancement du projet pour la modernisation du système d'information pour la gestion du BSP (document CE154/27)

235. Le Dr Fenton Ferguson (Représentant du Sous-comité du programme, du budget, et de l'administration) a indiqué que le Sous-comité avait été informé qu'un déficit budgétaire de \$2,2 millions était prévu pour le projet du PMIS, y compris les coûts additionnels relatifs aux besoins en personnel, aux imprévus et aux modifications des commandes. Le Sous-comité avait exhorté le Bureau à garantir qu'il n'y aurait pas d'autres retards et que les coûts des imprévus et des modifications des commandes seraient évités.

236. M. Estéban Alzamora (Responsable du projet interne du PMIS du BSP) a passé en revue l'histoire du projet du PMIS depuis sa création, insistant sur les progrès accomplis depuis la 153^e session du Comité exécutif, qui avaient été décrits en plus de détail dans le document CE154/27. Il avait également passé en revue les dates cibles pour l'achèvement des différentes phases, notant qu'à présent le projet était en voie d'achèvement ponctuel dans tous les domaines.

237. Il a ajouté que la plupart des progiciels de planification des ressources des entreprises (ERP) avaient fait face à des coûts supplémentaires à cause des modifications de commandes. Il s'agissait de modifications que l'Organisation avait identifiées au cours de l'exécution afin de satisfaire des exigences non prévues mais essentielles pour la conception de l'ERP. En conséquence du coût des modifications de commandes, une augmentation de \$2,2 millions avait été proposée au budget original du PMIS de \$20,3 millions. La Directrice avait identifié les sources internes de ce financement supplémentaire à savoir \$100 000 du solde non dépensé des projets approuvés du compte de réserve et \$2,1 millions du solde non affecté de l'excédent des normes IPSAS. Il a souligné que beaucoup de choses avaient été accomplies depuis que le budget original avait été approuvé en 2010 et que le calendrier du projet était actuellement respecté.

238. Le Comité exécutif avait accueilli favorablement les progrès accomplis sur le projet, en particulier au cours de l'année précédente. Étant donné l'importance critique du PMIS et la valeur qu'il ajouterait tant au Bureau qu'aux États Membres, le Bureau était prié d'agir avec célérité pour garantir que les échéances seraient respectées. Dans le même temps, il était important d'agir avec prudence. Les Membres du Comité ont demandé une évaluation du niveau de crédibilité de l'augmentation estimée du budget et des informations sur les données probantes sur lesquelles cette estimation était fondée et il a été demandé des assurances que le Bureau était sûr que la demande actuelle serait la dernière. Ils ont voulu savoir quand le calendrier du projet avait été défini.

239. M. Alzamora a répondu que les \$2,2 millions avaient été calculés en fonction des bonnes pratiques de l'industrie, qui indiquaient que les modifications de commandes devaient être budgétisées au taux de 25% à 35% du contrat d'intégration. Un examen des solutions présentement en cours avait couvert jusqu'à présent la conception pour les ressources humaines et les états de paie. Comme les examens étaient terminés et les essais avaient commencé, il pourrait y avoir des modifications de commandes supplémentaires, mais jusqu'à présent, les dépenses étaient conformes aux normes de l'industrie.

240. M. Gerald Anderson (Directeur de l'administration du BSP) a ajouté que son département avait examiné les dépenses sur les modifications de commandes jusqu'à présent, qui s'élevaient à environ \$430 000, et avait estimé qu'environ trois fois ce montant, soit \$1,3 million, serait requis pour les modules de budgétisation et de financement, qui étaient plus complexes que les ressources humaines et les états de paie. Par conséquent, le coût total des modifications de commandes s'élèverait probablement à environ \$1,75 million. Le département avait ajouté une marge pour éviter d'avoir à demander plus d'argent au Comité. Le personnel qui réalisait le projet était très conscient de l'importance de respecter le calendrier très serré et considérait qu'il était essentiel de ne pas prendre du retard par manque de ressources.

241. La Directrice a fait remarquer que l'expérience avait montré que près de 60% des projets d'ERP échouaient. Le BSP avait pris toutes les mesures concevables pour éviter cet échec. Elle a ajouté que le calendrier du projet avait été révisé en 2013, du fait que le calendrier établi en 2010-2011 avait subi des retards pour diverses raisons. À présent, le projet était en voie de respecter le calendrier actuel. Comme noté, le projet était très ambitieux, mais il devait être mis en œuvre en 2015, à temps pour la préparation du budget et de la planification du travail pour la période biennale 2016-2017. Conscient de cet impératif, le Bureau faisait des investissements considérables en termes de temps et de calibre du personnel assigné au projet, et il était engagé à faire tout ce qui était en son pouvoir pour rester dans les limites du budget augmenté proposé.

242. Le Comité exécutif a adopté la résolution CE154.R6, recommandant que le Conseil directeur approuve le transfert des fonds mentionnés au projet du PMIS.

Questions relatives au personnel

Amendements au Règlement et au Statut du personnel du BSP (document CE154/28)

243. Le Dr Jean Dixon (Représentante du Sous-comité du programme, du budget, et de l'administration) a informé que le Sous-comité avait examiné plusieurs amendements proposés au Règlement du personnel, y compris une augmentation dans la rémunération du personnel des catégories professionnelles et supérieures, avec une réduction proportionnelle des points d'ajustement, un ajustement de l'indemnité pour frais d'études pour trois écoles à Bruxelles, en Belgique, et plusieurs changements destinés à clarifier le Règlement en ce qui concernait les primes d'affectation, les versements de fin de service et les augmentations à l'intérieur de la classe en fonction de la durée du service. Le

Sous-comité avait été informé que les implications financières des changements proposés seraient minimales.

244. Mme Kate Rojkov (Responsable de la gestion des ressources humaines du BSP) a ajouté qu'à la suite d'une demande de clarification du terme « implications financières minimales, » par le Sous-comité, le Bureau avait ajouté une annexe au document CE154/28 (Annexe E) montrant que l'impact des différents changements serait inférieur à \$10 000.

245. Le Comité exécutif a adopté la résolution CE154.R10, confirmant les divers amendements proposés et l'ajustement des rémunérations du Directeur, du Directeur adjoint et du Sous-Directeur.

Statistiques des effectifs du BSP (document CE154/29)

246. Le Dr Jean Dixon (Représentante du Sous-comité du programme, du budget et de l'administration du BSP) a informé que le Sous-comité avait examiné un rapport mettant en exergue le profil des effectifs du BSP et, ayant été informé que le Bureau avait atteint la parité des sexes dans les catégories professionnelles et supérieures, a félicité le Bureau de son engagement continu concernant la parité des sexes. Plusieurs questions avaient été posées concernant les critères pour l'extension des contrats de membres du personnel sur le point de prendre leur retraite et ils ont voulu savoir si les postes des personnes retraitées qui étaient réengagées comme consultants ou personnel temporaire étaient remplis.

247. Il avait été expliqué en réponse que, si après analyse détaillée, il était conclu qu'un membre du personnel avait des compétences particulières pour lesquelles un besoin se faisait sentir sur le court terme, le contrat de cette personne pouvait alors être prolongé. Les contrats pouvaient être prolongés pour une période ne dépassant pas un an à la fois et ne pouvaient pas être prolongés au-delà du 65^e anniversaire de la personne en question. Le fait que les postes des personnes partant à la retraite soient remplis ou non, dépendait du résultat d'une analyse programmatique et financière. La Directrice avait informé le Sous-comité que le Bureau développait une stratégie et un plan des ressources humaines qui lui permettrait de s'acquitter de ses engagements envers le Plan stratégique 2014-2019.

248. Le Comité exécutif a pris note du rapport.

Déclaration du Représentant de l'Association du personnel de l'OPS/OMS (document CE154/30)

249. Mme Pilar Vidal (Présidente de l'Association du personnel de l'OPS/OMS) a souligné les points que l'Association du personnel souhaitait porter à l'attention du Comité, en particulier ses opinions et préoccupations se rapportant à l'administration interne de la justice et à la gestion des ressources humaines. Elle a commencé par inviter les membres du Comité à une réception lors de laquelle un nouvel accord régissant les

relations entre l'Association du personnel et l'Administration serait signé, mettant ainsi à jour l'accord actuel signé en 1979. L'Association du personnel souhaitait exprimer sa satisfaction concernant le nouvel accord et son appréciation pour la volonté de la Directrice d'engager un dialogue avec l'Association.

250. L'Association du personnel continuait à travailler pour appuyer et faciliter les divers processus de changement et de réforme en cours dans l'Organisation, tout en répondant aux préoccupations du personnel et en aidant à gérer l'incertitude apparentée à ces processus. Au titre du processus de planification opérationnelle pour la période biennale 2014-2015, le personnel avait fait face à la réduction ou l'élimination de nombreux postes ; le bureau de terrain d'El Paso avait été entièrement fermé et d'autres bureaux avaient subi des réductions de personnel. Dans certains cas, ces situations avaient été gérées d'une façon ordonnée et appropriée ; dans d'autres, l'Association du personnel avait dû intervenir pour atténuer le préjudice causé aux membres du personnel concernés.

251. L'Association du personnel demeurait préoccupée par divers problèmes relatifs au système pour l'administration interne de la justice et continuait à croire qu'un examen indépendant des divers éléments composant le système devrait être entrepris. Elle était particulièrement préoccupée par le fait que le comité d'appel n'avait toujours pas élu de nouveaux membres et n'avait pas mis à jour ses règles de procédure. Le travail du président extérieur du comité d'appel n'était pas satisfaisant et les conflits n'étaient pas réglés de manière ponctuelle. Conformément aux recommandations d'un rapport de 2010 de l'Unité d'inspection conjointe des Nations Unies sur l'éthique dans le système des Nations Unies, le dirigeant du Bureau d'éthique devrait être remplacé périodiquement, comme c'était le cas pour le médiateur et les membres du comité d'appel. Ces réformes favoriseraient une plus grande confiance parmi le personnel et aideraient à renforcer son engagement à l'Organisation et à sa mission.

252. Dans la discussion qui a suivi, les membres du Comité ont exprimé leur gratitude au personnel pour son dévouement et ont reconnu son rôle crucial dans la fourniture de soutien technique aux États Membres. Ils ont encouragé la Directrice à poursuivre le dialogue avec le personnel et à agir rapidement sur ses préoccupations afin d'assurer qu'il reste motivé et engagé à l'exécution des mandats approuvés par les Organes directeurs.

253. Mme Vidal a réaffirmé l'engagement de l'Association du personnel à l'Organisation et sa volonté de continuer à travailler avec la Directrice pour améliorer le système de justice interne.

254. La Directrice a exprimé son appréciation pour l'intérêt que portait l'Association du personnel à engager un dialogue avec l'Administration et a affirmé son engagement à continuer à travailler avec l'Association du personnel pour assurer un climat de travail ouvert, respectueux et éthique. Le personnel était une ressource importante et pouvait fournir des informations précieuses pour les prises de décision, et elle continuerait à consulter l'Association du personnel sur toutes les questions préoccupantes pour l'Organisation dans son ensemble. Elle a reconnu qu'il y avait des problèmes avec le

système de justice interne (des problèmes qui pourraient éventuellement avoir un impact négatif sur la performance du personnel) et s'est engagée à travailler avec l'Association du personnel pour les régler.

255. Le Comité a pris note de la déclaration.

Questions pour information

Mise à jour sur la réforme de l'OMS (document CE154/INF/1)

256. Le Dr Fenton Ferguson (Représentant du Sous-comité du programme, du budget, et de l'administration) a informé à propos de la discussion du Sous-comité sur la réforme de l'OMS, notant que le Sous-comité avait mis en exergue, en particulier, l'importance de la réforme de la gouvernance, le dialogue de financement de l'OMS et l'allocation stratégique des ressources de l'OMS, ainsi que le développement d'un cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques.

257. M. Daniel Walter (Directeur du Département de la planification et du budget du BSP) a offert une mise à jour des initiatives récentes lancées depuis le rapport sur la réforme de l'OMS présenté au Sous-comité, qui comprenait un programme pilote destiné à développer la capacité de gestion de projet. L'OPS formulait également un cadre de gestion qui serait coordonné et aligné sur celui de l'OMS. Le travail se poursuivait dans deux domaines qui revêtaient un intérêt particulier pour l'OPS : le développement d'un cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques et la préparation d'une nouvelle formule d'allocation des ressources. En ce qui concernait cette dernière, il a noté que le Mexique continuait à représenter la Région dans le groupe de travail responsable du développement de la formule, qui serait présentée au Conseil exécutif de l'OMS en janvier 2015 et qui, si elle était approuvée, pouvait être appliquée au budget 2016-2017.

258. L'OPS était pleinement alignée sur les réformes de l'OMS. Ses stratégies de communication et droits humains étaient en accord avec celles de l'OMS et elle était engagée à la planification ascendante, la redevabilité conjointe des États Membres et du Bureau pour les résultats, et l'alignement du financement sur les priorités. Une nouvelle mise à jour sur les progrès de la réforme, en particulier en ce qui concernait l'allocation des ressources et la collaboration avec les acteurs non étatiques, serait présentée durant le 53^e Conseil directeur.

259. Comme le Sous-comité, le Comité exécutif mettait l'accent sur l'importance des réformes se rapportant à la gouvernance, l'allocation des ressources de l'OMS et la collaboration avec les acteurs non étatiques. Il considérait que le projet de cadre proposé par le Secrétariat de l'OMS n'était pas précis concernant l'objectif principal de la collaboration de l'Organisation avec les acteurs non étatiques et que le document en la matière¹³ semblait appeler les gouvernements à accroître la collaboration avec ces acteurs, alors qu'il devrait s'efforcer de déterminer la façon dont l'OMS identifierait et

¹³ Document de l'OMS A67/6 (2014).

éliminerait les conflits d'intérêt réels ou potentiels et l'exercice d'une influence indue des entités commerciales. On a souligné le besoin d'élaborer un processus pour évaluer le coût-avantage de la collaboration avec les acteurs non étatiques. Il a été rappelé que la soixante-septième Assemblée mondiale de la Santé avait décidé que les comités régionaux discuteraient de la question et des informations ont été demandées sur le format proposé de cette discussion. Plusieurs délégués ont souligné l'importance d'adopter une position régionale forte et de la transmettre à l'OMS et ont suggéré qu'une consultation régionale sur la collaboration avec les acteurs non étatiques devrait par conséquent être inscrite comme un point essentiel à l'ordre du jour du Conseil directeur.

260. En ce qui concernait l'allocation des ressources de l'OMS, il a été noté que l'initiative avait été rebaptisée « allocation stratégique de l'espace budgétaire » et le Mexique a été remercié pour sa participation continue au groupe de travail sur cette question. Une mention particulière a été faite du besoin d'établir une méthodologie équitable, transparente et fondée sur des données probantes pour l'allocation des ressources de l'OMS. Au vu de son importance pour la Région, il a également été estimé que cette question, devrait aussi être inscrite comme un point essentiel à l'ordre du jour du Conseil directeur.

261. Le besoin d'accélérer la réforme de la gouvernance a été souligné. Des progrès plus rapides en ce qui concernait les décisions stratégiques des Organes directeurs de l'OMS étaient jugés particulièrement importants. Il a été noté que la soixante-septième Assemblée mondiale de la Santé avait adopté plusieurs résolutions portant sur les décisions et le traitement des résolutions qui avaient des implications de coût excédant le budget convenu et il a été suggéré que l'OPS examine également cette question. Afin de rationaliser le travail des Organes directeurs et d'éviter la dispersion des efforts, il a été suggéré que les questions discutées par le Sous-comité du programme, du budget et de l'administration sur lesquelles aucune action n'était requise soient couvertes aux sessions du Comité exécutif dans le cadre du rapport du Sous-comité plutôt que comme des points distincts de l'ordre du jour.

262. L'importance de la réforme à tous les niveaux de l'Organisation a été mise en relief. Il a été observé qu'alors que le document CE154/INF/1 notait la pertinence des diverses réformes de l'OMS pour la Région, il n'offrait aucun détail sur la façon dont l'OPS exécutait les réformes et ne décrivait pas non plus leur impact réel ou potentiel sur les pratique actuelles de l'OPS. Il a été demandé au Bureau de fournir une analyse plus détaillée de l'exécution de la réforme d'un point de vue régional, y compris son avis sur la façon dont les éléments en retard, tels que la réforme de la gouvernance, pouvaient être accélérés. L'attention a été attirée sur le besoin de formation du personnel aux processus et aux systèmes liés à la réforme et d'examens périodiques afin d'identifier tout problème relatif à ces processus et ces systèmes.

263. Le délégué du Canada a noté que son gouvernement avait détaché un haut fonctionnaire, Mme Bersabel Ephrem, au Secrétariat de l'OMS pour appuyer le processus de réforme et a dit qu'elle serait heureuse de discuter de cette question avec les États Membres de la Région.

264. M. Walter a indiqué que le Bureau veillerait à ce que les futurs rapports sur la réforme de l'OMS comportent plus de détail sur l'impact des réformes sur l'OPS. Il veillerait également à ce que les États Membres aient l'opportunité pendant le Conseil directeur d'engager une discussion substantielle sur les aspects les plus critiques de la réforme, en particulier l'allocation des ressources et l'interaction de l'OMS avec les acteurs non étatiques.

265. La Directrice a convenu qu'il serait souhaitable d'avoir une discussion substantielle sur les réformes de l'OMS au niveau régional. En base à cette discussion, le Bureau préparerait un document détaillant la façon dont les diverses réformes avaient été exécutées dans la Région et étudierait leurs implications pour l'OPS. Le Bureau s'engagerait également à assurer que le Sous-directeur général de l'OMS chargé du processus de réforme serait présent pour offrir une mise à jour sur cette question. Une réunion informelle serait tenue à la suite de la clôture de la présente session pour discuter des modalités de la consultation régionale sur la collaboration de l'OMS avec les acteurs non étatiques. Un rapport sur l'expérience de l'OPS en matière de travail avec les acteurs non étatiques à travers le Forum panaméricain pour action sur les maladies non transmissibles serait préparé comme contribution au débat.

266. Elle a rappelé que l'initiative d'allocation des ressources stratégiques avait été créée à la demande de la Région des Amériques et a remercié le Mexique de son leadership en la matière. Elle a convenu qu'il était important que l'OPS examine la méthodologie proposée en détail et convienne d'une position régionale consolidée, qui pourrait aider le débat mondial.

267. En ce qui concernait les réformes de la gouvernance, elle observait que le fait de limiter le nombre de points aux ordres du jour des Organes directeurs de l'OMS n'avait pas eu beaucoup de succès. L'OPS avait fait quelques progrès en ce qui regardait la rationalisation du travail de ses Organes directeurs, mais davantage pourrait être accompli. Par exemple, alors qu'il serait toujours important de tenir compte des spécificités régionales, il pourrait ne pas être nécessaire que les États Membres adoptent un plan d'action régional pour toute stratégie adoptée au niveau mondial. Ils pourraient simplement s'en remettre au Bureau pour exécuter les stratégies mondiales avec toute l'attention voulue aux besoins et aux priorités régionaux.

268. À son avis, l'intervention active des États Membres de l'OPS dans le processus de réforme de l'OMS et dans les débats sur la réforme ajoutait une valeur importante au travail en cours. Elle a affirmé que le Bureau était engagé à exécuter les diverses réformes de l'OMS, dans la mesure du possible et si nécessaire ; toutefois, du fait que l'OPS avait déjà entrepris un processus de réforme, certaines des réformes de l'OMS avaient déjà été introduites dans la Région.

269. Le Comité a pris note du rapport.

Rapport sur l'appréciation de l'exécution du budget programme 2012-2013 de l'OMS (document CE154/INF/2)

270. M. Daniel Walter (Directeur du Département de la planification et du budget du BSP) a présenté un bref récapitulatif de l'évaluation de la performance de l'OMS pour l'exercice biennal 2012-2013, notant que la performance de l'OPS avait été incorporée dans l'évaluation par le biais de ses résultats escomptés à l'échelle régionale, même si le rapport mondial ne portait pas sur des données désagrégées par Région. Les points saillants du rapport de l'OMS incluaient une amélioration dans la réalisation des résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation, passant de 54% en 2010-2011 à 63% in 2012-2013. Il y avait eu également une amélioration dans l'alignement du financement des objectifs stratégiques, bien que l'alignement financier à part entière n'ait pas encore été réalisé.

271. Au cours de la soixante-septième Assemblée mondiale de la Santé, les États Membres de l'OMS avaient noté que le rapport était plus descriptif qu'analytique et que la mesure dans laquelle les résultats étaient attribuables au Secrétariat de l'OMS n'apparaissait pas clairement. En réponse, le Secrétariat avait indiqué que nombre de ces questions seraient réglées grâce au processus de réforme de l'OMS. Également, le budget programme 2014-2015 avait une structure plus précise de résultats, avec des impacts, des résultats et des produits ainsi que des indicateurs plus robustes, et avec une délimitation plus claire entre le travail des États Membres et celui du Secrétariat. De plus, le portail du budget de l'OMS améliorerait la transparence et permettrait un suivi continu de la performance financière et programmatique de l'OMS.

272. Un membre du Comité exécutif a indiqué que l'appréciation fournissait des informations utiles sur la performance de l'Organisation mais présentait encore des limitations considérables du fait qu'elle était auto-administrée. De plus, dans le cadre du Plan stratégique à moyen terme, les liens entre les activités et les résultats étaient ténus. Un mauvais alignement des ressources entre objectifs stratégiques et une distribution inégale entre Régions continuaient à entraver la performance globale, comme le montrait le fait que 63% seulement des résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation avaient été réalisés. On espérait que les efforts pour intensifier la mobilisation des ressources et les efforts de réforme liés à l'allocation des ressources amélioreraient l'alignement.

273. M. Walter a convenu que l'auto-évaluation par l'OMS et l'OPS constituait une limitation, mais a indiqué qu'à partir de l'exercice biennal 2014-2015, le suivi d'au moins une partie de la chaîne de résultats serait assuré par les États Membres conjointement avec l'Organisation, ce qui devrait améliorer la crédibilité des rapports de performance.

274. La Directrice a dit que la distribution inégale des ressources disponibles entre les objectifs stratégiques donnait du poids au plaidoyer que le Directeur général faisait à chaque opportunité pour des fonds plus flexibles. Un grand nombre des fonds donnés était strictement réservé, ce qui rendait très difficile de les déplacer entre objectifs stratégiques et également du siège aux Régions.

275. Il était également important de noter une réalisation considérablement inégale entre les régions. En particulier, pendant longtemps, la Région Afrique et la Région Asie du Sud-Est n'avaient pas atteint certaines de leurs cibles.

276. Le Comité exécutif a pris note du rapport.

Rapport d'avancement sur les objectifs du Millénaire pour le développement et le programme de développement au-delà de 2015 (document CE154/INF/3)

277. Le Dr Luiz Augusto Galvão (Responsable du développement durable et de l'équité en santé du BSP) a introduit le rapport en disant qu'en général la Région des Amériques était en bonne voie de réaliser les objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé. Toutefois, en raison des disparités et inégalités entre les pays et en leur sein, les défis persistaient, en particulier en ce qui concernait trois indicateurs importants liés à la santé : mortalité infantile, mortalité maternelle et assainissement de base.

278. Au titre du processus de planification pour le programme de développement au-delà de 2015, un cadre fondé sur les principes des droits de l'homme, de l'égalité et de la durabilité a été proposé, avec quatre dimensions clés du développement : le développement social inclusif, le développement économique inclusif, la durabilité environnementale et la paix et la sécurité. À la suite de la Conférence Rio+20 sur le développement durable, l'Assemblée générale des Nations Unies a établi un groupe de travail ouvert, qui s'efforçait de développer une série d'objectifs de développement durables.

279. « Des vies en bonne santé et la couverture sanitaire universelle à tous les âges » avaient été proposés comme un objectif de santé prioritaire pour le programme de développement au-delà de 2015, avec quatre sous-objectifs possibles : réaliser les objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé, agir sur le fardeau des maladies non transmissibles, les lésions et les troubles mentaux, réaliser la couverture sanitaire universelle, y compris la protection du risque financier, et agir sur les déterminants sociaux et environnementaux de la santé.

280. Il était maintenant généralement accepté que la santé était un facteur essentiel et une mesure du développement, ainsi que l'un de ses résultats, ce qui était de bon augure pour les efforts destinés à assurer une place centrale à la santé dans le programme de développement pour l'après-2015. Néanmoins, les possibilités d'action se réduisaient en matière d'influence du secteur de la santé sur le processus d'établissement d'objectifs de développement durable. Les ministres de la Santé ont, par conséquent, été instamment priés de continuer à travailler avec leurs collègues des ministères des Affaires étrangères, qui commenceraient à négocier le programme pour l'après-2015 en septembre 2014 au cours de la soixante-neuvième session de l'Assemblée générale des Nations Unies.

281. Le Comité exécutif a salué les progrès réalisés sur la voie de la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé dans la Région, mais a

reconnu que les résultats indiqués au niveau national étaient des moyennes qui cachait les disparités et les inégalités au niveau infranational. Il considérait essentiel dans la période au-delà de 2015 de conserver les acquis de ces progrès et de continuer à travailler à la réalisation des objectifs pour tous les groupes de population.

282. Une attention soutenue à la santé maternelle et infantile, la santé génésique et la planification familiale, ainsi que l'eau et l'assainissement était considérée particulièrement importante. Il a également été souligné qu'il était nécessaire de continuer à renforcer les systèmes et les services de santé et les systèmes d'information en santé. D'autres priorités de la santé à poursuivre dans la période de l'après-2015 incluaient la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles, y compris les troubles mentaux et les traumatismes causés par la violence, l'attention soutenue aux maladies transmissibles, dont le VIH/sida, le paludisme, la tuberculose et les maladies tropicales négligées, et la couverture sanitaire universelle. En ce qui concernait cette dernière, un délégué s'est dit d'avis que la référence au paragraphe 29 du document CE154/INF/3 aux « interventions clés » impliquait une limitation à l'accès aux services de santé qui allait à l'encontre des concepts de couverture sanitaire universelle, d'accès universel et équitable à des services de santé de qualité et de droit à la santé.

283. Les délégués ont affirmé que la santé, telle que reconnue dans la résolution 66/288 de l'Assemblée générale des Nations Unies, était une précondition au développement durable ainsi qu'un résultat et un indicateur du développement durable. Ils ont indiqué que l'expérience au niveau national avait montré que la santé contribuait également à la réduction de la pauvreté et la promotion du développement durable, et ils ont noté que le travail sur les objectifs du Millénaire pour le développement avait aidé à prendre conscience du très bon rendement que l'investissement en santé pouvait produire.

284. Le Comité a convenu du besoin de s'assurer que la santé soit un thème central dans le programme de développement au-delà de 2015, ce qui constituerait l'opportunité de créer un nouveau paradigme fondé sur l'équité. Il a souligné que l'établissement de buts, de cibles et d'indicateurs pour le programme de l'après-2015 devait être mené par les pays et que le secteur de la santé devait continuer à jouer un rôle central dans le processus, défendant une approche complète, multisectorielle et de santé dans toutes les politiques qui agissait non seulement sur les besoins en santé en soi mais aussi sur les déterminants sociaux, environnementaux et économiques de la santé. La résolution WHA67.14, adoptée par l'Assemblée mondiale de la Santé en mai 2014, était considérée comme un bon cadre pour les efforts en cours des États Membres, du Secrétariat de l'OMS et du Bureau pour assurer une place prépondérante à la santé dans le programme de développement au-delà de 2015. Afin de renforcer ces efforts et de consolider une position régionale sur la question, il a suggéré que le programme de développement au-delà de 2015 soit discuté comme point essentiel au cours du 53^e Conseil directeur. Il a également suggéré d'établir une feuille de route pour guider et coordonner les efforts régionaux à l'approche des négociations à l'ordre du jour de l'Assemblée générale des Nations Unies.

285. Le Dr Marcos Espinal (Directeur du Département des maladies transmissibles et d'analyse de la santé du BSP) a félicité les États Membres de leurs progrès sur les objectifs du Millénaire pour le développement et a promis que le Bureau continuerait à appuyer leurs efforts. Les acquis de ces progrès devaient être célébrés, mais dans le même temps il fallait rappeler que de nombreuses personnes dans la Région continuaient à tomber malades et à mourir de causes évitables et que tout le monde ne jouissait pas d'une santé optimale. Comme il avait été souligné dans la discussion, il était essentiel de renforcer les systèmes d'information afin d'assurer que toutes les naissances et tous les décès étaient enregistrés et d'être en mesure de mesurer les progrès. Le Bureau continuait à travailler avec les États Membres pour améliorer les systèmes de statistiques vitales et améliorer ses propres bases de données.

286. Le Dr Galvão a noté que les rapports d'avancement sur les questions techniques (voir paragraphes 301 à 327 ci-dessous) apportaient des informations supplémentaires sur les progrès sur la voie des objectifs du Millénaire pour le développement et qu'un rapport mis à jour sur le statut des divers objectifs serait présenté au 53^e Conseil directeur, qui prendrait place quelques jours avant le démarrage des négociations sur le programme de développement au-delà de 2015. Il a également noté qu'une série de documents contenant d'autres informations sur les objectifs du Millénaire pour le développement et le processus de formulation du programme de développement au-delà de 2015 avait été distribuée aux membres du Comité et aux observateurs.

287. La Directrice a convenu que le plus grand défi auquel la Région faisait face dans la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement était l'inégalité et la « tyrannie des moyennes, » qui masquait le fait que de vastes pans de la population dans certains pays ne réaliseraient pas les objectifs. Par conséquent la Région ne devait pas se reposer sur ses lauriers mais devait continuer à assurer que chacun jouissait du meilleur état de santé possible.

288. Le programme de développement au-delà de 2015 avait été discuté dans de nombreux forums aux niveaux national, régional et international, et il semblait que la bataille pour une place prépondérante de la santé dans le programme avait été gagnée. Toutefois, il n'y avait toujours pas de consensus clair au sein du secteur de la santé sur ce qui devait constituer l'objectif principal de la santé. Dès le début, l'OMS avait choisi l'objectif de la couverture sanitaire universelle, mais certains étaient d'avis que l'objectif principal devrait être de maximiser la santé tout au long du cycle de vie. Il était essentiel de rassembler ces deux courants de pensée et de parvenir à un consensus sur un objectif principal de sorte que le secteur de la santé puisse présenter un front uni dans les négociations sur le programme.

289. La question pouvait certainement être discutée comme un point essentiel au cours du 53^e Conseil directeur, mais dans le même temps, il était impératif que les ministres de la Santé continuent à discuter avec les ministres des Affaires étrangères pour souligner l'importance de la santé pour le développement durable. Pour sa part, le Bureau continuerait à travailler par le biais des représentants de l'OPS/OMS et des représentants des États Membres à l'Organisation des États Américains pour maintenir l'accent sur la

santé. Il chercherait également à organiser une réunion avec les représentants permanents des États Membres aux Nations Unies à New York.

290. Le Comité a pris note du rapport.

Rapport du Comité consultatif de l'OPS/OMS sur la recherche pour la santé (document CE154/INF/4, Rév. 1)

291. Le Dr Luis Gabriel Cuervo (Conseiller principal en promotion et développement de la recherche au BSP), parlant en sa capacité de Secrétaire de droit du Comité consultatif sur la recherche pour la santé, a présenté le rapport du Comité, qui récapitulait les recommandations faites par le Comité au cours de sa 45^e session en octobre 2012. Il a rappelé que le Comité avait conseillé l'OPS depuis 1962 sur son approche stratégique concernant la production et l'usage de la recherche pour la santé. La 45^e session avait porté sur la mise en œuvre de la politique de l'OPS sur la recherche pour la santé¹⁴ et avait été organisée autour des six objectifs de la politique. Les recommandations du Comité soulignaient le besoin d'aller de l'avant avec les évaluations de la mise en œuvre de la politique au sein du Bureau et des États Membres. Il soulignait également le besoin de formuler une stratégie et un plan d'action pour appuyer les États Membres à mettre en œuvre la politique d'une manière cohérente et équitable qui serait bénéfique pour tous. Les recommandations figuraient à l'annexe A du document CE154/INF/4, Rév. 1.

292. Le Comité a souligné le besoin de capitaliser sur les progrès et les changements substantiels dans le domaine de la recherche et a appelé le Bureau à élaborer une mise à jour des indicateurs et des évaluations concernant le rôle de la recherche comme fonction essentielle de la santé publique. Il a également mis en relief l'importance de renforcer la gouvernance de la recherche et les efforts d'application des connaissances, dans les États Membres et au BSP, dans le but d'incorporer la recherche en prenant des mesures concrètes qui ajouteraient de la valeur au travail d'autres au sein de l'Organisation.

293. Le Dr Cuervo a terminé sa présentation en observant que l'approche holistique de la recherche pour la santé, qui allait au-delà de l'approche plus ancienne de recherche pour la santé, faciliterait l'intervention des secteurs concernés de la société et des gouvernements pour promouvoir la santé avec l'équité. Elle donnerait également une opportunité fantastique à l'OPS d'assurer que la recherche scientifique devienne un élément intégral des soins de santé, de la prévention et des politiques pour la santé et que l'assistance technique du Bureau adhère aux normes les plus élevées de qualité, sécurité, efficacité et rentabilité.

294. La Directrice a convenu que la recherche pour la santé était une fonction essentielle de la santé publique. Il était important d'identifier les besoins en recherche qui permettraient aux États Membres d'agir sur les lacunes de connaissances concernant la réforme de la santé, le renforcement des systèmes de santé et des questions spécifiques de

¹⁴ Voir document CD49/10 et résolution CD49.R10 (2009).

santé. Elle a encouragé les États Membres à tenir compte des recommandations du Comité et à s'engager à assurer que la recherche pertinente serait entreprise.

295. Le Comité exécutif a remercié le Comité consultatif sur la recherche pour la santé de son travail et a pris note du rapport.

Systématisation des mandats de l'OPS (document CE154/INF/5)

296. Mme Piedad Huerta (Conseillère principale du Bureau des Organes directeurs du BSP) a rappelé qu'au cours de la 153^e session le Bureau avait été prié de développer un outil pour organiser et systématiser les mandats de l'OPS de sorte que les États Membres et autres parties concernées puissent suivre plus facilement les progrès sur les résolutions des Organes directeurs et autres engagements internationaux dans la santé publique. Par conséquent, le Bureau avait créé une nouvelle « communauté » des Organes directeurs au sein du dépôt institutionnel conjoint OPS/OMS pour le partage de l'information (IRIS), qui était un système numérique d'archivage des documents avec une fonction de recherche qui permettait aux usagers de chercher par thème, type de document ou symbole, date, auteur ou série. Le système devait être mis à la disponibilité des États Membres en septembre 2014.

297. En outre, la Directrice a entrepris une évaluation des progrès dans la mise en œuvre des résolutions adoptées par les Organes directeurs de 1999 à 2013. Un groupe de travail interprogrammatique interne avait élaboré la méthodologie pour l'évaluation qui était décrite dans le document CE154/INF/5. Un rapport sur l'évaluation serait présenté au cours du 53^e Conseil directeur.

298. Le Comité exécutif a salué l'initiative de systématisation de l'information sur les résolutions des Organes directeurs et autres engagements de santé publique. Les membres du Comité estimaient que cette initiative faciliterait le suivi des mandats par le Bureau et les États Membres, aiderait à identifier les actions ou changements de cap requis, renforcerait la gouvernance et le leadership de l'Organisation et intensifierait l'efficacité du suivi des progrès dans le Plan stratégique 2014-2019 et les autres mandats des Organes directeurs. La gouvernance était considérée comme une responsabilité conjointe du Bureau et des États Membres, et il a encouragé le Bureau à travailler dans le même sens que le Secrétariat de l'OMS en ce qui concernait la réforme de la gouvernance.

299. Mme Huerta a dit que le Bureau avait suivi étroitement les discussions de l'OMS sur la gouvernance et convenait que la gouvernance était un effort conjoint. L'outil électronique qui serait mis à la disposition des États Membres leur donnerait ainsi qu'au Bureau une image claire des mandats actuels et des progrès accomplis à leur sujet. Au titre de l'examen des résolutions des Organes directeurs, le Bureau étudiait soigneusement s'il s'acquittait ou non des mandats établis dans chaque résolution. Le rapport qui serait présenté au Conseil directeur contiendrait des informations détaillées à cet égard, et identifierait les succès réalisés, les leçons apprises et le travail qui restait à compléter.

300. Le Comité a pris note du rapport.

Rapports d'avancement sur les questions techniques (document CE154/INF/6-A, B, C, D, E, F, et G)

A. Stratégie et plan d'action sur le changement climatique

301. Les membres du Comité ont convenu que le changement climatique représentait une menace pour la santé humaine et les systèmes de santé, qui ne pouvait être atténuée qu'à travers la coopération renforcée entre secteurs publics et entre institutions publiques et privées. Ils ont souligné que le secteur de la santé devrait assumer un rôle de chef de file en forgeant ces partenariats et en assurant que les considérations de santé liées au changement climatique étaient identifiées et abordées.

302. Le Dr Luiz Augusto Galvão (Responsable du développement durable et de l'équité en santé du BSP) était d'accord avec les commentaires du Comité, notant que le tableau 1 du document CE154/INF/6-A citait la participation intersectorielle améliorée et un secteur de la santé habilité et proactif comme facteurs requis pour la réussite dans l'exécution de la stratégie et du plan d'action. Il a rappelé au Comité deux prochaines réunions qui mettraient davantage l'accent sur le sujet : la Conférence de l'OMS sur la santé et le climat, qui se tiendrait à Genève en août 2014, et la 20^e session de la Conférence des Parties à la Convention cadre des Nations Unies sur le changement climatique, qui prendrait place à Lima, au Pérou, en décembre.

303. Le Comité a pris note du rapport.

B. Plan d'action pour maintenir l'élimination de la rougeole, de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale dans la Région des Amériques

304. Le délégué du Brésil a informé sur les activités menées à bien dans son pays pour interrompre la transmission de la rougeole et pour vérifier et documenter l'élimination de la rougeole, de la rubéole et du syndrome de la rubéole congénitale (SRC). Il a affirmé que la récente flambée de rougeole au Brésil avait été maîtrisée.

305. Le Dr Cuauhtémoc Ruiz Matus (Chef de l'Unité de vaccination familiale du BSP) a reconnu les contributions des agents de santé publique dans tous les pays de la Région à la réussite de l'initiative. Le Comité international d'experts formé pour examiner les données actuelles de l'élimination de la rougeole, de la rubéole et du SRC des Amériques attendait un rapport final du Brésil avant de procéder au processus de certification. À son avis, l'élimination de ces maladies dans les Amériques servait d'exemple pour le reste du monde. En réponse à ce commentaire, un délégué a suggéré que les États Membres de l'OPS devraient préconiser l'élimination mondiale de la rougeole, de la rubéole et du SRC.

306. La Directrice a félicité les États Membres pour leur réalisation mais a prévenu que la Région ne resterait exempte de rougeole, de rubéole et de SRC que si des taux élevés de couverture vaccinale étaient maintenus.

307. Le Comité a pris note du rapport.

C. Plan d'action pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et les cas graves de morbidité maternelle

308. Deux membres du Comité ont informé sur les progrès de leurs pays sur la voie de la réduction de la mortalité maternelle préconisée dans l'objectif 5 du Millénaire pour le développement, l'un d'eux offrant des données qui n'avaient pas été comprises dans le rapport du Bureau. Dans un cas, il a indiqué que les services de maternité avaient joué un rôle important dans la baisse de la mortalité. Dans l'autre, la réduction était attribuée à l'abolition des frais dans le système de santé publique, qui avait donné lieu à une augmentation des soins prénatals et des naissances assistées, l'établissement de services de maternité et des services institutionnels de naissance dans tout le pays, et la redistribution de ressources humaines formées aux zones pauvres et aux zones rurales.

309. Le Dr Suzanne Serruya (Directrice du Centre latino-américain de périnatalogie, santé de la femmes et génésique) a indiqué que les données manquantes seraient incorporées dans la version révisée du rapport soumis au 53^e Conseil directeur et a salué les stratégies utilisées pour lutter contre la mortalité maternelle, qui étaient des exemples de bonnes pratiques. Elle a réitéré un point mentionné par différents membres, à savoir qu'il était important d'étudier les cas de « quasi-accident » dans lesquels les mères et les nouveau-nés souffrant de graves complications de maladie ou de naissance avaient failli mourir, afin de mieux comprendre les facteurs intervenant dans leur morbidité et leur survie. Une surveillance formelle de ces cas était actuellement déficiente, mais le Bureau lançait une nouvelle initiative pour suivre les cas de complications sévères au cours de la naissance, et elle demandait à tous les États Membres de participer.

310. Le Comité a pris note du rapport.

D. Mise en œuvre du Règlement sanitaire international

311. Des informations ont été demandées sur le statut de l'examen des demandes d'extension à 2016 de la date cible pour satisfaire aux exigences des capacités essentielles au titre du Règlement par le Comité d'examen du RSI. Tout en reconnaissant que de nombreux pays avaient eu des difficultés pour mettre en œuvre les capacités essentielles, les délégués ont demandé que le Bureau et les États Membres établissent des priorités pour les efforts afin de respecter l'échéance de 2016 et entreprennent des activités collaboratives pour renforcer les capacités essentielles du RSI.

312. Plusieurs membres du Comité exécutif ont proposé qu'au lieu d'un rapport d'avancement sur le Règlement, un point essentiel soit placé à l'ordre du jour du 53^e Conseil directeur, sous le titre « Progresser sur la voie d'une position régionale sur la

mise en œuvre du RSI ». Ils estimaient que le sujet demandait à être discuté plus à fond par les Organes directeurs de l'OPS et de l'OMS à la lumière des accords atteints à la réunion régionale des Amériques sur la mise en œuvre du RSI, qui s'était tenue du 29 au 30 avril à Buenos Aires en réponse à une demande faite par les États Membres à la Directrice du BSP au cours du 52^e Conseil directeur.¹⁵ En particulier ils estimaient qu'il était important de continuer la discussion de la feuille de route pour la Région, qui avait été rédigée et approuvée par les participants à la réunion de Buenos Aires. La feuille de route traitait des mécanismes pour suivre la conformité au RSI et serait à terme présentée comme recommandation régionale à l'OMS. Les préoccupations concernaient le besoin d'un suivi complet au-delà de la mise en œuvre des capacités essentielles, y compris le suivi de leur maintien dans la période d'après 2016.

313. Parmi d'autres thèmes d'intérêt on pouvait citer la certification des ports d'entrée, qui, selon certains délégués, devait rester volontaire et être exécutée à la demande du pays, et le développement d'un programme de sécurité de la santé mondiale. Il a été suggéré que ce dernier aiderait à assurer la compatibilité entre les exigences de divers organismes internationaux en termes des activités et des outils utilisés pour les évaluer. En ce qui concernait la fièvre jaune, ils ont noté que les révisions suggérées antérieurement à la cartographie des zones à risque dans les Amériques n'avaient pas encore été apportées.

314. Le Dr Marcos Espinal (Directeur du Département des maladies transmissibles et de l'analyse de la santé du BSP), félicitant les États Membres sur les progrès dans la mise en œuvre des capacités essentielles, a indiqué qu'il n'avait pas encore reçu d'information sur la date à laquelle le Comité d'examen du RSI se réunirait. Pour ce qui était de la fièvre jaune, il a expliqué que la carte des zones à risque était gérée par un comité d'experts internationaux à Genève et a promis de lui transmettre l'information sur les révisions recommandées. Il était entièrement d'accord avec l'opinion selon laquelle chaque pays avait le droit souverain de prendre des décisions sur des questions volontaires telles que la certification des ports d'entrée ou l'adoption de changements récents aux directives sur la vaccination contre la fièvre jaune.

315. Il a salué les suggestions sur la préparation mondiale et un programme de sécurité mondiale en santé et a souligné l'importance d'assurer que les initiatives pour la mise en œuvre des capacités essentielles étaient compatibles et ne se faisaient pas concurrence. Les ministres de la Santé devaient veiller à impliquer d'autres secteurs dans les efforts pour réaliser les capacités essentielles. De même, l'OMS et l'OPS devaient maintenir l'engagement avec des entités internationales et régionales extérieures au secteur de la santé, telles que l'Agence internationale de l'énergie atomique, l'Organisation de l'aviation civile internationale et la Commission interaméricaine des ports de l'Organisation des États Américains, qui avaient toutes été représentées à la réunion de Buenos Aires.

¹⁵ Décision CD52(D5) (2013).

316. La Directrice a dit que le point proposé à l'ordre du jour sur le RSI serait placé, comme demandé par le Comité, sous les questions relatives à la politique des programmes à l'ordre du jour provisoire du 53^e Conseil directeur (voir paragraphes 11 à 16 ci-dessus).

317. Le Comité a pris note du rapport.

E. Élimination des maladies négligées et autres infections liées à la pauvreté

318. Le Comité a applaudi les progrès accomplis à ce jour sur l'élimination des maladies négligées et autres infections liés à la pauvreté. Il a noté que les réalisations décrites dans le rapport d'avancement indiquaient clairement que le but était réalisable.

319. Le Dr Marcos Espinal (Directeur du Département des maladies transmissibles et de l'analyse de la santé du BSP) a félicité les États Membres concernant le chemin parcouru dans l'élimination de plusieurs des maladies négligées et autres infections liées à la pauvreté. Il les a instamment prié de maintenir leur volonté politique et leurs activités de sorte qu'avec l'appui constant du Bureau, ils pourraient asséner le coup de grâce. Il a loué le récent accord de coopération entre le Brésil et le Venezuela visant à éliminer l'onchocercose parmi les populations Yanomami de la région frontalière et a informé que les bureaux de l'OPS/OMS dans ces pays aidaient à faciliter la préparation d'un plan d'opération. Il a également félicité l'Équateur, qui était sur le point d'être certifié exempt de l'onchocercose. Si la certification était accordée, et les indications initiales montraient que la perspective était positive, ce serait le deuxième pays de la Région (après la Colombie) à réaliser ce but.

320. La Directrice s'est jointe aux félicitations et a remercié les États Membres de leurs énormes efforts dans ce domaine. Attirant l'attention sur la nouvelle menace de maladie infectieuse posée par l'épidémie de fièvre du chikungunya dans les Caraïbes, elle a indiqué qu'il était prévu que la maladie se propage bientôt à d'autres parties de la Région. Par conséquent, les États Membres devaient commencer immédiatement à mettre en œuvre des plans de prévention, qui incluaient les mêmes mesures préventives que celles utilisées contre la dengue.

321. Le Comité a pris note du rapport.

F. Plan d'action sur la sécurité des hôpitaux

322. Les délégués ont noté que les catastrophes se produisant depuis l'adoption du plan d'action sur la sécurité des hôpitaux en 2010 avaient mis en relief les progrès accomplis dans la réduction du risque de catastrophe, mais avaient également révélé la facilité avec laquelle les hôpitaux, les centres de santé et les systèmes de santé publique pouvaient être surchargés par les urgences et les catastrophes de santé publique. Ils ont encouragé le Bureau à faciliter les opportunités pour l'échange d'information et d'expertise techniques et la fourniture de formation aux États Membres pour la construction d'hôpitaux sûrs qui

resteraient structurellement solides et capables de fonctionner dans une situation d'urgence.

323. Le Dr Ciro Ugarte (Directeur par intérim du Département de préparation aux urgences et secours en cas de catastrophe du BSP), a indiqué que ces observations seraient prises en compte dans le travail futur au titre du plan d'action. Les Amériques étaient la région dans laquelle le plus grand nombre de progrès avait été accompli en ce qui concernait l'initiative de la sécurité des hôpitaux, et la documentation en la matière produite par les experts latino-américains avait été traduite en sept langues et était utilisée par des pays dans le monde entier. Le travail accompli dans la Région avait montré qu'il était possible avec des niveaux relativement faibles d'investissement, non seulement de rendre les hôpitaux plus sûrs, mais aussi de les rendre plus écoénergétiques et mieux adaptés au changement climatique.

324. Le Comité a pris note du rapport.

G. Situation des centres panaméricains

325. Le travail des divers centres panaméricains était considéré de grande importance pour la Région. En particulier, les contributions du Centre panaméricain de lutte contre la fièvre aphteuse (PANAFTOSA) à la salubrité des aliments et à la prévention et la lutte contre les zoonoses ainsi qu'à l'élimination de la fièvre aphteuse étaient bien accueillies. Il a été suggéré qu'une nouvelle structure administrative similaire à celle du Centre d'information sur les sciences de la santé pour l'Amérique latine et les Caraïbes (BIREME) devrait être mise en place afin de permettre une plus grande participation par les États Membres à la gouvernance de PANAFTOSA et de renforcer la coordination entre les pays des activités d'élimination de la fièvre aphteuse ; ce mécanisme pourrait prendre la forme d'une commission ou d'un conseil de directeurs, avec une représentation équitable des sous-régions. Le gouvernement du Paraguay a offert d'organiser un événement international afin d'examiner cette idée plus à fond et de formuler une proposition.

326. La Directrice a rappelé que dans le Plan stratégique 2014-2019, une très faible priorité avait été accordée à la fièvre aphteuse. Néanmoins, le Bureau reconnaissait que même s'il ne s'agissait pas d'une maladie humaine, la fièvre aphteuse représentait un problème sanitaire, économique et social important pour un nombre de pays de la Région et avait poursuivi son travail à l'appui des efforts d'élimination. Il n'avait pas les ressources toutefois pour terminer tout le travail requis afin de réaliser l'objectif d'éradication et par conséquent serait heureux de travailler avec les États Membres au développement d'un mécanisme participatif de gouvernance. Le Bureau serait ravi de s'engager avec les ministères de l'agriculture et les associations de santé animale dans les pays concernés pour assurer un financement adéquat pour le travail de PANAFTOSA.

327. Le Comité a pris note du rapport.

Résolutions et autres actions d'organisations intergouvernementales revêtant un intérêt pour l'OPS (document CE154/INF/7-A et B)

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

328. Mme Piedad Huerta (Conseillère principale du Bureau des Organes directeurs du BSP) a rendu compte des résolutions et autres actions de la soixante-septième Assemblée mondiale de la Santé revêtant un intérêt particulier pour les Organes directeurs de l'OPS, notant que dans le bref délai écoulé depuis l'Assemblée, le Bureau avait effectué une analyse préliminaire des implications pour la Région des résolutions adoptées et présenterait une étude plus détaillée au cours du 53^e Conseil directeur. Elle a particulièrement attiré l'attention sur la résolution sur la Stratégie mondiale et cibles pour la prévention de la tuberculose, les soins et la lutte après 2015 (WHA67.1), notant qu'elle avait été adoptée tout juste un an avant la fin du calendrier pour la stratégie régionale de l'OPS pour la lutte contre la tuberculose pour 2005-2015, époque à laquelle le Bureau examinerait les résultats accomplis et pourrait proposer une nouvelle initiative alignée sur la stratégie mondiale. En ce qui concernait la résolution WHA67.15 sur le renforcement du rôle du système de santé pour traiter le problème de la violence, en particulier à l'égard des femmes et des filles, elle a noté que l'OPS avait travaillé depuis longtemps pour prévenir et répondre à la violence interpersonnelle, y compris la violence contre les femmes, avec plusieurs documents et mandats guidant le travail de l'Organisation dans ce domaine. Quant à la résolution WHA67.25 sur la résistance aux antimicrobiens, les États Membres pourraient envisager l'opportunité d'adopter une résolution régionale sur la question dans un avenir proche.

B. *Organisations infrarégionales*

329. Le Dr Beverley Barnett (Chef par intérim de la coordination des pays et infrarégionale du BSP) a informé que le Conseil du développement humain et social de la Communauté Caraïbe (CARICOM) avait discuté des questions relatives au programme de santé du CARICOM, de la coopération caraïbe en santé, Phase III, de l'Agence de santé publique des Caraïbes (CARPHA), des maladies transmissibles et non transmissibles, du VIH et du sida, du Règlement sanitaire international (2005) et de la gestion de la qualité des laboratoires.

330. En Amérique centrale, la XXIX^e réunion du secteur de la santé d'Amérique centrale et de République dominicaine (RESSCAD) avait discuté de la gouvernance et de l'accès à l'eau avec une approche de droits humains, des maladies infectieuses négligées, de l'impact de la toxicomanie dans la sous-région et de la régulation des médicaments et de la technologie. Le Conseil des Ministres de la Santé d'Amérique centrale (COMISCA) du Système d'intégration centraméricain (SICA) avait approuvé des indicateurs pour le suivi de l'exécution du plan de santé pour l'Amérique centrale et la République dominicaine et avait demandé à l'OPS/OMS de l'aider à élaborer une résolution pour commencer à travailler sur une politique de la santé de SICA. Le COMISCA avait également prévu de collaborer avec l'OPS à l'élaboration d'un modèle pour un travail complémentaire entre la RESSCAD et le COMISCA.

331. En Amérique latine, la réunion des Ministres de la Santé de la zone andine (REMSAA) avait discuté des indicateurs de base pour suivre les systèmes nationaux de santé pour l'accès universel, de la santé interculturelle, de l'accès aux médicaments et de l'élaboration d'une politique sur le handicap. Les Ministres de la Santé du marché commun du Sud (MERCOSUR) avaient discuté de la situation épidémiologique des maladies transmissibles prioritaires de la Région : dengue, rougeole, grippe, tuberculose et paludisme. Ils avaient également discuté des activités binationales en santé dans le contexte de la Coupe du Monde prenant place au Brésil, particulièrement en ce qui concernait ces maladies. Des profils de systèmes de santé pour le Brésil et l'Uruguay avaient été présentés et le projet *Mais Médicos* avait été discuté. L'Union des Nations sud-américaines (UNASUR), à travers ses divers organes de santé, avait discuté du suivi des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé, de l'inclusion de la santé dans le programme de développement au-delà de 2015, des prix des médicaments et d'une Journée sud-américaine pour les dons de lait maternel.

332. Le Comité exécutif a pris note du rapport.

Clôture de la session

333. Suivant l'échange habituel de politesses, le Président a déclaré la clôture de la 154^e session du Comité exécutif.

Résolutions et décisions

334. Les résolutions et décisions suivantes ont été adoptées par le Comité exécutif lors de sa 154^e session :

Résolutions

CE154.R1 : Recouvrement des contributions fixées

LA 154^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant considéré le document *Rapport sur le recouvrement des contributions fixées* (documents CE154/21, Rév. 1 et Add. I) ;

Notant qu'aucun État Membre est en arriéré de paiement de ses contributions l'assujettissant à l'application de l'Article 6.B de la Constitution de l'Organisation panaméricaine de la Santé ;

Notant que 18 États Membres ne se sont acquittés d'aucun paiement correspondant à leurs contributions fixées pour 2014,

DÉCIDE :

1. De prendre note du Rapport de la Directrice sur le recouvrement des contributions fixées (documents CE154/21, Rév. 1 et Add. I).
2. De féliciter les États Membres pour leur engagement à s'acquitter de leurs obligations financières envers l'Organisation en faisant des efforts pour régler leurs contributions impayées.
3. De remercier les États Membres qui se sont déjà acquittés de leurs paiements pour 2014 et d'exhorter les autres États Membres à s'acquitter de toutes leurs contributions impayées dès que possible.
4. De prier la Directrice de continuer à informer les États Membres de tout montant dû et de présenter un rapport au 53^e Conseil Directeur sur la situation du recouvrement des contributions.

(Première réunion, le 16 juin 2014)

CE154.R2 : *Plan d'action pour la prévention de l'obésité chez les enfants et les adolescents*

LA 154^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF

Ayant examiné le projet de *Plan d'action pour la prévention de l'obésité chez les enfants et les adolescents* pour 2014-2019 (Document CE154/16, Rév. 1),

DÉCIDE :

De recommander au 53^e Conseil directeur d'adopter une résolution rédigée selon les termes suivants :

**PLAN D'ACTION POUR LA PRÉVENTION DE L'OBÉSITÉ
CHEZ LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS**

LE 53^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant examiné le *Plan d'action pour la prévention de l'obésité chez les enfants et les adolescents* pour 2014-2019 (Document CE53/_),

Rappelant le droit des enfants à la possession du meilleur état de santé qu'ils sont capables d'atteindre, tel qu'énoncé dans la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, la Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant et d'autres instruments régionaux et internationaux en matière de droits de l'homme ;

Conscient du fait que le surpoids et l'obésité ont atteint des proportions épidémiques chez les enfants et les adolescents dans les Amériques et que le problème nécessite différents efforts de lutte au niveau local et national par les États Membres ;

Reconnaissant l'étendue des connaissances scientifiques et en santé publique sur les mécanismes impliqués dans l'actuelle épidémie d'obésité et l'action publique nécessaire pour la combattre ;

Sachant que le présent Plan d'action est conforme aux mandats internationaux issus de l'Assemblée mondiale de la Santé, en particulier la Stratégie mondiale de l'OMS pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé (WHA57.17 [2004]) et le Plan d'application exhaustif concernant la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant (WHA65.6 [2012]), outre les mandats des organes directeurs de l'OPS, dont la Stratégie et le plan d'action pour la santé intégrale chez l'enfant (CSP28/10 [2012]), la Stratégie régionale pour améliorer la santé des adolescents et des jeunes (CD48.R5 [2008]), la Stratégie régionale et Plan d'action portant sur la nutrition dans la santé et le développement, 2006-2015 (CD47/18 [2006]) et la Stratégie et le plan d'action pour la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles (Documents CSP28/9, Rév. 1 [2012], et CD52/7 [2013]), ainsi que la Déclaration des droits de l'homme des Nations Unies (1948) et la Convention relative aux droits de l'enfant des Nations Unies (1989),

DÉCIDE :

1. D'approuver le *Plan d'action pour la prévention de l'obésité chez les enfants et les adolescents* pour 2014-2019.
2. De prier instamment les États Membres :
 - a) d'accorder la priorité à ce Plan d'action et de recommander au plus haut niveau sa mise en œuvre ;
 - b) De promouvoir la coordination entre les ministres et les institutions publiques, principalement dans les secteurs de l'éducation, de l'agriculture, des finances, du commerce, des transports et de la planification urbaine, ainsi qu'avec les pouvoirs municipaux locaux, afin de parvenir à un consensus national et de conjuguer les actions pour arrêter la progression de l'épidémie d'obésité chez les enfants ;
 - c) De soutenir et d'encadrer les efforts conjoints entre les secteurs public et privé et les organisations de la société civile autour du Plan d'action ;
 - d) d'élaborer des plans et programmes de communication à grande échelle pour diffuser le Plan d'action et éduquer le public sur les questions d'alimentation et de nourriture saine et sur la valeur des traditions culinaires locales cadrant avec une alimentation saine ;

- e) de mettre en place un système intégré de surveillance, évaluation et responsabilité pour les politiques, plans, programmes, lois et interventions permettant de déterminer l'impact de la mise en œuvre du Plan d'action ;
 - f) de veiller à ce que des processus soient établis pour réaliser des examens et analyses externes de la mise en œuvre du Plan basés sur les priorités, besoins et capacités nationaux.
3. De demander à la Directrice :
- a) d'apporter un soutien aux États Membres en collaboration avec d'autres organismes et comités des Nations Unies comme l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture, le Fonds des Nations Unies pour l'enfance, le Programme alimentaire mondial et le Comité des droits de l'enfant des Nations Unies, d'autres parties prenantes et donateurs, ainsi que les secteurs nationaux, pour travailler collectivement sur le Plan d'action, en particulier sur ses activités aux niveaux national et infrarégional ;
 - b) de promouvoir la mise en œuvre et la coordination du Plan d'action pour faire en sorte que les activités se recoupent avec les différents domaines des programmes de l'Organisation et les différents contextes régionaux et infrarégionaux ;
 - c) de promouvoir et consolider la coopération avec et entre les pays, en échangeant les expériences et les enseignements tirés ;
 - d) de rendre compte régulièrement aux organes directeurs des progrès et obstacles dans l'exécution du Plan d'action, ainsi que de son adaptation aux nouveaux contextes et besoins.

(Troisième réunion, le 17 juin 2014)

CE154.R3 : Désignation d'un membre auprès du Comité d'audit de l'OPS

LA 154^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

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

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

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

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

DÉCIDE :

1. De remercier la Directrice du BSP et le Sous-comité du Programme, du Budget et de l'Administration pour le travail exhaustif effectué de sorte à identifier et désigner des candidats hautement qualifiés auprès du Comité d'audit de l'OPS.
2. De remercier M. Alain Gillette pour ses années de service au sein du Comité d'audit de l'OPS.
3. De désigner M. Nicholas Treen comme membre du Comité d'audit de l'OPS pour un mandat de trois ans, à savoir de juin 2014 à juin 2017.

(Troisième réunion, le 17 juin 2014)

CE154.R4 : *État et niveau autorisé du Fonds de roulement*

LA 154^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné le rapport de la Directrice intitulé *État et niveau autorisé du Fonds de roulement* (document CE154/24, Rév. 1) ;

Notant que les dispositions de l'article VII du Règlement financier stipulent que le montant et les buts du Fonds de roulement seront déterminés de temps à autre par la Conférence sanitaire panaméricaine ou par le Conseil directeur ;

Notant avec inquiétude les demandes croissantes adressées au Fonds de roulement à mesure que s'élargissent les activités du budget ordinaire de l'Organisation ;

Notant la nécessité de permettre à l'Organisation de bien gérer l'incertitude relative au cycle de fonctionnement et au cycle budgétaire ;

DÉCIDE :

De recommander au 53^e Conseil directeur d'adopter une résolution rédigée selon les termes suivants :

**ÉTAT ET NIVEAU AUTORISÉ
DU FONDS DE ROULEMENT**

LE 53^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant examiné le rapport de la Directrice intitulé *État et niveau autorisé du Fonds de roulement* (document CD53/___) ;

Ayant noté que la Directrice a réapprovisionné le Fonds de roulement à son niveau autorisé actuel de US\$ 20,0 millions ;¹

Ayant examiné la recommandation du Comité exécutif relative à une augmentation du niveau autorisé du Fonds de roulement, compte tenu des demandes accrues adressées au Fonds de roulement à mesure que s'élargissent les activités du budget ordinaire de l'Organisation, ainsi que de la nécessité de faire en sorte que le Programme soit mis à exécution de manière méthodique et efficace,

DÉCIDE :

1. D'approuver une augmentation du niveau autorisé du Fonds de roulement faisant passer celui-ci de \$20,0 millions à \$25,0 millions.
2. D'autoriser la Directrice à financer l'augmentation du Fonds de roulement grâce à tout excédent éventuel des revenus par rapport aux dépenses dû aux économies réalisées dans la mise en œuvre du programme et budget, à partir de l'exercice actuel 2014-2015.

(Troisième réunion, le 17 juin 2014)

CE154.R5 : Plan d'action sur les incapacités et la réadaptation

LA 154^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné la proposition de *Plan d'action sur les incapacités et la réadaptation* (document CE154/14),

DÉCIDE :

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

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

PLAN D'ACTION SUR LES INCAPACITÉS ET LA RÉADAPTATION

LE 53^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant examiné le *Plan d'action sur les incapacités et la réadaptation* (document CD53/___);

Reconnaissant que la prévalence des incapacités est en constante augmentation en raison, notamment, du vieillissement de la population, de l'augmentation des maladies chroniques et de leurs facteurs de risque, de l'abus de substances, des accidents du travail et de la circulation, ainsi que de la violence et des crises humanitaires;

Reconnaissant que les incapacités sont des problèmes de santé publique, une question de droits humains et une priorité pour le développement;

Comprenant que les personnes handicapées présentent les pires résultats en santé si on les compare à la population non handicapée, et qu'elles font face à la stigmatisation et à des obstacles pour accéder aux services;

Reconnaissant que la réadaptation de base crée le milieu approprié pour offrir des soins de santé de qualité et pour protéger les droits des personnes handicapées;

Comprenant qu'investir dans l'adaptation et la réadaptation et dans la mise à disposition de dispositifs technologiques d'aide est essentiel pour que les personnes handicapées puissent mener une vie indépendante, se réinsérer dans leurs familles et leur communauté, et que, de plus, cela permet de réduire le besoin de services d'appui formels et d'alléger la charge physique et psychologique des personnes chargées des soins;

Considérant que dans la résolution CD47.R1 (2006), *Le handicap : prévention et réhabilitation dans le contexte du droit de la personne de jouir du niveau le plus élevé possible de santé physique et mentale et autres droits connexes*, les États Membres sont instamment priés de formuler et d'adopter des politiques, plans et lois en matière de santé, d'adaptation et de réadaptation qui soient conformes aux instruments internationaux applicables en matière de droits de l'homme;

Considérant qu'en mai 2014, la 67^e Assemblée mondiale de la Santé a débattu d'un *Projet de plan d'action mondial de l'OMS relatif au handicap 2014-2021 : un meilleur état de santé pour toutes les personnes handicapées*, l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) a élaboré, avec le consensus de ses États Membres, le présent plan d'action qui est aligné sur le projet de plan d'action mondial de l'OMS relatif au handicap 2014-2021 et sur le Plan stratégique de l'OPS 2014-2019 approuvé par le Conseil directeur en 2013;

Observant que le présent plan d'action aborde les objectifs essentiels pour répondre aux besoins des pays,

DÉCIDE :

1. D'approuver le *Plan d'action sur les incapacités et la réadaptation* et son application dans le contexte des conditions spéciales de chaque pays.
2. De prier instamment les États Membres, tout en tenant compte des responsabilités partagées dans les états fédérés :
 - a) d'inclure le handicap comme une priorité au sein des politiques nationales de santé pour assurer l'exécution des plans correspondants qui mènent à l'accès universel et équitable des personnes handicapées et de leurs familles aux services et programmes de santé, ce qui comprend l'adaptation et la réadaptation, la mise à disposition de dispositifs d'aide technologiques et d'autres formes d'appui;
 - b) de renforcer les cadres et règlements légaux dans les pays et leur application pour protéger les droits humains des personnes handicapées, conformément à la Convention relative aux droits des personnes handicapées, à la Convention interaméricaine pour l'élimination de toutes les formes de discrimination contre les personnes handicapées et aux normes internationales applicables;
 - c) d'appuyer la participation de la société civile aux activités de promotion et de protection de la santé des personnes handicapées, afin d'assurer que ces dernières sont consultées par l'entremise d'organisations qui les représentent et peuvent participer activement à la formulation de politiques et de lois, ainsi qu'à l'établissement des services qui leur incombent;
 - d) de renforcer la stratégie de réadaptation à base communautaire, dans le cadre des réseaux de services intégrés, en étendant les actions à la prévention des incapacités, la détection et l'intervention précoce, l'accès aux dispositifs technologiques et autres formes d'appui;
 - e) de poursuivre les efforts pour faire évoluer le modèle hospitalier de soins aux personnes handicapées vers un modèle à base communautaire dans lequel est intégré le travail en soins de santé primaires et des services de réadaptation ambulatoires sont établis, décentralisés et proches de la population;
 - f) d'assurer une réponse appropriée des services de santé aux particularités des groupes vulnérables ou avec des besoins spéciaux en situation d'incapacité;
 - g) de considérer le renforcement et la formation régulière des ressources humaines comme une composante clé de l'amélioration de la réponse des services;
 - h) d'améliorer la production, l'analyse et l'utilisation des données sur les incapacités, dans le cadre des systèmes nationaux d'information, et d'appliquer des outils valides et conformes à la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé;
 - i) d'appuyer la recherche sur des thèmes prioritaires dans le domaine des incapacités;

- j) d'appliquer une approche multisectorielle efficace avec des mécanismes de coordination entre les ministères et les organisations non gouvernementales, les institutions universitaires et d'autres services connexes;
 - k) de veiller à la santé des personnes chargées des soins;
 - l) de promouvoir l'échange d'expériences et de bonnes pratiques entre les pays.
3. De demander à la Directrice :
- a) de renforcer la coopération de l'OPS avec les États Membres pour promouvoir et protéger la qualité de vie des personnes handicapées et leur jouissance du niveau le plus élevé possible de santé physique et mentale;
 - b) d'appuyer les États Membres dans l'élaboration, la révision et l'exécution de plans nationaux en matière d'incapacités et de réadaptation, ainsi que dans la mise à jour de leurs lois;
 - c) de collaborer aux évaluations des programmes et services d'adaptation et de réadaptation des pays, en particulier par le biais d'un suivi des indicateurs de réussite pour évaluer les avances et l'impact des interventions;
 - d) d'appuyer les États Membres pour renforcer leurs systèmes d'information sur la santé, afin de produire, d'analyser et d'utiliser des données sur les incapacités;
 - e) d'encourager les alliances avec les organisations internationales et autres instances régionales et infrarégionales en appui à la réponse multisectorielle nécessaire dans le processus d'exécution de ce plan d'action;
 - f) de faciliter la diffusion de l'information et l'échange d'expériences et de bonnes pratiques, en plus de promouvoir la coopération technique entre les États Membres;
 - g) de faciliter la collaboration des États Membres avec les entités d'enseignement, les organisations non gouvernementales, en particulier les organisations de personnes handicapées et celles qui promeuvent la protection et le respect des personnes handicapées.

(Quatrième réunion, le 17 juin 2014)

CE154.R6 : *État d'avancement du projet pour la modernisation du système de gestion de l'information du BSP*

LA 154^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné le rapport de la Directrice sur le *Etat d'avancement du projet pour la modernisation du système de gestion de l'information du BSP* (document CE154/27) ;

Notant le besoin de financer de manière adéquate la modernisation du Système de gestion de l'information du BSP en prévision des coûts dus aux contingences imprévues lors de la mise en œuvre ;

DÉCIDE :

De recommander au 53^e Conseil directeur d'adopter une résolution rédigée selon les termes suivants :

**ÉTAT D'AVANCEMENT DU PROJET POUR LA MODERNISATION DU
SYSTÈME DE GESTION DE L'INFORMATION DU BSP**

LE 53^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant examiné le rapport de la Directrice sur le *Etat d'avancement du projet pour la modernisation du système de gestion de l'information du BSP* (Document CD53/19) ;

Ayant considéré la recommandation du Comité exécutif relative aux besoins de financement du projet de modernisation du système de gestion de l'information du BSP (PMIS) en prévision des dépenses imprévues encourues pendant la mise en œuvre du projet visant à répondre aux exigences essentielles inhérentes à la conception du PRE,

DÉCIDE :

1. D'approuver une augmentation du budget autorisé pour la modernisation du PMIS de US\$20,3 millions¹ à \$22,5 millions.
2. D'autoriser la Directrice à financer le déficit prévu de \$2,2 millions dans le budget autorisé pour la modernisation du PMIS comme suit :
 - a) solde non dépensé pour des projets approuvés provenant du compte de réserve : \$100 000,
 - b) financement non alloué d'IPSAS : \$2 100 000.

(Quatrième réunion, le 17 juin 2014)

CE154.R7 : Usage du solde résultant de l'achèvement de deux projets du compte de réserve

LA 154^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné le rapport portant sur l'état de la mise en œuvre des projets du compte de réserve en date du 31 décembre 2013 (document CE154/25) ;

¹ Sauf indication contraire, toutes les données monétaires figurant dans cette résolution sont exprimées en dollars des États-Unis.

Tenant compte du fait que le projet 1.A, intitulé « Centre des opérations d'urgence et Centre de connaissances » a été achevé, avec un solde restant de US\$ 91 300¹ et que le projet 4.A, intitulé « Améliorations des installations : mise à niveau des normes minimales opérationnelles de sécurité (MOSS) et mesures de sécurité » a également été achevé, avec un solde restant de \$9 213 ;

Notant que le Bureau sanitaire panaméricain se propose de transférer les deux soldes susmentionnés au projet 3.D, intitulé « Modernisation du système d'information pour la gestion du BSP – phase 2 », ce qui représenterait une affectation additionnelle de \$100 513 à ce projet ;

DÉCIDE :

1. De réduire le financement approuvé provenant du compte de réserve pour le projet 1.A, intitulé « Centre des opérations d'urgence et Centre de connaissances », de \$91 300, ce qui porte le financement total pour le projet 1.A à \$2 808 700.
2. De réduire le financement approuvé provenant du compte de réserve pour le projet 4.A, intitulé « Améliorations des installations : mise à niveau des normes minimales opérationnelles de sécurité (MOSS) et mesures de sécurité », de \$9 213, ce qui porte le financement total pour le projet 4.A à \$290 787.
3. D'accroître le financement du projet 3.D, intitulé « Modernisation du système d'information pour la gestion du BSP – phase 2 », d'une somme totale de \$100 513 ; le financement total provenant du compte de réserve pour le projet 3.D sera donc de \$9 328 850.

(Quatrième réunion, le 17 juin 2014)

CE154.R8 : Organisations non gouvernementales en relations officielles avec l'OPS

LA 154^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné le rapport du Sous-comité du programme, du budget et de l'administration, *Organisations non gouvernementales en relations officielles avec l'OPS* (document CE154/6, Rév. 1) ;

Consciente des dispositions des *Principes régissant les relations entre l'Organisation panaméricaine de la Santé et les organisations non gouvernementales,*

¹ Sauf stipulation contraire, toutes les valeurs monétaires dans la présente résolution sont exprimées en dollars des États-Unis.

DÉCIDE :

1. De renouveler les relations officielles entre l'OPS et les organisations non gouvernementales suivantes pour une période de quatre ans :
 - a) la Confédération de biochimie clinique d'Amérique latine (COLABIOCLI),
 - b) le Centre pour un transport durable du *World Resources Institute* (EMBARQ)
 - c) l'Alliance nationale pour la santé hispanique (NAHH).
2. D'autoriser les organisations non gouvernementales suivantes à entretenir des relations officielles avec l'OPS pour une période de quatre ans :
 - a) le Collège américain des cadres en soins de santé (ACHE),
 - b) l'Association américaine pour la parole, le langage et l'ouïe (ASHA),
 - c) l'Organisation internationale des associations de consommateurs (CIROLAC).
3. De prendre note du rapport à mi-parcours sur la situation des relations entre l'OPS et les organisations non gouvernementales.
4. De demander à la Directrice :
 - a) d'informer les organisations non gouvernementales respectives quant aux décisions prises par le Comité exécutif ;
 - b) de continuer à forger des relations de travail dynamiques avec des organisations non gouvernementales interaméricaines présentant un intérêt pour l'Organisation dans des domaines correspondant aux priorités programmatiques adoptées par les Organes directeurs pour l'OPS ;
 - c) de continuer à développer des relations entre les États Membres et les organisations non gouvernementales œuvrant dans le domaine de la santé.

(Sixième réunion, le 18 juin 2014)

CE154.R9 : *Plan d'action pour la prévention de la cécité et des déficiences visuelles*

LE 154^e COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné la proposition de *Plan d'action pour la prévention de la cécité et des déficiences visuelles* (document CE154/18),

DÉCIDE :

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

**PLAN D'ACTION POUR LA PRÉVENTION DE LA CÉCITÉ
ET DES DÉFICIENCES VISUELLES**

LE 53^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant examiné le *Plan d'action pour la prévention de la cécité et des déficiences visuelles* (document CD53/___) ;

Notant que la déficience visuelle est un problème important dans la Région, qui est lié à la pauvreté et à la marginalisation sociale ;

Conscient que la majorité des causes de cécité sont évitable et que les traitements actuels comptent parmi les interventions de santé qui enregistrent le taux de réussite le plus élevé et qui sont les plus rentables ;

Appréciant les efforts déployés par les États Membres ces dernières années pour prévenir la cécité évitable, mais conscient de la nécessité de consolider les réalisations obtenues ;

Rappelant la résolution CD47.R1 (2006) du Conseil directeur, *Le handicap : prévention et réhabilitation dans le contexte du droit de la personne de jouir du niveau le plus élevé possible de santé physique et mentale et autres droits connexes*,

DÉCIDE :

1. D'approuver le *Plan d'action pour la prévention de la cécité et des déficiences visuelles* pour 2014-2019.
2. De prier instamment les États Membres, en tenant compte de leurs contextes et de leurs priorités à l'échelle nationale :
 - a) de renforcer les initiatives nationales visant à prévenir les déficiences visuelles évitables au moyen, entre autres, de l'amélioration de l'intégration de la santé oculaire dans les plans de santé nationaux et de la fourniture de services de santé, le cas échéant ;
 - b) de mettre en pratique les actions proposées dans le plan d'action 2014-2019, conformément aux priorités nationales et à l'accès universel aux services ;
 - c) d'examiner les implications budgétaires connexes ;

- d) de promouvoir des partenariats entre le secteur public, les organisations non gouvernementales, le secteur privé, la société civile et les communautés dans les programmes et activités de promotion de la prévention de la cécité ;
 - e) de promouvoir la coopération entre les pays dans les domaines de la prévention et de la prise en charge de la cécité et des déficiences visuelles ;
 - f) de protéger les droits fondamentaux des personnes handicapées et de mettre à jour leurs lois sur le handicap, le cas échéant, et de les adapter conformément aux normes et aux règlements internationaux applicables.
3. De demander à la Directrice :
- a) de soutenir la mise en œuvre du plan d'action pour maintenir et renforcer la coopération entre le Bureau sanitaire panaméricain et les États Membres dans le domaine de la prévention de la cécité ;
 - b) de fournir un appui technique aux États Membres pour la mise en œuvre des mesures proposées dans le présent Plan d'action, conformément aux priorités nationales et aux instruments universels et régionaux relatifs aux droits de l'Homme applicables à la santé et au handicap ;
 - c) d'appuyer la mise en œuvre du présent Plan d'action, en particulier pour ce qui est de l'inclusion de l'accès universel et équitable aux services ;
 - d) de continuer d'accorder la priorité à la prévention de la cécité évitable, et d'étudier la possibilité d'allouer des ressources pour la mise en œuvre du présent Plan d'action ;
 - e) de promouvoir la coopération technique entre les pays et la création d'alliances stratégiques afin de mener à bien des activités visant à protéger la santé oculaire.

(Sixième réunion, le 19 juin 2014)

CE154.R10 : Amendements au règlement et au statut du personnel du BSP

LA 154^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné les amendements au Règlement du personnel du Bureau sanitaire panaméricain soumis par la Directrice à l'annexe A du document CE154/28 ;

Prenant en considération les mesures prises par la Soixante-septième Assemblée mondiale de la Santé au regard de la rémunération du Directeur général adjoint, des Sous-directeurs généraux et des Directeurs régionaux ;

Gardant à l'esprit les dispositions de l'article 020 du Règlement du personnel et de l'article 3.1 du Statut du personnel du Bureau sanitaire panaméricain ;

Reconnaissant la nécessité d'uniformité dans les conditions d'emploi du personnel du Bureau sanitaire panaméricain et de l'Organisation mondiale de la Santé,

DÉCIDE :

1. De confirmer, conformément à l'article 020 du Règlement du personnel, les amendements au Règlement du personnel qui ont été apportés par la Directrice, en vigueur à compter du 1^{er} juillet 2014 concernant : la prime d'affectation, la prime de départ, l'augmentation de traitement par avancement d'échelon durant la période de service et le congé d'adoption.
2. De fixer le traitement annuel du Directeur adjoint du Bureau sanitaire panaméricain, à compter du 1^{er} janvier 2014, à US\$ 171 007¹ avant l'impôt, ce qui a pour résultat un traitement net modifié de \$133 205 (taux avec personnes à charge) ou de \$120 527 (taux sans personne à charge).
3. De fixer le traitement annuel du Sous-directeur du Bureau sanitaire panaméricain, à compter du 1^{er} janvier 2014, à \$172 436 avant l'impôt, ce qui a pour résultat un traitement net modifié de \$134 205 (taux avec personnes à charge) ou de \$121 527 (taux sans personne à charge).
4. De fixer le traitement annuel du Directeur du Bureau sanitaire panaméricain, à compter du 1^{er} janvier 2014, à \$189 744 avant l'impôt, ce qui a pour résultat un traitement net modifié de \$146 321 (taux avec personnes à charge) ou de \$131 682 (taux sans personne à charge).

(Septième réunion, le 19 juin 2014)

CE154.R11 : *Plan d'action pour la coordination de l'assistance humanitaire*

LA 154^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF ,

Ayant examiné la proposition de *Plan d'action pour la coordination de l'assistance humanitaire* (document CE154/19),

DÉCIDE :

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

¹ Sauf stipulation contraire, toutes les valeurs monétaires dans la présente résolution sont exprimées en dollars des Etats-Unis.

**PLAN D'ACTION POUR LA COORDINATION
DE L'ASSISTANCE HUMANITAIRE**

LE 53^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant examiné le *Plan d'action pour la coordination de l'assistance humanitaire* (document CD53/);

Reconnaissant que les pays de la Région des Amériques ont augmenté leur capacité de réponse aux situations d'urgence et de catastrophe avec leurs propres ressources humaines et matérielles mais que, toutefois, lors d'événements de plus grande ampleur l'assistance internationale continue à être nécessaire pour accompagner les efforts du pays affecté ;

Comprenant que l'assistance humanitaire exige l'établissement de mécanismes appropriés de coordination nationale et internationale pour assurer que les interventions sont menées à bien en conformité aux normes humanitaires internationales convenues, y compris les soins médicaux et les interventions en santé publique, tout en respectant la culture et les coutumes des pays affectés ;

Reconnaissant que les catastrophes peuvent accentuer les inégalités et injustices existantes et que les actions qui tendent à renforcer les capacités de coordination de l'aide offrent la possibilité de comporter des aspects tels que la protection des groupes vulnérables, l'égalité entre les sexes et l'identification des besoins culturels ou de groupes ethniques ;

Considérant que la réforme humanitaire des Nations Unies et le Programme de transformation des Nations Unies, les résolutions CD45.R8 (2004) et CSP28.R19 (2012) de l'OPS/OMS et WHA65.20 (2012) de l'OMS invitent à améliorer la coordination entre les différents acteurs qui interviennent dans la réponse aux urgences dans le but d'optimiser la réponse et la responsabilisation de la coopération internationale ;

Reconnaissant la fonction unique et fondamentale du Bureau des Nations Unies pour la coordination des affaires humanitaires (OCHA) dans la coordination des activités humanitaires internationales et prenant dûment en considération la fonction des autorités nationales de gestion des catastrophes ;

Reconnaissant que le Plan stratégique de l'Organisation panaméricaine de la Santé 2014-2019 et le Programme et budget 2014-2015, approuvés par le 52^e Conseil directeur de l'OPS établissent que les pays disposent d'un mécanisme de coordination des urgences en matière de santé qui remplit les conditions minimales pour obtenir des résultats satisfaisants ;

Reconnaissant la complexité et le rôle crucial du secteur de la santé au début de la réponse à une catastrophe ou une urgence, et que la coordination de l'aide internationale en santé pourrait être mieux tenue en compte dans les mécanismes multisectoriaux nationaux et internationaux ;

Considérant l'importance de disposer d'un plan d'action qui renforce le secteur de la santé dans les États Membres et qui accroît sa capacité d'améliorer, de façon efficace et efficiente, la coordination pour la réception et l'envoi de l'assistance humanitaire relative à la santé dans des situations d'urgence et de catastrophe, afin de sauver le plus grand nombre de vies possible et protéger la santé de la population affectée,

DÉCIDE :

1. D'approuver le *Plan d'action pour la coordination de l'assistance humanitaire* et d'appuyer sa prise en compte dans les politiques, les plans et les programmes de développement, ainsi que dans les propositions et la discussion des budgets nationaux.
2. De prier instamment les États Membres :
 - a) de participer à la formation d'un groupe de consultation régional de caractère temporaire ;
 - b) de participer au réseau de santé pour les situations d'urgence et de catastrophe dans les Amériques, et de promouvoir et faciliter l'incorporation à ce réseau des actions et des efforts bilatéraux et multilatéraux de coopération dans le secteur de la santé qui existent actuellement dans la Région ;
 - c) d'envisager la mise en œuvre, selon qu'il convient conformément aux règles des Nations Unies et en coordination avec les autorités nationales existantes de gestion du risque de catastrophes, d'un mécanisme flexible de registre des équipes médicales internationales et multidisciplinaires de santé et des procédures de réponse immédiate dans les Amériques ;
 - d) de faciliter et de coopérer à l'interconnexion des systèmes logistiques relatifs à la santé dans les Amériques dans un réseau destiné à accélérer l'aide humanitaire dans le secteur de la santé dans la Région ;
 - e) de soutenir et de promouvoir la mise en œuvre de mécanismes de coordination avec d'autres secteurs ;
 - f) d'encourager et de faciliter la formation de leurs ressources humaines en matière de situations d'urgence et de catastrophe.
3. De demander à la Directrice :
 - a) d'appuyer la coordination et l'exécution du plan d'action pour coordonner l'assistance humanitaire dans le domaine international et d'assurer la coopération technique nécessaire aux pays ;

- b) de faciliter et de promouvoir la création d'un mécanisme souple de registre des équipes médicales internationales et des équipes sanitaires selon une approche multidisciplinaire, ainsi que les procédures de réponse immédiate dans les Amériques, en coordination avec l'OMS et OCHA, et conformément aux principes de l'OMS ;
- c) de faciliter la formation d'un groupe consultatif régional temporaire avec des experts des pays afin de réviser, harmoniser, actualiser et diffuser les procédures et les mécanismes d'assistance humanitaire dans le domaine de la santé dans la Région ;
- d) d'assurer le secrétariat de ce groupe consultatif régional ;
- e) de promouvoir la formation d'alliances entre pays, avec des instances d'intégration régionales, des organismes internationaux, des institutions scientifiques et techniques, des organisations non gouvernementales, la société civile organisée, le secteur privé et d'autres, pour étendre la capacité de réponse aux urgences en santé des États Membres.

(Septième réunion, le 19 juin 2014)

CE154.R12 : Plan d'action pour la santé mentale

LE 154^e COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné la proposition de *Plan d'action pour la santé mentale* (document CE154/15),

DÉCIDE :

De recommander au Conseil directeur d'approuver une résolution conforme aux dispositions suivantes :

PLAN D'ACTION POUR LA SANTÉ MENTALE

LE 53^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant examiné le *Plan d'action pour la santé mentale* (document CD53/_);

Reconnaissant que la prévalence des troubles mentaux et liés à la consommation de substances psychoactives est élevée dans le monde et que cela contribue dans une large mesure à la morbidité, l'incapacité et la mortalité prématurée et que, en outre, il existe des lacunes importantes en matière de traitement ;

Comprenant qu'il ne saurait y avoir de santé sans santé mentale, celle-ci ne s'entendant pas uniquement comme l'absence de maladie mais comme un « état de

bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté » ;¹

Considérant que, en 2009, le Conseil directeur de l'OPS a adopté la Stratégie et Plan d'action pour la santé mentale et que, en 2013, l'Assemblée mondiale de la Santé a approuvé le Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020, et qu'au cours de cette même année, l'OPS a adopté son Plan stratégique 2014-2019, il est utile et nécessaire d'actualiser et d'aligner notre plan d'action régional pour la santé mentale sur le Plan stratégique de l'OPS et sur le Plan d'action global pour la santé mentale de l'OMS ;

Rappelant les instruments internationaux fondamentaux relatifs aux droits de l'homme, tels que le Pacte international relatif aux droits civils et politiques, le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels et la Convention relative aux droits des personnes handicapées ;

Observant que le *Plan d'Action pour la santé mentale* traite des lignes d'action fondamentales pour répondre aux divers besoins de santé mentale des pays,

DÉCIDE :

1. D'approuver le *Plan d'Action pour la santé mentale* et son application dans le contexte propre à chaque pays pour répondre aux besoins actuels et futurs dans le domaine de la santé mentale.
2. De prier instamment les États Membres, en tenant compte de leurs contextes nationaux :
 - a) d'inclure la santé mentale et la promotion de la santé mentale comme priorité dans les politiques nationales de la santé, afin d'assurer la mise en œuvre de plans de santé mentale qui prennent en compte le déficit et la répartition inégale des ressources existant dans certains pays ;
 - b) de renforcer, d'élaborer, d'examiner et, si nécessaire, de réformer les cadres juridiques des pays et leur application pour protéger les droits de l'homme des personnes souffrant de troubles mentaux ;
 - c) d'appuyer la participation de la société civile, et en particulier des associations des usagers et de leur famille, à la planification et à la mise en œuvre des activités de promotion et de protection de la santé mentale de la population ;
 - d) de promouvoir l'accès universel et équitable à la prise en charge globale de la santé mentale pour l'ensemble de la population en suivant une approche ancrée dans les communautés, au moyen du renforcement de la capacité de réponse des systèmes et des services de santé mentale dans le cadre des réseaux intégrés de

¹ Organisation mondiale de la Santé. Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020, annexe, page 42, (2013).

services, en mettant l'accent en particulier sur la réduction des lacunes existant en matière de traitement ;

- e) de poursuivre les efforts visant à faire évoluer le modèle centré sur les hôpitaux psychiatriques vers un modèle communautaire où la composante de la santé mentale est intégrée dans les soins de santé primaires et les hôpitaux généraux, et où des services de santé mentale décentralisés et proches de la population sont mis en place ;
- f) d'assurer une réponse adéquate des services de santé mentale tenant compte des spécificités des groupes en situation de vulnérabilité, ou ayant des besoins spécifiques ;
- g) d'assurer la fourniture de services de santé mentale et de soutien psychosocial dans les situations d'urgence et de catastrophes ;
- h) de considérer le renforcement des ressources humaines en matière de santé mentale comme une composante clé de l'amélioration de la capacité de réponse des services et, en particulier, des soins de santé primaire, ce pour quoi il est essentiel de mettre en œuvre régulièrement des programmes de formation ;
- i) d'appuyer des initiatives intersectorielles pour promouvoir la santé mentale et la prévention des troubles mentaux, en accordant une attention particulière au cycle de vie ; ainsi que pour traiter de la stigmatisation et de la discrimination que subissent les personnes souffrant de troubles mentaux ;
- j) d'entreprendre des interventions spécifiques pour la prévention du suicide comprenant l'amélioration des systèmes d'information et de surveillance ;
- k) de réduire les lacunes en matière d'information qui existe dans le domaine de la santé mentale en améliorant la production, l'analyse et l'utilisation des informations, ainsi qu'en développant la recherche ;
- l) de renforcer les alliances gouvernementales multisectorielles, ainsi qu'avec des organisations non gouvernementales, des établissements universitaires et d'autres acteurs sociaux clés.

3. De demander à la Directrice :

- a) de soutenir les États Membres dans l'élaboration, l'examen, le renforcement et la mise en œuvre des plans nationaux pour la santé mentale et des cadres juridiques, qui auraient pour référence le présent plan d'action, en s'efforçant de corriger les inégalités et en accordant la priorité à la prise en charge des groupes en situation de vulnérabilité et ayant des besoins spécifiques ;
- b) de collaborer aux évaluations de programmes et des services de santé mentale des pays pour que soient prises des mesures appropriées sur la base d'un diagnostic de la situation ;
- c) de préparer et de diffuser parmi les États Membres un document technique complémentaire présentant des recommandations sur des options pratiques pour

la mise en œuvre du présent plan dans les pays, ainsi que sur la façon de mesurer les indicateurs suggérés ;

- d) de faciliter la diffusion d'informations et l'échange d'expériences, et de promouvoir la coopération technique entre les États Membres ;
- e) de promouvoir des partenariats avec des organisations gouvernementales et non gouvernementales, ainsi qu'avec des organisations internationales et d'autres organismes régionaux et infrarégionaux à l'appui de la réponse globale qui est nécessaire dans le processus de mise en œuvre du présent plan d'action.

(Huitième réunion, le 19 juin 2014)

CE154.R13 : Prix de l'OPS pour l'Administration (2014)

LA 154^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné le *Rapport du Jury d'octroi du Prix de l'OPS pour l'Administration (2014)* (document CE154/5, Add. I) ;

Gardant à l'esprit les dispositions des procédures et directives pour conférer le Prix de l'OPS pour l'Administration, tel qu'approuvées par la 18^e Conférence sanitaire panaméricaine (1970) et modifiées par la 24^e Conférence sanitaire panaméricaine (1994) et par le Comité exécutif lors des ses 124^e (1999), 135^e (2004), 140^e (2007) et 146^e (2010) sessions,

DÉCIDE :

1. De féliciter le Dr Miguel Ángel Lezana Fernández pour son professionnalisme hors normes et son extraordinaire travail au nom de son pays et de la Région.
2. De conférer, sur recommandation du Jury, le Prix de l'OPS pour l'Administration (2014) au Dr Miguel Ángel Lezana Fernández, du Mexique, pour sa contribution exceptionnelle à la santé publique, illustrée par son travail et son rôle de premier plan dans le domaine de la surveillance épidémiologique et des systèmes d'information en santé, pour sa carrière remarquable et sa contribution à l'administration des services de santé en tant que gestionnaire et leader, confirmée par les postes académiques et administratifs qu'il a occupés et par son grand nombre de publications dans les journaux nationaux et internationaux, pour sa contribution remarquable à l'éducation médicale, pour sa contribution importante à la Classification internationale des maladies (CIM), en particulier le leadership qu'il a démontré au Mexique durant la transition à la CIM-10 et l'établissement d'un centre collaborateur de l'OPS/OMS, et pour son leadership au Mexique dans la préparation d'une réponse à la grippe A(H1N1)pdm09 en 2009, qui a considérablement contribué à la réponse des systèmes de santé dans toute la Région.

3. De transmettre le *Rapport du Jury d'octroi du Prix de l'OPS pour l'Administration (2014)* (document CE154/5, Add. I) au 53^e Comité directeur.

(Huitième réunion, le 19 juin 2014)

CE154.R14 : Plan d'action sur la santé dans toutes les politiques

LA 154^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné le projet de *Plan d'action sur la santé dans toutes les politiques* (document CE154/17),

DÉCIDE :

De recommander que le 53^e Conseil directeur adopte une résolution rédigée selon les termes suivants :

PLAN D'ACTION SUR LA SANTÉ DANS TOUTES LES POLITIQUES

LE 53^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant examiné le *Plan d'action sur la santé dans toutes les politiques* (document CD53/___) ;

Considérant la Déclaration d'Helsinki sur la santé dans toutes les politiques comme une approche intersectorielle des politiques publiques qui tient systématiquement compte des incidences des décisions prises sur la santé, recherche des synergies et évite les effets nocifs sur la santé afin d'améliorer la santé de la population et l'équité en santé ; considérant aussi le cadre de l'OMS pour l'action dans les pays relativement à l'intégration de la santé dans toutes les politiques, lequel comprend six composantes clés qui doivent être abordées afin de mettre cette intégration en œuvre ;

Rappelant la Déclaration d'Alma-Ata, qui mettait l'accent sur une stratégie de soins de santé primaires, et la Stratégie mondiale de la santé pour tous d'ici à l'an 2000, qui prévoyait une coordination, une coopération et une action intersectorielle pour la santé parmi les secteurs et les aspects pertinents du développement national et communautaire, ainsi que l'appel de la Charte d'Ottawa pour l'élaboration de politiques publiques saines et la création de milieux favorables ;

Reconnaissant la Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé, qui invite à élaborer et à mettre en œuvre des mesures du bien-être sociétal robustes, fiables et fondées sur des données probantes, reposant si possible sur des indicateurs, des normes et des programmes existants et couvrant l'ensemble de la société,

mesures qui vont au-delà de la croissance économique ; reconnaissant aussi le rôle important que jouent les ministères de la Santé dans la défense de cette cause ;

Reconnaissant le document produit par l'Assemblée générale des Nations Unies intitulé *L'avenir que nous voulons*, en particulier sa perception selon laquelle la santé est une condition préalable, un résultat et un indicateur des trois dimensions du développement durable, et reconnaissant son appel en faveur de l'implication de tous les secteurs compétents dans une action multisectorielle coordonnée visant à répondre en urgence aux besoins sanitaires de la population mondiale ;

Reconnaissant que les progrès en matière de santé n'ont pas été répartis de manière égale entre les pays et au sein des pays de la Région, que l'inégalité demeure l'un des plus grands défis sur le plan de la santé et du développement durable en Amérique et que la croissance des migrations ainsi que le vieillissement de la population et l'augmentation des maladies non transmissibles qui y est liée constituent les tendances les plus importantes qui influent sur la santé dans les Amériques ;

Reconnaissant le Plan stratégique 2014-2019 de l'OPS et particulièrement sa catégorie 3 (déterminants de la santé et promotion de la santé tout au long de la vie),

DÉCIDE :

1. D'approuver le *Plan d'action sur la santé dans toutes les politiques* pour 2014-2019.
2. De prier instamment les États Membres, selon le cas et en tenant compte de leur contexte national et des priorités de leur pays :
 - a) de défendre la santé et la promotion de l'équité en santé en tant que priorité, et d'intervenir de manière efficace quant aux déterminants sociaux de la santé, à la couverture sanitaire universelle, au renforcement des systèmes sanitaires et à l'équité en santé ;
 - b) de prendre des mesures efficaces, lesquelles comprendront, au besoin, des lois, des structures, des processus et des ressources permettant la création de politiques publiques qui tiennent compte de leurs effets sur la santé, sur l'équité en santé et sur les déterminants de la santé et y font face ; de mettre en place des mécanismes servant à mesurer et à suivre les déterminants de la santé et les disparités en matière de santé ;
 - c) de renforcer et de maintenir, selon le cas, une capacité et des compétences institutionnelles adéquates et durables pour atteindre, par le moyen d'actions intersectorielles, des résultats améliorés du point de vue de la santé et de l'équité en santé ;
 - d) d'utiliser des outils pertinents pour définir, analyser, mobiliser et renforcer une participation et des interventions multisectorielles en santé, y compris, selon le

- cas, des comités interministériels, des budgets et une comptabilité intégrés, ainsi qu'une évaluation d'impact sur la santé ;
- e) de renforcer la diligence raisonnable et la reddition de comptes, et d'accroître la transparence de la prise de décisions et de l'implication ;
 - f) d'associer, selon le cas, des collectivités locales et des acteurs de la société civile à l'élaboration, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation des politiques dans l'ensemble des secteurs, en incluant des mécanismes d'implication communautaire et de participation publique ;
 - g) de contribuer à l'élaboration du Programme de développement pour l'après-2015 en insistant sur le fait que les politiques des secteurs autres que sanitaires ont un impact important sur les résultats en matière de santé, et en définissant des synergies entre les objectifs des politiques en santé et dans d'autres secteurs ;
 - h) d'encourager la collaboration active des autorités sanitaires avec d'autres secteurs.

3. De demander à la Directrice :

- a) d'appuyer les efforts des pays visant à améliorer la santé et le bien-être et à assurer l'équité en santé, y compris des interventions dans l'ensemble des secteurs sur les déterminants de la santé et sur les facteurs de risque relatifs aux maladies, en consolidant les connaissances et les données probantes afin de promouvoir la santé dans toutes les politiques ;
- b) de fournir des conseils et une assistance technique, sur demande, aux États Membres dans leurs efforts visant à mettre en œuvre le concept de la santé dans toutes les politiques, y compris le renforcement des capacités, des structures, des mécanismes et des processus nécessaires pour mesurer et suivre les déterminants de la santé et les disparités en matière de santé ;
- c) de renforcer le rôle et les capacités de l'OPS de même que ses ressources sur le plan du savoir, pour que l'organisme puisse offrir des conseils et une assistance technique servant à appuyer la mise en œuvre des politiques dans l'ensemble des secteurs aux divers niveaux de gouvernance ; d'assurer une cohérence et une collaboration avec les propres initiatives de l'OPS qui exigent des actions intersectorielles, y compris dans la réponse régionale aux défis posés par les maladies non transmissibles ;
- d) de renforcer l'échange d'expériences entre les pays ainsi que le travail réalisé par les agences du système des Nations Unies et du système interaméricain.

(Neuvième réunion, le 20 juin 2014)

CE154.R15 : Plan stratégique de l'OPS 2014-2019 amendé

LA 154^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné le rapport d'avancement sur le *Plan stratégique de l'OPS 2014-2019 amendé* (document CE154/11);

Notant les progrès accomplis pour améliorer les composantes clés du Plan stratégique de l'OPS, comme demandé par le 52^e Conseil directeur (résolution CD52.R8) et la 153^e session du Comité exécutif ;

Reconnaissant l'apport précieux du groupe de travail des pays pour : *i*) améliorer la définition et les critères de mesure concernant les indicateurs d'impact et de résultat intermédiaire, dont l'élaboration d'un recueil complet d'indicateurs, *ii*) affiner la méthodologie de stratification des priorités programmatiques et *iii*) élaborer le nouveau système conjoint de suivi et d'évaluation pour le Plan stratégique de l'OPS 2014-2019 ;

Reconnaissant l'importance d'entreprendre des consultations avec les États Membres pour valider les références et les cibles des indicateurs de résultat intermédiaire du Plan stratégique,

DÉCIDE :

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

PLAN STRATÉGIQUE DE L'OPS 2014-2019 AMENDÉ

LE 53^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant examiné les amendements proposés aux indicateurs du Plan stratégique de l'OPS 2014-2019 (*Document officiel 345*) ;

Accueillant avec satisfaction les améliorations aux définitions et aux critères de mesure pour les indicateurs d'impact et de résultat intermédiaire du Plan stratégique de l'OPS ;

Reconnaissant l'apport précieux du groupe de travail des pays pour *i*) améliorer la définition et les critères de mesure concernant les indicateurs d'impact et de résultat intermédiaire, dont l'élaboration d'un recueil complet d'indicateurs, *ii*) évaluer et émettre des recommandations pour affiner la méthodologie de stratification des priorités programmatiques et *iii*) élaborer le nouveau système conjoint de suivi et d'évaluation pour le Plan stratégique de l'OPS 2014-2019 ;

Reconnaissant l'importance d'entreprendre des consultations avec les États Membres pour valider les références et les cibles des indicateurs de résultat intermédiaire du Plan stratégique,

DÉCIDE :

1. D'approuver le *Plan stratégique de l'OPS 2014-2019 amendé (document officiel 345)*, y compris ses indicateurs révisés.
2. De remercier le groupe de travail des pays pour leur engagement et apport précieux à l'amélioration des indicateurs du Plan stratégique, dont l'élaboration d'un recueil complet d'indicateurs, et ses conseils pour l'élaboration du système conjoint de suivi et d'évaluation du Plan stratégique de l'OPS 2014-2019 amendé.
3. De demander à la Directrice :
 - a) de continuer à entreprendre des consultations avec les États Membres concernant toute révision ultérieure des références et cibles d'indicateurs de résultat intermédiaire du Plan stratégique ;
 - b) d'incorporer tout changement nécessaire au programme et budget 2014-2015 en réponse aux indicateurs révisés du Plan stratégique de l'OPS 2014-2019 amendé ;
 - c) d'établir le système conjoint de suivi et d'évaluation pour informer sur l'exécution du Plan stratégique, en collaboration avec les États Membres ;
 - d) de présenter un rapport sur le statut de l'exécution du Plan stratégique de l'OPS 2014-2019 amendé à la fin de la période biennale 2014-2015.

(Dixième réunion, le 20 juin 2014)

CE154.R16 : *Plan d'action pour l'accès universel à la sécurité transfusionnelle*

LA 154^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné le Plan d'action proposé pour l'accès universel à la sécurité transfusionnelle (document CE154/13)

DÉCIDE :

De recommander que le 53^e Conseil directeur adopte une résolution rédigée selon les termes suivants :

**PLAN D'ACTION POUR L'ACCÈS UNIVERSEL
À LA SÉCURITÉ TRANSFUSIONNELLE**

Le 53^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant examiné le *Plan d'action pour l'accès universel à la sécurité transfusionnelle* (document CD53/___) ;

Prenant en compte l'importance de l'intégration efficace et durable des programmes et services de transfusion sanguine au système national de santé pour parvenir à l'autosuffisance, la sécurité, l'efficacité, la disponibilité et l'accès universel au sang et aux dérivés plasmatiques de façon adéquate et en temps opportun pour aider à sauver des vies et à améliorer la santé de toutes les personnes dans le besoin comme les enfants atteints d'anémie sévère, les patients souffrant de maladies chroniques, d'hémoglobinopathies, de traumatismes ou de cancer, les femmes enceintes et les cas de chirurgie majeure telles que les greffes, entre autres ;

Considérant la transfusion sanguine comme l'une des huit interventions clés dans les soins obstétriques d'urgence ;

Conscient des efforts réalisés par le Bureau sanitaire panaméricain et les programmes nationaux de transfusion sanguine des États Membres pour renforcer les systèmes nationaux de transfusion sanguine de manière à améliorer l'accès, la disponibilité et la sécurité du sang ;

Prenant en compte l'évaluation conjointe de la mise en œuvre du plan 2006-2010, réalisée en 2011 et présentée lors du 51^e Conseil directeur de l'OPS dans le document CD51/INF/5 et des réalisations et des défis identifiés par l'évaluation et qui constituent aujourd'hui le point de départ pour l'élaboration du Plan d'action pour l'accès universel à la sécurité transfusionnelle 2014-2019 ;

Reconnaissant que pour atteindre l'approvisionnement suffisant, la qualité adéquate du sang ainsi que la sécurité transfusionnelle, il est nécessaire de modifier les approches nationales actuelles ;

Préoccupé par la nécessité de parvenir dans la Région des Amériques à l'autosuffisance en sang et ses composants fondée sur l'augmentation du nombre de donateurs de sang bénévoles, et considérant que le sang collecté est systématiquement transformé en composants sanguins ;

Motivé par l'esprit de panaméricanisme, les objectifs de développement définis au niveau international dans la Déclaration du Millénaire des Nations Unies, les instruments universels et régionaux des droits de l'homme et le défi de l'accès universel au sang et à ses composants sûrs,

DÉCIDE :

1. D'approuver le *Plan d'action pour l'accès universel à la sécurité transfusionnelle* et sa mise en œuvre dans le contexte propre à chaque pays.
2. De prier instamment les États Membres, en tenant compte de leur contexte et priorités :
 - a) de renouveler leur engagement pour soutenir la mise en place de programmes et services de transfusion sanguine organisés, durables et coordonnés avec le système national et qui soient intégrés au système de santé dans un cadre juridique et réglementaire approprié et nécessaire pour avancer vers l'accès universel au sang et à ses composants de manière autosuffisante, sûre et qualitative, et pour une utilisation appropriée du sang et de ses dérivés ;
 - b) d'allouer les ressources nécessaires pour un fonctionnement et un développement approprié du système, telles que :
 - i. les ressources financières qui permettent d'assurer la viabilité et la gestion transparente du système de manière à empêcher la commercialisation et le profit généré par le sang, sauf quand la législation nationale le permet,
 - ii. les ressources humaines nécessaires et formées, en soutenant des activités de formation et en évitant des taux de rotation importants pour le personnel des services ;
 - c) de promouvoir exclusivement le don de sang bénévole, non rémunéré et récurrent, et de décourager le don rémunéré et familial ou de remplacement sauf quand il est protégé par le système réglementaire national ;
 - d) d'établir des systèmes de gestion de la qualité qui assurent le dépistage sanguin universel pour les marqueurs fixés par l'OPS/OMS dans la Région, la mise en œuvre de programmes nationaux d'évaluation externe sur l'utilisation appropriée du sang et les composants sanguins de manière à promouvoir la sécurité des patients ;
 - e) de promouvoir la participation intersectorielle (secteur public et privé, ministères, société civile et autres) pour mobiliser les ressources et créer des synergies au profit du système national de transfusion sanguine ;
 - f) d'établir un cadre réglementaire qui renforce le système de surveillance sanitaire de manière à assurer la réglementation et le contrôle de la chaîne transfusionnelle ;
 - g) d'assurer les mécanismes de mise en œuvre d'un système d'hémovigilance non punitive dans lequel puissent être identifiées les réactions aux transfusions de manière à effectuer les interventions appropriées permettant d'assurer des mesures correctives et de réduire les risques ;
 - h) d'allouer et d'utiliser de manière appropriée les ressources pour atteindre les objectifs du *Plan d'action pour l'accès universel à la sécurité transfusionnelle* ;

- i) d'établir des mécanismes de surveillance et d'évaluation de la mise en œuvre du *Plan d'action pour l'accès universel à la sécurité transfusionnelle 2014-2019*.
3. De demander à la Directrice :
 - a) de coopérer avec les États Membres dans la mise en œuvre de ce plan 2014-2019, conformément à leurs besoins et avec une approche multidisciplinaire qui prenne en compte la promotion de la santé, les droits de l'homme, l'égalité des sexes et les déterminants sociaux de la santé ;
 - b) de promouvoir la mise en œuvre du Plan d'action et assurer sa transversalité entre les différents domaines de l'Organisation, les différents contextes nationaux, régionaux et infrarégionaux, et la collaboration avec et entre les pays dans la conception de stratégies et le partage de compétences et de ressources ;
 - c) de continuer à plaider pour la mobilisation active des ressources et la promotion de partenariats pour soutenir la mise en œuvre de la présente résolution ;
 - d) de suivre et d'évaluer la mise en œuvre de ce plan d'action et de faire un rapport régulier aux Organes directeurs sur les progrès et les contraintes concernant la mise en œuvre du Plan, et les ajustements, si nécessaires, aux nouveaux contextes et besoins.

(Dixième réunion, le 20 juin 2014)

CE154.R17 : Stratégie pour la couverture sanitaire universelle

LA 154^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant reçu la proposition relative à la *Stratégie pour la couverture sanitaire universelle* (document CE154/12),

DÉCIDE :

De recommander que le Conseil directeur adopte une résolution rédigée dans les termes ci-après :

LE 53^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant considéré la *Stratégie pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle* présentée par la Directrice (document CD53/___) ;

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

Conscient que la couverture sanitaire universelle implique que toutes les personnes ont accès sans discrimination d'aucune sorte, à des services intégrés de santé déterminés au niveau national (promotion, prévention, traitement, soins palliatifs et réadaptation) conformément aux besoins, ainsi qu'à des médicaments de qualité, sûrs, efficaces et abordables tout en assurant que l'utilisation de ces services n'expose pas les usagers à des difficultés financières, en particulier les secteurs pauvres, vulnérables et marginalisés de la population ;

Reconnaissant que les politiques et les interventions qui traitent les déterminants sociaux de la santé et favorisent l'engagement de la société dans son ensemble pour promouvoir la santé et le bien-être, en mettant l'accent sur les groupes en situation de pauvreté et de vulnérabilité, sont une condition essentielle pour progresser vers la couverture sanitaire universelle ;

Reconnaissant que la couverture sanitaire universelle s'inscrit dans les valeurs et les principes de soins de santé primaires dans l'esprit d'Alma-Ata ;

Observant que les pays de la Région ont réaffirmé leur engagement à la couverture sanitaire universelle à l'occasion du 52^e Conseil directeur de l'OPS (2013) en approuvant le Plan stratégique de l'OPS 2014-2019, et à travers leur participation active à d'autres forums internationaux tels que la Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé (2011), la Conférence des Nations Unies sur le développement durable (2012), la résolution 67/81 de l'Assemblée générale des Nations Unies (décembre 2012), et la résolution de l'Assemblée mondiale de la Santé WHA67.14 (2014) sur la santé dans le programme de développement pour l'après-2015, qui identifie la couverture sanitaire universelle et les objectifs du Millénaire pour le développement non réalisés comme des facteurs importants pour l'équité et le développement humain dans le programme de développement pour l'après-2015 ;

Notant les récentes améliorations apportées dans la santé dans l'ensemble des Amériques en raison en partie du développement économique et social des pays, de la consolidation des processus démocratiques, du renforcement des systèmes de santé, et de l'engagement politique des pays à aborder les besoins de santé de leurs populations ;

Reconnaissant que malgré les progrès réalisés, de nombreux défis existent, que la Région demeure la plus inéquitable du monde, que le processus de réduction des inégalités en santé est rendu plus complexe par les nouveaux schémas épidémiologiques et démographiques qui exigent des réponses différentes et novatrices des systèmes et des services de santé et que les problèmes d'exclusion et de manque d'accès à des services de qualité persistent pour de larges secteurs de la population dans la Région, en particulier les groupes en situation de grande vulnérabilité ;

Observant que les efforts pour renforcer et transformer les systèmes de santé dans les pays de la Région ont apporté des connaissances et une expérience considérables qui faciliteront le progrès continu sur la voie de la couverture sanitaire universelle ;

Reconnaissant que les progrès sur la voie de la couverture sanitaire universelle exigent des efforts pour surmonter l'exclusion, l'inégalité et les obstacles à l'accès à des services complets de santé et à leur usage ponctuel ;

Considérant l'importance de renforcer les systèmes de santé et d'adopter des politiques intégrées et accessibles à tous pour protéger la santé et aborder les déterminants sociaux de la santé afin de réaliser la couverture sanitaire universelle et gardant également à l'esprit que la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé établit comme l'un de ses principes de base que « la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre est l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale » ;

Reconnaissant l'importance de privilégier le renforcement des systèmes de santé, avec la couverture sanitaire universelle comme objectif général, afin de réduire les inégalités dans l'accès à la santé ;

Observant que la stratégie définit les conditions essentielles qui permettront aux pays d'orienter leurs politiques et de mesurer la réussite et le progrès sur la voie de la couverture sanitaire universelle ;

Reconnaissant que chaque pays devrait définir sa voie vers la couverture sanitaire universelle, en tenant compte de son contexte social, économique, politique, juridique, historique et culturel ;

Reconnaissant le processus participatif mis en œuvre pour le développement de la stratégie, y compris les consultations nationales par les États Membres en coordination avec le Bureau sanitaire panaméricain, et les consultations infrarégionales et régionales coordonnées par le Bureau et les groupes de travail des pays,

DÉCIDE :

1. D'adopter la *Stratégie pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle*.
2. De demander instamment aux États Membres, comme il convient dans leur contexte et leurs priorités nationales :
 - a) de formuler des mécanismes formels pour la participation et le dialogue afin de promouvoir le développement et la mise en œuvre de politiques ouvertes à tous et de garantir la responsabilité des actions sur la voie de la couverture sanitaire universelle ;
 - b) d'établir des buts et des objectifs nationaux et de définir leurs feuilles de route respectives vers la couverture sanitaire universelle, d'établir les priorités nationales pour la période 2014-2019, en conformité avec les engagements établis

- dans le Plan stratégique de l'OPS et le douzième programme général de travail de l'OMS (2014-2019);
- c) de définir et de mettre en œuvre une série d'actions destinées à renforcer la gouvernance et la capacité de gestion du secteur de la santé, de faire preuve de leadership pour influencer les politiques, les plans, la législation, les réglementations et les actions au-delà du secteur de la santé qui traitent les déterminants de la santé ;
 - d) de progresser afin de fournir l'accès universel à des services de santé intégrés et inclusifs qui sont cohérents avec les besoins en santé, les capacités du système et le contexte national, d'identifier les besoins non satisfaits et différenciés de la population ainsi que les besoins spécifiques des groupes en situation de vulnérabilité ;
 - e) de définir et de mettre en œuvre des actions destinées à améliorer l'organisation et la gestion des services de santé à l'aide du développement de modèles de soins de santé qui sont axés sur les besoins des personnes et des communautés, en augmentant la capacité de réponse au premier niveau de soins à travers des réseaux intégrés de services de santé ;
 - f) d'améliorer la capacité des ressources humaines au premier niveau de soins, en augmentant les opportunités d'emploi avec des conditions de travail et des incitations attrayantes, en particulier dans les zones mal servies, de consolider des équipes sanitaires de collaboration multidisciplinaires, garantir que ces équipes ont accès à l'information en santé et aux services de télésanté (y compris la télémédecine), d'introduire de nouveaux profils professionnels et techniques en fonction du modèle de services de soins pour les services intégrés ;
 - g) d'accroître l'efficacité et le financement public de la santé, le cas échéant, en tenant compte que dans la majorité des cas, des dépenses publiques de l'ordre de 6 % du PIB sont un point de repère utile et que ces ressources devraient être affectées, comme il convient, sur une base prioritaire au premier niveau de soins pour élargir la fourniture de services de qualité et répondre rapidement aux besoins de santé non satisfaits ;
 - h) de faire des progrès sur la voie de l'élimination des paiements directs importants au point de service ou de les éviter, en les remplaçant sur une base planifiée par des contributions mises en commun fondées sur les impôts et d'autres sources de financement, afin d'éviter des obstacles à l'accès, des dépenses catastrophiques et l'appauvrissement des personnes en conséquence des soins dont ils ont besoin ;
 - i) d'identifier et de mettre en œuvre une série d'actions destinées à améliorer l'efficacité du financement et de l'organisation des systèmes de santé ;
 - j) de mettre en œuvre des programmes habilitant les personnes et les communautés, y compris des activités de promotion, de prévention et d'éducation qui permettent aux individus et à la communauté de mieux connaître leur état de santé, leurs droits, leurs responsabilités et les déterminants sociaux de la santé.

3. De demander à la Directrice :
- a) d'utiliser la stratégie pour faciliter le leadership des autorités sanitaires afin de promouvoir la mobilisation des ressources nationales pour appuyer la transformation ou le renforcement des systèmes de santé sur la voie de la couverture sanitaire universelle ;
 - b) d'hiérarchiser la coopération technique qui soutient les pays dans le développement de processus participatifs pour définir les cibles et les buts nationaux, ainsi que des plans d'action pour progresser sur la voie de la couverture sanitaire universelle ;
 - c) de mesurer les progrès sur la voie de la couverture sanitaire universelle en utilisant les indicateurs identifiés dans le Plan stratégique 2014-2019 et d'informer sur les progrès par le biais des rapports d'évaluation biennaux sur l'exécution du Plan stratégique ;
 - d) de développer des actions et des outils pour appuyer l'exécution de la stratégie ;
 - e) de favoriser l'innovation dans la coopération technique concernant la transformation ou le renforcement des systèmes de santé sur la voie de la couverture sanitaire universelle, en actualisant les mécanismes du Bureau pour soutenir la coopération entre les pays, en établissant des réseaux d'experts et de gestion du savoir, en facilitant la documentation et la communication des expériences des pays et en utilisant les plateformes technologiques, d'une manière compatible avec les besoins des pays et les capacités actuelles, ainsi que les leçons apprises ;
 - f) de renforcer la coordination inter-organismes et les mécanismes de collaboration afin de réaliser des synergies et l'efficacité dans la coopération technique, y compris au sein du système des Nations Unies, du système interaméricain et avec d'autres parties prenantes travaillant pour la couverture sanitaire universelle, en particulier avec les mécanismes d'intégration infrarégionale et les institutions financières internationales concernées.

(Dixième réunion, le 20 juin 2014)

CE154.R18 : Ordre du jour provisoire du 53^e Conseil directeur, 66^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques

LA 154^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné l'ordre du jour provisoire (Document CD53/1) préparé par la Directrice pour le 53^e Conseil Directeur, 66^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques, présenté comme annexe A au document CE154/3, Rév. 2 ;

Considérant les dispositions de l'article 12.C de la Constitution de l'Organisation panaméricaine de la Santé et de l'article 7 du Règlement intérieur du Conseil Directeur,

DÉCIDE :

D'approuver l'ordre du jour provisoire (Document CD53/1) préparé par la Directrice pour le 53^e Conseil Directeur, 66^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques.

(Dixième réunion, le 20 juin 2014)

Décisions

Décision CE154 (D1) : Adoption de l'ordre du jour

Conformément à l'Article 9 du Règlement intérieur du Comité exécutif, le Comité a adopté l'ordre du jour présenté par la Directrice, tel qu'amendé par le Comité (document CE154/1, Rév. 2).

(Première réunion, 16 juin 2014)

Décision CE154 (D2) : Représentation du Comité exécutif au 53^e Conseil directeur de l'OPS, 66^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques

Conformément à l'Article 54 de son Règlement intérieur, le Comité exécutif a décidé de nommer le Brésil et le Canada son Président et son Vice-président respectivement, pour représenter le Comité au 53^e Conseil Directeur, 66^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques. Le Costa Rica et le Paraguay étaient élus comme suppléants.

(Neuvième réunion 20 juin 2014)

EN FOI DE QUOI, le Président du Comité exécutif, délégué du Brésil, et le Secrétaire de droit, Directrice du Bureau sanitaire panaméricain, signent le présent rapport final en langue portugaise.

FAIT à Washington, D.C., en ce vingtième jour de juin de l'année deux mille quatorze. Le Secrétaire déposera le document original dans les archives du Bureau sanitaire panaméricain.

Jarbas Barbosa da Silva Júnior
Président de la 154^e session du
Comité exécutif
Délégué du Brésil

Carissa Etienne
Secrétaire de droit de la 154^e session du
Comité exécutif
Directrice du Bureau sanitaire
panaméricain

Annexe A

ORDRE DU JOUR

1. OUVERTURE DE LA SESSION

2. QUESTIONS RELATIVES AU REGLEMENT

- 2.1 Adoption de l'ordre du jour et du programme des réunions
- 2.2 Représentation du Comité exécutif lors du 53^e Conseil directeur de l'OPS, 66^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques
- 2.3 Ordre du jour provisoire du 53^e Conseil directeur de l'OPS, 66^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques

3. QUESTIONS RELATIVES AU COMITE

- 3.1 Rapport sur la huitième session du Sous-comité du programme, du budget et d'l'administration
- 3.2 Prix de l'OPS pour l'administration (2014)
- 3.3 Organisations non gouvernementales en relations officielles avec l'OPS
- 3.4 Rapport annuel du Bureau d'éthique (2013)
- 3.5 Rapport du Comité d'audit de l'OPS
- 3.6 Nomination d'un membre au Comité d'audit de l'OPS

4. QUESTIONS RELATIVES A LA POLITIQUE DES PROGRAMMES

- 4.1 Rapport final provisoire sur le Plan stratégique de l'OPS 2008-2013 et évaluation en fin de période biennale du programme et budget 2012-1013
 - 4.2 Plan stratégique de l'OPS 2008-2012 amendé (Projet)
 - 4.3 Stratégie pour la couverture sanitaire universelle
 - 4.4 Plan d'action pour l'accès universel à la sécurité du sang
 - 4.5 Plan d'action sur les incapacités et la réadaptation
-

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

- 4.6 Plan d'action sur la santé mentale
- 4.7 Plan d'action pour la prévention de l'obésité chez les enfants et les adolescents
- 4.8 Plan d'action sur la santé dans toutes les politiques
- 4.9 Plan d'action pour la prévention de la cécité et des déficiences visuelles
- 4.10 Plan d'action pour la coordination de l'assistance humanitaire
- 4.11 Stratégie en matière de législation sur la santé

5. QUESTIONS ADMINISTRATIVES ET FINANCIERES

- 5.1 Rapport sur le recouvrement des contributions fixes
- 5.2 Rapport financier du Directeur et rapport du Commissaire aux comptes externe pour 2013
- 5.3 Rapport du Bureau de contrôle interne et des services d'évaluation
- 5.4 Financement de l'assurance maladie de l'OPS après cessation de service
- 5.5 État et niveau autorisé du Fonds de roulement
- 5.6 Statut des projets financés par le compte de réserve de l'OPS
- 5.7 Plan directeur d'investissement
- 5.8 État d'avancement du projet pour la modernisation du système d'information pour la gestion du BSP

6. QUESTIONS RELATIVES AU PERSONNEL

- 6.1 Amendements au Règlement et au Statut du personnel du Bureau sanitaire panaméricain
- 6.2 Statistiques des effectifs du BSP
- 6.3 Déclaration du représentant de l'Association du personnel de l'OPS/OMS

7. QUESTIONS POUR INFORMATION

- 7.1 Mise à jour sur la Réforme de l'OMS
- 7.2 Rapport sur l'appréciation de l'exécution du budget programme 2012-2013 de l'OMS
- 7.3 Rapport d'avancement sur les objectifs du Millénaire pour le développement et le programme de développement au-delà de 2015
- 7.4 Rapport du Comité consultatif de l'OPS/OMS sur la recherche pour la santé
- 7.5 Systématisation des mandats de l'OPS
- 7.6 Rapports d'avancement sur les questions techniques
 - A. Stratégie et Plan d'action sur le changement climatique
 - B. Plan d'action pour maintenir l'élimination de la rougeole, de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale dans la Région des Amériques
 - C. Plan d'action pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et les cas graves de morbidité maternelle
 - D. Mise en œuvre du Règlement sanitaire international
 - E. Élimination des maladies négligées et autres infections liées à la pauvreté
 - F. Plan d'action sur la sécurité des hôpitaux
 - G. Situation des Centres panaméricains
- 7.7 Résolutions et autres actions d'organisations intergouvernementales revêtant un intérêt pour l'OPS
 - A. Soixante-septième Assemblée mondiale de la Santé
 - B. Organisations infrarégionales

8. AUTRES QUESTIONS

9. CLOTURE DE LA SESSION

Annexe B

LISTE DES DOCUMENTS

Documents officiels

Of. Doc. 347 Rapport financier du Directeur et rapport du Commissaire aux comptes externe pour 2013

Documents d'information

- CE154/1, Rév. 2 Ordre du jour et du programme des réunions
- CE154/2 Représentation du Comité exécutif lors du 53^e Conseil directeur de l'OPS, 66^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques
- CE154/3, Rév. 2 Ordre du jour provisoire du 53^e Conseil directeur de l'OPS, 66^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques
- CE154/4 Rapport sur la huitième session du Sous-comité du programme, du budget et de l'administration
- CE154/5 et Add. I Prix de l'OPS pour l'administration (2014)
- CE154/6, Rév. 1 Organisations non gouvernementales en relations officielles avec l'OPS
- CE154/7 Rapport annuel du Bureau d'éthique (2013)
- CE154/8 Rapport du Comité d'audit de l'OPS
- CE154/9 Nomination d'un membre au Comité d'audit de l'OPS
- CE154/10 Rapport final provisoire sur le Plan stratégique de l'OPS 2008-2013 et évaluation en fin de période biennale du programme et budget 2012-2013
- CE154/11 Plan stratégique de l'OPS 2008-2012 amendé (Projet)
- CE154/12 Stratégie pour la couverture sanitaire universelle
- CE154/13 Plan d'action pour l'accès universel à la sécurité du sang
- CE154/14 Plan d'action sur les incapacités et la réadaptation
-

Documents d'information *(suite)*

CE154/15	Plan d'action sur la santé mentale
CE154/16, Rév. 1	Plan d'action pour la prévention de l'obésité chez les enfants et les adolescents
CE154/17	Plan d'action sur la santé dans toutes les politiques
CE154/18	Plan d'action pour la prévention de la cécité et des déficiences visuelles
CE154/19	Plan d'action pour la coordination de l'assistance humanitaire
CE154/20, Rév. 1	Stratégie en matière de législation sur la santé
CE154/21, Rév. 1 et Add. I	Rapport sur le recouvrement des contributions fixes
CE154/22	Rapport du Bureau de contrôle interne et des services d'évaluation
CE154/23	Financement de l'assurance maladie de l'OPS après cessation de service
CE154/24, Rév. 1	État et niveau autorisé du Fonds de roulement
CE154/25	Statut des projets financés par le compte de réserve de l'OPS
CE154/26	Plan directeur d'investissement
CE154/27	État d'avancement du projet pour la modernisation du système de gestion de l'information du BSP
CE154/28	Amendements au Règlement et au Statut du personnel du Bureau sanitaire panaméricain
CE154/29	Statistiques des effectifs du BSP
CE154/30	Déclaration du représentant de l'Association du personnel de l'OPS/OMS
CE154/INF/1	Mise à jour sur la Réforme de l'OMS

Documents d'information (*suite*)

- CE154/INF/2 Rapport sur l'appréciation de l'exécution du budget programme 2012-2013 de l'OMS
- CE154/INF/3 Rapport d'avancement sur les objectifs du Millénaire pour le développement et le programme de développement au-delà de 2015
- CE154/INF/4, Rév. 1 Rapport du Comité consultatif de l'OPS/OMS sur la recherche pour la santé
- CE154/INF/5 Systématisation des mandats de l'OPS
- CE154/INF/6 Rapports d'avancement sur les questions techniques
- A. Stratégie et Plan d'action sur le changement climatique
 - B. Plan d'action pour maintenir l'élimination de la rougeole, de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale dans la Région des Amériques
 - C. Plan d'action pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et les cas graves de morbidité maternelle
 - D. Mise en œuvre du Règlement sanitaire international
 - E. Élimination des maladies négligées et autres infections liées à la pauvreté
 - F. Plan d'action sur la sécurité des hôpitaux
 - G. Situation des Centres panaméricains
- CE154/INF/7 Résolutions et autres actions d'organisations intergouvernementales revêtant un intérêt pour l'OPS
- A. Soixante-septième Assemblée mondiale de la Santé
 - B. Organisations infrarégionales

Annexe C

LIST OF PARTICIPANTS / LISTA DE PARTICIPANTES

OFFICERS / MESA DIRECTIVA

President / Presidente : Dr. Jarbas Barbosa da Silva (Brazil/Brasil)
Vice -President / Vicepresidente : Mr. Robert Shearer (Canada/Canadá)
Rapporteur / Relator : Mr. Francisco Devia (Chile)

MEMBERS OF THE EXECUTIVE COMMITTEE / MIEMBROS DEL COMITÉ EJECUTIVO

BAHAMAS

Chief Delegate - Jefe de Delegación

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

Delegate - Delegado

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

BRAZIL/BRASIL

Chief Delegate - Jefe de Delegación

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

Delegates - Delegados

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

Sr. Alberto Kleiman
Assessor Especial para Assuntos
Internacionais em Saúde
Ministério da Saúde
Brasília

BRAZIL/BRASIL (cont.)

Delegates - Delegados (cont.)

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

Sra. Laura Segall Correa
Assessora Internacional de Vigilância
em Saúde
Ministério da Saúde
Brasília

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

Sr. Diogo Henrique Tomaz Afonso Alves
Técnico Especializado de Assessoria de
Assuntos Internacionais de Saúde
Ministério da Saúde
Brasília

CANADA/CANADÁ

Chief Delegate - Jefe de Delegación

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

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

CANADA/CANADÁ (cont.)

Delegates - Delegados

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

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

Mr. Sudeep Bhattarai
Senior Health Specialist
Department of Foreign Affairs, Trade
and Development
Ottawa

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

Ms. Charlotte McDowell
Senior Development Officer
Permanent Mission of Canada to the
Organization of American States
Washington, D.C.

CHILE

Chief Delegate - Jefe de Delegación

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

Delegates - Delegados

Excmo. Sr. Juan Pablo Lira Bianchi
Embajador, Representante Permanente
de Chile ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

CHILE (cont.)

Delegates - Delegados (cont.)

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

COSTA RICA

Chief Delegate - Jefe de Delegación

Dra. María Elena López
Ministra de Salud
Ministerio de Salud
San José

Delegates - Delegados

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

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

ECUADOR

Chief Delegate - Jefe de Delegación

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

Delegates - Delegados

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

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

ECUADOR (cont.)

Delegates - Delegados (cont.)

Dr. José Francisco Vallejo Flores
Subsecretario Nacional de Vigilancia de
la Salud Pública
Ministerio de Salud Pública
Quito

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

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

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

EL SALVADOR

Chief Delegate - Jefe de Delegación

Dr. Eduardo Espinoza
Viceministro de Políticas Sectoriales
de Salud
Ministerio de Salud
San Salvador

Delegate - Delegado

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

JAMAICA

Chief Delegate - Jefe de Delegación

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

Delegate - Delegado

Dr. Jean Dixon
Permanent Secretary
Ministry of Health
Kingston

PARAGUAY

Chief Delegate - Jefe de Delegación

Dr. César Cabral
Dirección General de Relaciones
Internacionales
Ministerio de Salud Pública y
Bienestar Social
Asunción

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

ARGENTINA

Dr. Luis Ignacio Eizaguirre
Asesor, Subsecretaría de Relaciones
Sanitarias e Investigación
Ministerio de Salud
Buenos Aires

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

Sr. Carlos López Sanabria
Secretario, Representante Alterno
de la República Argentina ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

BARBADOS

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

COLOMBIA

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

MEXICO/MÉXICO

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

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

MEXICO/MÉXICO (cont.)

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

PERU/PERÚ

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

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

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

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

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

Ms. Susan Thollaug
Health Team Leader
Office of Regional Sustainable Development
Bureau for Latin America and the Caribbean
U.S. Agency for International Development
Washington, D.C.

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

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

Ms. Julianna Bentes
Attorney -Adviser
Office of Human Rights and Refugees
Office of the Legal Adviser
Department of State
Washington, D.C.

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

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

Ms. Natalia Machuca
Technical Advisor
Office of Regional Sustainable Development
Bureau for Latin America and the Caribbean
U.S. Agency for International Development
Washington, D.C.

Ms. Peg Marshall
Office of Regional Sustainable Development
Bureau for Latin America and the Caribbean
U.S. Agency for International Development
Washington, D.C.

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

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

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

Ms. Christina Rabadan -Diehl
Director
American Region
Office of Global Affairs
Department of Health and Human
Services
Washington, D.C.

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

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

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

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

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

Chief Delegate - Jefe de Delegación

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

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

Delegate - Delegado

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

PARTICIPATING STATES / ESTADOS PARTICIPANTES

FRANCE/FRANCIA

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

FRANCE/FRANCIA *(cont.)*

M. Hugues de Chavagnac
Observateur permanent adjoint de
la France près de l'Organisation des
États Américains
Washington, D.C.

OBSERVER STATES / ESTADOS OBSERVADORES

SPAIN/ESPAÑA

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

SPAIN/ESPAÑA *(cont.)*

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

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

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

Sra. Inés Bustillo
Sr. Rex García -Hidalgo

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

World Bank/Banco Mundial

Dr. Christel Vermeersch

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

**American College of Healthcare Executives/
Colegio Americano de Ejecutivos del
Cuidado de la Salud**

Ms. Cynthia Hahn

**American Speech -Language -Hearing
Association/Asociación Americana del
Habla, Lenguaje y Audición**

Dr. Lemmietta McNelly
Mrs. Lily Schuermann

**American Public Health Association/
Asociación Americana de Salud Pública**

Dr. Georges Benjamin
Mrs. Vina HuLamm
Ms. Nicole Burda

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

Ing. Jorge Triana Soto

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

Dr. Alberto Paganelli
Dr. Luis Villalba

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

Ms. Marcela Gaitán

**Sabin Vaccine Institute /Instituto de
Vacunas Sabin**

Ambassador Michel Marine
Mr. Brian Shaw

U.S. Pharmacopeia

Dr. Damian Cairatti

SPECIAL GUESTS / INVITADOS ESPECIALES

**PAHO Audit Committee/
Comité de Auditoría de la OPS**

Ms. Amalia Lo Faso

**Court of Audit of Spain/Tribunal de Cuentas
de España**

Sr. Javier Medina Guijarro
Sr. Alfredo Campos
Sr. Miguel Ángel Sánchez del Águila

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

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

Dr. Carissa F. Etienne

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

Dr. Jon Kim Andrus
Deputy Director
Director Adjunto

Dr. Francisco Becerra
Assistant Director
Subdirector

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

Mr. Gerald Anderson
Director of Administration
Director de Administración

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

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

- - -