



Organisation
panaméricaine
de la Santé



Organisation
mondiale de la Santé
BUREAU RÉGIONAL DES Amériques

164^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF

Washington, D.C., ÉUA, du 24 au 28 juin 2019

CE164/FR
27 août 2019*
Original : anglais

RAPPORT FINAL

* (Cette version inclut le rapport de la réunion virtuelle du Comité exécutif tenue le 27 août 2019).

TABLE DES MATIÈRES

	<i>Page</i>
Ouverture de la session	6
 Questions relatives au Règlement	
Adoption de l'ordre du jour et du programme des réunions	7
Représentation du Comité exécutif au 57 ^e Conseil directeur de l'OPS, 71 ^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques	7
Projet d'ordre du jour provisoire du 57 ^e Conseil directeur de l'OPS, 71 ^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques	8
 Questions relatives au Comité	
Rapport sur la 13 ^e session du Sous-comité du programme, du budget et de l'administration.....	8
Prix de l'OPS en gestion et leadership dans le domaine des services de santé 2019	8
Collaboration avec les acteurs non étatiques.....	9
Acteurs non étatiques en relations officielles avec l'OPS.....	10
Rapport annuel du Bureau d'éthique pour 2018	11
Rapport annuel du Bureau des enquêtes pour 2018	14
Rapport du Comité d'audit de l'OPS.....	16
Nomination d'un membre au Comité d'audit de l'OPS.....	19
 Questions relatives à la politique des programmes	
Projet de plan stratégique de l'Organisation panaméricaine de la Santé 2020-2025	20
Projet de budget programme de l'Organisation panaméricaine de la Santé 2020-2021	24
Politique budgétaire de l'OPS.....	27
Barème des contributions pour 2020-2021	29
Initiative de l'OPS pour l'élimination des maladies : une politique pour une approche intégrée et durable des maladies transmissibles dans la Région des Amériques	30
Plan d'action pour l'élimination des acides gras trans produits industriellement 2020-2025.....	32
Plan d'action pour le renforcement des systèmes d'information pour la santé 2019-2023	33
Stratégie et plan d'action pour la promotion de la santé dans le contexte des objectifs de développement durable 2019-2030	35
Stratégie et plan d'action pour l'accès équitable aux dons et transplantations d'organes, de tissus et de cellules 2019-2030	38
Stratégie et plan d'action pour l'amélioration de la qualité des soins dans la prestation des services de santé 2020-2025.....	40

TABLE DES MATIÈRES *(suite)*

	<i>Page</i>
Questions relatives à la politique des programmes <i>(suite)</i>	
Stratégie et plan d'action sur l'ethnicité et la santé 2019-2025.....	42
Programme élargi de manuels et de matériel pédagogique (PALTEX).....	44
Questions administratives et financières	
Rapport sur le recouvrement des contributions fixées	47
Rapport financier de la Directrice et rapport du Commissaire aux comptes pour 2018.....	48
Mise à jour concernant le Fonds directeur d'investissement et la mise en œuvre du Plan directeur d'investissement.....	52
Rapport du Bureau des services de contrôle interne et d'évaluation pour 2018.....	53
Questions relatives au personnel	
Amendements au Statut et au Règlement du personnel du Bureau sanitaire panaméricain.....	55
Gestion des ressources humaines du Bureau sanitaire panaméricain.....	55
Déclaration du représentant de l'Association du personnel de l'OPS/OMS.....	58
Questions pour information	
Rapport sur les enjeux stratégiques entre l'OPS et l'OMS	60
Suivi des résolutions et des mandats de l'Organisation panaméricaine de la Santé	62
Mise en œuvre du Règlement sanitaire international (RSI)	63
Soins de santé primaires pour la couverture universelle	65
Stratégie et Plan d'action sur la santé des adolescents et des jeunes : rapport final	68
Plan d'action pour la santé des personnes âgées, y compris le vieillissement sain et actif : rapport final	70
Rapports d'avancement sur les questions techniques :	72
A. Plan d'action pour l'élimination des maladies infectieuses négligées ainsi que des mesures consécutives à l'élimination 2016-2022 : évaluation à mi-parcours	72
B. Plan d'action pour le maintien de l'élimination de la rougeole, de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale dans les Amériques 2018-2023 : rapport d'avancement.....	72
C. Insuffisance rénale chronique dans les communautés agricoles en Amérique centrale : rapport d'avancement	73
D. Coopération pour le développement en matière de santé dans les Amériques : rapport d'avancement	74
E. Plan d'action en matière de vaccination : rapport d'avancement	74

TABLE DES MATIÈRES *(suite)*

	<i>Page</i>
Questions pour information <i>(suite)</i>	
Résolutions et autres actions d'organisations intergouvernementales revêtant un intérêt pour l'OPS :.....	75
A. Soixante-douzième Assemblée générale de la Santé	75
B. Organisations sous-régionales.....	75
Réponse de l'OPS pour maintenir un programme efficace de coopération technique au Venezuela et dans les États Membres voisins.....	76
Clôture de la session	79
Résolutions et décisions	
Résolutions	
CE164.R1 : Recouvrement des contributions fixées	79
CE164.R2 : Initiative de l'OPS pour l'élimination des maladies : une politique pour une approche intégrée et durable des maladies transmissibles dans la Région des Amériques.....	80
CE164.R3 : Plan d'action pour l'élimination des acides gras trans produits industriellement 2020-2025.....	83
CE164.R4 : Plan d'action pour le renforcement des systèmes d'information pour la santé 2019-2023.....	84
CE164.R5 : Programme élargi de manuels et de matériel pédagogique (PALTEX).....	86
CE164.R6 : Politique budgétaire de l'OPS	87
CE164.R7 : Scale of Assessed Contributions for 2020-2021	89
CE164.R8 : Projet de budget programme de l'Organisation panaméricaine de la Santé 2020-2021	92
CE164.R9 : Contributions fixées des États Membres, des États participants et des Membres associés de l'Organisation panaméricaine de la santé pour 2020-2021	95
CE164.R10 : Stratégie et plan d'action pour l'accès équitable aux dons et transplantations d'organes, de tissus et de cellules 2019-2030	98
CE164.R11 : Acteurs non étatiques en relations officielles avec l'OPS	99
CE164.R12 : Stratégie et plan d'action pour l'amélioration de la qualité des soins dans la prestation des services de santé 2020-2025	101
CE164.R13 : Amendements au Statut et au Règlement du personnel du Bureau sanitaire panaméricain.....	103

TABLE DES MATIÈRES *(suite)*

	<i>Page</i>
Résolutions et décisions	
<i>Résolutions</i>	
CE164.R14 : Stratégie et plan d'action sur l'ethnicité et la santé 2019-2025.....	105
CE164.R15 : Nomination d'un membre au Comité d'audit de l'OPS	106
CE164.R16 : Prix de l'OPS en gestion et leadership dans le domaine des services de santé 2019	107
CE164.R17 : Projet d'ordre du jour provisoire du 57 ^e Conseil directeur de l'OPS, 71 ^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques.....	108
CE164.R18 : Projet de Plan stratégique de l'Organisation panaméricaine de la Santé 2020-2025.....	109
CE164.R19 : Stratégie et plan d'action pour la promotion de la santé dans le contexte des objectifs de développement durable 2019-2030	111
<i>Décisions</i>	
CE164(D1) : Adoption de l'ordre du jour	1113
CE164(D2) : Représentation du Comité exécutif au 57 ^e Conseil directeur, 71 ^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques.....	113
Annexes	
Annexe A. Ordre du jour	
Annexe B. Liste de documents	
Annexe C. Liste des participants	
Annexe D. Rapport de la réunion virtuelle du Comité exécutif tenue le 27 août 2019	

RAPPORT FINAL

Ouverture de la session

1. La 164^e session du Comité exécutif de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OMS) s'est tenue au siège de l'Organisation à Washington, D.C., du 24 au 28 juin 2019.
2. Des délégués des neuf membres suivants du Comité exécutif élus par le Conseil directeur ont assisté à cette session : la Barbade, le Belize, le Brésil, le Canada, la Colombie, l'Équateur, les États-Unis d'Amérique, le Panama et le Pérou. Des délégués des autres États Membres, États participants et États observateurs suivants ont assisté à la session à titre d'observateurs : le Costa Rica, El Salvador, l'Espagne, la France, le Guatemala, le Honduras, le Mexique, le Paraguay et la République dominicaine. En outre, cinq organisations non gouvernementales étaient représentées.
3. M. Michael Pearson (Canada, Président du Comité exécutif) a ouvert la session et souhaité la bienvenue aux participants.
4. Le Dr Carissa Etienne (Directrice du Bureau sanitaire panaméricain) a également souhaité la bienvenue aux participants et a noté que l'OPS célébrerait son 117^e anniversaire en décembre 2019. Même si elle avait pris de l'âge, l'Organisation n'était aucunement démodée. Elle avait démontré une forte capacité d'innovation au fil des ans, ce qui lui avait permis de maintenir sa pertinence et sa position de leader régional et mondial en matière de santé publique. Sa survie avait été assurée par les sages conseils et l'appui financier continu fournis par les États Membres. Il ne faisait aucun doute que le fondement de la longévité de l'Organisation était la solidarité que les États Membres avaient démontrée et continuaient de démontrer alors qu'ils poursuivaient leur collaboration en vue d'éliminer les maladies, d'établir des systèmes de santé résilients, d'améliorer la capacité de riposte face aux urgences et aux catastrophes, de réduire les iniquités en matière de santé et d'unir leurs efforts pour parvenir à l'accès universel à la santé et à la couverture sanitaire universelle. En effet, l'OPS et la Région des Amériques concrétisaient ce qu'il était possible de réaliser par la solidarité.
5. Il était essentiel de maintenir la solidarité face aux nouvelles tendances mondiales qui avaient un impact sur la qualité de vie et menaçaient la réalisation des objectifs de développement durable. Ces tendances incluaient un accroissement de la polarisation, une aggravation des tensions géopolitiques et géoéconomiques, une extension des risques environnementaux ainsi qu'un accent croissant sur des politiques et un nationalisme axés sur les États. Bien que les pays doivent, bien sûr, agir dans leur meilleur intérêt, il était important de ne pas perdre de vue le fait que l'accent sur l'État nation comportait un potentiel réel d'affaiblissement ou d'érosion des accords internationaux et de l'engagement multilatéral, ce qui rendrait plus difficile l'atteinte des réponses collectives qui étaient requises pour relever les nouveaux défis mondiaux, régionaux et transfrontaliers, tels que la migration, le changement climatique et les cyber-attaques. Dans le contexte de ces défis,

l'Organisation doit trouver le courage de continuer à s'acquitter de sa mission et à diriger des efforts visant à promouvoir l'équité en matière de santé, à combattre les maladies et à prolonger et améliorer la qualité de vie des peuples des Amériques.

6. Au cours de la session, le Comité aiderait à fixer le cap et à établir la feuille de route pour le travail qui devait être effectué dans le cadre du nouveau Plan stratégique de l'Organisation pour la période 2020-2025. La Directrice souhaitait que la session soit productive et était persuadée que le Comité procéderait à un examen approfondi et prospectif des questions à son ordre du jour.

Questions relatives au Règlement

Élection du Bureau

7. Les Membres suivants, élus au bureau du Comité exécutif lors de sa 163^e session, ont continué d'exercer leur mandat au même titre durant la 164^e session :

<i>Président :</i>	Canada	(M. Michael Pearson)
<i>Vice-président :</i>	Belize	(Dr Marvin Manzanero)
<i>Rapporteur :</i>	Pérou	(Dr Fernando Ignacio Carbone Campoverde)

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

Adoption de l'ordre du jour et du programme des réunions (documents CE164/1, Rev. 2, et CE164/WP/1, Rev. 1)

9. Le Comité a adopté l'ordre du jour provisoire proposé par la Directrice sans amendement (document CE164/1, Rev. 2); le Comité a également adopté un programme des réunions (CE164/WP/1, Rev. 1) (décision CE164[D1]).

Représentation du Comité exécutif au 57^e Conseil directeur de l'OPS, 71^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques (document CE164/2)

10. En vertu de l'article 54 du Règlement intérieur, le Comité exécutif a nommé le Canada et le Pérou, son président et son rapporteur respectivement, pour représenter le Comité au 57^e Conseil directeur de l'OPS, 71^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques. La Barbade et le Panama ont été élus représentants suppléants (décision CE164[D2]).

Projet d'ordre du jour provisoire du 57^e Conseil directeur de l'OPS, 71^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques (document CE164/3)

11. Mme Mônica Zaccarelli Davoli (Conseillère principale du Bureau des Organes directeurs du BSP) a présenté le projet d'ordre du jour provisoire du 57^e Conseil directeur de l'OPS, 71^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques, lequel a été préparé par la Directrice conformément aux dispositions de l'article 12.C de la Constitution de l'OPS et de l'article 7 du Règlement intérieur du Conseil directeur. Elle a noté que le projet d'ordre du jour comprenait deux questions pour information qui n'étaient pas incluses dans l'ordre du jour du Comité exécutif : le rapport de la Commission sur l'équité et les inégalités en matière de santé dans les Amériques (point 7.6) et un rapport sur les résolutions qui revêtent un intérêt pour l'OPS et qui ont été adoptées par la quarante-neuvième session ordinaire de l'Assemblée générale de l'Organisation des États Américains (point 7.11-B).

12. Le Comité a adopté la résolution CE164.R.17, approuvant l'ordre du jour provisoire du 57^e Conseil directeur.

Questions relatives au Comité

Rapport sur la 13^e session du Sous-comité du programme, du budget et de l'administration (document CE164/4)

13. Le Dr. Marvin Manzanero (Belize, Président du Sous-comité du programme, du budget et de l'administration) a déclaré que le Sous-comité du programme, du budget et de l'administration (SPBA) avait tenu sa 13^e session du 27 au 29 mars 2019. Le Sous-comité avait examiné un certain nombre de questions financières et administratives importantes et d'autres points, y compris l'*Avant-projet de Plan stratégique de l'Organisation panaméricaine de la Santé 2020-2025*, un aperçu du *Projet de budget programme de l'Organisation panaméricaine de la Santé pour 2020-2021*, ainsi qu'une vue d'ensemble du *Rapport financier de la Directrice pour 2018*.

14. Le Dr. Marvin Manzanero a signalé que comme toutes les questions discutées par le Sous-comité étaient aussi inscrites à l'ordre du jour du Comité exécutif, il ferait rapport à mesure qu'elles étaient abordées par le Comité.

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

Prix de l'OPS en gestion et leadership dans le domaine des services de santé 2019 (documents CE164/5 et CE164/5, Add. I)

16. Le Dr Anton Best (Barbade) a signalé que le Jury d'octroi du Prix de l'OPS en gestion et leadership dans le domaine des services de santé, composé des délégués de la Barbade, du Canada et de l'Équateur, s'était réuni le 26 juin pour examiner l'information

sur les candidats nommés par les États Membres. Le Jury avait décidé de recommander que le Prix de l'OPS en gestion et leadership dans le domaine des services de santé 2019 soit octroyé au Dr Reina Roa Rodríguez du Panama pour ses contributions visant à promouvoir la santé publique par la lutte antitabac aux niveaux national, régional et mondial, ainsi que pour avoir supervisé l'élaboration et la mise en œuvre de la politique nationale de santé du Panama et de ses lignes directrices stratégiques connexes. En outre, le Dr Reina Roa Rodríguez avait contribué de manière significative à la rédaction du Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques 2018-2030 et à la préparation du Plan stratégique de l'Organisation panaméricaine de la Santé 2020-2025.

17. Plusieurs délégués ont félicité le Dr Roa Rodríguez, en exprimant leur admiration pour son leadership dans la lutte antitabac et pour son influence positive sur les politiques publiques dans les Amériques.

18. Le Dr Roa Rodríguez (Panama) a remercié le Jury d'octroi pour avoir considéré qu'elle était une candidate méritant le prix.

19. Le Comité exécutif a adopté la résolution CE164.R16, qui décerne le Prix de l'OPS en gestion et leadership dans le domaine des services de santé 2019 au Dr Roa Rodríguez.

Collaboration avec les acteurs non étatiques (document CE164/6)

20. Le Dr Marvin Manzanero (représentant du Sous-comité du programme, du budget et de l'administration) a signalé que le Sous-comité avait examiné un rapport sur les progrès accomplis par l'OPS dans la mise en œuvre du Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques (FENSA). Lors de la discussion tenue par le Sous-comité au sujet du rapport, l'attention s'était portée sur un paragraphe qui faisait allusion aux difficultés que l'OMS avait rencontrées pour obtenir une définition cohérente de la phrase « promouvoir les intérêts » de l'industrie du tabac. Il avait été suggéré que le Secrétariat de l'OMS travaille avec le Secrétariat de la Convention-cadre pour la lutte antitabac en vue de déterminer comment la phrase devrait être interprétée dans le contexte d'une évaluation de la collaboration avec les acteurs non étatiques.

21. Lors de la discussion tenue par le Comité exécutif au sujet du rapport, les progrès réalisés par le Bureau dans la mise en œuvre du FENSA dans l'ensemble de l'Organisation ont été accueillis avec satisfaction. Le Cadre était considéré comme un moyen d'améliorer la transparence et les mécanismes de responsabilisation, de protéger l'Organisation de toute influence indue de la part d'acteurs externes et de prévenir tout conflit d'intérêts. Le Bureau a été encouragé à poursuivre ses efforts pour promouvoir la collaboration avec un vaste éventail d'acteurs non étatiques, en particulier les organisations non gouvernementales (ONG) travaillant sur des questions telles que les soins de santé complets et la gouvernance, dans un effort pour soutenir les États Membres et remplir sa mission. L'importance d'une évaluation de l'application des outils du FENSA aux niveaux des pays a été soulignée.

22. Dr Heidi Jiménez (Conseillère juridique auprès du BSP) a insisté sur le fait que le Bureau devait continuer de collaborer étroitement avec le Secrétariat de l'OMS afin d'assurer la mise en œuvre consistante et cohérente du Cadre. Le Guide OMS à l'usage du personnel avait maintenant été finalisé et serait utilisé pour la formation du personnel de l'OPS, qui devait commencer au cours du deuxième semestre de 2019. De façon générale, la mise en œuvre du FENSA avait amélioré la transparence, accru la connaissance qu'avait l'Organisation de ses partenaires et assuré que ces partenaires étaient dûment enregistrés.

23. Le Comité exécutif a pris note du rapport.

Acteurs non étatiques en relations officielles avec l'OPS (document CE164/7)

24. Le Dr Marvin Manzanero (représentant du Sous-comité du programme, du budget et de l'administration) a signalé que le Sous-comité avait examiné un rapport et un ensemble de renseignements confidentiels soumis par le Bureau sur 12 ONG dont le statut d'acteurs en relations officielles avec l'OPS devait être examiné. Le Bureau avait recommandé la poursuite de relations avec sept de ces organisations. Il avait également recommandé que l'examen de la collaboration de l'OPS avec deux organisations soit reporté pour que leurs nouveaux plans de travail puissent être finalisés, et qu'il soit mis fin aux relations officielles avec trois acteurs non étatiques en raison d'un manque de collaboration au cours des trois dernières années.

25. Après avoir examiné l'information fournie par le Bureau, le Sous-comité avait décidé de recommander que le Comité exécutif approuve la poursuite des relations officielles entre l'OPS et les organisations suivantes : l'Association latino-américaine des industries pharmaceutiques, le Centre Ross de l'Institut des ressources mondiales pour les villes durables, la Coalition des Caraïbes saines, la Confédération latino-américaine de biochimie clinique, la Fondation Mundo Sano, le Réseau pour la santé des femmes d'Amérique latine et des Caraïbes et la Société interaméricaine de cardiologie.

26. Le Sous-comité avait recommandé que le Comité reporte une décision sur la poursuite de relations officielles avec les deux organisations suivantes jusqu'en 2020 : la Fédération panaméricaine des écoles de médecine et la Fédération panaméricaine des professionnels en soins infirmiers. Enfin, le Sous-comité avait décidé de recommander que le Comité mette fin aux relations officielles avec l'American College of Healthcare Executives, le Collège interaméricain de radiologie et la Fédération latino-américaine des hôpitaux.

27. Un représentant de la Société latino-américaine de néphrologie et d'hypertension (SLANH) a noté que l'insuffisance rénale avait atteint des proportions épidémiques dans la région latino-américaine, où le taux de mortalité due à cette maladie était un des plus élevés au monde. Le traitement, en particulier pour l'insuffisance rénale au stade terminal, était extrêmement coûteux, ce qui laissait presque 50 % des patients sans accès aux thérapies de remplacement rénal dont ils avaient besoin. SLANH et l'OPS avaient collaboré sur divers projets cherchant à accroître l'accès à la thérapie de remplacement rénal, à accroître la

sensibilisation à des traitements efficaces à moindre coût, tels que la dialyse péritonéale, et à promouvoir la mise en œuvre de la dialyse rénale et de registres de transplantations. Elles avaient également lancé des cours de formation en ligne sur des thèmes tels que l'utilisation de la dialyse péritonéale et la prévention de l'insuffisance rénale chronique. Il était important de faire connaître la disponibilité de ces cours à plus large échelle, en particulier en Amérique centrale. Il a instamment prié les États Membres à assurer que l'insuffisance rénale était dûment prise en compte dans leurs politiques de santé publique et que les ressources nécessaires étaient allouées pour la prévention, le diagnostic précoce et le traitement de la maladie.

28. Le Comité exécutif a accueilli favorablement le rapport. Un délégué a souligné l'importance d'accroître la coopération avec les acteurs non étatiques, en encourageant les projets de recherche conjoints et en établissant des partenariats avec d'autres parties prenantes en matière de soins de santé aux niveaux régional et national. Il a suggéré de porter une attention particulière à des problèmes tels que les soins de santé complets et les réseaux de services de santé intégrés, la gouvernance, la gestion et le financement.

29. M. Alberto Kleiman (Directeur du Département des relations extérieures, des partenariats et de la mobilisation des ressources du BSP) a reconnu les contributions des acteurs non étatiques en relations officielles avec l'OPS, notant que leurs efforts étaient cruciaux pour atteindre l'objectif de l'Organisation, soit l'amélioration de la santé publique dans les Amériques.

30. La Directrice a mis en évidence le fait que le Bureau attachait une grande valeur à sa collaboration avec les acteurs non étatiques, ce qui était crucial à la réussite de la mission de l'Organisation et à la maximisation de ses efforts.

31. Le Comité exécutif a adopté la résolution CE164.R11, approuvant les recommandations du Sous-comité.

Rapport annuel du Bureau d'éthique pour 2018 (document CE164/8)

32. M. Philip MacMillan (Responsable du Bureau d'éthique du BSP) a résumé les activités réalisées par le Bureau d'éthique en 2018 et a rappelé que la fonction d'enquête du Bureau d'éthique avait été transférée au Bureau des enquêtes récemment créé, ce qui donnait au Bureau d'éthique l'occasion de se concentrer sur la prestation de conseils, d'orientations et de formation pour aider le personnel à s'acquitter de ses obligations aux termes du Code des principes d'éthique et de conduite. En 2018, le Bureau d'éthique avait mené 154 consultation en matière d'éthique – un record pour une seule année – et avait fourni une formation en présentiel sur des thèmes liés à l'éthique à plus de 500 membres du personnel dans cinq bureaux de représentants de l'OPS/OMS (PWR) et au Siègle.

33. Dans le cadre de ses efforts de prévention et de lutte contre le harcèlement sexuel, le Bureau d'éthique avait introduit un cours obligatoire des Nations Unies sur la prévention du harcèlement moral, du harcèlement sexuel et de l'abus d'autorité sur le lieu de travail.

Conjointement avec le Bureau de l'Ombudsman, il avait élaboré un programme de formation pour accroître la sensibilisation au harcèlement sexuel et faire connaître les ressources du Bureau pour sa prévention et son traitement. Il avait aussi été l'hôte conjoint d'un atelier sur les coûts que représentaient pour l'Organisation le manque de courtoisie sur le lieu de travail, notamment une baisse de productivité et du moral ainsi qu'un accroissement de l'absentéisme.

34. En 2018, le Bureau d'éthique avait automatisé son formulaire de déclaration d'intérêts annuelle et avait examiné 178 réponses, pour ainsi résoudre tout conflit d'intérêt potentiel ou réel en faveur de l'Organisation. Il avait également dirigé un groupe de travail chargé de formuler une nouvelle politique globale de lutte contre la fraude et la corruption et avait coordonné des efforts visant l'élaboration d'une nouvelle politique de lutte contre l'exploitation et l'abus sexuels. Les deux politiques étaient censées être finalisées en 2019.

35. En 2019, le Bureau d'éthique allait consacrer plus de temps à la mise à jour des politiques existantes ainsi qu'à l'élaboration de nouvelles politiques. En particulier, il allait effectuer un examen approfondi de la politique du Bureau sur la dénonciation des abus, qui remontait à 2009, en tenant compte des meilleures pratiques et des recommandations du Corps commun d'inspection du système des Nations Unies concernant les politiques et pratiques relatives aux dénonciateurs au sein des organisations des Nations Unies. À la lumière des résultats de l'enquête « Espaces publics sûrs » des Nations Unies sur le harcèlement sexuel, le Bureau d'éthique allait également élaborer un plan d'action pour s'attaquer à la problématique du harcèlement sexuel et accroître la sensibilisation aux ressources institutionnelles en matière de prévention, de dénonciation et de lutte contre le harcèlement sexuel sur le milieu de travail.

36. Dans la discussion qui a suivi, les efforts déployés par le Bureau d'éthique pour promouvoir un débat complet et ouvert entre les superviseurs et leurs subordonnés ont été favorablement accueillis. Une telle interaction était vue comme un moyen de fournir au personnel le sentiment de participer davantage aux processus décisionnels, ce qui améliorerait l'engagement du personnel et favoriserait la courtoisie sur le milieu de travail. Un appui a également été exprimé pour l'élaboration d'un plan d'action pour lutter contre le harcèlement sexuel. Des informations ont été demandées sur la politique actuelle du Bureau en matière de harcèlement sexuel et l'entité qui assume une responsabilité à cet égard. La nécessité d'impliquer le Bureau des enquêtes dans les efforts de lutte contre le harcèlement sexuel a été mise en évidence.

37. Il a été souligné qu'une politique forte de protection des dénonciateurs et des bureaux d'éthiques et de contrôle indépendants étaient essentiels pour la création d'une culture de transparence et de responsabilité. L'examen de la politique de protection des dénonciateurs à l'OPS a été accueilli favorablement, et le Bureau a été encouragé à mettre en œuvre les recommandations du Corps commun d'inspection du système des Nations Unies à cet égard. À la lumière de la création du Bureau des enquêtes, une déléguée a demandé si le Bureau d'éthique était encore responsable de la tenue d'examens préliminaires concernant des plaintes pour représailles. Une autre déléguée a demandé une

mise à jour dans le prochain rapport du Bureau d'éthique concernant le plan d'action en matière de harcèlement sexuel dans l'Organisation, notant que le travail du Bureau d'éthique concernant les représailles pourrait être d'utilité pour le travail dans ce domaine. La même déléguée, notant que 10 % des consultations du Bureau d'éthique étaient liées au recrutement de membres des familles du personnel du Bureau, a suggéré que l'exigence imposée aux membres de la familles de participer à des processus de sélection ouverts, transparents et compétitifs devrait être spécifiée dans le Statut et le Règlement du personnel du Bureau.

38. M. MacMillan a répondu que l'exigence imposée aux membres des familles du personnel du Bureau de participer à des processus de sélection compétitifs était stipulée dans le Code des principes d'éthique et de conduite. En ce qui a trait au concept de « divergence respectueuse », il a souligné que les membres du personnel avaient consulté le Bureau d'éthique précisément parce qu'ils s'étaient fait un devoir de fournir des conseils et que, selon leur opinion, leurs superviseurs les avaient ignorés, ce qui avait entraîné des conflits sur le milieu de travail. Le Bureau s'efforçait d'encourager une culture de travail dans laquelle il était possible de fournir des conseils qui seraient dûment pris en considération, d'exprimer son désaccord sans peur de représailles et le personnel pouvait accepter les décisions finales prises par les superviseurs.

39. Toutes les politiques et initiatives, notamment le plan d'action à venir sur le harcèlement sexuel, ont été discutées dans le cadre unique à disposition du Bureau : le Système d'intégrité et de résolution des conflits (ICMS). Ce système était composé de représentants de divers départements, y compris le Bureau des enquêtes. Toutes les politiques et initiatives du Bureau liées à l'intégrité organisationnelle et à la gestion des conflits bénéficiaient de l'étroite coopération et des précieuses contributions des membres de l'ICMS, qui se réunissaient une fois par mois.

40. Les attributions du Bureau des enquêtes étaient sur le point d'être finalisés et une décision serait bientôt prise en vue de déterminer qui du Bureau des enquêtes ou du Bureau d'éthique traiterait les examens préliminaires d'allégations de représailles. M. MacMillan était conscient du fait que les bureaux d'éthique dans d'autres organisations des Nations Unies exerçaient cette fonction. La politique de harcèlement sexuel était de la compétence du Bureau d'éthique, comme l'étaient toutes les autres politiques liées à l'éthique, quoique le Bureau d'éthique travaillait en étroite collaboration avec les autres membres de l'ICMS. Un panel de praticiens en éthique dirigé par l'OPS devait réviser les recommandations du Corps commun d'inspection en 2019, à la suite de quoi le Bureau d'éthique entamerait de manière définitive l'examen de la politique de protection des dénonciateurs.

41. La Directrice a réaffirmé son engagement pour assurer que le Bureau devienne un milieu de travail totalement éthique et stimulant. Pour réaliser cet objectif, la direction générale a tenu à s'assurer que le Bureau d'éthique, le Bureau des enquêtes et les auditeurs internes étaient entièrement indépendants. Elle a reconnu qu'il fallait en faire encore plus pour assurer que le nouveau personnel et le personnel en poste étaient conscients des divers mécanismes, ressources et politiques institutionnelles régissant la conduite du personnel.

42. Le Comité exécutif a pris note du rapport.

Rapport annuel du Bureau des enquêtes pour 2018 (document CE164/9, Rev. 1)

43. M. Alexander Lim (Enquêteur en chef du Bureau des enquêtes du BSP), tout en décrivant les activités réalisées par le Bureau des enquêtes en 2018, a rappelé que ce dernier avait été établi en janvier 2018 pour reprendre la fonction d'enquête qu'assumait auparavant le Bureau d'éthique. Il comprenait une petite équipe de deux examinateurs de fraudes à temps plein, qui effectuaient des enquêtes administratives d'établissement des faits sur des allégations de faute grave.

44. Depuis 2016, le nombre moyen d'allégations de fautes graves reçues annuellement était resté relativement constant. Inversement, le nombre de rapports reportés d'une année à l'autre avait diminué de façon constante, démontrant ainsi que les cas étaient traités de façon plus expéditive. Tous les rapports présentés n'ont mené à des enquêtes par le Bureau des enquêtes : certains étaient renvoyés à d'autres unités compétentes, alors que d'autres étaient classés en raison d'un manque de preuves à première vue. Les questions relatives à la fraude et au harcèlement sur le milieu de travail dominaient le travail des enquêteurs, une tendance qui allait probablement s'accroître.

45. Le temps moyen de traitement des dossiers d'enquête a varié de deux à six mois, selon le type de faute grave présumée. Généralement, les cas de fraude et de harcèlement ont nécessité une enquête plus longue. Étant donné que ces cas étaient de nature complexe, il était important de trouver des moyens d'accroître la capacité des ressources existantes et d'améliorer l'efficacité du processus d'enquête, sans risque pour l'intégrité ou la crédibilité du processus d'enquête. À cette fin, le Bureau des enquêtes envisageait de mettre en œuvre des outils judiciaires numériques et cherchait à obtenir l'appui nécessaire des unités compétentes au sein du Bureau.

46. Le produit principal du Bureau des enquêtes – les rapports d'enquête – portait généralement sur des problèmes de faute grave, même si d'autres questions étaient parfois mises en évidence dans le cadre du processus d'enquête. Le Bureau des enquêtes avait l'intention d'introduire des « lettres d'observation » comme un moyen de mettre en évidence ces questions, qui étaient souvent reléguées au second plan.

47. Le Comité exécutif a favorablement accueilli le rapport détaillé du Bureau des enquêtes, se félicitant des initiatives mises en place pour combattre la fraude et le harcèlement sexuel ainsi que des propositions visant à réaliser des activités additionnelles de sensibilisation pour traiter le problème de la sous-notification, en particulier dans les bureaux de pays. Le nombre relativement peu élevé de rapports sur le harcèlement sexuel ayant été mis en évidence comme un domaine de préoccupation, un appui a été exprimé pour les activités proposées en vue d'accroître la sensibilisation aux mécanismes de notification. Des précisions ont été demandées en ce qui concerne la structure hiérarchique du Bureau des enquêtes et les différents types de processus d'enquête disponibles, y compris toute approche informelle. Il a été signalé que le bureau du représentant de

l'OPS/OMS dans un pays d'Amérique du Sud avait présenté un nombre élevé de rapports sur des fautes graves, et le Bureau avait été invité à faire des commentaires sur les raisons de cette situation et sur ce qui avait été entrepris pour y remédier.

48. Plusieurs délégués ont manifesté leurs préoccupations sur la façon dont les cas avaient été traités. Une déléguée a souhaité savoir pourquoi les rapports d'enquête au sujet de deux allégations non fondées d'actes répréhensibles avaient été soumis au Bureau et pourquoi, dans un cas de fraude fondé, seule une lettre administrative avait été émise à titre de mesure disciplinaire. Une autre déléguée a suggéré qu'une approche plus sévère des cas de fraude devrait être adoptée par l'Organisation, d'autant plus que la perte nette de US\$ 60 000¹ était la quatrième perte la plus élevée enregistrée par le Comité permanent de la protection des biens et prévention des pertes au cours des dix dernières années. À cet égard, une déléguée a demandé comment de telles pertes étaient enregistrées dans les rapports financiers de l'Organisation et quelles mesures étaient prises pour y remédier. La même déléguée a demandé quelles étaient les raisons susceptibles d'expliquer la variation des taux moyens de clôture des dossiers, le nombre de rapports classés comme sans fondement suite à une enquête et les données statistiques appuyant les affirmations faites que les taux de notification en Amérique centrale et dans les Caraïbes étaient contradictoires. Elle a également demandé pourquoi certains rapports étaient reportés à des années ultérieures et quelles mesures seraient prises pour assurer que tous les cas étaient traités au cours de l'année où ils avaient été déclarés.

49. Notant qu'il n'y avait eu qu'un seul cas fondé de harcèlement sexuel en 2018, une déléguée s'est dit inquiète de voir que seule une mesure administrative ou disciplinaire avait été prise à l'encontre de la personne impliquée. Elle a insisté sur le fait qu'une approche de tolérance zéro devait être adoptée.

50. M. Lim a expliqué que le Bureau des enquêtes fonctionnait de manière indépendante et que, en tant qu'enquêteur en chef, il relevait directement du Comité exécutif. En ce qui concerne les questions administratives, il était en liaison avec le Directeur adjoint du Bureau. Le Bureau des enquêtes est une entité impartiale, indépendante avec un mandat d'établissement des faits. Il n'avait aucun rôle à jouer dans la détermination des mesures disciplinaires qui devaient être prises ni dans les recommandations à faire à ce sujet. Cette décision appartenait à la direction exécutive du Bureau.

51. Le protocole d'enquête actuel contenait le titre « enquête formelle », ce qui aurait pu donner la fausse impression qu'il y avait aussi des enquêtes informelles. En fait, le concept d'enquête informelle sur des allégations de faute grave n'existait pas, même s'il existait des canaux moins formels par le biais desquels il était possible d'intenter un recours, notamment par le biais du Bureau de l'Ombudsman ou du Bureau d'éthique. Le processus d'enquête comprenait les étapes suivantes : réception de la plainte, évaluation préliminaire

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

des preuves et l'enquête elle-même. Une enquête pouvait être considérée comme close à différentes étapes: premièrement, au niveau de l'évaluation préliminaire, si la plainte était jugée trop vague ou si les éléments de preuve étaient insuffisants pour poursuivre l'enquête; deuxièmement, si l'affaire était portée à l'attention d'autres unités compétentes au sein du Bureau ou si une enquête n'était pas jugée nécessaire; et troisièmement, à la fin du processus d'enquête, une fois qu'un verdict avait été posé.

52. Il était important d'assurer que les conclusions de l'enquête pouvaient résister à l'examen minutieux d'une contestation judiciaire potentielle lorsqu'on cherchait à déterminer le temps nécessaire pour enquêter et pour clôturer les dossiers. Généralement, les enquêtes sur les cas de harcèlement et de fraude prenaient plus de temps parce qu'il était nécessaire d'interroger de nombreux témoins, de consulter diverses sources et d'établir un calendrier des événements. Le Bureau des enquêtes avait fait état de pertes dues à la fraude au Comité permanent de la protection des biens et prévention des pertes, qui était un comité interdépartemental traitant de la lutte contre les fraudes et de la prévention des fraudes.

53. La présentation de rapports d'enquête sur des allégations sans fondement faisait l'objet d'un examen et une mise à jour serait fournie au Comité exécutif lors d'une session ultérieure. En ce qui concernait le nombre élevé de rapports émanés d'un seul pays, une raison possible était qu'il s'agissait d'un plus grand pays et que le bureau du représentant de l'OPS/OMS employait un nombre conséquent d'employés.

54. Le Dr Jarbas Barbosa da Silva Jr. (Sous-directeur du BSP), tout en rappelant que toutes les organisations internationales doivent être particulièrement attentives aux problèmes de faute grave, a affirmé que le Bureau des enquêtes avait été établi en tant qu'organe indépendant pour assurer que toutes les questions de ce genre faisaient l'objet d'une enquête transparente et opportune et pour améliorer la façon dont elles étaient communiquées aux Organes directeurs.

55. Le Comité exécutif a pris note du rapport.

Rapport du Comité d'audit de l'OPS (document CE164/10)

56. M. Martin Guozden (membre du Comité d'audit de l'OPS) a indiqué que le Comité d'audit s'était réuni à deux reprises au cours de la période considérée, soit en décembre 2018 et en avril 2019. Il avait reçu des exposés et des présentations de la direction et d'autres membres du personnel et avait émis des recommandations après chaque réunion. Le Comité d'audit avait émis six recommandations lors de la période du rapport. La première recommandation concernait l'état du Système d'information pour la gestion du Bureau (PMIS) dont tous les avantages n'avaient pas encore été pleinement exploités. La deuxième recommandation était de réviser les attributions du Bureau des enquêtes, en tenant compte des commentaires du Comité sur la procédure à suivre pour l'enregistrement des allégations, le temps consacré par le Bureau à la production de rapports et le suivi de toute mesure prise à la suite des conclusions d'une enquête.

57. La troisième recommandation concernait la sécurité de l'information. Le Comité d'audit recommandait que le Bureau intègre pleinement la cybersécurité dans la continuité de ses activités et que le Département des services de technologies de l'information (ITS) développe des paramètres pour tous les problèmes de conformité détectés, assure un suivi régulier et présente périodiquement des rapports. Les quatrième et cinquième recommandations du Comité étaient que le Bureau des services de contrôle interne et d'évaluation (IES) devraient élaborer une méthodologie pour déterminer quels bureaux de pays étaient choisis aux fins d'audit chaque année et aligner son projet de politique d'évaluation sur les règles et normes du Groupe des Nations Unies sur l'évaluation (GNUE).

58. La sixième recommandation était liée aux conclusions du Commissaire aux comptes, qui avait exprimé des préoccupations au sujet du volume élevé de processus manuels requis pour préparer les états financiers et du risque d'erreur potentiel. Le Comité d'audit recommandait que le Bureau fournisse aux gestionnaires un outil pour assurer que la mise en œuvre du budget était conforme au budget programme de l'Organisation et pour garantir l'exactitude dans la présentation des dépenses budgétaires.

59. Au nombre des autres activités réalisées au cours de la période considérée, le Comité d'audit avait continué de surveiller l'élaboration et la mise en œuvre du projet Mais Médicos et d'examiner le projet de politique antifraude du Bureau d'éthique. Il avait également demandé des informations sur les mesures prises pour automatiser la prévention de la fraude et les fonctions de détection. En ce qui concerne ces dernières, le Comité d'audit avait été informé qu'il serait nécessaire de procéder à une exploration plus approfondie des fonctionnalités du PMIS afin d'être mieux équipé pour traiter les questions de détection et de prévention de la fraude, surtout en ce qui concerne les achats. Le Comité d'audit avait également reçu une mise à jour sur l'état du programme de gestion des risques institutionnels (ERM). Il avait observé que 50 % des risques avaient été classés comme stratégiques ou externes, ce qui compliquait dès lors la tâche des centres de coûts pour la préparation de plans d'atténuation. Le Bureau avait convenu qu'il fallait accomplir plus pour formaliser la gestion des risques et il avait proposé son inclusion dans le processus de suivi et d'évaluation de la performance.

60. Le Comité d'audit était satisfait d'apprendre que la mise en œuvre d'une recommandation antérieure sur le mode opératoire normalisé de contrôle interne allait, selon le Commissaire aux comptes, dans la bonne direction. De façon générale, le Comité d'audit était impressionné par l'approche proactive et le leadership manifestés par la Directrice dans la mise en œuvre des recommandations d'audit.

61. Dans la discussion qui a suivi, les délégués ont salué la contribution du Comité d'audit au renforcement de la gouvernance, de la transparence et de la responsabilisation. Le Bureau a été instamment prié de mettre en œuvre toutes les recommandations du Comité dans un délai convenable, mais en particulier les recommandations 1 et 5. Le Bureau a également été invité à mettre en œuvre des pratiques plus rigoureuses de lutte contre la fraude, à accroître la sensibilisation à la question auprès du personnel et à intégrer les pratiques de prévention et de détection de la fraude dans le PMIS, en particulier en ce qui

concerne les achats. Des éclaircissements ont été demandés au sujet de la nécessité d'utiliser les définitions des banques multilatérales de développement pour l'élaboration de la politique de lutte contre la fraude. L'action visant à réduire la dépendance vis-à-vis des écritures de journal manuelles a été encouragée. La recommandation d'élaborer une méthodologie plus formelle pour les vérifications des bureaux dans les pays a été saluée, mais il a été suggéré qu'il faudrait plus de souplesse pour pouvoir réagir face aux nouveaux enjeux. Le Bureau a été encouragé à uniformiser et à faire respecter ses politiques de cybersécurité et à envisager l'élaboration d'outils pour éviter que le personnel utilise des applications ou dispositifs externes.

62. Une déléguée a demandé à M. Guozden de donner des précisions sur les préoccupations du Comité d'audit au sujet de l'efficacité et de l'intégrité de la fonction d'enquête et sur le suivi assuré par le Bureau relativement aux conclusions des enquêtes. Elle a également demandé à avoir plus d'information au sujet des révisions que se proposait d'apporter le Comité d'audit à ses attributions et elle l'a encouragé à consulter le prochain rapport de l'Unité d'inspection conjointe des Nations Unies sur l'examen des comités de surveillance au sein du système des Nations Unies. Un autre délégué a exprimé des préoccupations au sujet du procès lié à Mais Médicos qui avait été intenté contre l'OPS devant la Cour fédérale de district en Floride. Il a demandé une mise à jour sur l'état actuel de la poursuite et a demandé si d'autres procès avaient été intentés au Brésil. Il a insisté sur la nécessité d'effectuer une évaluation complète du projet Mais Médicos.

63. M. Guozden a expliqué que le Comité d'audit avait soulevé des questions sur la procédure applicable pour la réception des allégations et la structure hiérarchique du Bureau des enquêtes. Il était important de ne pas perdre de vue la relation fonctionnelle du Bureau des enquêtes avec l'Organisation, d'identifier toute question susceptible de poser des conflits d'intérêts potentiels et de déterminer la meilleure façon de résoudre ces conflits. Le nouvel enquêteur en chef était bien conscient des défis et avait proposé des changements appropriés, ce qui serait reflété dans les attributions ou dans une autre politique ou procédure interne, le cas échéant.

64. Le Comité d'audit avait comparé le projet de politique antifraude avec ce qu'il savait être les meilleures pratiques dans d'autres organisations internationales, en particulier au sein du système des Nations Unies, lequel utilisait de plus en plus les définitions des banques multilatérales de développement. Il a convenu du fait qu'il était approprié d'ajouter un peu de souplesse dans toute méthodologie formelle pour le choix des bureaux de pays aux fins de vérification et il a noté qu'il y avait déjà un certain degré de souplesse, puisque IES était en mesure de modifier son plan de travail pour le faire concorder avec les besoins changeants de l'Organisation.

65. Dr Heidi Jiménez (Conseillère juridique auprès du BSP) a dit qu'elle pouvait seulement fournir des informations limitées sur la poursuite judiciaire intentée contre Mais Médicos en Floride, puisque l'affaire était en cours. Elle a assuré le Comité que le Bureau défendait activement les intérêts de l'Organisation dans ce cas et que, dans la mesure du possible, il tiendrait les États Membres et le Comité d'audit au courant de tout nouveau

développement. Un certain nombre de procès avaient été intentés par des participants cubains et non cubains concernant le programme Mais Médicos; cependant, la majorité de ces actions en justice avaient été lancées contre le gouvernement brésilien, qui défendait l'OPS dans ces actions où elle était partie, et dont le nombre était restreint. Il convenait de noter que la Cour suprême du Brésil avait décrété que le programme était légal aux termes de la Constitution brésilienne.

66. Elle a attiré l'attention sur l'article 25 des attributions du Comité d'audit, qui stipulait que le Comité exécutif était habilité à faire des recommandations au sujet des changements nécessaires. Tous changements proposés aux attributions pouvaient être soumis au Sous-comité du programme, du budget et de l'administration aux fins de discussion en 2020, après quoi ils seraient portés à l'attention du Comité exécutif, puis du Conseil directeur aux fins d'approbation.

67. La Directrice a noté que le Comité d'audit avait examiné le processus d'évaluation en partant du principe que c'était une fonction entièrement indépendante, comme c'était le cas à l'OMS. Néanmoins, ce n'était pas encore le cas à l'OPS, en partie parce que seul un membre du personnel au sein du Bureau des services de contrôle interne et d'évaluation était responsable de la fonction d'évaluation, en raison de contraintes budgétaires. Ceci limitait évidemment ce qu'il était possible d'accomplir à l'heure actuelle. Toutefois, le Bureau s'était engagé à l'égard de l'évaluation des programmes et processus et travaillait activement pour faire en sorte d'incorporer l'évaluation dans ses activités quotidiennes.

68. Le Comité exécutif a pris note du rapport.

Nomination d'un membre au Comité d'audit de l'OPS (document CE164/11)

69. Mme Adriana Salazar (représentante du Sous-comité du programme, du budget et de l'administration) a signalé que le Sous-comité avait été informé du fait que le mandat d'un membre du Comité d'audit toucherait à sa fin en juin 2019, et que par conséquent le Comité exécutif devrait nommer un nouveau membre au Comité d'audit durant la 164^e session. Le Sous-comité avait établi un groupe de travail chargé d'examiner la liste des candidats proposés par la Directrice. Le groupe de travail avait évalué les candidatures proposées sur la base des critères d'admissibilité au Comité établis dans la section 4 des attributions du Comité d'audit et avait décidé de recommander que M. Alan Siegfried soit nommé au Comité d'audit. Le Sous-comité avait approuvé la recommandation du groupe de travail.

70. Dans la discussion qui a suivi, une déléguée s'est dit préoccupée par le fait qu'aucun des membres actuels du Comité d'audit n'avait plus de deux ans d'expérience. Elle a suggéré que dans le cadre de processus de sélection futurs, il serait judicieux de faire en sorte que le Comité d'audit ait toujours au moins un membre expérimenté, en vue de maintenir la cohérence, de préserver la mémoire institutionnelle et de fournir une orientation aux nouveaux membres. Elle s'est demandé si le processus de sélection devait être modifié pour permettre à un membre en poste d'être réélu pour un deuxième mandat de trois ans et a

demandé si le Comité d'audit pouvait proposer des changements à ses attributions. Finalement, elle a suggéré que les informations sur le candidat proposé soient fournies au Comité exécutif afin de faciliter une prise de décision éclairée.

71. Dr Heidi Jiménez (Conseillère juridique du BSP) a rappelé que lorsque le Comité d'audit avait été établi, les États Membres s'étaient fortement opposés au principe de réélection automatique de membres en poste. En revanche, ils avaient demandé un nouveau processus de sélection, avec plus d'un candidat, qui serait mené à chaque fois que le mandat d'un membre était sur le point d'expirer. Les groupes de travail créés par le SPBA avaient pris en considération la nécessité de maintenir la continuité et de préserver la mémoire institutionnelle lorsqu'ils avaient fait leurs recommandations. Alors que l'information sur tous les candidats était déjà distribuée parmi les États Membres, l'information sur le candidat recommandé serait, à l'avenir, fournie au Comité exécutif. En ce qui concerne les amendements aux attributions du Comité d'audit, les membres du Comité d'audit, tout comme le Sous-comité et les États Membres, étaient libres de proposer toute modification qu'ils jugeaient pertinente.

72. Le Comité exécutif a approuvé la recommandation du Sous-comité et a adopté la résolution CE164.R15, par laquelle il remerciait M. Claus Andreasen pour ses années de service et nommait M. Alan Siegfried comme membre du Comité d'audit pour un mandat de trois ans, soit de juin 2019 à juin 2022.

Questions relatives à la politique des programmes

Projet de plan stratégique de l'Organisation panaméricaine de la Santé 2020-2025 (documents CE164/12, Rev. 1 et CE164/12, Add. I)

73. Le Dr Marvin Manzanero (représentant du Sous-comité du programme, du budget et de l'administration) a signalé que le Sous-comité avait accueilli favorablement l'avant-projet de Plan stratégique pour la période 2020-2025 et avait applaudi l'esprit participatif dans le cadre duquel il avait été élaboré. Les membres ont été satisfaits de voir l'alignement du plan sur les objectifs de développement durable (ODD), le Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques 2018-2030 (PASDA2030) et le treizième programme général de travail (PGT) de l'OMS. La nécessité d'aligner également le nouveau plan sur le programme de transformation de l'OMS avait été mise en évidence.

74. Si le besoin de limiter la longueur du document avait été reconnu, il avait été suggéré que l'axe central du Plan soit élargi dans plusieurs domaines, notamment la dimension de genre dans la santé et la mise en œuvre du Règlement sanitaire international. Des préoccupations avaient été exprimées au sujet du grand nombre proposé d'indicateurs d'impact et de résultat intermédiaire et le fardeau additionnel que cela pouvait entraîner pour les gouvernements. La nécessité d'obtenir un consensus sur le libellé de certains résultats intermédiaires et sur les énoncés de portée en matière de droits de l'homme et de santé sexuelle et génésique avait été mise en évidence.

75. M. Dean Chambliss (Directeur du Département de la planification et du budget du BSP) a fourni un aperçu du projet de plan stratégique (document CE164/12), qui avait été élaboré conjointement par le Bureau et le Groupe consultatif sur le Plan stratégique (SPAG), formé de 21 États Membres. Il a noté que les priorités stratégiques tant pour 2020-2025 que pour 2026-2031 seraient celles qui avaient été établies dans les ODD, en particulier l'ODD 3, et dans le PASDA2030. Le Plan stratégique serait le moyen principal pour la mise en œuvre du PASDA2030, et ses 11 objectifs seraient directement adoptés comme résultats régionaux dans le cadre du Plan stratégique. Le Plan serait également aligné sur les orientations stratégiques du treizième PGT de l'OMS et son cadre d'impact, même si les cibles du « triple milliard » du treizième PGT n'avaient pas été considérées comme essentielles pour le nouveau Plan stratégique, étant donné que ces cibles reflétaient le travail déjà en cours dans la Région en matière de couverture sanitaire universelle, d'interventions d'urgence et de populations en meilleure santé.

76. Les orientations stratégiques et priorités techniques pour le nouveau Plan stratégique prévoyaient de mettre l'équité au cœur de la santé, de privilégier une approche coopération technique davantage intégrée, d'améliorer la coopération technique au niveau des pays, d'adopter des approches équitables, sexospécifiques, culturellement sensibles de la santé dans un cadre des droits de l'homme, d'assurer une intervention rapide et efficace dans les cas de catastrophe et d'urgences sanitaires, de maintenir les gains en matière de santé tout en cherchant à accomplir de nouveaux progrès, tel qu'exprimé dans les cibles ambitieuses d'impacts et de résultats intermédiaires du plan, de renforcer les systèmes d'information pour la santé et la production de données et de preuves et de coordonner la réponse aux problèmes de santé transfrontaliers.

77. Un total de 28 résultats a été proposé. Il fallait encore atteindre un consensus sur l'énoncé à adopter dans le titre du résultat intermédiaire 1 et sur les énoncés de portée pour les résultats intermédiaires 5, 8, 14 et 26. Les 28 indicateurs d'impact et 102 indicateurs de résultats intermédiaires proposés ont été extraits d'un large éventail d'indicateurs d'impact et de résultats intermédiaires provenant de mandats mondiaux et régionaux existants, plus quelques nouveaux indicateurs. La méthodologie Hanlon adaptée à l'OPS² était utilisée pour établir les priorités des résultats techniques au niveau des pays. À ce jour, 46 des 51 pays et territoires de la Région avaient terminé l'exercice de stratification des priorités. Même si tous les résultats étaient considérés comme des priorités, l'exercice de stratification des priorités permettrait au Bureau de déterminer où mettre l'accent dans sa coopération technique avec les États Membres.

78. Le plan comprenait une mise à jour de l'indice des besoins de santé, l'indice élargi des besoins en santé durable plus (SHIe+). En plus des indicateurs de santé, le nouvel indice des besoins en santé incluait des indicateurs pour les déterminants économiques, sociaux et environnementaux de la santé, ainsi que l'inégalité. L'indice avait été utilisé pour identifier des pays clés pour la coopération technique et pour calculer la composante basée

² Voir le document CD55/7 et la résolution CD55.R2 (2016).

sur les besoins de la nouvelle politique budgétaire de l'OPS (voir paragraphes 102 à 110 ci-dessous).

79. Les États Membres ont été invités à continuer de soumettre des commentaires au sujet du projet de Plan stratégique 2020-2025 jusqu'au 15 juillet 2019. Il serait tenu compte de tous les commentaires reçus pour la rédaction de la proposition finale qui sera soumise à l'approbation du 57^e Conseil directeur.

80. Le Comité exécutif a manifesté son appréciation au SPAG pour son travail sur le projet de Plan stratégique et a remercié le Panama et la Barbade pour leur leadership en tant que président et vice-président, respectivement. Le Comité a également remercié le Bureau pour son appui au processus. Les membres ont pris note avec satisfaction des révisions apportées au document depuis la 13^e session du SPBA, en particulier l'inclusion de plus de détails sur les maladies à transmission vectorielle et l'accent renforcé mis sur les questions de sexospécificité. L'importance d'efforts soutenus pour le traitement des barrières sociales, culturelles et de genre qui limitaient l'accès à des services de santé de qualité, notamment les services de santé sexuelle et génésique, a été soulignée. À cet égard, il a été signalé que les investissements ciblés, les partenariats, l'innovation et les efforts de sensibilisation qui faisaient progresser les intérêts des femmes et des filles présentaient le plus grand potentiel d'élimination des disparités entre les sexes. Un délégué a signalé qu'il serait difficile pour les États fédérés de présenter des rapports sur certains indicateurs et a accueilli favorablement la souplesse intégrée dans le Plan pour permettre aux États Membres de réaliser des activités conformément à leur contexte, priorités et besoins nationaux.

81. Les membres se sont félicités du fait que le plan reconnaît l'importance des questions de changement climatique et de migration. En ce qui concerne cette dernière, un délégué a souligné l'impact que la migration d'un grand nombre de Vénézuéliens avait sur les systèmes de santé des pays voisins et il a mis en évidence le besoin d'assurer un approvisionnement en vaccins en temps utile dans ces pays. Il s'est dit préoccupé par le fait que le plan n'incluait pas d'indicateurs de résultat liés au renforcement de la capacité nationale de surveillance épidémiologique, et il a souligné la nécessité de renforcer cette capacité, particulièrement à la lumière de la migration de masse dans la Région. Un autre délégué a demandé l'incorporation plus spécifique du Cadre de suivi et d'évaluation du Règlement sanitaire international (RSI), y compris les outils volontaires telles que les évaluations extérieures conjointes.

82. Un appui a été manifesté en faveur de l'accent que met le plan sur la gestion axée sur les résultats, la gestion des risques et la promotion de partenariats et de l'engagement des parties prenantes, en particulier dans le secteur privé. Il a été signalé qu'une insuffisance de ressources et le déclin des investissements dans la santé étaient des risques potentiels qui pesaient sur la réalisation des cibles décrites dans le plan, et le Bureau était encouragé à explorer des méthodes de coopération innovatrices, y compris des occasions de partenariat avec le secteur privé, des institutions financières internationales, des organisations philanthropiques et d'autres donateurs.

83. Les efforts déployés par le Bureau en vue du renforcement de la responsabilisation ont été salués; cependant, il a été suggéré que, pour continuer de renforcer la responsabilisation, le Bureau devrait présenter des rapports annuels sur les actions entreprises en fonction du budget alloué et sur l'impact et le résultat de ces actions. Il a également été suggéré que les représentants de l'OMS/OPS présentent des rapports périodiques aux États Membres sur la coopération technique réalisée et les résultats obtenus dans leurs domaines de responsabilité respectifs.

84. En vue d'obtenir un consensus sur le libellé encore en suspens des énoncés de portée en matière de résultats intermédiaires, il a été proposé d'établir un groupe de travail à composition non limitée et que, s'il s'avérait impossible de résoudre toutes les questions en suspens au cours de la session, le groupe continuerait de travailler au cours de la période précédant le 57^e Conseil directeur. Par conséquent, un groupe de travail a été formé, avec le Canada assumant les fonctions de président.

85. M. Nicolas Palanque (Canada) a ensuite signalé que les États-Unis d'Amérique avaient retiré certains de ses changements proposés et qu'un consensus avait été obtenu au sujet des amendements proposés aux paragraphes a), e) et i) de l'énoncé de portée du résultat 8 ; au paragraphe initial, aux paragraphes f), g), h), ainsi qu'un nouveau paragraphe i) de l'énoncé de portée du résultat 14; et les deux paragraphes de l'énoncé de portée du résultat 26. Même si le groupe de travail avait convenu de plusieurs amendements au paragraphe d) de l'énoncé de portée du résultat 8, il n'avait pas obtenu de consensus sur une proposition par les États-Unis d'ajouter la phrase « en particulier là où les mécanismes de marché existants ne sont pas en mesure de fournir des incitatifs pour la recherche et le développement » à la fin de ce paragraphe.

86. La Directrice a annoncé que les changements convenus seraient incorporés à une version révisée du Projet de plan stratégique (document CE164/12, Rev. 1), qui serait affiché sur le site web de l'OPS.

87. Le Comité exécutif s'est félicité du consensus obtenu et a remercié le groupe de travail pour la souplesse et l'esprit collégial dont il avait fait preuve au cours des discussions. Les délégués ont exprimé l'espoir que le même esprit règnerait lors de discussions subséquentes sur le paragraphe d) de l'énoncé de portée du résultat 8 et qu'il serait possible d'obtenir un consensus avant le 57^e Conseil directeur. Le Comité a convenu qu'au besoin, une réunion virtuelle du Comité exécutif pouvait être tenue pour poursuivre la discussion sur le paragraphe d) et pour examiner les commentaires et propositions additionnels qu'auraient soumis les États Membres avant le 15 juillet.

88. Le Comité a adopté la résolution CE164.R18, qui recommandait que le Conseil directeur approuve le Plan stratégique pour la période 2020-2025 tel que révisé par le groupe de travail et à la lumière de tout autre commentaire qui serait soumis avant le 15 juillet.

Projet de budget programme de l'Organisation panaméricaine de la Santé 2020-2021 (documents CE164/13 et CE164/13, Add. I et Add. II)

89. Le Dr Marvin Manzanero (représentant du Sous-comité du programme, du budget et de l'administration) a signalé que le Sous-comité avait été informé que le projet de budget programme 2020-2021 requerrait un budget de \$620 millions pour les programmes de base. Bien que l'allocation de l'OMS pour la Région devait augmenter de \$28,9 millions, il semblait peu probable que la Région recevrait la totalité de son allocation chiffrée de l'OMS, et le Bureau devrait donc trouver des moyens de combler le solde qui serait à financer. Par conséquent, le Bureau avait proposé trois scénarios budgétaires aux fins d'examen: dans le cadre du scénario 1, il n'y aurait pas d'augmentation, alors que pour les scénarios 2 et 3, les contributions fixées augmenteraient de 3 % et 6 %, respectivement. Durant la discussion que le Sous-comité a tenu sur la proposition, les délégués avaient fait valoir que les contributions de tous les États Membres, sauf un, augmenteraient en 2020 à la suite de l'adoption par l'Organisation des États Américains (OEA) d'un nouveau barème des contributions (voir paragraphes 111 à 116 ci-dessous). Par conséquent, les contributions que la plupart des pays allaient devoir payer à l'OPS augmenteraient même dans le cadre d'un scénario de croissance nominale zéro. Les délégués avaient indiqué que leurs gouvernements ne pourraient accepter que le scénario 1. Le Bureau avait été encouragé à trouver des moyens de faire des économies de coûts et d'accroître l'efficacité.

90. M. Dean Chambliss (Directeur du Département de la planification et du budget du BSP) a présenté le projet de budget programme pour 2020-2021, en notant qu'il serait le premier budget programme biennal dans le cadre du nouveau Plan stratégique 2020-2025 de l'OPS et que le projet serait révisé au besoin pour refléter tout changement pertinent apporté au plan stratégique (voir paragraphes 73 à 88 ci-dessus). Le budget programme définirait les résultats intermédiaires et immédiats en matière de santé que devraient atteindre collectivement le Bureau et les États Membres au cours de la période biennale et établirait le budget pour l'obtention de ces résultats. Il répondrait aux mandats régionaux et mondiaux et s'alignerait sur ces derniers, y compris le plan stratégique, le Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques 2018-2030 et le treizième programme général de travail de l'OMS.

91. Le nombre de résultats intermédiaires serait réduit de 34 pour la période biennale 2018-2019 à 28 pour 2020-2021, et le nombre de résultats immédiats de 134 à 104. La hiérarchisation des résultats intermédiaires établie par les États Membres pour la période du plan stratégique s'appliquerait aux budgets programmes pour 2020-2021 et les deux périodes biennales suivantes. Les exercices de hiérarchisation ne seraient pas réalisés à tous les deux ans comme par le passé.

92. Il était important de rappeler que dans un environnement budgétaire intégré, le terme « budget » ne se rapportait pas à des fonds réels, mais à un espace budgétaire vide. On pouvait l'assimiler à un seau ou à une enveloppe devant être remplie d'argent. Un budget total de \$620 millions a été proposé. Le Bureau a estimé que le montant total des fonds flexibles s'élèverait à \$360 millions. Ce montant ne reflétait aucune augmentation des

contributions fixées nettes. La projection pour les contributions volontaires était d'environ \$160 millions. Il serait donc nécessaire de trouver \$100 millions supplémentaires pour combler le manque de financement restant.

93. Les contributions de l'OPS n'avaient pas augmenté depuis la période biennale 2012-2013. Alors que les États Membres avaient approuvé une augmentation de 3 % des contributions fixées de l'OMS en 2018-2019, aucune part de cette augmentation n'avait été transférée à l'OPS. D'autre part, même si l'allocation approuvée par l'OMS pour les Amériques pour 2020-2021 avait augmenté, il était fort improbable que la Région recevrait sa pleine allocation. Tel que noté par le représentant du Sous-comité, le Bureau proposait dès lors trois scénarios pour les contributions fixées de l'OPS : aucune augmentation, une augmentation de 3 % et une augmentation de 6 %.

94. Le Bureau considérait qu'une augmentation était nécessaire pour mettre en œuvre une nouvelle politique budgétaire (voir paragraphes 102 à 110 ci-dessous), pour renforcer les activités au niveau des pays et assurer un financement adéquat pour tous les pays clés, pour appuyer les priorités stratégiques sous-financées qui dépendaient fortement d'un financement flexible, notamment la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles et la réduction de la mortalité maternelle, pour maintenir les gains en matière de santé et pour fournir un financement « catalyseur » pour les activités et les pays, tels que les pays à revenu intermédiaire, qui n'étaient généralement pas couverts par les contributions volontaires. Le Bureau était bien conscient des contraintes de financement interne dans certains États Membres et des augmentations résultant de l'adoption du nouveau barème des contributions de l'OEA. Néanmoins, en l'absence d'un financement adéquat, il ne pouvait pas continuer à répondre aux attentes des États Membres, et il a donc demandé au Comité d'examiner soigneusement les trois scénarios présentés.

95. Dans la discussion qui a suivi, les délégués ont accueilli favorablement l'alignement du projet de budget programme sur le nouveau plan stratégique, le Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques 2018-2030 et le treizième programme général de travail de l'OMS. L'engagement pris à l'égard de la transparence et de la responsabilisation mis en évidence dans la proposition a été salué, de même que l'encouragement par le Bureau envers les États Membres à participer au processus de hiérarchisation. Les délégués ont noté avec satisfaction que la proposition montrait clairement la distribution du projet de budget par pays.

96. Il a été suggéré que les représentants de l'OPS/OMS informent les autorités sanitaires nationales sur la méthodologie utilisée pour l'élaboration du projet de budget programme, et il a été souligné qu'il doit y avoir une étroite coordination avec les autorités sanitaires nationales pour assurer que la coopération technique du Bureau répondait aux besoins et aux priorités des pays. Le Bureau a été invité à clarifier la procédure applicable pour déterminer les plafonds budgétaires en fonction des priorités identifiées pour chaque pays. Il a également été invité à fournir de plus amples informations sur les lignes de référence et les cibles pour les indicateurs portant la mention « à déterminer ».

97. Des préoccupations ont été exprimées au sujet de l'allocation proposée pour le renforcement de la capacité de surveillance épidémiologique. Un délégué a souligné le besoin de renforcer la capacité de surveillance à la lumière de l'augmentation des flux migratoires dans la Région. Il a également insisté sur la nécessité d'un appui de l'OPS pour assurer la mise en œuvre effective du Règlement sanitaire international. Le même délégué a attiré l'attention sur le budget proposé relativement important pour les fonctions administratives et de gestion.

98. En ce qui concerne l'augmentation proposée des contributions, divers délégués ont noté que leurs contributions allaient augmenter, dans certains cas de façon substantielle, à la suite de l'adoption du nouveau barème des contributions de l'OEA, et que les augmentations n'auraient pas seulement lieu en 2021, mais aussi en 2022-2023. Par conséquent, leurs gouvernements ne pouvaient pas accepter une quelconque augmentation de leurs contributions à l'OPS. Plusieurs délégués ont affirmé que leurs gouvernements continueraient de plaider en faveur d'une croissance nominale zéro dans les budgets des organisations multilatérales. Toutefois, il était reconnu qu'une politique de croissance zéro créait de sérieux défis pour le Bureau. Il était également reconnu qu'il n'y avait pas eu d'augmentation des contributions depuis six ans et qu'une telle situation n'était plus viable. Les efforts du Bureau pour identifier les efficiences, étirer les ressources au maximum et hiérarchiser les activités ont été applaudis.

99. M. Chambliss a dit que le Bureau reconnaissait la nécessité de renforcer la capacité des bureaux de pays de fournir un appui. Il reconnaissait également la nécessité d'une reddition de compte et d'une responsabilisation continues pour l'utilisation des fonds. En ce qui concerne les indicateurs portant la mention « à déterminer », il a expliqué que la finalisation de certains aspects du projet de budget programme avait pris un certain retard parce qu'il avait été élaboré en même temps que le nouveau plan stratégique. Le Bureau s'efforcerait d'assurer que les lignes de référence et les cibles pour tous les indicateurs soient établies avant l'ouverture du 57^e Conseil directeur.

100. La Directrice a observé que tout directeur d'une organisation internationale qui ne demandait pas aux États Membres une augmentation des contributions sur une période de six ans n'avait probablement pas à cœur les meilleurs intérêts de cette organisation. Elle s'est dit consciente de l'impact qu'aurait le nouveau barème des contributions de l'OEA sur certains États Membres, mais elle leur demanderait de tenir compte du fait que si l'OPS ne recevait aucune augmentation des contributions, elle subirait en fait une perte de revenu, puisqu'en termes réels, la valeur de l'argent était bien moindre que six ans auparavant. En même temps, les États Membres imposeraient certainement de nouvelles exigences au Bureau et s'attendraient à recevoir une réponse dans un délai convenable. Le Bureau continuerait de maximiser l'efficacité et de s'efforcer de limiter les coûts dans toute la mesure du possible, mais ses coûts de personnel et autres augmenteraient toujours.

101. Le Comité a demandé au Bureau de fournir des renseignements additionnels sur les conséquences programmatiques et administratives d'une augmentation nulle des contributions fixées (scénario 1) par rapport à une augmentation de 3 % (scénario 2). Étant

entendu que de tels renseignements seraient fournis avant la tenue du 57^e Conseil directeur, le Comité a adopté la résolution CE164.R8, recommandant que le Conseil directeur approuve le projet de budget programme. Le Comité a également adopté la résolution CE164.R9, recommandant que le Conseil directeur fixe les contributions fixées des États Membres, des États participants et des États associés conformément au scénario 1, sans augmentation du total des contributions fixées en ce qui concerne la période biennale 2018-2019.

Politique budgétaire de l'OPS (document CE164/14)

102. M. Dean Chambliss (Directeur du Département de la planification et du budget du BSP) a présenté le projet de politique budgétaire de l'OPS, en notant qu'elle remplacerait la politique adoptée en 2012, qui était uniquement appliquée au budget ordinaire de l'Organisation et qui avait perdu de son importance dans une large mesure, suite à l'introduction d'une approche intégrée de la budgétisation qui tenait compte non seulement des contributions fixées et des recettes diverses, mais aussi des contributions volontaires. La nouvelle politique couvrirait la même période que le Plan stratégique 2020-2025 de l'OPS (voir paragraphes 73 à 88 ci-dessus). Le principal objectif de la politique était de fournir une base empirique fondée sur des données factuelles pour établir des plafonds budgétaires dans l'ensemble des États Membres de l'OPS, tout en laissant suffisamment de souplesse pour répondre à des considérations d'ordre politique, sanitaire et stratégique.

103. Le changement le plus important introduit par la nouvelle politique était qu'il s'appliquerait à l'ensemble du budget, pas seulement au budget ordinaire. Ce changement avait créé quelques défis, car la distribution de l'espace budgétaire au moyen d'une formule pouvait entraîner des budgets difficiles à financer pour certains pays. Il était important de rappeler à cet égard que le terme « budget » se rapportait à un espace budgétaire non financé, et non pas aux fonds réels.

104. La formule de base de la nouvelle politique budgétaire comprenait une composante plancher de 25 %, constituée des frais de personnel et de fonctionnement, une composante de 50 % fondée sur les besoins, calculée sur la base du nouvel indice des besoins en santé inclus dans le plan stratégique 2020-2025, une composante de 20 % relative à la mobilisation des ressources, et une composante variable de 5 %. Tel qu'indiqué dans le document CE164/14, l'indice élargi des besoins en santé durable plus (SHIe+) comprenait six dimensions, qui étaient celles qui, selon le SPAG, avaient été jugées les plus appropriées pour l'estimation des besoins en santé.

105. Les scénarios initiaux d'application de la formule avaient entraîné des allocations irréalistes pour certains pays qui, de tous temps, ont eu du mal à mobiliser des contributions volontaires. La composante de mobilisation des ressources, une innovation dans la formule de politique budgétaire, ajusterait les plafonds budgétaires pour refléter la capacité avérée du Bureau de financer les budgets des pays. La composante variable permettrait à la Directrice d'ajuster le budget de façon stratégique en réponse aux changements économiques, sociopolitiques ou dans le domaine de la santé. La politique prévoyait

également une « clause dérogatoire », par laquelle le Bureau pouvait ajuster les allocations manuellement, dans la mesure où les États Membres étaient d'accord avec de tels ajustements et que ces derniers étaient faits de manière transparente. Le SPAG avait appuyé la mise en œuvre progressive de la nouvelle politique sur trois périodes biennales et avait également recommandé que les allocations budgétaires n'augmentent ni ne diminuent de plus de 10 % par période biennale afin d'éviter des changements défavorables ou irréalistes dans les allocations budgétaires par pays.

106. Le Comité a exprimé un appui déterminé pour la nouvelle politique budgétaire proposée. Les membres ont trouvé la politique conforme à une approche budgétaire intégrée et modulée en fonction des recommandations de l'évaluation de la politique budgétaire antérieure.³ La politique a été considérée comme objective et fondée sur des données factuelles, mais également suffisamment flexible pour permettre au Bureau de répondre aux situations d'urgence et à des considérations pratiques et politiques changeantes. Les membres se sont dit favorables à la clause dérogatoire comme un moyen d'assurer que les pays avec les plus grands besoins ne seraient pas affectés défavorablement par une réduction des investissements. Les membres se sont également dit favorables au nouvel indice des besoins en santé, qui refléterait mieux les inégalités en santé dans la Région. La nécessité de renforcer la capacité nationale de calcul de l'indice a été mise en évidence. Un appui a été exprimé en faveur de l'approche progressive proposée pour la mise en œuvre de la politique et pour le plafonnement de $\pm 10\%$ sur les changements aux allocations budgétaires des pays.

107. Les membres ont noté avec satisfaction que les niveaux national et infrarégional recevraient 45 % du total des allocations aux termes de la nouvelle politique. Il a été signalé qu'en termes monétaires, les montants alloués aux bureaux de pays aux termes de la politique augmenteraient de presque \$33 millions, et le Bureau était invité à indiquer d'où provenaient ces fonds.

108. M. Chambliss a expliqué que comme le budget proposé pour 2020-2021 resterait essentiellement le même que le budget pour 2018-2019, toute augmentation de l'espace budgétaire dans un domaine devrait être compensée par des réductions dans un autre. Par conséquent, l'augmentation au niveau national entraînerait une réduction au niveau régional.

109. La Directrice a tenu à remercier le SPAG pour son travail intensif sur la nouvelle politique budgétaire. À son avis, ce travail fournissait un excellent exemple de la volonté des États Membres de collaborer avec le Bureau au profit de l'ensemble de la Région.

110. Le Comité a adopté la résolution CE164.R6, recommandant que le Conseil directeur approuve la nouvelle politique budgétaire.

³ Voir les documents CD56/6 et CD56/6, Add. I (2018).

Barème des contributions pour 2020-2021 (document CE164/15)

111. Le Dr Marvin Manzanero (représentant du Sous-comité du programme, du budget et de l'administration) a signalé que le Sous-comité avait été informé que l'Assemblée générale de l'Organisation des États Américains avait adopté un nouveau barème des contributions en octobre 2018. Il avait également été informé que le nouveau barème différait des barèmes des années antérieures en ce sens qu'il appliquerait des taux différents au cours des deux années de la prochaine période biennale. Pour 2020, l'OEA avait appliqué le même pourcentage que celui qui était en place pour 2018 et 2019. Cependant, pour 2021, l'OEA avait modifié le calcul du pourcentage, ce qui avait entraîné une augmentation pour tous les États Membres de l'OEA, à l'exception des États-Unis d'Amérique. Par conséquent, le barème des contributions de l'OPS pour 2019 serait maintenu pour l'exercice financier 2020 et un nouveau barème des contributions, basé sur le barème 2021 de l'OEA, serait appliqué en 2021.

112. M. Dean Chambliss (Directeur du Département de la planification et du budget du BSP) a rappelé que l'article 24.A de la Constitution de l'OPS prévoyait que le taux des contributions fixées pour ses États Membres était le même que celui des États Membres de l'OEA. Les contributions des États participants et des États associés de l'OPS qui n'étaient pas membres de l'OEA étaient fixées en fonction de leur population. Conformément à son mandat constitutionnel, le Bureau allait donc soumettre un barème conforme à celui de l'OEA. Le nouveau barème serait examiné dans le cadre du projet de plan stratégique 2020-2025 (voir paragraphes 73 à 88 ci-dessus) et du projet de budget programme 2020-2021 (voir paragraphes 89 à 101 ci-dessus).

113. Dans la discussion qui a suivi, il a été signalé que le barème modifié de l'OEA serait aussi appliqué en 2022 et 2023 et comprendrait des augmentations importantes des contributions de certains États Membres. Il a été suggéré que, par souci de transparence, le document devrait donc refléter le fait que le barème modifié des contributions de l'OEA aurait des répercussions au-delà de 2021. Il a également été suggéré qu'il serait utile de voir, dans de futurs rapports, les chiffres préliminaires sur les contributions des États Membres tant sur une base monétaire qu'en termes de pourcentage. Les délégués ont réaffirmé qu'à la lumière des prochaines augmentations de leurs contributions, leurs gouvernements ne seraient pas en mesure d'appuyer une augmentation des contributions fixées et continueraient de plaider en faveur d'une croissance nominale zéro.

114. En guise de réponse, M. Chambliss a dit que même si ce n'était pas pratique courante, une référence au barème modifié de l'OEA pour 2022-2023 pourrait être ajoutée, mais seulement à des fins d'information.

115. La Directrice a précisé que, conformément à la Constitution de l'Organisation, le barème de l'OPS était fondé sur le barème officiellement adopté par l'OEA.

116. Le Comité a adopté la résolution CE164.R7, recommandant que le Conseil directeur approuve le barème des contributions pour 2020-2021.

Initiative de l'OPS pour l'élimination des maladies : une politique pour une approche intégrée et durable des maladies transmissibles dans la Région des Amériques (document CE164/16)

117. Le Dr Marcos Espinal (Directeur du Département des maladies transmissibles et des déterminants environnementaux de la santé du BSP) a présenté la politique proposée, notant que l'OPS avait joué un rôle primordial dans la promotion de l'élimination des maladies transmissibles, dans les Amériques tout comme à l'échelle mondiale. L'Organisation avait été le chef de file en matière d'éradication de la variole et d'élimination de la polio, du tétanos néonatal, de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale dans la Région. Les pays des Amériques avaient obtenu des réductions substantielles du paludisme, de la lèpre, du trachome, de la filariose lymphatique, de l'onchocercose, de la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis, de l'hépatite B et de la maladie de Chagas. De plus, des progrès importants avaient été accomplis pour juguler les effets néfastes des infections aux géohelminthes, de la schistosomiase et de la fasciolase. Cependant, le travail n'était pas encore terminé.

118. Le document de politique a examiné les mandats et plans d'action de l'Organisation et les stratégies approuvées par les Organes directeurs ces dernières années pour traiter une série de maladies transmissibles. Il représente une approche institutionnelle de l'élimination des maladies et vise 30 maladies et affections apparentées. L'initiative d'élimination des maladies a également fourni un cadre additionnel pour fixer les cibles en matière d'élimination. L'initiative pourrait être adoptée, adaptée et mise en œuvre par les États Membres en fonction de leurs priorités et contexte nationaux. La vision de l'initiative d'élimination était celle d'un futur exempt du fardeau des maladies et affections visées. L'initiative serait à l'avantage de tous, mais principalement des populations vivant dans des conditions de vulnérabilité.

119. L'élément central de l'initiative d'élimination était d'assurer que les fonctions, les médicaments, les tests de diagnostic, les vaccins et autres produits étaient disponibles pour chacun à toutes les étapes de la vie. L'initiative cherchait à obtenir des économies d'échelle, à accélérer l'intégration des services de santé et des réseaux de laboratoires et à faciliter le plaidoyer, l'autonomisation communautaire et les efforts de promotion durable de la santé.

120. Le Comité exécutif a salué l'initiative et applaudi l'approche systématique de l'élimination des maladies transmissibles. Les membres ont noté que les maladies infectieuses étaient une préoccupation mondiale qui avait un impact disproportionné sur les communautés et populations aux ressources limitées, vivant dans des conditions de vulnérabilité, et que cette situation était exacerbée par le phénomène de la migration. Il a été souligné que la mise en œuvre de l'initiative dépendrait des capacités nationales, en particulier en ce qui concerne les programmes de surveillance et de vaccination, qui devaient être renforcés dans certains pays.

121. Les délégués ont souligné l'importance d'une approche communautaire et de la collaboration régionale pour assurer que les gens étaient moins vulnérables à la maladie, et plusieurs ont offert l'expertise et les meilleures pratiques de leurs pays pour contribuer à l'effort. Tout en soulignant l'appui manifesté par son pays pour des efforts collectifs et une approche intégrée et durable des maladies transmissibles et affections apparentées dans la Région, un délégué a souligné l'importance d'un engagement avec la société civile et le secteur privé et de l'adaptation au contexte communautaire. Il a demandé un ensemble de cibles claires qui incluait des programmes solides de santé environnementale, des mesures pour aborder les facteurs de risque, et des mesures en matière de santé publique et de systèmes de santé pour réduire le fardeau de la maladie. Le même délégué a insisté sur l'importance d'un solide alignement sur les cadres existants, notamment le plan stratégique mondial de lutte contre la rougeole et la rubéole de l'OMS, et a demandé que la cible pour la rougeole soit révisée et alignée sur les cibles mondiales.

122. Plusieurs délégués ont fait ressortir l'importance d'un alignement de l'initiative sur des engagements mondiaux additionnels tels que le Programme de développement durable à l'horizon 2030. Un délégué a suggéré d'inclure une référence à l'amélioration des conditions de logement et à la recherche opérationnelle, alors qu'une autre a laissé entendre que l'initiative devrait peut-être comporter moins d'indicateurs.

123. Le Dr Espinal a convenu qu'il serait utile d'inclure dans le document une référence à l'amélioration des conditions de logement et à la recherche opérationnelle sur les nouveaux diagnostics, vaccins et médicaments. En ce qui concerne une réduction du nombre d'indicateurs et de cibles, il a rappelé au Comité que la politique était basée sur des politiques, des stratégies et des plans d'action déjà approuvés par les Organes directeurs de l'OPS. L'objectif principal de cette politique était de trouver des synergies et de suivre une approche intégrée des maladies ciblées pour l'élimination afin de réduire la duplication des efforts et faire le meilleur usage possible des ressources humaines et financières limitées. L'idée était d'inclure quatre axes macro-stratégiques d'intervention, bien qu'on aurait pu en inclure d'autres. De même, les mandats existants liés au Règlement sanitaire international et à la surveillance épidémiologique pourraient encore être plus développés. Il a accueilli favorablement la suggestion d'un renforcement du document par un accent plus marqué sur la participation de la société civile et du secteur privé, qui étaient essentiels pour permettre à chaque pays de s'engager et de mettre en œuvre l'initiative.

124. La Directrice a dit que le but principal de la politique était de progresser avec l'élimination de 30 maladies transmissibles. La politique cherchait à cibler les personnes vivant en situation de vulnérabilité, pour ainsi contribuer à la réalisation des objectifs de développement durable. Le Bureau envisageait de travailler à la réalisation de ces objectifs de manière intégrée et interprogrammatique. La politique visait à renforcer les efforts existants là où le Bureau considérait que cela était faisable pour obtenir l'élimination des maladies dans un délai déterminé.

125. En ce qui concerne les objectifs fixés pour la rougeole, elle a signalé que le plan mondial avait pour objectif d'atteindre les cibles mondiales et régionales d'élimination et d'obtenir l'élimination de la rougeole. La Région avait déjà atteint cet objectif. Même s'il y

avait eu un revers ces derniers mois, elle était convaincue que bientôt la Région atteindrait à nouveau l'objectif d'élimination. Le Bureau réviserait le document pour clarifier la question.

126. Le Comité exécutif a adopté la résolution CE164.R2, recommandant que le Conseil directeur approuve *l'Initiative de l'OPS pour l'élimination des maladies*.

Plan d'action pour l'élimination des acides gras trans produits industriellement 2020-2025 (document CE164/17)

127. Le Dr Anselm Hennis (Directeur du Département des maladies non transmissibles et de la santé mentale du BSP) a rappelé qu'en 2007 l'OPS avait mis sur pied le Groupe de travail sur des Amériques exemptes d'acides gras trans, une initiative publique/privée qui avait culminé dans la Déclaration de Rio de Janeiro en 2008, dans laquelle les pays s'étaient engagés à éliminer les acides gras trans de la chaîne alimentaire. Même si des progrès importants avaient été réalisés, ce but n'avait pas été atteint et les acides gras trans continuaient d'être utilisés dans au moins 27 des 35 États Membres de l'OPS. Un important enseignement tiré de cette initiative était que des mesures volontaires ne suffisaient pas. En 2018, l'OMS avait lancé le guide REPLACE,⁴ un ensemble de mesures pour appuyer les efforts déployés par les gouvernements en vue de l'élimination des acides gras trans produits industriellement (AGT-PI) de la chaîne alimentaire dans six domaines d'action. L'élimination des AGT-PI de la chaîne d'approvisionnement alimentaire était également incluse dans le treizième programme général de travail de l'OMS.

128. Le projet de plan d'action de l'OPS avait été élaboré en très étroite collaboration avec les États Membres. Il proposait quatre axes d'intervention, y compris la mise en œuvre de politiques réglementaires visant l'élimination des huiles partiellement hydrogénées de la chaîne alimentaire et des activités de sensibilisation pour informer les décideurs, les producteurs, les fournisseurs et le public des répercussions négatives que la consommation d'acides gras trans peut avoir sur la santé ainsi que des avantages que représente pour la santé l'élimination des AGT-PI.

129. Le Dr Hennis a signalé que le travail réalisé en matière de santé publique comprenait des politiques et des interventions visant à réduire ou à gérer les risques de santé publique; ce n'est que très rarement que se présentait l'occasion de les éliminer. Le plan d'action fournissait une telle occasion. Il s'agissait d'une mesure politique unique relativement simple et de coût peu élevé qui pouvait, pour la première fois, faciliter l'élimination d'un facteur risque clé pour les maladies cardio-vasculaires. Huit pays de la Région avaient déjà montré l'exemple avec des mesures politiques qui confirmaient la

⁴ REPLACE Trans Fat : un programme d'action pour éliminer les acides gras trans produits industriellement. Genève : OMS; 2018. OMS/NMH/NHD/18.4. Disponible sur : https://www.who.int/docs/default-source/documents/replace-transfats/replace-action-package76b6392df1bb436caeec4439a3168e7b22b01d47048242bdba67338dee98229f2ea37d59ee374b57a37d13202b8791c8b01c49d425f94d13a8ec9d690c70a83d.pdf?Status=Temp&sfvrsn=64e0a8a5_17.

faisabilité du plan. Il était temps d'agir pour obtenir l'élimination totale des acides gras trans de la chaîne alimentaire dans la Région des Amériques.

130. Le Comité exécutif a manifesté un appui sans réserve pour le plan d'action, qui était perçu comme opportun et pertinent. Les délégués ont considéré que les mesures politiques recommandées aideraient à prévenir les maladies cardiaques et à appuyer les efforts régionaux d'atteindre la cible 3.4 des ODD (réduire le taux de mortalité prématurée due à des maladies non transmissibles) et que les axes stratégiques d'intervention du plan d'action aideraient les pays à élaborer et à mettre en œuvre les cadres juridiques et politiques et à contrôler et communiquer l'information sur les stratégies adoptées pour éliminer les AGT-PI de la chaîne alimentaire. Il a été suggéré d'aligner le suivi et l'évaluation du plan d'action sur le plan stratégique 2020-2025. Les délégués ont décrit les expériences de leurs pays en matière d'élimination des AGT-PI, plusieurs d'entre eux offrant de partager l'information sur les pratiques réussies. Plusieurs délégués ont mentionné que les plans de leurs pays relatifs à l'élimination des AGT-PI de la chaîne alimentaire comprenaient également des activités éducatives destinées à améliorer les habitudes alimentaires et à limiter la consommation de graisses saturées.

131. Le Dr Hennis a dit que les commentaires positifs des États Membres étaient une manifestation de l'engagement de la Région de progresser vers l'élimination totale des AGT-PI de la chaîne alimentaire. Huit pays avaient pris des mesures dans cette direction et trois étaient sur le point de le faire; cependant, 24 devaient encore emboîter le pas. Il se disait dès lors encouragé par le soutien unanime apporté au plan d'action. Il accueillait avec satisfaction la suggestion concernant l'alignement du suivi et de l'évaluation sur le plan stratégique, et a indiqué que le document serait modifié en conséquence.

132. La Directrice a remercié les États Membres pour leur contribution et leur appui au plan d'action. Elle a souligné que l'objectif du plan ne serait atteint que s'il se traduisait par la mise en œuvre et l'application de politiques nationales. Le Bureau travaillerait en étroite collaboration avec les États Membres pour aller de l'avant avec le plan au niveau national une fois qu'il aurait été approuvé par le Conseil directeur.

133. Le Comité exécutif a adopté la résolution CE164.R3, recommandant que le Conseil directeur approuve le plan d'action.

Plan d'action pour le renforcement des systèmes d'information pour la santé 2019-2023 (document CE164/18)

134. Le Dr Jacobo Finkelman (Directeur par intérim du Département des données probantes et des renseignements pour l'action en santé du BSP) a présenté ce point de l'ordre du jour, informant le Comité que le plan était le produit d'un processus intensif de collaboration et de consultation qui avait commencé en 2016 lors d'une réunion de haut niveau avec les pays des Caraïbes à Kingston (Jamaïque). Les consultations s'étaient poursuivies dans le cadre de réunions avec des représentants des pays d'Amérique centrale à Washington, D.C., et des pays d'Amérique du Sud à Bogotá (Colombie) en 2018. Vingt

missions de coopération technique dans des pays de trois sous-régions avaient permis de renforcer le plan d'action. De plus, pour assurer que les recommandations formulées dans le plan reflétaient les dernières avancées techniques dans le domaine, des consultations avaient été tenues avec des experts d'universités renommées, de centres spécialisés et de divers pays de la Région.

135. L'objectif du plan était de renforcer les activités nécessaires pour que les États Membres puissent élaborer des systèmes d'information interconnectés et interopérables. Il fallait espérer que le plan permettrait aux pays d'introduire de nouvelles technologies de l'information et de la communication pour appuyer la transformation numérique des systèmes de santé, l'échange d'information et la gestion de données structurées et non structurées au profit de la santé publique.

136. La Région des Amériques a accompli de grandes avancées dans l'amélioration des systèmes d'information pour la santé. Cependant, les pays se heurtaient encore à de sérieux obstacles pour assurer la disponibilité de données fiables, sûres et à jour qui soient dans un format adéquat à un moment opportun. Le plan proposait des axes stratégiques d'intervention et des outils qui appuieraient la mise en œuvre du Programme de développement durable à l'horizon 2030, ainsi que les objectifs du Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques 2018-2030, en particulier les cibles 6.1 et 6.2. Le plan représentait une réponse holistique aux besoins présents et à venir dans le domaine de l'information sanitaire. Il était organisé autour de quatre axes stratégiques d'intervention qui reflétaient les accords obtenus dans le cadre des consultations avec les États Membres.

137. Dans la discussion qui a suivi, les membres du Comité ont salué le plan d'action, le considérant comme un outil précieux pour les efforts déployés en vue d'atteindre les cibles des objectifs de développement durable et du Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques. Soulignant l'importance d'adapter le plan aux priorités et contextes nationaux ainsi qu'aux politiques de technologies de l'information, plusieurs délégués ont attiré l'attention sur les limites juridictionnelles, structurelles et juridique qui pourraient freiner la mise en œuvre de certains aspects du plan, demandant que des changements soient apportés au document ou à la résolution proposée pour tenir compte des différences susceptibles de se présenter dans les situations nationales et pour refléter la diversité des systèmes de soins de santé dans la Région.

138. Il y avait consensus sur la nécessité de systèmes de réglementation et de gouvernance pour assurer la disponibilité de données de haute qualité et à jour, maintenir la transparence et la confidentialité, ainsi que préserver le droit des patients à avoir accès à leur dossier médical. Les délégués ont lancé un appel en faveur d'une plus grande interopérabilité des dossiers médicaux, tout en mettant également en évidence la nécessité d'améliorer la cybersécurité et de respecter la vie privée des patients. Plusieurs délégués ont attiré l'attention sur les défis d'intégrer les données recueillies par les prestataires de soins de santé du secteur privé. Il a été suggéré que les normes potentielles pour l'échange de données en matière de santé devraient être identifiées en vue d'assurer des systèmes interopérables pour l'échange d'informations entre les États Membres. Notant l'importance

de systèmes intégrés et robustes d'information sanitaire qui vont au-delà des statistiques de l'état civil, une déléguée a insisté sur la nécessité d'une analyse des disparités pour identifier les inégalités dans les pays et entre les pays de la Région. La même déléguée a noté le besoin d'informations qui permettraient d'assurer le suivi du comportement des déterminants de la santé. Les délégués ont convenu de l'importance de compiler des données ventilées par sexe, âge et autres variables afin de suivre et d'évaluer la réalisation des objectifs fixés.

139. Le Dr Finkelman a remercié le Comité pour ses commentaires et suggestions, en indiquant que le Bureau s'efforcerait de les incorporer, car ils constituaient des contributions importantes permettant de maintenir l'équilibre du plan d'action.

140. La Directrice a rappelé que depuis plusieurs années, les États Membres avaient demandé de l'appui pour le renforcement des systèmes d'information en santé. Dans de nombreux cas, cependant, ces demandes avaient pour unique objet les dossiers médicaux et les statistiques d'état civil électroniques des patients. Le Bureau a jugé qu'il était important d'élargir le concept d'information sanitaire pour inclure toute autre information pertinente d'une variété de sources qui appuieraient la gestion des soins aux patients et des programmes, la surveillance de la santé publique et la production de renseignements du secteur de la santé. Des données désagrégées qui fourniraient un aperçu des considérations d'équité étaient également d'une importance clé. En réponse à la nécessité d'accorder une attention accrue aux renseignements du secteur de la santé et aux systèmes d'information dans les États Membres, le Bureau avait récemment créé un nouveau département, le Département des données probantes et des renseignements pour l'action dans le domaine de la santé.

141. Le Comité exécutif a adopté la résolution CE164.R4, recommandant que le Conseil directeur approuve le plan d'action.

Stratégie et plan d'action pour la promotion de la santé dans le contexte des objectifs de développement durable 2019-2030 (document CE164/19, Rev. 1)

142. Le Dr Luis Andrés De Francisco Serpa (Directeur du Département de la famille, de la promotion de la santé et du parcours de vie du BSP) a présenté le projet de stratégie et plan d'action (document CE164/19), en notant que le projet était basé sur les principes de soins de santé primaires et reflétait divers mandats adoptés antérieurement par les Organes directeurs de l'OPS, y compris la *Stratégie pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle*, le *Plan d'action sur la santé dans toutes les politiques* et la *Stratégie et Plan d'action sur la santé en milieu urbain*. Le projet s'alignait également sur la Déclaration politique de Rio sur les déterminants de la santé et les engagements pris lors de nombreuses conférences internationales sur la promotion de la santé. La stratégie mettait en évidence l'importance d'une action locale pour faciliter la participation de la communauté et de la société civile, créer des milieux sains et traiter les déterminants sociaux de la santé avec une approche axée sur l'équité. Elle cherchait également à relever les défis et à tirer parti des opportunités offertes par la communication numérique.

143. Le but de la stratégie était de renouveler la promotion de la santé au moyen d'actions sociales, politiques et techniques qui abordaient les déterminants sociaux de la santé – c'est-à-dire les conditions dans lesquelles les personnes sont nées, ont grandi, vécu, travaillé et vieilli – pour améliorer la santé et réduire les iniquités en santé dans le cadre du Programme de développement durable à l'horizon 2030. Le plan d'action a mis l'accent sur l'action intersectorielle et la participation sociale.

144. Le processus de consultation pour l'élaboration de la stratégie et plan d'action avait inclus 31 consultations nationales et une consultation régionale, tenue à Rio de Janeiro en novembre 2018, ainsi que des consultations avec des experts, des universitaires, la société civile et des organisations communautaires. Le processus avait permis au Bureau de préparer un document basé sur des expériences réussies et qui reflétaient les besoins identifiés par les pays de la Région. Il ne restait plus qu'à espérer que la stratégie permettrait de renforcer le renouvellement de la promotion de la santé dans la Région et d'assurer par là une meilleure santé et le bien-être des personnes, des familles et des communautés, en ne laissant personne pour compte.

145. Le Comité exécutif a exprimé un appui résolu pour le projet de stratégie et plan d'action, avec un délégué affirmant son importance pour le changement de l'histoire de la santé dans la Région. Un autre délégué a observé que la promotion de la santé pourrait non seulement entraîner une amélioration du bien-être, mais aussi des économies importantes dans les systèmes de soins de santé. Le même délégué a souligné la nécessité d'une base solide de données factuelles pour montrer quelles étaient les actions nécessaires et quelles interventions fonctionnaient. Les délégués ont accueilli favorablement les approches intersectorielles et communautaires de la stratégie. L'accent sur les déterminants sociaux de la santé a également été salué. Il a été signalé que la société civile et le secteur privé pouvaient jouer un rôle important pour promouvoir le travail sur les déterminants de la santé et les objectifs de santé. En même temps, l'attention a été attirée sur le besoin de disposer d'outils pour éviter ou gérer des conflits d'intérêts potentiels dans la collaboration avec des partenaires.

146. Les délégués ont suggéré plusieurs moyens pour renforcer La stratégie et plan d'action. Plusieurs délégués ont indiqué qu'il était nécessaire d'adopter une approche plus large et plus intersectorielle pour traiter les déterminants de la santé. Il a également été jugé important de promouvoir les perspectives interculturelles et de genre dans l'analyse des iniquités en santé. L'importance de l'accent sur le comportement collectif plutôt que le comportement individuel a été mise en évidence, tout comme l'a été la nécessité de services de soins de santé primaires pour participer à des activités communautaires externes visant à changer les comportements et à réduire les risques pour la santé. La nécessité de favoriser la recherche sur la promotion de la santé afin de construire une base solide de données factuelles a aussi été soulignée.

147. Un délégué a fait valoir que le projet ne prenait pas assez en compte la prévention de la violence et des accidents, l'alimentation saine, la prévention de la consommation d'alcool et de substances psychoactives et la promotion de l'activité physique. Une autre

déléguée a noté que les risques environnementaux connus étaient responsables d'environ un quart des décès et des maladies dans l'ensemble du monde et elle a demandé que soit ajoutée dans le texte une référence à une sensibilisation accrue vis-à-vis de la santé environnementale dans le cadre des efforts de promotion de la santé. Un troisième délégué a demandé une collaboration étroite avec les partenaires des Nations Unies et a demandé instamment que La stratégie et plan d'action soient alignés aussi étroitement que possible sur le *Plan d'action global pour permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous*.⁵

148. Un représentant de l'Association interaméricaine du génie sanitaire et de l'environnement (AIDIS) a offert une coopération technique pour les projets d'eau et d'assainissement, en collaboration avec les bureaux des représentants de l'OPS/OMS, les ministères de la Santé et d'autres entités du secteur de l'eau et de l'assainissement.

149. Étant donné la gamme des questions abordées, plusieurs délégués ont demandé que soient tenues des discussions intersession ou que soit créé un groupe de travail pour affiner plus encore La stratégie et plan d'action. Un délégué a mis en garde, cependant, contre un trop grand élargissement du champ d'application de la stratégie, car son efficacité et son impact pourraient alors s'en trouver réduits.

150. Le Dr Gerry Eijkemans (Chef de l'Unité de promotion de la santé et des déterminants sociaux de la santé du BSP) a dit que les discussions sur La stratégie et plan d'action avaient clairement démontré l'importance que les États Membres attachaient à la promotion de la santé. L'accent dans La stratégie et plan d'action avait été mis sur les déterminants sociaux de la santé et les soins de santé primaires, avec deux thèmes transversaux – le travail intersectoriel sur les déterminants sociaux et la participation communautaire. Il était réjouissant d'entendre que les États Membres considéraient que ces domaines étaient importants. La question d'environnements sains comprenaient de multiples facettes, et un effort devrait être fait dans les discussions continues pour voir comment cet aspect de la stratégie pourrait être renforcé.

151. La Directrice a rappelé l'importance donnée à la stratégie de promotion de la santé à la suite de l'adoption de la Charte d'Ottawa dans les années 1990 et les importantes réalisations obtenues dans le cadre de la stratégie dans la Région. Des progrès avaient été réalisés dans la promotion de milieux sains et d'une approche multisectorielle, qui avaient été suivis d'un accent mis sur la santé dans toutes les politiques et d'une approche pangouvernementale. La nouvelle stratégie et plan d'action représentaient une tentative d'assurer un rôle pertinent et important pour la promotion de la santé à l'ère du Programme de développement durable à l'horizon 2030. Elle a assuré le Comité que le Bureau travaillait en étroite collaboration avec ses partenaires des Nations Unies, tant au sein des

⁵ Plan d'action global pour permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous : Unir nos efforts pour accélérer les progrès en vue des objectifs de développement durable liés à la santé. Genève : OMS; 2018. WHO/DCO/2018.3. Disponible sur : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311669/WHO-DCO-2018.3-fre.pdf>.

équipes de pays des Nations Unies qu'en tant que membre du Groupe des Nations Unies pour le développement de l'Amérique latine et des Caraïbes.

152. Le Comité exécutif a décidé de former un groupe de travail pour examiner les amendements proposés à la stratégie et au plan d'action. M. Carlos Gallinal Cuenca (Brésil, président du groupe de travail) a précisé par la suite que le groupe de travail avait donné son accord à plus de 40 changements proposés au texte de la stratégie et plan d'action, qui étaient d'ailleurs reflétés dans le document CE164/19, Rev. 1. Le groupe de travail n'a pas jugé nécessaire d'organiser une consultation intersessions, mais il a recommandé d'inviter les États Membres à continuer de soumettre des commentaires sur la version révisée de la stratégie et plan d'action jusqu'au 15 juillet.

153. Le Comité exécutif a approuvé la proposition du groupe de travail et a adopté la résolution CE164.R19, recommandant que le Conseil directeur approuve le plan d'action tel que révisé par le groupe de travail et à la lumière de tout autre commentaire soumis avant le 15 juillet.

Stratégie et plan d'action pour l'accès équitable aux dons et transplantations d'organes, de tissus et de cellules 2019-2030 (document CE164/20)

154. Le Dr James Fitzgerald (Directeur du Département des systèmes et services de santé du BSP) a présenté le projet de stratégie et plan d'action dont l'objectif était de promouvoir l'accès équitable aux greffes d'organes, de tissus et de cellules grâce à des dons volontaires. Il a noté que le terme « greffes de cellules » faisait référence à l'utilisation de cellules hématopoïétiques provenant de sang périphérique, de la moelle osseuse et de sang du cordon ombilical qui n'avaient pas été substantiellement modifiées et qui étaient utilisées pour le traitement de certains types de cancer et de maladies du sang non cancéreuses.

155. Les transplantations d'organes, de tissus et de cellules étaient des interventions médicales qui prolongeaient et amélioraient la qualité de vie. Bien que l'efficacité et la rentabilité de telles interventions aient été clairement démontrées et reconnues, elles n'étaient pas accessibles à de nombreuses personnes qui en avaient besoin. Selon l'Observatoire mondial du don et de la transplantation de l'OMS, la Région des Amériques représentait 40 % de l'activité mondiale en matière de greffes, avec 53 000 greffes réalisées en 2016. Même si ces chiffres étaient encourageants, une analyse plus approfondie a révélé de grandes disparités dans l'accès aux procédures de transplantation dans la Région, leur majorité étant réalisée dans un petit nombre de pays.

156. La capacité de réaliser des greffes variait dans la Région. Dans la majorité des pays, les programmes nationaux n'étaient pas suffisamment développés, il y avait pénurie de ressources humaines qualifiées et la législation n'était pas à jour. Le coût élevé des procédures de transplantation et des thérapies d'entretien, ainsi qu'une couverture et une protection financière insuffisantes, étaient des obstacles majeurs dans les systèmes de santé, ce qui entraînait des iniquités flagrantes dans l'accès aux services de transplantation.

Ces faiblesses, à leur tour, prédisposaient la Région à un trafic d'organes important ainsi qu'au développement du tourisme de transplantation.

157. La stratégie et plan d'action cherchait à aborder ces questions, en mettant l'accent sur deux domaines clés : la promotion du don bénévole non rémunéré, pour accroître la disponibilité de cellules, de tissus et d'organes à des fins de transplantation, et le renforcement de la gouvernance, de la gestion et des capacités des autorités sanitaires nationales pour accroître l'équité face à l'accès aux transplantations. La proposition était basée sur les principes et lignes directrices adoptés par l'OMS, l'OPS et autres parties prenantes, telles que le Réseau/Conseil ibéroaméricain sur les dons et transplantations. Elle fournissait une feuille de route au Bureau pour traiter les priorités des États Membres et orienter sa coopération technique.

158. Dans la discussion qui a suivi, les délégués ont accueilli favorablement le projet de stratégie et plan d'action, plusieurs d'entre eux notant que le projet était aligné sur leurs politiques nationales. Les membres ont manifesté leur appui pour les axes stratégiques d'intervention dans lesquels ils voyaient un moyen d'accroître la disponibilité des transplantations, d'améliorer la réglementation et la performance des systèmes de dons et de transplantations et d'aider à protéger les populations contre des pratiques contraires à l'éthique et des violations des droits de l'homme telles que le trafic d'organes et le tourisme de transplantation. La nécessité d'assurer la disponibilité opportune de médicaments administrés après la transplantation a été mise en évidence, tout comme l'a été la nécessité de sensibiliser et d'éduquer le public pour accroître le don d'organes, de tissus et de cellules et pour répondre aux besoins nationaux de transplantations. Une déléguée a décrit comment son pays avait utilisé les médias sociaux pour encourager les gens à s'inscrire comme donneurs d'organes. Plusieurs délégués ont offert de partager l'expérience de leurs pays en matière de renforcement de la réglementation et d'accroissement de l'efficacité des services de transplantation.

159. Le Dr Fitzgerald a signalé qu'un des principaux axes stratégiques du plan d'action était de renforcer la gouvernance et la gestion en matière de transplantations, avec des lois, des règles et des politiques claires. Un des plus grands défis mis en évidence dans le document était la nécessité d'accroître la disponibilité d'organes, de tissus et de cellules aux fins de transplantations. À cet égard, il a noté qu'il y avait de longues listes d'attente pour les transplantations dans l'ensemble de la Région, en particulier dans les cas de greffes du foie et des reins. Un autre défi était le besoin d'assurer le financement nécessaire pour élargir les programmes de transplantation, renforcer les capacités hospitalières et développer les structures, règlements et cadres nécessaires pour améliorer l'accès d'une manière coordonnée et équitable. La stratégie et plan d'action reconnaissait également la nécessité d'améliorer la gestion de l'information, la surveillance, le suivi et l'évaluation des risques associés aux services de dons et de transplantations.

160. La Directrice a dit que la transplantation d'organes constituait un exemple clair des disparités dans la Région, à la fois entre les pays ou à l'intérieur des pays. Dans certains pays, il n'y avait absolument aucune possibilité de recevoir une greffe, mais, même dans

les pays avec des services de transplantation bien établis, de vastes segments de la population n'avaient pas accès à de tels services de soins tertiaires. Elle s'est félicitée du grand intérêt des États Membres pour la stratégie et plan d'action et a suggéré que la coopération Sud-Sud soit renforcée en vue de partager les meilleures pratiques et le savoir-faire pour l'établissement et le renforcement des services de transplantation.

161. Le Comité exécutif a adopté la résolution CE164.R10, recommandant que le Conseil directeur approuve la stratégie et plan d'action.

Stratégie et plan d'action pour l'amélioration de la qualité des soins dans la prestation des services de santé 2020-2025 (document CE164/21)

162. Le Dr James Fitzgerald (Directeur du Département des systèmes et services de santé du BSP) a introduit la question tout en notant qu'en 2007, les États Membres de l'OPS avaient adopté la *Politique et stratégie régionale pour assurer la qualité des soins de santé, y compris la sécurité des patients*.⁶ En 2015, des experts en qualité de plus de 30 pays de la Région avaient examiné les progrès accomplis et avaient conclu qu'il était nécessaire de faire la transition des approches programmatiques fragmentées à une nouvelle approche plus globale et systémique de l'amélioration de la qualité des soins. Le projet de stratégie et plan d'action reflétait ce changement de paradigme.

163. Les attributs de la qualité ont été présentés dans l'optique des systèmes de santé, avec des soins axés sur les gens, sur la famille et sur la communauté comme une caractéristique essentielle. La stratégie proposait des interventions prioritaires pour améliorer la qualité et la prestation des soins de santé au point de service, tout en traitant des déterminants complexes de la qualité au sein de l'organisation, de la gouvernance et de la gestion des systèmes de prestation de soins de santé. L'approche de la qualité basée sur les systèmes était conforme aux recommandations et orientations dans les rapports mondiaux publiés en 2018 par l'OMS, l'Organisation de Coopération et de Développement économiques, la Banque mondiale, la Lancet Global Health Commission on High Quality Health Systems et les Académies nationales des sciences et du génie des États-Unis.

164. Le Dr Fitzgerald a conclu ses remarques en remerciant les États Membres pour leur participation et contributions dans le cadre des consultations préalables sur la stratégie et plan d'action.

165. Le Comité exécutif a exprimé un appui sans réserve pour le projet de stratégie et plan d'action, avec plusieurs délégués faisant état de son alignement sur leurs efforts nationaux. Les approches de la stratégie centrées sur les gens et fondées sur les droits ont été accueillies favorablement. Il a été signalé que la qualité des soins dans de nombreux pays avait diminué à la suite d'une distribution limitée ou inéquitable des ressources, ce qui avait entraîné une réduction de l'accès pour les populations pauvres et marginalisées, créé une l'insatisfaction chez les utilisateurs, érodé la confiance dans le système de santé et

⁶ Voir le document CSP27/16 et la résolution CSP27.R10 (2007).

creusé les écarts de santé. Les États Membres étaient encouragés à utiliser le plan d'action pour améliorer l'accès à des services de soins de santé de haute qualité et produire de meilleurs résultats en matière de santé.

166. Un accord général s'est dégagé quant à la nécessité d'améliorer la qualité des soins, sans laquelle il ne serait pas possible d'obtenir l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle. Il a également été convenu qu'une approche globale et transversale était nécessaire, qui tenait compte d'un vaste éventail de facteurs : la qualité devrait s'étendre à tous les aspects des soins de santé, de la prestation des services au financement des soins de santé et au-delà. La nécessité de tenir compte des perceptions de l'utilisateur ainsi que des considérations techniques a également été mise en évidence. Plusieurs délégués ont souligné l'importance de donner le contrôle aux utilisateurs des services de santé et d'intéresser les utilisateurs en tant que co-participants au processus des soins de santé. À cet égard, un délégué a insisté sur l'importance du suivi social de la qualité des soins. Il a également recommandé que les évaluations de la qualité prennent en considération des facteurs comme la facilité d'accès pour les populations vulnérables et la discrimination dans la prestation des services de santé. Une autre déléguée a insisté sur la nécessité de renforcer la gérance de la santé et la gouvernance en la matière afin d'assurer la durabilité des améliorations apportées à la qualité des soins.

167. Les délégués ont demandé plusieurs modifications au libellé de la stratégie et plan d'action ainsi que de la résolution proposée énoncée dans le document CE164/21 afin de clarifier comment le mot « droits » était utilisé dans le document, de mieux refléter le caractère ambitieux du plan et l'étendue du travail requis pour atteindre les objectifs et de tenir compte des différences dans la structure des systèmes de santé nationaux.

168. Le Dr Fitzgerald a parlé du lien très clair entre la stratégie et plan d'action et l'approche adoptée dans le document sur *Les soins de santé primaires pour la santé universelle* (document CE164/INF/4, Rev. 1, voir paragraphes 284 à 294 ci-dessous), qui faisait ressortir la nécessité d'aller de l'avant dans l'élaboration de systèmes de santé basés sur les besoins des personnes, des familles et des communautés. Comme le Comité l'avait noté, la participation des utilisateurs était un élément clé pour assurer l'existence d'un système de santé qui répondait aux besoins. Les États Membres avaient accumulé de bonnes expériences à cet égard, notamment par le biais de mesures visant à promouvoir la participation des patients, les chartes des droits des patients et les programmes d'amélioration de la qualité par le biais des soins de santé primaires.

169. Les données disponibles ont indiqué qu'il y avait des défaillances importantes dans la coordination des soins. Ainsi, une partie de la stratégie se penchait sur la nécessité d'organiser et de gérer le système de santé afin d'apporter les services de santé à la communauté, avec un premier niveau de soins et des services d'orientation robustes qui offraient la continuité des soins pour les personnes dans l'ensemble du système de santé au moyen de réseaux intégrés de prestation de soins de santé. Ceci ne pouvait pas se réaliser en l'absence d'une gouvernance, d'une gestion et d'un leadership solides de la part des ministères de la Santé et des gouvernements dans leur ensemble. Comme cela était ressorti

de la discussion, il était également important de considérer la qualité tant technique que perçue des soins. Rapprocher ces deux éléments était essentiel pour assurer la confiance des gens dans les services et systèmes de santé.

170. La Directrice a affirmé que la qualité des soins aux niveaux systémique et de prestations des services était quelque chose de fondamental pour l'atteinte de la santé universelle, comme l'avaient exprimé les délégués lors de leur prise de parole. Elle a remercié les États Membres qui avaient collaboré avec le Bureau à la définition du concept de qualité des soins dans la Région et à la préparation de la stratégie et plan d'action.

171. La résolution proposée a été amendée pour refléter les suggestions faites au cours de la discussion, et le Comité exécutif a ensuite adopté la résolution CE164.R12, recommandant que le Conseil directeur approuve la stratégie et plan d'action.

Stratégie et plan d'action sur l'ethnicité et la santé 2019-2025 (document CE164/22)

172. Le Dr Anna Coates (Chef du Bureau de l'équité, de l'égalité entre les sexes et de la diversité culturelle du BSP) a présenté le projet de stratégie et plan d'action, rappelant que durant la 29^e Conférence sanitaire panaméricaine, en septembre 2017, les États Membres de l'OPS avaient approuvé à l'unanimité la *Politique sur l'ethnicité et la santé*,⁷ qui cherchait à promouvoir une approche interculturelle de la santé et le traitement équitable de tous les groupes ethniques. La Région des Amériques était la première Région de l'OMS à reconnaître formellement l'importance de traiter la discrimination en matière d'accès aux services de santé et à adopter une approche interculturelle pour combattre les iniquités en matière de santé.

173. Le projet de stratégie et plan d'action visait à orienter et à appuyer la mise en œuvre des axes stratégiques prioritaires de la politique. Des représentants de communautés autochtones, d'ascendance africaine et Rom, conjointement avec des ministères de la Santé et des organisations multilatérales, avaient participé et activement contribué à son élaboration.

174. La stratégie était basée sur des instruments et normes internationaux établis adoptés en réponse au manque de respect des droits des groupes de population marginalisés. L'un de ces instruments était le Programme de développement durable à l'horizon 2030, dans lequel un engagement explicite avait été pris de ne laisser personne pour compte. La stratégie était également alignée sur les recommandations de la Commission de l'OPS sur l'équité et les inégalités en santé dans les Amériques et sur le rapport de la Commission de haut niveau sur la santé universelle au 21^e siècle, ce dernier soulignant la nécessité de modèles centrés sur les gens et la communauté qui étaient basés sur les soins de santé primaires et tenaient compte de la diversité humaine, de l'interculturalisme et de l'ethnicité.

⁷ Voir le document CSP29/7, Rev.1 et la résolution CSP29.R3 (2017).

175. La stratégie proposait la promotion d'approches interculturelles de la santé en vue d'accroître l'accès aux services de santé et d'encourager l'action visant à remédier aux déterminants sociaux de la santé pour les groupes faisant face aux plus grandes vulnérabilités dans la Région. La mise en œuvre intégrée des cinq axes stratégiques d'action devrait avoir un impact positif sur les iniquités en matière de santé qui affectaient en particulier les populations autochtones, d'ascendance africaine et roms. En particulier, les actions proposées devraient contribuer à des réductions dans les domaines prioritaires de la mortalité maternelle, de la mortalité infantile et de l'incidence de la tuberculose. Le Bureau était en train de préparer des directives méthodologiques pour appuyer la mesure des indicateurs établis dans le projet de plan d'action.

176. Le Comité exécutif s'est félicité du projet de stratégie et plan d'action, qui était considéré comme un bon moyen de mettre en œuvre la *Politique sur l'ethnicité et la santé* et comme un outil précieux pour promouvoir l'accès par des personnes et des communautés à des services de santé complets de qualité. Les délégués se sont dit particulièrement satisfaits de l'accent mis dans la stratégie sur des approches culturellement appropriées de la santé et sur sa reconnaissance de la médecine traditionnelle. Il a été suggéré, cependant, que des références à « la médecine traditionnelle et complémentaire » devraient être précédées des mots « basée sur des données factuelles » afin de souligner la nécessité d'assurer la sécurité, la qualité et l'efficacité. Les délégués ont également applaudi l'accent mis sur la production de données factuelles et sur la définition et la recommandation de normes pour la collecte et l'analyse de données sur les disparités en matière de santé dans la Région. Étant donné qu'il existe une très grande diversité de groupes de population sur le continent, ils ont insisté sur la nécessité de ventiler les données par ethnicité afin d'identifier les disparités et les inégalités et d'élaborer des politiques basées sur des données factuelles pour traiter les lacunes et assurer que personne n'était laissé pour compte.

177. Des délégués ont exprimé plusieurs préoccupations et ont suggéré un certain nombre de révisions à la stratégie et au plan d'action ainsi qu'à la résolution proposée qui les accompagnait. Une déléguée a considéré que l'amalgame des peuples autochtones, des personnes d'ascendance africaine et des Roms posait des problèmes car leurs besoins divergeaient. Elle a insisté sur le fait que leurs contextes et défis différents ne devaient pas être généralisés. La même déléguée a fait ressortir le fait que les concepts de race et d'ethnicité étaient parfois confondus dans le document, et elle a suggéré que ces termes devraient être définis et différenciés, soit dans la stratégie et plan d'action, soit dans les directives méthodologiques. Une autre déléguée a proposé plusieurs changements pour aligner le langage utilisé dans la stratégie et plan d'action sur le langage de la *Politique sur l'ethnicité et la santé* et celui de la Constitution de l'OMS.

178. Il a été demandé au Bureau de déterminer si les politiques, stratégies et plans d'action sur des questions telles que l'ethnicité et la santé étaient les moyens les plus efficaces de réaliser les objectifs proposés. Il a été suggéré qu'il serait peut-être préférable de s'attaquer aux défis qui affectaient les populations vulnérables en tant que problèmes transversaux dans les documents d'orientation comme le Plan stratégique.

179. Le Dr Coates a dit que le Bureau procéderait à une révision de la stratégie et plan d'action pour assurer la correspondance entre les versions anglaise et espagnole et pour refléter la terminologie utilisée dans la politique. Notant que la question d'une combinaison des trois groupes – Roms, personnes d'ascendance africaine et peuples autochtones – avait été un thème récurrent dans les discussions sur l'ethnicité et la santé, elle a déclaré que le plan d'action demandait d'établir des rapports distincts sur les trois groupes, conformément au contexte national et à la composition ethnique de chaque État Membre. Le Bureau considérait l'ethnicité comme une question transversale, et le projet de nouveau Plan stratégique (voir paragraphes 73 à 88 ci-dessus) continuait de la reconnaître comme telle. Le but de la stratégie et plan d'action était d'offrir une orientation plus spécifique et approfondie, en particulier en ce qui concerne les approches interculturelles et la manière de les mettre en œuvre.

180. En ce qui concerne la suggestion relative à la médecine traditionnelle basée sur des données factuelles, elle a noté que le libellé de la stratégie et plan d'action était basé sur le libellé de la stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle,⁸ qui utilisait le terme « sur la base du savoir » pour reconnaître les diverses formes de données factuelles qui existaient en matière de médecine traditionnelle. Toutefois, le Bureau réviserait le document pour qu'il reflète les commentaires qui avaient été faits.

181. La Directrice a affirmé que le Bureau traitait l'ethnicité comme un thème transversal; cependant, parce que l'ethnicité était une cause tellement importante d'inégalités en matière de santé, il était d'avis qu'une approche plus ciblée était justifiée. Des données ventilées montraient que les personnes autochtones et d'ascendance africaine dans la Région souffraient de façon disproportionnée de disparités dans l'état de santé. La Région ne serait jamais en mesure de réaliser l'ODD 3 et les autres ODD sans porter une attention particulière à ces groupes.

182. La résolution proposée contenue dans le document CE164/22 a été amendée pour refléter les suggestions faites durant la discussion, et le Comité exécutif a ensuite adopté la résolution CE164.R14, recommandant que le Conseil directeur approuve la stratégie et plan d'action.

Programme élargi de manuels et de matériel pédagogique (PALTEX) (document CE164/23)

183. Le Dr James Fitzgerald (Directeur du Département des systèmes et services de santé du BSP) a rappelé que l'OPS avait créé le Programme élargi de manuels et de matériel pédagogique (PALTEX) en 1966 pour fournir des manuels et instruments médicaux aux étudiants et professionnels de la santé dans les pays de la Région. À l'époque, l'accès au matériel pédagogique pour la formation médicale en espagnol et portugais était limité. Au cours de ses 53 ans d'existence, PALTEX avait fourni des livres et autres matériels

⁸ Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2014-2023. Genève : OMS; 2013. Disponible sur : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/95009/9789242506099_fre.pdf.

pédagogiques de qualité à plus de 500 institutions, universités et autres institutions de formation. Cependant, un déclin important de l'utilisation de son matériel pédagogique avait été observé ces dernières années, avec la perte opérationnelle correspondante que cela a engendré pour le programme.

184. Des études réalisées par le Bureau entre 2013 et 2016 avaient révélé plusieurs tendances. D'abord, les études de premier cycle en santé avaient évolué ces dernières années, passant des méthodes pédagogiques qui s'appuyaient sur des manuels à des stratégies éducatives qui avaient recours à l'apprentissage par problèmes et à des processus d'enseignement axé sur l'étudiant. De plus, l'accès aux manuels et aux technologies de l'éducation et des communications en espagnol et en portugais avait augmenté, ce qui avait entraîné une réduction de la demande de matériels fournis par le Programme.

185. Des évaluations du modèle opérationnel du Programme avaient conclu qu'il était coûteux et non viable. Le Bureau avait pris des mesures pour renforcer PALTEX, en explorant diverses options telles que les ventes numériques. Cependant, en dépit des efforts du Bureau, le nombre de livres et de matériels pédagogiques fournis par PALTEX avait fortement baissé, passant de 134 500 à 80 000 au cours de la période 2014-2018.

186. Le Bureau a donc recommandé de mettre fin aux opérations de PALTEX en date du 31 décembre 2019. Il continuerait de fournir un appui technique intégré aux États Membres dans le cadre de la mise en œuvre du *Plan d'action en matière de ressources humaines pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle*,⁹ en les aidant à élaborer des stratégies et des initiatives et à former des étudiants et des professionnels de la santé par le biais de mécanismes tels que le Campus virtuel de l'OPS, qui continuait de prendre de l'ampleur et de répondre aux besoins de formation dans les États Membres.

187. Dans la discussion qui a suivi, les délégués ont applaudi le travail accompli par le Programme en ce qui concerne la fourniture de manuels et d'instruments médicaux pour étudiants et professionnels de la santé dans l'ensemble de la Région pendant 53 ans. L'évaluation détaillée de la question par le Bureau a été applaudie, mais de plus amples informations ont été demandées sur le processus qui avait mené à la recommandation de mettre fin à PALTEX, avec des assurances qu'une telle action n'affecterait pas de manière disproportionnée les États Membres ou certaines populations au sein des États Membres qui ne disposaient pas de l'infrastructure ou des systèmes technologiques nécessaires pour tirer parti de la plus grande disponibilité de ressources numériques. Des préoccupations ont également été exprimées au sujet de l'avenir du personnel de PALTEX.

188. Il a été demandé au Bureau de déterminer comment son futur travail dans le domaine de l'éducation en santé appuierait l'équité dans l'accès aux matériels et à l'information. Il lui a également été demandé d'indiquer quel type de partenariats il envisageait pour renforcer la coopération technique dans le domaine de l'éducation en santé

⁹ Voir le document CD56/10, Rev. 1 et la résolution CD56.R5 (2018).

et dans l'introduction d'outils modernes conformes aux tendances éducatives actuelles. En particulier, un délégué s'est demandé s'il y aurait une possibilité de lier les efforts du Bureau au travail correspondant accompli dans d'autres régions au moyen de mécanismes tels que le Campus virtuel et la nouvelle Académie de l'OMS.

189. Le Dr Fitzgerald a expliqué que la proposition de mettre fin aux opérations de PALTEX était le produit d'un long processus de délibérations mené au cours des quatre à cinq dernières années. Le Bureau avait examiné les questions relatives à la chaîne logistique complexe, l'entreposage de grandes quantités de manuels et le modèle opérationnel de PALTEX, et il avait exploré des options pour la modernisation du programme. Les études avaient clairement démontré que la demande de matériel pédagogique pour l'éducation médicale et l'éducation en santé publique avait chuté brusquement. Même s'il était plus prononcé dans les pays de plus grande taille, ce phénomène avait également été observé dans les plus petits pays.

190. La question de déterminer si la décision de mettre fin à PALTEX se répercuterait de manière disproportionnée sur certains États Membres avait été prise en considération. Le Bureau avait ouvert des discussions avec les autorités dans certains petits États Membres concernant des alternatives au Programme, notamment la fourniture directe de matériel pédagogique acheté par le biais des mécanismes d'achat de l'Organisation. Une telle approche permettrait au Bureau de répondre aux besoins des pays de plus petite taille qui pourraient subir l'impact de la dissolution de PALTEX.

191. Le Dr Fitzgerald a noté que les États Membres avaient donné la priorité à l'éducation en santé dans la *Stratégie en matière de ressources humaines pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle*, en particulier l'axe stratégique 3, concernant un accroissement de la capacité en matière d'éducation et le lien avec d'autres secteurs, en particulier l'éducation, la santé et le travail. Le Bureau avait travaillé avec des acteurs non étatiques qui étaient actifs dans le domaine de l'éducation et avait noué un dialogue avec des associations de personnel infirmier et d'autres parties prenantes pour déterminer les besoins d'éducation actuels aux niveaux des premier, deuxième et troisième cycles. L'idée était de fournir une coopération technique plus ciblée pour répondre aux besoins éducatifs sur la base du programme requis pour le modèle de soins dominant.

192. Une des stratégies les plus importantes du Bureau était l'utilisation de la technologie de l'information, en particulier le Campus virtuel, une plate-forme d'éducation et de formation pour les étudiants et les professionnels de la santé, par le biais de laquelle le Bureau identifiait les lacunes en matière d'éducation en santé et, en coopération avec les universités et les centres spécialisés, développait le programme nécessaire pour remédier à ces lacunes. Le Campus virtuel permettait aussi à l'Organisation de fournir une formation continue de pointe pour les professionnels de la santé. La demande de formation et de renforcement des capacités par l'entremise du Campus virtuel était énorme. Plus de 800 000 étudiants étaient actuellement inscrits, et une récente analyse du Bureau avait déterminé que 64 % d'un échantillon de 250 000 personnes inscrites étaient des praticiens qui travaillaient actuellement dans les services de santé.

193. La Directrice a affirmé que PALTEX offrait un bon exemple de la raison pour laquelle l'OPS ne pouvait pas continuer à l'exploiter comme elle l'avait fait 50 ans plus tôt. Si l'Organisation voulait conserver sa pertinence, elle devait évaluer continuellement ce qu'elle faisait et déterminer s'il d'autres entités étaient mieux à même de s'acquitter de certaines fonctions. PALTEX avait été un programme important et nécessaire 50 ans auparavant, mais ce n'était plus le cas, comme en témoignait la baisse continue de la demande pour ses produits. De plus, de nombreuses autres institutions dans le secteur privé étaient mieux placées pour fournir du matériel pédagogique.

194. Il n'était financièrement pas viable ou réaliste que PALTEX continue d'opérer dans le contexte actuel de ressources limitées. L'Organisation avait besoin de se moderniser et d'évoluer avec le temps. Elle s'est dit convaincue que grâce à l'utilisation de la technologie moderne, le Bureau serait en mesure de continuer à répondre aux besoins des États Membres et de traiter toute disparité et défaillance en matière d'éducation médicale et d'éducation en santé publique.

195. Le Comité exécutif a adopté la résolution CE164.R5, recommandant que le Conseil directeur adopte la proposition de mettre fin aux opérations de PALTEX.

Questions administratives et financières

Rapport sur le recouvrement des contributions fixées (documents CE164/24 et CE164/24, Add. I)

196. M. Xavier Puente Chaudé (Directeur du Département de la gestion des ressources financières du BSP) a dit qu'il était heureux de signaler qu'aucun État Membre n'était redevable d'arriérés de contributions fixées dans la mesure où il pourrait être soumis à l'application de l'article 6.B de la Constitution de l'OPS. Onze États Membres, États participants et États associés avaient payé le total de leurs contributions pour 2019, alors que huit avaient fait des paiements partiels. Il a remercié les États Membres pour leur prompt paiement et leur engagement à l'égard de l'Organisation. En date du 24 juin, 23 États Membres n'avaient effectué aucun paiement pour 2019. Seulement 11 % du montant dû au 1^{er} janvier 2019 avait été encaissé. Un montant total de \$141,1 millions demeurait impayé pour 2019 et les années précédentes. M. Puente Chaudé a insisté sur le fait que la réception en temps utile des contributions fixées était cruciale pour la mise en œuvre du budget programme de l'Organisation et il a instamment prié les États Membres dont les contributions étaient impayées de s'en acquitter dans les meilleurs délais possibles.

197. La Directrice a remercié les États Membres qui s'étaient acquitté de leurs paiements en temps utile et a lancé un appel aux autres États Membres de s'acquitter de leurs contributions le plus tôt possible, notant qu'un grand nombre de programmes de l'Organisation dépendaient du financement flexible offert par les contributions fixées.

198. Le Comité a adopté la résolution CE164.R1, remerciant les États Membres qui s'étaient acquittés de leurs paiements en 2019 et exhortant les autres États Membres à s'acquitter de leurs contributions impayées dès que possible.

Rapport financier de la Directrice et rapport du Commissaire aux comptes pour 2018 (Document officiel 357)

199. Mme Adriana Salazar (représentante du Sous-comité du programme, du budget et de l'administration) a déclaré que le Sous-comité avait examiné une version préliminaire et non vérifiée du Rapport financier. Le Sous-comité avait été informé que les recettes consolidées de l'Organisation pour 2018 avaient été de 8 % inférieures à celles de 2017, et que les recettes reçues par le biais des fonds de l'Organisation pour les achats au nom des États Membres en 2018 représentaient \$6,5 millions de moins qu'en 2017. Les membres du Sous-comité ont demandé si la réduction du montant reçu par le Fonds renouvelable pour l'achat de vaccins pourrait indiquer que les pays dépensent moins pour les vaccins, une tendance qui serait inquiétante à la lumière des récentes flambées de rougeole et d'autres maladies évitables par la vaccination. En réponse à cette question, il avait été expliqué que certaines commandes de vaccin reçues à la fin de décembre 2018 n'étaient pas reflétées dans la figure présentée dans le rapport. Le Bureau s'attendait à ce que le total des fonds d'achat pour la période biennale restent plus ou moins le même qu'en 2016-2017. La nécessité de maintenir des taux de couverture vaccinale élevés a été mise en évidence.

Rapport financier de la Directrice pour 2018

200. M. Xavier Puente Chaudé (Directeur du Département de la gestion des ressources financières du BSP) a présenté un aperçu du Rapport financier de la Directrice, y compris des chiffres relatifs au total des recettes et dépenses, au recouvrement des contributions fixées, aux contributions volontaires et aux achats effectués au nom des États Membres.

201. En 2018, la totalité des recettes s'élevaient à \$1,393 milliard. Les recettes du budget programme pour l'année totalisaient \$266,8 millions, ce qui était comparable au total de 2016, la première année de la période biennale précédente. Les contributions volontaires en 2018 totalisaient \$73,3 millions, pratiquement le même montant qu'en 2017. En ce qui concerne les recettes de source budgétaire hors programme, les fonds reçus pour les achats effectués au nom des États Membres étaient restés stables, alors que les contributions volontaires nationales avaient baissé de 17 % en 2018. Cette baisse des contributions volontaires nationales, dont la majeure partie provenait du Brésil, était la conséquence d'une dépréciation du réal brésilien par rapport au dollar américain et de la restructuration du programme Mais Médicos. Le Fonds renouvelable pour l'achat de vaccins avait représenté la vaste majorité des recettes liées aux achats : \$605,3 millions sur un total de \$678,3. Bien que ce montant était plus bas qu'en 2017, le Fonds renouvelable avait compté plus de \$181 millions de commandes en cours à la fin de l'année, ce qui signifiait que les commandes pour 2018 avaient dépassé de \$81 millions celles faites en 2017.

202. Les contributions fixées de l'année en cours et des années précédentes s'étaient élevées en 2018 à un total de \$62,9 millions et de \$42,0 millions, respectivement, le total recueilli étant donc de \$104,9 millions, soit 6 % de plus qu'en 2017. Au total, 24 États Membres, États participants et États associés s'étaient acquittés de leurs contributions pour 2018, 6 avaient effectué des paiements partiels et 12 n'avaient effectué aucun paiement. Les arriérés de paiement des contributions fixées s'étaient élevés au total à \$42,8 millions à la fin de 2018, ce qui représentait \$1,6 millions de moins qu'en 2017, mais \$2,3 millions de plus qu'en 2016.

203. Les dépenses pour 2018 avaient totalisé \$1,369 milliard, par rapport à \$1,438 milliards en 2016, la première année de la période biennale précédente. Les achats de fournitures, de marchandises et de matériels avaient représenté la plus grosse partie des dépenses en 2018. La vaste majorité de ces achats avaient été faits au nom des États Membres par le biais des fonds d'achat de l'Organisation. Les transferts et subventions aux contreparties représentaient la deuxième part la plus importante des dépenses. La plupart de ces transferts étaient allés à des projets financés par les contributions volontaires nationales. Les frais de voyage avaient diminué de 10 % par rapport à 2017. Les voyages réalisés dans le cadre de la coopération technique représentaient la majorité des frais de voyage.

204. Comme les années précédentes, le Commissaire aux comptes avait émis une opinion sans réserve sur les états financiers de l'Organisation pour 2018.

Rapport du Commissaire aux comptes pour 2018

205. M. Damian Brewitt (Directeur international de l'audit financier auprès du Bureau national d'audit du Royaume-Uni) a présenté le rapport du Commissaire aux comptes, confirmant que l'opinion du vérificateur sur les états financiers de l'Organisation avait été émise sans réserve, ce qui signifiait que l'audit n'avait révélé aucune erreur ou défaillance jugée matérielle et qui aurait pu affecter de manière significative l'exactitude, la complétude ou la validité des états financiers. L'audit avait néanmoins identifié certains secteurs qui pourraient faire l'objet d'améliorations en ce qui concerne les contrôles internes ainsi que la gestion financière et la gouvernance.

206. L'audit avait révélé que le Fonds de roulement avait utilisé environ \$22 millions provenant d'autres fonds destinés à appuyer des activités financées par les contributions fixées. Le Commissaire aux comptes avait confirmé que de tels emprunts étaient autorisés, mais il avait souligné la nécessité de clarifier la réglementation financière appropriée. Le Commissaire aux comptes avait aussi recommandé que le Bureau examine sa méthodologie pour fixer le prix applicable pour l'appui aux programmes afin d'assurer un plein recouvrement des coûts associés aux activités financées par des contributions volontaires.

207. Étant donné le recours accru de l'Organisation aux contributions volontaires, le Commissaire aux comptes a jugé qu'il était nécessaire d'avoir une stratégie globale de mobilisation des ressources et des plans détaillés d'attribution des ressources, y compris

des options pour le financement de projets d'investissement à long terme. Le Commissaire aux comptes a également considéré que le plan pour le financement des obligations au titre de l'assurance maladie après la cessation de service devrait être approuvé et examiné régulièrement par les Organes directeurs. De plus, le Commissaire aux comptes avait fait plusieurs recommandations visant à améliorer la façon dont le Bureau surveillait et faisait rapport sur l'utilisation des fonds tels qu'approuvés par les États Membres.

208. Le Commissaire aux comptes n'avait relevé aucune déficience majeure dans les contrôles internes, quoique certains domaines, tels que le contrôle de l'administration des remboursements au titre de l'assurance-maladie du personnel, pourraient être améliorés. Il a été constaté que de nombreux processus organisationnels courants requéraient une intervention manuelle significative, et certaines faiblesses avaient également été identifiées dans la qualité des données du Système d'information pour la gestion du Bureau (PMIS). Le Commissaire aux comptes a encouragé le Bureau à mettre en œuvre les recommandations du consultant chargé en 2018 d'examiner l'état de mise en œuvre du PMIS et d'identifier les futures possibilités de développement.

209. L'audit avait indiqué que la gestion des risques n'était pas pleinement intégrée dans le Bureau. Les risques des projets n'étaient pas systématiquement pris en considération, et la compilation du registre des risques était traitée comme un exercice de conformité annuel plutôt que comme un moyen de gérer et d'atténuer les risques opérationnels quotidiens. Le Commissaire aux comptes a recommandé au Bureau d'élaborer un plan d'action pour intégrer une culture de sensibilisation aux risques dans l'ensemble de l'Organisation. Il devrait également effectuer une évaluation systématique des risques de fraude, d'autant plus que l'OPS opérait dans plusieurs environnements à haut risque et collaborait avec de nombreux partenaires et fournisseurs. Le Commissaire aux comptes travaillerait avec le Bureau en vue de déterminer comment l'atténuation du risque de fraude pouvait être amélioré, en particulier dans les bureaux de pays.

210. Finalement, le Commissaire aux comptes avait fait plusieurs recommandations visant à améliorer l'état du contrôle interne et à assurer que les divers mécanismes de contrôle fonctionnaient de manière coordonnée et holistique.

211. Les membres du Comité exécutif se sont félicités de l'absence de toute réserve dans l'opinion d'audit et ont reconnu le travail inlassable qui avait été consacré à la préparation des états financiers de l'Organisation. Les réalisations de coopération technique documentées dans le rapport ont été applaudies. Il a été noté qu'il y avait eu un excédent budgétaire d'environ \$24 millions en 2018, et le Bureau a été invité à expliquer comment de tels excédents étaient répartis. Le Bureau a également été invité à fournir des éclaircissements sur les \$22 millions empruntés auprès d'autres fonds pour couvrir les besoins de trésorerie pour des activités qui étaient censées être financées par les contributions fixées. Il a été indiqué que de tels emprunts avaient été rendus nécessaires parce que les États Membres ne s'étaient pas acquittés de leurs contributions en temps voulu, et les gouvernements étaient encouragés à honorer leurs engagements à l'égard de l'Organisation.

212. Des préoccupations ont été exprimées au sujet des importantes différences entre les montants approuvés dans le budget pour 2018-2019 et les fonds effectivement alloués. Une déléguée a souligné la nécessité d'assurer que les montants budgétés étaient réalistes à la lumière de la capacité du Bureau de mobiliser des ressources. La même déléguée a applaudi la réduction des frais de voyage et a encouragé le Bureau à continuer d'utiliser les outils virtuels et autres mesures de réduction des coûts afin de maintenir cette tendance positive. Elle a également posé des questions sur les facteurs ayant généré des réductions du poste « traitements et autres dépenses de personnel » et des coûts de services contractuels.

213. Les délégués étaient satisfaits de noter que toutes les recommandations d'audit antérieures avaient été classées et ils ont encouragé le Bureau à mettre en œuvre également les nouvelles recommandations formulées par le Bureau d'audit national dans son rapport pour 2018, en particulier celles relatives à la gestion des risques, à la prévention de la fraude, au recouvrement des frais généraux et aux activités de contrôle. Il a été noté qu'il y avait eu 56 cas de fraude, vol et perte de matériel. Alors que ce nombre était moins élevé que le nombre de cas signalés pour 2017, le Bureau a été encouragé à continuer de prendre des mesures pour améliorer les contrôles internes afin d'empêcher à l'avenir des situations de ce genre. Il a également été encouragé à développer une cartographie d'assurance générale comme un moyen d'assurer que les divers mécanismes de contrôle fonctionnaient bien ensemble, pour ainsi éviter la duplication des efforts et tirer parti des connaissances, des observations et des meilleures pratiques.

214. M. Puente Chaudé a dit que les dépenses engagées au titre des voyages en mission des membres du personnel s'étaient élevées à \$15 millions du total des frais de voyage, et les frais de déplacement pour les événements de coopération technique, y compris les réunions techniques, s'étaient élevés à \$31 millions. De tels événements exigeaient en général la présence physique des personnes impliquées; cependant, le Bureau s'efforçait de promouvoir l'utilisation de Skype et d'autres outils pour les réunions internes. En ce qui concerne les dépenses afférentes aux traitements et autres dépenses de personnel, il a expliqué qu'une étude actuarielle menée en 2017 pour estimer les obligations à long terme au titre de l'assurance maladie avait entraîné une augmentation des coûts attribuables à cette catégorie d'environ \$24 millions. Toutefois, le coût réel des traitements et autres dépenses de personnel était en fait resté virtuellement le même en 2018 qu'en 2017.

215. Le solde actuel du Fonds de roulement était de \$21,7 millions. Étant donné les retards importants accumulés dans le paiement des contributions fixées, ce montant ne suffirait probablement pas pour couvrir les dépenses de l'Organisation. Le Bureau cherchait à déterminer quelles mesures prendre pour assurer la pleine capitalisation du Fonds; en même temps, il préparait également une proposition d'augmentation du niveau autorisé du Fonds, qui était actuellement de \$25 millions. La proposition serait présentée aux Organes directeurs en 2020.

216. Il y avait plusieurs types d'excédents possibles. Les excédents budgétaires étaient liés seulement aux contributions fixées et aux recettes diverses. Puisque de telles recettes étaient normalement dépensées dans leur totalité au cours de la période biennale, des

excédents de cette nature se présentaient rarement, mais si c'était le cas, ils étaient utilisés pour reconstituer le Fonds de roulement. Un excédent de recettes se produisait lorsque les recettes diverses réelles dépassaient les recettes diverses budgétisées. Les Règles de gestion financière de l'Organisation stipulaient que le Directeur du en consultation avec le Sous-comité du programme, du budget et de l'administration, déciderait comment utiliser tout excédent de recettes. L'excédent de \$24 millions dont il était question dans la discussion représentait un excédent total consolidé. De tels excédents étaient liés au total des recettes et au total des dépenses et pouvaient être causés par des fluctuations des soldes dans divers sous-fonds ou par des changements dans la valeur actuarielle des passifs liés aux avantages du personnel à long terme. Par conséquent, l'excédent de \$24 millions ne devait pas être vu comme de l'argent comptant que l'Organisation avait à sa disposition pour être utilisé immédiatement.

217. M. Brewitt a ajouté que les vérificateurs travailleraient avec le personnel du Bureau pour assurer que les futurs rapports fournissent une ventilation plus explicite des réserves et des excédents.

218. La Directrice a remercié l'équipe des commissaires aux comptes et a assuré le Comité que le Bureau, comme toujours, analyserait soigneusement les recommandations du commissaire aux comptes et y répondrait.

219. Le Comité a pris note du rapport.

Mise à jour concernant le Fonds directeur d'investissement et la mise en œuvre du Plan directeur d'investissement (document CE164/25)

220. Mme Adriana Salazar (représentante du Sous-comité du programme, du budget et de l'administration) a signalé que le Sous-comité avait examiné un rapport sur le Fonds directeur d'investissement et ses divers sous-fonds et avait reçu une mise à jour sur les activités réalisées depuis la publication d'un rapport sur le Fonds en 2015. Elle avait également fait savoir qu'un certain nombre d'améliorations de sécurité avaient été mises en œuvre au siège de l'OPS. Lors de la discussion du rapport par le Sous-comité, il avait été demandé au Bureau de fournir des informations sur l'état du plan immobilier mis à jour et de partager la plus récente version du plan de remplacement de véhicule, en spécifiant le nombre de véhicules dans chaque bureau. Des éclaircissements avaient été demandés quant à la raison pour laquelle le coût des véhicules achetés en 2018 variait tellement d'un pays à l'autre.

221. En réponse à ces demandes, il avait été expliqué que la somme considérable qui avait été dépensée sur le remplacement d'un véhicule au Guyana reflétait le coût d'un véhicule acheté en 2017, qui avait été complètement remboursé. En ce qui concerne le plan immobilier, il avait été expliqué que le Bureau avait dû identifier une source de financement avant d'engager des dépenses en immobilisations. Grâce au transfert des revenus excédentaires restants à la fin de plusieurs périodes biennales récentes, le solde du

Fonds directeur d'investissement était maintenant suffisant pour concrétiser la réalisation des projets les plus urgents liés à la sûreté et à la sécurité.

222. Le Comité exécutif a bien accueilli le rapport. Un délégué a posé des questions sur la portée et les coûts de la remise à neuf prévue de la salle de conférences et autres installations dans le bureau de pays en Uruguay.

223. Mme María Teresa Angulo (Directrice du Département des opérations des services généraux du BSP) a répondu que le projet était encore en cours d'élaboration et serait finalisé vers la fin de 2019.

224. Le Comité exécutif a pris note du rapport.

Rapport du Bureau des services de contrôle interne et d'évaluation pour 2018 (document CE164/26)

225. M. José Alpizar (Vérificateur interne principal auprès du Bureau des services de contrôle interne et d'évaluation du BSP) a présenté le rapport, qui résumait les travaux entrepris par le Bureau des services de contrôle interne et d'évaluation (IES) en 2018 et a formulé une opinion générale sur l'environnement de contrôle interne de l'Organisation. Tel qu'indiqué en détail aux paragraphes 45-49 du rapport, l'opinion générale du bureau de contrôle interne était que l'environnement de contrôle interne continuait de fournir une assurance raisonnable de la précision et de l'enregistrement opportun des transactions, des actifs et des passifs, et de la protection des éléments d'actif.

226. À la demande des États Membres, le rapport incluait maintenant de l'information sur les recommandations de la vérification interne qui étaient restées en attente de mise en œuvre pendant plus de deux ans. En décembre 2018, il y avait six recommandations en suspens, dont cinq avaient maintenant été traitées à la satisfaction du bureau de contrôle interne. Cependant, une recommandation prioritaire liée à la nécessité d'améliorer l'analyse des coûts et des revenus de la production de trousse de dépistage au Centre panaméricain de la fièvre aphteuse (PANAFTOSA) demeurait en suspens. IES continuerait de faire le suivi de l'état d'avancement de cette recommandation. De façon générale, le taux de mise en œuvre était bon. En date de juin 2019, il n'y avait que 24 recommandations en suspens. Le bureau de contrôle interne a applaudi l'approche proactive prise par la Directrice, qui a tenu des réunions annuelles lors desquelles chaque recommandation en suspens a fait l'objet d'une discussion approfondie.

227. Dans la discussion qui a suivi, les orateurs se sont félicités du travail accompli par le bureau de contrôle interne et de sa contribution au renforcement des contrôles internes et de la gestion des risques au sein de l'Organisation. Le Bureau a été invité à expliquer le retard pris dans la mise en œuvre des six recommandations qui étaient restées en suspens pendant plus de deux ans et a été instamment prié d'assurer que toutes les recommandations du bureau de contrôle interne étaient mises en œuvre en temps utile. La nécessité d'une cartographie plus rigoureuse de la correspondance entre les objectifs, les risques et les

contrôles internes d'atténuation des risques de l'Organisation a été mise en évidence, de même que l'importance de protéger l'information et la mémoire institutionnelle de l'Organisation. À cet égard, le Bureau a été encouragé à prendre des mesures décisives pour assurer que le personnel ne stocke pas des informations sur des dispositifs autonomes en dehors des systèmes officiels. Une déléguée s'est dit préoccupée par les résultats des audits effectués dans les bureaux de pays d'Haïti et de la République bolivarienne du Venezuela et elle a demandé des informations additionnelles sur les mesures qui avaient été prises pour remédier aux problèmes identifiés. Une autre déléguée a demandé des éclaircissements sur la fonction d'évaluation du bureau de contrôle interne.

228. M. Alpizar a répondu que le Bureau s'efforçait d'atténuer les risques identifiés dans les bureaux de pays d'Haïti et du Venezuela. Il y avait des complexités spécifiques relatives aux transactions et aux opérations impliquant ces bureaux de pays, en particulier la crise qui frappait actuellement le Venezuela. Il a souligné que l'environnement de contrôle interne du Bureau et les processus de cartographie des risques ne cessaient d'évoluer et de mûrir. IES avait observé des progrès importants à cet égard.

229. En ce qui concernait la protection de l'information et la sauvegarde de la mémoire institutionnelle, il était important de signaler que les bureaux de pays étaient en période de transition. Il était nécessaire que le personnel s'adapte à l'évolution de la culture et à la suppression progressive des disques durs et des dispositifs locaux. Il a réitéré que sur les six recommandations à long terme qui étaient en suspens, cinq avaient maintenant été réglées. La seule recommandation restante était celle qui concernait PANAFTOSA. Le bureau de contrôle interne avait pris contact avec le Centre six mois auparavant, mais il n'avait pas encore reçu de mise à jour.

230. Les deux activités principales du bureau de contrôle interne – vérification interne et services auxiliaires d'évaluation – constituaient deux mandats très différents. Les vérifications internes étaient planifiées, exécutées et présentées par le bureau de contrôle interne, qui avait un contrôle total sur l'ensemble du processus. Pour les évaluations, cependant, il ne fournissait qu'une fonction de consultation et d'assurance de la qualité. IES ne commandait, n'exécutait, ne gérait ou ne présentait pas de rapports sur des missions d'évaluation. Néanmoins, son appui consultatif était essentiel au vu du large éventail de missions d'évaluation réalisées par diverses parties prenantes.

231. La Directrice a remercié le bureau de contrôle interne pour sa contribution à l'amélioration des contrôles internes et au renforcement de la transparence et de la responsabilisation au sein de l'Organisation. Elle a assuré les États Membres que tous les efforts possibles étaient déployés pour traiter les questions identifiées dans les bureaux de pays en Haïti et au Venezuela. Des membres du personnel du Siège avaient été envoyés pour assurer que les contrôles internes dans ces bureaux respectaient les normes organisationnelles. Le Bureau avait également pris des mesures pour protéger sa mémoire institutionnelle et continuerait d'examiner les recommandations faites par IES à cet égard et de travailler avec le bureau de contrôle interne pour renforcer les mesures de protection existantes.

232. Le Comité exécutif a pris note du rapport.

Questions relatives au personnel

Amendements au Statut et au Règlement du personnel du Bureau (document CE164/27)

233. Le Dr Marvin Manzanero (représentant du Sous-comité du programme, du budget et de l'administration) a fait savoir que le Sous-comité avait examiné plusieurs propositions d'amendements au Règlement du personnel concernant des révisions de l'échelle salariale du personnel professionnel et de rang supérieur et des salaires des postes de Directeur du Directeur adjoint et Sous-directeur. Lors de la discussion tenue par le Sous-comité sur les amendements, des éclaircissements ont été demandés sur la mesure dans laquelle le Règlement du personnel de l'OPS était conforme aux autres règlements du système des Nations Unies. En réponse à cette question, le Dr Luz Marina Barillas (Directeur du Département de la gestion des ressources humaines du BSP) a expliqué qu'une révision exhaustive du régime de rémunération pour toutes les organisations des Nations Unies – effectuée deux ans auparavant – avait confirmé que l'OPS, tout comme l'OMS, était en stricte conformité avec la pratique et les résolutions des Nations Unies en matière de rémunération.

234. Le Comité exécutif a applaudi les efforts continus du Bureau d'aligner son Règlement du personnel sur ceux du reste du système des Nations Unies. Un délégué a observé qu'il serait utile d'avoir un document montrant les similitudes et les différences entre la pratique de l'OPS et la pratique courante des Nations Unies en termes non seulement de salaires mais aussi de pensions et d'avantages sociaux.

235. Le Dr Barillas a dit qu'une comparaison pouvait être élaborée si les États Membres pensaient que cela pouvait être utile.

236. La Directrice a ajouté qu'alors que l'OPS s'était alignée sur la pratique de l'OMS et des Nations Unies dans toute la mesure du possible, l'OPS et l'OMS divergeaient sur un aspect : l'OPS avait déjà mis en œuvre la décision des Nations Unies sur l'âge obligatoire de la retraite, alors que l'OMS avait reporté son application.

237. Le Comité exécutif a adopté la résolution CE164.R13, confirmant les amendements au Règlement du personnel et fixant les salaires de la Directrice, du Directeur adjoint et du Sous-directeur, à compter du 1^{er} janvier 2019.

Gestion des ressources humaines du Bureau (document CE164/28)

238. Le Dr Marvin Manzanero (représentant du Sous-comité du programme, du budget et de l'administration) a dit que le Sous-comité avait reçu une mise à jour sur les initiatives les plus importantes réalisées en matière de ressources humaines au cours de l'année 2018 et sur les progrès accomplis dans la mise en œuvre de la stratégie des ressources humaines du Bureau, connue sous le nom de « stratégie des ressources humaines ». Le Sous-comité

avait applaudi les progrès réalisés en vue de la parité entre les sexes, mais il avait encouragé le Bureau à continuer de rechercher la parité au niveau P-5 et dans les catégories supérieures.

239. Le Dr Luz Marina Barillas (Directrice du Département de la gestion des ressources humaines du BSP), tout en présentant un aperçu du rapport, a dit que le Bureau avait élaboré et lancé une série de lignes directrices pour la révision du profil des postes, un exercice analytique cherchant à assurer que la composition du personnel de chaque bureau était conforme aux besoins programmatiques changeants et reflétait les spécificités des bureaux en question. Les processus de recrutement avaient également été remaniés, y compris par l'introduction de Stellis, un système de gestion des talents de l'OMS dans le nuage. Par conséquent, le délai moyen pour combler des postes vacants avait été réduit de huit mois à cinq.

240. En ce qui avait trait à la parité des sexes, les femmes avaient continué d'occuper 51 % de tous les postes professionnels au sein de l'Organisation. La parité avait été atteinte au niveau P-4, les femmes y occupant 49 % des postes, mais il fallait faire plus encore relativement aux postes de niveau P-5 et de catégorie supérieure où les hommes étaient en majorité. Des efforts étaient en voie de déploiement pour assurer qu'il était tenu compte de l'aspect du genre dans les processus de recrutement et de sélection, à la suite de quoi la proportion des femmes nommées à des postes permanents était passée de 49 % en 2017 à 56 % en 2018. Un programme de certification en gestion et leadership, mis en œuvre en partenariat avec l'École des cadres du système des Nations Unies, avait été lancé pour aider le personnel de niveau P-4 à acquérir les compétences en gestion requises pour une future promotion.

241. En réponse aux préoccupations soulevées antérieurement par les États Membres, des mesures avaient été prises pour préserver la mémoire institutionnelle de l'Organisation. Les membres du personnel partant à la retraite, faisant la rotation entre les lieux d'affectation, ou ceux qui quittaient l'Organisation, devaient remplir un rapport de sortie normalisé obligatoire. Il était anticipé que les préoccupations relatives aux professionnels difficiles à remplacer qui partaient à la retraite seraient traitées dans le cadre du plan de succession et diverses autres initiatives. Il était également prévu que suite au relèvement de l'âge réglementaire de la cessation de service, la plupart des membres du personnel admissibles à la retraite à l'âge de 60 ou 62 ans choisiraient de demeurer à leur poste jusqu'à ce qu'ils aient atteint l'âge de 65 ans.

242. Le Comité exécutif a salué les efforts réalisés en vue de la mise en œuvre de la stratégie des ressources humaines et de la mise en œuvre de la parité des sexes au Bureau. On a demandé de l'information sur la mesure dans laquelle les nouvelles pratiques de recrutement avaient amélioré la représentation géographique et renforcé la parité des sexes au sein du personnel. Le Bureau a été encouragé à poursuivre ses efforts d'amélioration de la parité des sexes et de prospection de candidats potentiels dans les États Membres qui étaient sous-représentés au sein du personnel du Bureau. Des informations sur l'état de la mise en œuvre de l'initiative sur la parité des sexes ont été demandées.

243. Les délégués ont manifesté des préoccupations concernant certaines pratiques de recrutement. Une déléguée a demandé pourquoi les retraités étaient de plus en plus recrutés comme consultants temporaires. Un autre délégué a mis en évidence un manque de contrôle de la qualité et de critères de sélection en ce qui concerne les contrats à court terme. Tout en se félicitant des transferts inter-institutions, qui permettaient au personnel de passer de l'OPS à l'OMS et inversement, le même délégué a signalé que les résultats d'un sondage du personnel de l'OPS citaient un manque de possibilités de mobilité professionnelle comme un facteur de démotivation pour le personnel. Il a instamment prié le Bureau de continuer à chercher des moyens de fournir au personnel des possibilités de perfectionnement au sein de l'Organisation, notamment par le biais de brèves missions ou affectations. Il a insisté sur la nécessité de partager les résultats de l'enquête auprès du personnel avec les États Membres, puisqu'ils contenaient de l'information utile qui pouvait faciliter les discussions et améliorer la prise de décisions. Finalement, il a demandé de l'information sur le processus de recrutement pour l'Ombudsman.

244. Le Dr Barillas a expliqué que certains des aspects de l'initiative sur la parité des sexes avaient été mis en œuvre; d'autres allaient suivre lors de la nouvelle période biennale dès que les fonds du nouveau budget seraient disponibles. L'emploi de retraités était un moyen utile de pourvoir des postes essentiels à titre temporaire, en particulier ceux qui pourraient ne pas être nécessaires à long terme. C'était également une mesure temporaire jusqu'à ce qu'il soit possible de déterminer si le poste existerait encore dans le cadre du nouveau plan stratégique 2020–2025 et, dans l'affirmative, jusqu'à ce qu'une campagne de recrutement puisse être lancée et que le meilleur candidat puisse être trouvé. En ce qui concerne les préoccupations sur les critères et processus de sélection pour les collaborateurs à court terme, elle a noté qu'une étape additionnelle avait été ajoutée au processus dans le PMIS. Le Département des ressources humaines avait vérifié que l'information et la documentation requises sur les antécédents étaient en place et qu'ils correspondaient aux normes minimales du Bureau.

245. Bien que les résultats de l'enquête auprès du personnel n'avaient pas été inclus dans le rapport soumis au Comité, ils avaient été largement diffusés auprès du personnel et des gestionnaires. Des plans d'action étaient en voie de rédaction pour les départements, bureaux et entités pertinents afin de traiter les questions soulevées. Finalement, il était vrai que la mobilité professionnelle et les possibilités de développement étaient limitées, en grande partie en raison de la nature spécifique et technique des rôles au Bureau. Les possibilités de mobilité étaient également réduites parce que le personnel avait tendance à rester dans leur poste à long terme. Le Bureau était en train d'explorer des moyens d'accroître le développement de carrière et les possibilités de mobilité, notamment par le biais de missions spécifiques, de projets à court terme, d'échanges et de transferts, en gardant toujours à l'esprit les ressources limitées qui étaient disponibles à cette fin.

246. La Directrice a assuré les États Membres que la Direction exécutive, l'Association du personnel et le personnel du Bureau ne ménageaient aucun effort pour assurer que l'Organisation avait les combinaisons appropriées d'expertise technique et autres expertises nécessaires pour répondre aux besoins courants et émergents des États Membres.

Cependant, il était important d'assurer que l'Organisation était suffisamment novatrice, alerte et flexible pour répondre à ses objectifs changeants et à ses exigences programmatiques. À une époque où les mandats de l'Organisation connaissaient une croissance exponentielle, alors que ses ressources financières n'augmentaient pas, des nominations à court terme ou à titre temporaire étaient une nécessité. Des retraités étaient souvent engagés à titre temporaire comme représentants dans les pays car il n'y avait pas suffisamment d'hispanophones sur la liste de l'OMS pour les représentants dans les pays. Un processus interne avait été lancé pour remédier à la situation.

247. Elle a ajouté que son but était de créer un milieu de travail stimulant et respectueux, avec un personnel satisfait, responsabilisé, motivé et compétent. À cette fin, en 2018, elle avait tenu 22 réunions ouvertes avec chaque département et unité, lors desquelles le personnel avait été encouragé à exprimer ses préoccupations et aspirations. Elle avait pris très au sérieux les résultats de l'enquête sur l'engagement du personnel et avait chargé les gestionnaires d'en discuter les résultats avec leurs équipes et d'élaborer les plans de travail nécessaires. Un plan d'action au niveau organisationnel était sur le point d'être formulé. Néanmoins, il était important de noter que le personnel recruté dans le cadre d'autres mécanismes contractuels avait participé l'enquête sur l'engagement, ce qui avait donné lieu à des commentaires et plaintes variés.

248. Les possibilités limitées de mobilité professionnelle demeuraient un problème. Un trop grand nombre de membres du personnel restaient bloqués au niveau P4 avec des chances très limitées d'avancement parce qu'ils n'avaient pas les compétences de gestion. Il était donc nécessaire d'avoir plus de formation pour renforcer les compétences managériales et permettre aux candidats de mieux naviguer les processus de recrutement aux postes de niveau P-5 et de catégorie supérieure.

249. Le mandat de cinq ans de l'Ombudsman actuel avait pris fin. Le processus de recrutement d'un nouvel Ombudsman avait été lancé mais, depuis, les deux candidats identifiés avaient retiré leur candidature. Le processus de recherche avait donc été relancé.

250. Le Comité exécutif a pris note du rapport.

Déclaration du représentant de l'Association du personnel de l'OPS/OMS (document CE164/29)

251. Mme Ana Carolina Bascones (Secrétaire générale de l'Association du personnel de l'OPS/OMS) a affirmé l'engagement du personnel à l'égard de la mission et des valeurs de l'Organisation, notant que l'interaction entre le personnel et la direction était caractérisé par la collaboration et un effort d'obtenir le consensus, en particulier dans les discussions portant sur les politiques. Elle a également noté que l'Association du personnel représentait le personnel à tous les niveaux, y compris les gestionnaires, tant au Siège que dans les bureaux de pays. Ses représentants étaient tous des bénévoles. Dans les comités de sélection du personnel, par exemple, un représentant de l'Association participait à titre bénévole.

252. L'Association du personnel avait été satisfaite de noter les expressions de préoccupation du Comité exécutif sur ce que réservait l'avenir pour le personnel du Programme élargi de manuels et de matériel pédagogique (PALTEX) (voir paragraphes 183 à 195 ci-dessus). L'Association avait pris des mesures pour assurer que les membres du personnel de PALTEX recevaient l'appui nécessaire pour faciliter leur réabsorption ou indemnisation.

253. Le Comité avait aussi mis en évidence l'importance de la parité entre les sexes. De l'avis de l'Association du personnel, la parité entre les sexes signifiait bien plus que simplement faire en sorte que les femmes constituent 50 % du personnel à tous les niveaux. Il était également important d'assurer que l'optique de genre était appliquée dans tous les aspects du travail de l'Organisation. La lutte contre les préjugés sexistes – y compris le préjugé inconscient – était également crucial, tout comme l'était le fait d'assurer le respect mutuel et la prévention du harcèlement sexuel et de tout autre comportement inapproprié sur le milieu de travail. À cette fin, l'Association avait produit une série de vidéos sur les comportements inappropriés au travail et avait fourni une formation pour sensibiliser le personnel aux moyens de signaler de tels comportements et où s'adresser pour trouver un appui. L'Association avait salué l'introduction de l'initiative Plus@PAHO, qui fournissait aux nouveaux membres du personnel de l'information sur de nombreuses questions, y compris le système de gestion interne des conflits.

254. L'Organisation avait de nombreux membres du personnel qui avaient consacré l'ensemble de leur carrière professionnelle au service civil international. Ces membres du personnel avaient fait une immense contribution aux connaissances collectives et à la mémoire institutionnelle de l'Organisation et il était important qu'ils se sentent libres d'exprimer sans crainte leur opinion et sachent que leur contribution était appréciée.

255. Mme Bascones a fait savoir que dans un contexte de ressources limitées et de croissance budgétaire zéro, il devenait de plus en plus difficile pour le personnel de continuer à faire plus avec moins. Toutefois, le personnel demeurait fermement engagé à l'égard de son travail et de l'avancement de la mission de l'Organisation.

256. Dans la discussion qui a suivi, il a été signalé que de simples gestes pouvaient grandement contribuer au fait que le personnel se sente apprécié, ce qui était essentiel à l'efficacité de l'Organisation. Il était jugé important d'assurer que le travail du personnel à tous les niveaux était reconnu de façon régulière.

257. La Directrice a manifesté sa gratitude à l'Association du personnel pour sa détermination continue à collaborer avec elle pour améliorer les conditions du personnel et leur permettre de donner le meilleur d'eux-mêmes. Même si elle ne partageait pas toujours les vues de l'Association, elle avait beaucoup appris de ses dirigeants et respectait et appréciait leurs conseils.

258. Le Comité exécutif a pris note du rapport.

Questions pour information

Rapport sur les enjeux stratégiques entre l'OPS et l'OMS (document CE164/INF/1)

259. Le Dr Marvin Manzanero (représentant du Sous-comité du programme, du budget et de l'administration) a indiqué que le Sous-comité avait été informé que la Région avait maintenu un dialogue de haut niveau avec l'OMS sur son programme de transformation. Une fois le programme de transformation terminé, le Bureau déterminerait quels aspects devraient être mis en œuvre dans la Région. Le Bureau appuierait également la mise en œuvre par l'OMS de la réforme des Nations Unies, tout en préservant également le statut et le rôle de l'OPS comme agence spécialisée de santé du système interaméricain. Le Sous-comité avait aussi été informé que le total du projet de budget proposé pour l'OMS en 2020-2021 était de \$4,7 milliards, une augmentation de 8 % par rapport à 2018-2019. L'allocation proposée pour les Amériques était de \$219 millions, soit 15 % de plus qu'en 2018-2019. Néanmoins, la part de la Région dans le total du budget de l'OMS restait la plus petite de toutes les régions de l'OMS.

260. Les membres du Sous-comité se sont dit satisfaits des efforts déployés par le Bureau pour maintenir une communication dynamique et efficace avec l'OMS. L'engagement du Bureau d'appuyer les réformes de l'OMS et des Nations Unies avait été applaudi. Des préoccupations avaient été exprimées au sujet de la part réduite du budget de l'OMS allouée à la Région. Il avait été signalé que bien que l'allocation destinée à la Région avait augmenté au cours des deux dernières périodes biennales, le montant qu'elle avait en fait reçu était resté plus ou moins le même, ce qui en fait voulait dire que sa part du total avait diminué.

261. Le Comité exécutif a également manifesté des préoccupations concernant la part de la Région dans le budget de l'OMS, avec des délégués notant que pendant des décennies, l'OPS n'avait pas pu recevoir sa pleine allocation. Il a été considéré comme important pour les États Membres de l'OPS de continuer à réclamer un financement plus important de la part de l'OMS, non seulement en plaidant pour un tel financement au sein de l'Assemblée mondiale de la Santé, mais aussi en lançant un appel à la direction de l'OMS. À cet égard, une déléguée a rappelé que la question avait été soulevée à l'Assemblée mondiale de la Santé en mai 2019, et le Directeur général de l'OMS avait convenu d'établir un groupe de travail formé des équipes du budget de l'OMS et de l'OPS pour examiner la situation. Elle a insisté sur le besoin d'assurer que la direction de l'OMS et de l'OPS donnent la suite voulue à cet accord et a exprimé l'espoir que les délibérations du groupe de travail se traduiraient par l'allocation effective de plus de ressources à la Région.

262. Alors que la nécessité de préserver le statut constitutionnel de l'OPS comme organisme spécialisé du système interaméricain était reconnue, il a été souligné qu'en tant que Bureau régional de l'OMS pour les Amériques, l'OPS devrait continuer de participer et d'appuyer les efforts de réforme du système des Nations Unies, y compris en travaillant en étroite collaboration avec les coordonnateurs résidents au niveau des pays. Une telle coordination était considérée particulièrement importante pour aider les pays à s'attaquer

aux défis créés par la migration des populations. En même temps, il était reconnu que l'OPS et l'OMS avaient besoin d'un certain degré de flexibilité face au système des coordonnateurs résidents afin d'exécuter leur travail de manière efficace et de répondre aux besoins urgents des gouvernements et donateurs sur le terrain. Il a été souligné que la participation aux opérations institutionnelles communes avec le système des Nations Unies pourraient être source d'efficacités et d'économies de coûts, et le Bureau a été invité à indiquer si l'OPS prévoyait de participer à des opérations communes de cette nature au niveau des pays. Le Bureau a également été invité à faire des commentaires sur la façon dont il s'alignerait sur le nouveau modèle opérationnel de l'OMS.

263. L'appui manifesté par le Bureau pour les efforts déployés en vue d'obtenir la couverture sanitaire universelle sur la base des soins de santé primaires a été applaudi et il a été encouragé à continuer de promouvoir le dialogue à ce sujet, en portant une attention particulière aux défis associés à la migration dans la Région.

264. M. Dean Chambliss (Directeur du Département de la planification et du budget du BSP) a dit que le Bureau appréciait les efforts des États Membres visant à assurer que la Région recevait sa pleine allocation du budget de l'OMS. Il n'avait pas encore été invité à participer au groupe de travail dont il était question dans la discussion, mais qu'il ferait un suivi auprès des collègues du Secrétariat de l'OMS. Il serait également heureux d'inviter son homologue de l'OMS à participer au 57^e Conseil directeur afin d'entamer un dialogue avec les États Membres de l'OPS. Le Bureau examinerait avec soin les changements qui étaient apportés à la structure organisationnelle de l'OMS pour déterminer quels seraient les changements appropriés au niveau régional.

265. La Directrice a ajouté que le Groupe de la politique mondiale avait convenu que les bureaux régionaux s'aligneraient sur la nouvelle structure organisationnelle de l'OMS à un niveau stratégique, mais pas forcément en ce qui concerne les détails. En fait, le Bureau était déjà bien aligné en termes de responsabilité pour les programmes techniques, qui relevaient du Directeur général adjoint au Secrétariat de l'OMS et du Directeur adjoint au Bureau. Les fonctions administratives et de soutien étaient également bien alignées.

266. Au niveau des pays, la capacité était déjà très forte dans les Amériques, et les changements apportés à cet égard pourraient donc ne pas être aussi importants que dans d'autres régions. De même, la Région était plus avancée que d'autres régions dans certains domaines programmatiques – notamment celui de la préparation aux situations d'urgence et de la réduction des risques. Alors que le Bureau s'efforcerait d'aligner l'OPS sur l'OMS dans toute la mesure du possible, il ferait également en sorte d'assurer que la Région ne régresse pas par rapport au niveau de développement atteint. Il continuerait de partager les expériences régionales en vue de renforcer le travail de l'OMS au Siège et dans d'autres régions.

267. Le Bureau était un participant actif aux équipes de pays des Nations Unies et il s'était engagé à collaborer avec les coordonnateurs résidents pour contribuer à la réalisation des ODD liés à la santé. En tant que bureau régional de l'OMS, il appuierait le processus

de réforme des Nations Unies et s'y alignerait dans la mesure du possible, sans perdre de vue le statut juridique distinct de l'OPS, sa structure de gouvernance, son système de responsabilisation et ses cadres de présentation de rapports. Il continuerait de travailler avec les coordonnateurs résidents sur les activités conjointes convenues et s'efforcerait de synchroniser la rédaction des stratégies de coopération avec les pays de l'OPS avec la rédaction du plan-cadre de coopération des Nations Unies pour le développement durable afin d'assurer que ce dernier accorde une place prioritaire à la santé. Cependant, il conserverait la prérogative de collaborer directement avec les gouvernements et les partenaires clés sur les questions relatives à la santé. Il était important de noter à cet égard que toutes les activités de l'OPS n'étaient pas représentées dans ce cadre.

268. Tout comme l'OMS, le Bureau continuerait d'analyser la faisabilité d'activités institutionnelles conjointes, au cas par cas. Cependant, les États Membres devraient être conscients du fait que l'OPS finissait souvent par payer plus dans le cadre de tels arrangements. Manifestement, le fait de combiner les activités institutionnelles n'était pas rentable dans ces cas-là. La participation de l'OPS au cadre ne comprendrait pas d'engagement des ressources financières de l'OPS. Les contributions financières au cadre, y compris les exigences en matière de partage des coûts pour le système des coordonnateurs résidents et la taxe d'1 % sur les contributions volontaires de l'OMS, seraient payées par l'OMS pour toutes les régions, y compris les Amériques.

269. Le Comité exécutif a pris note du rapport.

Suivi des résolutions et des mandats de l'Organisation panaméricaine de la Santé (document CE164/INF/2)

270. Mme Mônica Zaccarelli Davoli (Conseillère principale auprès du Bureau des Organes directeurs du BSP) a rappelé que le 55^e Conseil directeur avait examiné un rapport préparé par le Bureau sur l'état de mise en œuvre des résolutions adoptées au cours des années antérieures. Le Conseil avait demandé au Bureau de présenter une mise à jour tous les trois ans. Le document CE164/INF/2 contenait la première mise à jour depuis que le rapport initial avait été présenté en 2016. Il traitait des résolutions adoptées de 1999 et 2018. Le Bureau avait appliqué la même méthodologie et les mêmes critères qu'en 2016 pour classer les résolutions comme actives, conditionnellement actives ou caduques. Des 163 résolutions examinées, 92 avaient été considérées comme actives et 13 comme conditionnellement actives; 58 résolutions avaient été considérées comme caduques.

271. Le Comité exécutif a manifesté sa gratitude au Bureau pour son analyse et a salué l'utilisation d'une méthodologie uniforme pour évaluer l'état des résolutions. Le Bureau a été encouragé à partager cette méthodologie avec le Secrétariat de l'OMS. Un appui a été exprimé pour déclarer 58 résolutions caduques. En même temps, des préoccupations ont été exprimées au sujet de la prolifération de stratégies, de plans d'action et de documents de politique soumis à l'examen des Organes directeurs. Il a été signalé que le plan stratégique et le Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques représentaient un vaste mandat et que les divers domaines programmatiques n'avaient pas besoin de

stratégies et plans spécifiques, chacun avec ses propres exigences en matière de rapports, pour la prestation de l'aide technique. Une déléguée a noté que la plus grande proportion des résolutions étaient liées au leadership, à la gouvernance et aux fonctions d'habilitation, et elle a mis en évidence le besoin d'examiner le contenu de ces résolutions pour identifier tout risque de chevauchement et de duplication de sujets traités.

272. Saluant la suggestion que le Bureau devrait partager la méthodologie d'analyse avec l'OMS, Mme Zaccarelli Davoli a affirmé que la méthodologie fournissait une analyse et détermination solides des points présentés aux Organes directeurs. Elle fournissait également un instrument permettant d'identifier les questions stratégiques prioritaires qui seraient soumises pour examen à l'avenir. Elle a noté que la prépondérance des résolutions liées au leadership, à la gouvernance et aux fonctions habilitantes n'indiquait pas une quelconque hiérarchisation de ces questions par rapport aux thèmes techniques; il s'agissait plutôt de refléter le fait que les Organes directeurs s'intéressaient à tous les aspects de l'Organisation, et pas seulement aux questions techniques.

273. La Directrice a reconnu les commentaires faits au sujet de la prolifération de stratégies, plans d'action et résolutions, et elle a convenu que, dans de nombreux cas, le plan stratégique fournissait une orientation adéquate pour le travail du Bureau. Néanmoins, elle a signalé que les États Membres continuaient de demander de nouvelles stratégies et de nouveaux plans d'action. Parfois, il est vrai, ils le faisaient à la demande de membres du personnel du Bureau qui craignaient qu'en l'absence d'un mandat d'action spécifique dans un domaine particulier, aucun financement n'était à espérer. Elle était d'avis que dans certains cas, il était nécessaire de demander des directives additionnelles aux États Membres relativement aux axes d'intervention spécifiques et aux cibles particulières qu'ils souhaitaient se fixer. Cependant, le Bureau travaillerait avec les États Membres pour examiner avec soin les stratégies et plans d'action qui seraient recommandés à l'avenir.

274. Le Comité exécutif a pris note du rapport.

Mise en œuvre du Règlement sanitaire international (RSI) (document CE164/INF/3)

275. Le Dr Ciro Ugarte (Directeur du Département des urgences sanitaires du BSP) a introduit le rapport, qui fournissait une mise à jour sur les progrès réalisés par les États Membres dans la mise en œuvre du Règlement sanitaire international et passait en revue les mesures prises par les États Parties et le Bureau pour renforcer les capacités fondamentales du RSI et répondre aux urgences de santé publique. Il mettait également en évidence les mesures nécessaires pour améliorer la situation. Le Dr Ugarte se faisait un plaisir de signaler que tous les États Parties avaient soumis leurs rapports annuels obligatoires par écrit en 2018 et que 94 % avaient soumis des rapports pour 2019. La majorité de ces rapports avaient été préparés sur la base du nouvel outil d'auto-déclaration.

276. Un tiers de toutes les urgences de santé publique déclarées dans le monde entier au cours de la période considérée (juillet 2018 à avril 2019) avaient été signalées par des pays des Amériques. De ces rapports, seulement la moitié avaient été communiqués par les

autorités nationales; l'autre moitié de ces rapports venaient d'autres sources. Ces derniers avaient tous été envoyés aux États concernés, la plupart d'entre eux répondant dans les 48 heures. Les risques infectieux représentaient 81 % des événements signalés.

277. Au cours de la période considérée, il y avait eu des améliorations continues dans les capacités fondamentales du RSI, y compris en ce qui concerne les urgences chimiques et radiologiques. Mais il y avait encore des raisons d'être préoccupé, en particulier par la présence de la rougeole dans la Région. Certains États des Caraïbes avaient fait face à des défis liés aux navires et aux voyageurs, ce qui avait affecté le tourisme dans ces pays. Le Bureau travaillait avec ces États pour relever les défis.

278. Un nombre croissant d'États avaient effectué des évaluations externes volontaires et réalisé des exercices de simulation et des analyses après action. Onze États de la Région avaient manifesté un intérêt pour la réalisation d'évaluations externes volontaires en 2019 et trois le faisaient en ce moment.

279. Le Comité exécutif a applaudi les progrès accomplis en vue de la mise en œuvre du Règlement et du renforcement des capacités fondamentales dans la Région, même si les délégués reconnaissaient qu'il était nécessaire de faire plus pour obtenir et maintenir la pleine mise en œuvre. Les délégués ont également reconnu que la mise en œuvre était une responsabilité conjointe qui requérait une approche collaborative multisectorielle dans le cadre des efforts déployés pour réaliser la couverture sanitaire universelle. Il a été pris note du besoin d'une plus grande transparence et d'une responsabilisation mutuelle dans l'application du Règlement. Des préoccupations ont été exprimées sur les échecs et les retards qui s'étaient manifestés dans la communication et dans les ripostes aux flambées de maladies et autres événements. Les États Parties ont été instamment priés de redoubler d'efforts pour assurer une riposte transparente et opportune à tous les événements de santé publique susceptible de créer des préoccupations au niveau international. Les États ont également été encouragés à formuler des plans d'action nationaux pour améliorer la sécurité sanitaire. Il a été demandé au Bureau de continuer à fournir un appui pour les efforts faits par les États en vue de la mise en œuvre du Règlement et du renforcement de leur capacité de surveillance épidémiologique. Une application rigoureuse du RSI et une riposte rapide étaient considérées comme des éléments essentiels dans le contexte de la migration de masse ayant lieu dans certaines parties de la Région.

280. La valeur des évaluations externes volontaires a été mise en relief, et les États qui n'avaient pas encore effectué une telle évaluation ont été encouragés à le faire. Les délégués ont demandé au Bureau de continuer à appuyer les États Membres dans la réalisation de ces évaluations et à utiliser les autres outils inclus dans le Cadre d'évaluation et de suivi du RSI. Tout en reconnaissant l'utilité potentielle des trois outils de suivi volontaire du cadre, une déléguée a insisté sur le fait que l'auto-évaluation annuelle et la communication de rapports d'activités devraient rester les seules exigences pour les États Parties.

281. Le Dr Ugarte, tout en notant que seuls deux États Parties dans les Amériques n'avaient pas encore communiqué leurs rapports annuels en 2019, a souligné que les

urgences de santé publique devaient être identifiées et contrôlées au niveau national. Il était préoccupant de constater que seulement 55 % des rapports d'événements au cours de la période couverte par le rapport avaient été envoyés par des fonctionnaires des États Parties. Le reste avait été reçu par des voies de communication confidentielles et communiqués par l'OPS pour que tous les États soient conscients de la menace potentielle. Le Bureau continuerait bien évidemment d'appuyer les efforts des États Membres, mais la responsabilité ultime pour le respect du Règlement reposait sur les États eux-mêmes.

282. Reprenant les propos du Dr Ugarte, la Directrice a affirmé que les États Parties étaient principalement responsables de déclarer les événements pris en considération par le Règlement sanitaire international. Plus les événements étaient déclarés tôt, plus les autres États pouvaient être alertés tôt et une action appropriée entreprise pour contenir les menaces à la santé publique. Elle a insisté sur l'importance des exercices de simulation et a demandé instamment à tous les États Membres de réaliser de tels exercices. Elle a assuré le Comité que le Bureau se tenait prêt à appuyer les États dans un effort conjoint visant à assurer la sécurité sanitaire aux niveaux national, régional et mondial.

283. Le Comité a pris note du rapport.

Soins de santé primaires pour la couverture universelle (document CE164/INF/4, Rev. 1)

284. Le Dr James Fitzgerald (Directeur du Département des systèmes et services de santé du BSP) a introduit le point, en notant que depuis 40 ans, la Déclaration d'Alma-Ata, adoptée au cours de la Conférence internationale de 1978 sur les soins de santé primaires, avait orienté les efforts déployés dans la Région des Amériques pour faire de la santé pour tous une réalité. Les soins de santé primaires avaient également été la pierre angulaire de l'élaboration des systèmes de santé dans la Région. Du processus de renouveau des soins de santé primaires lancé en 2005 jusqu'à l'adoption de la *Stratégie pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle* en 2014, les États Membres de l'OPS avaient intégré la vision, les valeurs fondamentales et les principes des soins de santé primaires dans les mandats fondamentaux de l'Organisation. Les États Membres des Amériques s'étaient aussi pleinement engagés dans l'appel mondial qui avait été lancé pour le renouveau des soins de santé primaires par une participation active à la Conférence mondiale sur les soins de santé primaires, tenue à Astana (Kazakhstan) en 2018, et ils avaient fait d'importantes contributions à la déclaration sur les soins de santé primaires adoptée dans le cadre de cet événement.

285. En outre, la Directrice avait établi un forum régional et une commission de haut niveau pour « La santé universelle au 21^e siècle : 40 ans d'Alma-Ata ». La Commission de haut niveau, dirigée par le Dr Michelle Bachelet, ancienne Présidente du Chili, et l'Ambassadeur Nestor Mendez, Secrétaire général adjoint de l'Organisation des États Américains, avait pour tâche de passer en revue les réalisations et les enseignements tirés depuis Alma-Ata et d'examiner la capacité des systèmes de santé de répondre aux besoins actuels et futurs.

286. Dans son rapport, la Commission avait reconnu que la Région n'avait pas réussi à atteindre l'objectif d'Alma-Ata sur la santé pour tous en raison de divers facteurs, y compris des asymétries persistantes au sein des pays et des obstacles à l'accès aux services de santé, des mécanismes de protection sociale qui n'avaient pas traité les iniquités de façon adéquate et des processus de transformation des systèmes de santé qui ne s'étaient pas ralliés à la stratégie des soins de santé primaires. Les programmes de réforme, de plus, n'avaient pas porté une attention suffisante à la santé publique ou aux processus de détermination sociale de la santé. La Commission avait réaffirmé que les soins de santé primaires étaient la voie nécessaire et durable vers la réalisation de la santé universelle et avait souligné que « la santé pour tous » restait un impératif valable et fondamental pour la Région.

287. Dans sa réponse au rapport, la Directrice avait lancé un appel régional à l'action par le biais du Pacte régional sur les soins de santé primaires pour la santé universelle, 30-30-30. Le Pacte invitait les pays à s'engager à transformer leurs systèmes de santé sur la base des soins de santé primaires d'ici 2030, à déployer des efforts concertés pour réduire de 30 % les obstacles à l'accès et à allouer au moins 30 % des investissements publics dans la santé au premier niveau de soins, tout en renforçant les réseaux de services de santé intégrés.

288. Le rapport de la Commission de haut niveau et le Pacte régional sur les soins de santé primaires ont fourni d'importantes contributions pour une participation active des États Membres de l'OPS, de la société civile et de parties prenantes clés à la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la couverture sanitaire universelle, qui aura lieu en septembre 2019. Le Bureau a instamment prié les États Membres de travailler pour assurer que la déclaration politique qui serait adoptée lors de cet événement reflète le contexte, les défis et la vision de la Région de transformer les systèmes de santé, en mettant l'accent sur les soins de santé primaires, afin de réaliser l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle.

289. Dans la discussion qui a suivi, les membres du Comité ont salué le rapport et remercié le Bureau pour sa participation active aux efforts pour faire progresser les soins de santé primaires, affirmant que des soins de santé primaires solides, durables, centrés sur les personnes et sensibles aux questions de genre seraient essentiels pour la réalisation de la couverture sanitaire universelle, pour la réduction des disparités en santé et pour protéger la santé publique et la sécurité nationale. Une déléguée a signalé que les pays doivent choisir leur propre chemin vers le développement des soins de santé primaires et adapter leurs systèmes de santé à leur contexte national. Elle a également insisté sur la nécessité d'une approche pansociale et a souligné l'importance des partenariats avec la société civile, la communauté et les organisations confessionnelles et celles du secteur privé. Elle a demandé que le document fasse référence non seulement à la réglementation du secteur privé mais aussi à la collaboration avec ce dernier, et que certaines des références au « droit à la santé » soient changées pour refléter le vocabulaire de la Constitution de l'OMS. Une autre déléguée a affirmé que son pays considérerait la santé comme un droit humain fondamental et était engagé à travailler avec le Bureau pour faire de l'accès à la santé et du droit à la santé une réalité pour chaque être humain, non seulement dans son pays mais

dans l'ensemble de la Région. Un appui a été exprimé pour l'initiative sur les soins de santé primaires 30-30-30, mais des informations additionnelles ont été demandées au sujet de la participation des États Membres à cette initiative.

290. Le Dr Fitzgerald a noté que les pays de la Région avaient à maintes reprises manifesté leur ferme engagement à l'égard des soins de santé primaires comme étant la voie de choix vers l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle. Vingt-huit pays avaient fourni des contributions pour la déclaration d'Astana, 26 d'entre eux de la Région des Amériques, révélant par là le niveau élevé de participation aux discussions sur ce sujet.

291. Dans les discussions de la Commission de haut niveau, il y avait eu une reconnaissance du rôle que jouait le secteur privé, en particulier dans certaines fonctions des systèmes de santé et de prestation de services. La Commission avait cherché à déterminer comment le secteur privé pouvait fournir une valeur ajoutée réelle, tout en examinant les préoccupations liées à son rôle potentiel en matière de financement et l'exacerbation des iniquités qui pourrait se produire en raison des faibles mécanismes de gouvernance du secteur privé. Le Bureau a reconnu le rôle important du secteur privé et d'autres acteurs sociaux dans la prestation des soins de santé. Divers acteurs avaient participé au forum régional organisé par la Directrice, y compris des représentants du secteur privé, du milieu universitaire et des ONG.

292. Le Pacte représentait la réponse de l'Organisation à quelques-unes des priorités identifiées par la Commission. Il mettait l'accent sur la mise en œuvre de la stratégie de soins de santé primaires comme un moyen de progresser vers l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle. Les objectifs fixés dans le Pacte étaient ceux qui avaient été établis en vertu du plan stratégique de l'OPS. Le Bureau examinait actuellement la situation régionale sur la base de données provenant de comptes nationaux de la santé et d'enquêtes que les États Membres menaient pour mesurer les barrières à l'accès, et un rapport sur la question allait bientôt être publié.

293. En ce qui concerne les changements demandés au document, le Dr Fitzgerald a dit que le Bureau ajusterait le libellé là où une référence était faite aux documents de l'OPS. Il a noté, cependant, que certains paragraphes utilisaient un langage que l'on retrouvait dans le rapport de la Commission et dans d'autres sources.

294. La Directrice a remercié les États Membres pour l'engagement qu'ils avaient manifesté à l'égard de l'accès universel à la santé et de la couverture sanitaire universelle. Notant que la Région avait été un chef de file en la matière, elle a exhorté les gouvernements à promouvoir la pleine participation de leurs missions à New York à la rédaction du document et à la déclaration pour la prochaine réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies. Il était important d'assurer que la voix de la Région était bien reflétée dans les documents qui seraient présentés à la réunion.

295. Le Comité a pris note du rapport.

Stratégie et Plan d'action sur la santé des adolescents et des jeunes : rapport final (document CE164/INF/5)

296. Le Dr Luis Andrés De Francisco Serpa (Directeur du Département de la famille, de la promotion de la santé et du parcours de vie du BSP) a introduit le rapport final, qui décrivait une partie du travail réalisé dans le cadre de la *Stratégie et plan d'action sur la santé des adolescents et des jeunes 2008-2018* et il a présenté un aperçu des progrès accomplis en matière de santé des adolescents et des jeunes dans la Région. Entre autres avancées, la Région avait renforcé sa capacité institutionnelle de formulation de politiques, comme le montre le fait que 93 % des pays et territoires des Amériques avaient élaboré des politiques et des plans sur la santé des adolescents et des jeunes et, en 2017, avaient commencé à les mettre à jour ou les aligner sur les ODD, conformément à la nouvelle directive de l'OMS.

297. La période couverte par la stratégie et plan d'action avait connu une augmentation de la disponibilité des données sur la santé des adolescents et des jeunes, y compris un rapport régional de l'OPS avec des profils de pays, publié en 2018.¹⁰ De nouvelles interventions prometteuses centrées sur les écoles, la famille et les jeunes avait été introduites. Le travail de renforcement de la capacité des systèmes de santé dans la Région de répondre aux besoins des adolescents et des jeunes avait été une priorité au cours de cette période. Le rapport a mentionné des avancées dans la formation des ressources humaine et l'élaboration et le contrôle des normes de qualité dans les services de santé pour ce groupe de population. Néanmoins, il reconnaissait également que les mesures prises n'avaient pas sensiblement amélioré la santé des jeunes dans la Région. Les adolescents continuaient de faire face à des obstacles de taille en ce qui concerne l'accès à des services de santé de qualité adaptés à leurs besoins. La mortalité chez les jeunes qui était due à des causes évitables telles que l'homicide, le suicide et les accidents de la route, n'avait pas changé, et le taux de fécondité des adolescentes avait connu une diminution lente.

298. Il restait encore beaucoup à faire pour assurer que tous les adolescents dans la Région non seulement survivent mais s'épanouissent dans un environnement favorisant leur développement. Le moment était propice pour déterminer quelles mesures devraient être prises pour améliorer la santé et le bien-être des adolescents, car il y avait désormais bien plus de données factuelles et de directives sur les interventions qui fonctionnaient le mieux. La population actuelle âgée de 10-24 ans est la plus importante dans l'histoire de la Région et elle est cruciale pour réaliser les objectifs de développement durable. Investir dans la santé des jeunes offrirait un triple avantage : des adolescents en bonne santé aujourd'hui, des adultes en bonne santé demain et des générations en bonne santé à l'avenir.

299. Le Comité a salué les efforts du Bureau d'améliorer la santé des adolescents et des jeunes, applaudissant les progrès qui avaient été accomplis, tout en notant qu'il y avait encore du travail à faire pour réduire les risques qui se posent à cette population très

¹⁰ The Health of Adolescents and Youth in the Americas. Implementation of the Regional Strategy and Plan of Action on Adolescent and Youth Health. Washington, DC. : OPS; 2018. Disponible en anglais sur : <https://www.paho.org/adolescent-health-report-2018/>.

vulnérable, y compris le comportement sexuel à risque, l'abus de substances psychoactives, la violence, la santé mentale et le suicide, la grossesse précoce, les accidents de la route et les inégalités d'accès aux soins de santé. Les délégués ont exprimé des préoccupations sur la hausse de la mortalité chez les jeunes, les garçons et les hommes en particulier, dans les Amériques. Il a été souligné que le rapport ne faisait pas mention de la violence contre les enfants et les jeunes ou de la violence sexiste, en dépit du fait que les grossesses chez les filles de moins de 15 ans étaient souvent le résultat de la violence sexiste. Le Bureau a été encouragé à inclure dans le rapport l'information sur ce qui était fait à cet égard.

300. Des préoccupations ont également été exprimées au sujet du taux relativement élevé de fécondité chez les adolescentes et son lent déclin, en particulier parmi les populations autochtones, rurales et moins éduquées en Amérique latine et dans les Caraïbes. Les délégués ont demandé la promotion de la santé sexuelle et génésique et la protection des droits sexuels et reproductifs des femmes et des filles, une déléguée offrant de partager l'expérience réussie de son pays en matière de réduction de la grossesse chez les adolescentes. La même déléguée a noté que des ressources additionnelles n'étaient pas forcément nécessaires pour améliorer la santé des adolescents : il suffisait souvent d'adapter les services de santé aux besoins particuliers des adolescents. Un autre délégué a souligné la nécessité d'approches qui tenaient compte de la diversité culturelle et ethnique.

301. Un délégué a déclaré que son gouvernement ne pouvait pas approuver toutes les interventions en faveur d'une amélioration de la santé des adolescents mentionnées dans l'objectif 5 de la stratégie, affirmant que « santé sexuelle et génésique » était un terme qui avait souvent été utilisé de façon inappropriée pour promouvoir l'avortement. Son gouvernement ne reconnaissait pas l'avortement; il appuyait plutôt les programmes de santé et d'éducation qui donnaient aux jeunes les moyens d'éviter le risque sexuel et de prévenir les grossesses précoces et les infections sexuellement transmissibles. Il a recommandé d'utiliser les écoles comme une plate-forme équitable et efficace pour améliorer la santé des jeunes et des adolescents et a encouragé le Bureau à mettre l'accent sur les liens avec les prestataires de soins de santé par le biais d'interventions en milieu scolaire.

302. Le Dr De Francisco Serpa a observé qu'il y avait consensus entre les États Membres sur le fait que les enfants et les adolescents constituaient un groupe vulnérable et qu'une amélioration de leur état de santé devrait être une priorité. Il était clair que les adolescents n'étaient pas seulement des petits adultes ou de grands enfants : ils constituaient un groupe de population distinct avec des caractéristiques spécifiques qui devaient être abordées par des systèmes et services de santé adaptés à leurs besoins. Il y avait aussi un besoin évident d'aborder les déterminants de la santé et les barrières sexospécifiques. Il a convenu que des environnements favorables à la santé, les écoles en particulier, étaient extrêmement importants. En effet, les écoles pouvaient être des plates-formes pour favoriser des comportements sains, en fournissant une éducation intégrale et en promouvant la santé non seulement chez les élèves mais aussi chez les enseignants et la communauté en général.

303. Il a noté qu'en tant que rapport final, le document ne proposait pas de nouvelles interventions liées à la santé sexuelle et génésique; il ne faisait que rendre compte des mesures qui avaient été prises. Il n'y avait certainement aucune intention de caractériser

l'avortement comme une méthode de planification familiale. À cet égard, Il a renvoyé les délégués au langage utilisé dans le *Plan d'action pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent*, approuvé par les États Membres en 2018.¹¹

304. La Directrice a dit que le rapport final l'attristait beaucoup. Le taux élevé de grossesse chez les adolescentes, le problème croissant de l'obésité, l'augmentation de la consommation d'alcool et de substances psychoactives et les taux élevés d'homicide, de suicide et de mortalité chez les adolescents et les jeunes la poussait à se demander si la Région adoptait les bonnes stratégies et recourait à une approche suffisamment multisectorielle pour traiter les déterminants sociaux de la santé des adolescents et des jeunes. Il était crucial d'identifier les enseignements tirés de la mise en œuvre de la stratégie et plan d'action pour guider les travaux à accomplir dans le cadre du *Plan d'action pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent*. Elle demanderait donc au personnel du Bureau de tenir plus de discussions approfondies et d'effectuer des analyses des questions relatives à la santé des adolescents et des jeunes. Elle a encouragé les États Membres à prêter spécialement attention à ces questions, non seulement dans le secteur de la santé mais dans d'autres secteurs également.

305. Le Comité a pris note du rapport.

Plan d'action pour la santé des personnes âgées, y compris le vieillissement sain et actif : rapport final (document CE164/INF/6)

306. Le Dr Luis Andrés De Francisco Serpa (Directeur du Département de la famille, de la promotion de la santé et du parcours de vie du BSP) a présenté le rapport, en notant que les États Membres avaient montré une vision stratégique dans l'adoption du plan d'action, qui avait précédé l'adoption de la *Stratégie et plan d'action mondiaux sur le vieillissement et la santé 2016-2020* de plus de sept ans. Les résultats obtenus dans le cadre du plan d'action témoignaient de l'excellent travail accompli par les États Membres : 20 pays avaient élaboré une politique, une stratégie ou un plan pour répondre aux besoins en santé des personnes âgées et le même nombre avait mis en place un mécanisme multisectoriel pour traiter les questions relatives au vieillissement en général. Sept pays avaient ratifié la Convention interaméricaine sur la protection des droits humains des personnes âgées ou incorporé ses dispositions dans leurs lois, et d'autres étaient sur le point de le faire. Plus de 450 communautés de la Région s'étaient jointes au réseau des villes et communautés amies des personnes âgées.

307. Il y avait eu une amélioration de la capacité de collecte de données et de la production de données factuelles sur la santé et le vieillissement au cours de la période couverte par le plan d'action (2009-2018). Le renforcement de la capacité de réponse des systèmes de santé avait été une priorité au cours de la période, et certains progrès avaient été réalisés dans la formation des ressources humaines et le renforcement du premier niveau de soins, mais le travail à cet égard en était encore à ses débuts.

¹¹ Voir le document CD56/8, Rev. 1 et la résolution CD56.R8 (2018).

308. Le vieillissement de la population accélérerait au cours de la prochaine décennie. Une hausse de l'espérance de vie contribuerait à cette tendance. En même temps, cependant, on s'attendait à ce que l'écart entre l'espérance de vie et l'espérance de vie en bonne santé s'élargisse. La promotion d'un vieillissement en bonne santé et la réduction de l'incapacité chez les personnes âgées seraient donc des besoins prioritaires, tout comme le serait le fait d'assurer que les pays aient des systèmes de santé capables de répondre aux besoins en soins de longue durée des populations vieillissantes. Le rapport présentait un ensemble de recommandations d'actions futures, y compris un appui de la part des États Membres pour la déclaration de l'OMS sur la Décennie du vieillissement en bonne santé, 2020-2030.

309. Dans la discussion qui a suivi, les délégués ont reconnu la nécessité d'agir pour protéger les droits des personnes âgées et les aider à vivre un vieillissement actif et sain, et ils ont manifesté leur appui pour la Décennie d'action comme un moyen de sensibiliser les gens et de promouvoir l'action collaborative pour traiter la question. Un appui a également été exprimé pour la formulation d'un nouveau plan d'action de l'OPS, en tirant parti des progrès accomplis dans le cadre du plan pour 2009-2018. Un certain nombre de priorités pour une action future ont été identifiées, y compris l'expansion et l'amélioration des options de soins de longue durée qui permettraient aux personnes âgées de rester dans leurs communautés, tout en assurant un appui pour les soignants rémunérés et non rémunérés, en défendant les droits et en réduisant l'abus et l'exploitation des personnes âgées. Une déléguée a souligné qu'il était nécessaire de disposer de programmes et d'approches basés sur des données factuelles pour améliorer la santé et prévenir les maladies et les traumatismes chez les adultes plus âgés. Un autre délégué a souligné l'importance de politiques visant à prévenir la discrimination fondée sur l'âge et à promouvoir la participation et l'inclusion sociale des personnes âgées. Il a également souligné la nécessité d'une approche axée sur le parcours de vie pour promouvoir un vieillissement en bonne santé.

310. Le Dr De Francisco Serpa a observé que le vieillissement de la population se produisait plus rapidement dans les Amériques que dans d'autres régions, d'où l'importance d'accroître la visibilité politique de la question et de mobiliser l'appui pour les mesures requises. Il a convenu de la nécessité de mettre en place des systèmes sociaux pour assurer que les besoins en soins de longue durée des adultes plus âgés puissent être gérés au sein de la communauté. La question des soins rémunérés et non rémunérés était également de grande importance, en particulier à la lumière des données indiquant que les membres de la famille, les femmes en particulier, passaient beaucoup de temps à leur grand détriment à s'occuper d'adultes plus âgés.

311. La Directrice a dit qu'il s'avérerait clairement nécessaire d'accélérer l'action, car nombre de pays étaient mal préparés pour faire face au phénomène d'un vieillissement rapide de la population. En même temps, il était urgent d'adopter une approche axée sur le parcours de vie qui aiderait à assurer un vieillissement en bonne santé. Le Bureau continuerait de collaborer avec les États Membres pour intensifier les efforts à ce sujet.

312. Le Comité a pris note du rapport.

Rapports d'avancement sur les questions techniques (document CE164/INF/7, A-E)

A. Plan d'action pour l'élimination des maladies infectieuses négligées ainsi que des mesures consécutives à l'élimination 2016-2022 : évaluation à mi-parcours

313. Les progrès accomplis dans le cadre du Plan d'action – y compris la réalisation de certaines cibles plus tôt que prévu – ont été applaudis et l'importance d'une mise en œuvre continue du Plan a été reconnue. Il a été souligné que l'initiative proposée par l'OPS pour l'élimination des maladies (voir paragraphes 117 à 126 ci-dessus) constituerait une orientation essentielles pour l'élimination des maladies infectieuses négligées ciblées par le plan, qui touchaient de manière disproportionnée les populations pauvres et marginalisée. Un soutien a été exprimé en faveur des actions proposées dans le rapport pour améliorer la situation.

314. Le Dr Marcos Espinal (Directeur du Département des maladies transmissibles et des déterminants environnementaux de la santé du BSP) a observé que l'on avait parfois tendance à oublier les maladies ciblées par le plan parce qu'il y avait très peu de cas. Néanmoins, il était important de terminer le travail d'élimination de ces dernières et de prévenir leur réémergence.

B. Plan d'action pour le maintien de l'élimination de la rougeole, de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale dans les Amériques 2018-2023 : rapport d'avancement

315. Les délégués ont réaffirmé leur appui au plan d'action et ont également confirmé leur appui pour les actions recommandées dans le rapport. Les succès obtenu par la Région dans le contrôle et l'élimination des maladies à prévention vaccinale a été mis en évidence, et la nécessité d'une action concertée pour préserver ces acquis a été soulignée. L'importance de maintenir une couverture vaccinale élevée a également été soulignée. L'accent a aussi été mis sur la nécessité de lutter contre la désinformation et d'éduquer les populations sur la sécurité et l'efficacité des vaccins. Les efforts déployés par le Bureau pour combattre les flambées actuelles de rougeole ont été salués, et les États Membres ont été instamment priés de continuer à travailler sur la prévention d'autres flambées. Le Bureau a également été invité à mobiliser les ressources nécessaires pour appuyer les pays dans leurs efforts d'endiguement des flambées et de prévention de l'importation de cas. Les délégués ont exprimé leur appréciation au Bureau pour les avoir aidés à acheter des vaccins.

316. Le Dr Luis Andrés De Francisco Serpa (Directeur du Département de la famille, de la promotion de la santé et du parcours de vie du BSP) a exprimé sa gratitude aux États Membres pour le travail qu'ils réalisaient en vue d'assurer que des maladies telles que la rougeole étaient éliminées de façon permanente de la Région. Cependant, la Région resterait vulnérable à l'importation de cas d'autres régions. Il était crucial de maintenir des programmes de vaccination solides et des taux élevés de vaccination. Les États Membres

pourraient compter sur le Bureau pour continuer à appuyer leurs efforts de débarrasser à nouveau la Région de la rougeole.

317. La Directrice a affirmé que la prévention des maladies évitables par la vaccination dépendait fortement de la capacité d'assurer une couverture vaccinale élevée dans tous les groupes de population de tous les pays. Elle a encouragé les États Membres à continuer d'investir des ressources financières et humaines à cette fin. Elle a également noté que lorsque les administrations politiques changeaient, il était important de maintenir une surveillance et une capacité de réponse solides et de préserver la connaissance de la façon dont les mécanismes régionaux fonctionnaient, en particulier le Fonds renouvelable pour l'achat de vaccins. Elle était convaincue que les Amériques retrouveraient bientôt leur statut de région exempte de rougeole.

C. Insuffisance rénale chronique dans les communautés agricoles en Amérique centrale : rapport d'avancement

318. Il a été signalé qu'alors que l'insuffisance rénale chronique en Amérique centrale semblait être liée aux professions agricoles – en particulier dans l'industrie de la canne à sucre – d'autres facteurs, tels que le lieu de résidence, pourraient également avoir une influence sur l'apparition de la maladie. Le délégué de l'Équateur a remarqué que les récolteurs de canne à sucre dans son pays étaient des travailleurs temporaires qui vivaient normalement à des altitudes plus élevées et cultivaient d'autres produits. Il a fait savoir que son gouvernement cherchait à déterminer s'il avait un quelconque lien professionnel entre l'insuffisance rénale et le travail dans l'industrie de la canne à sucre et il a demandé que des efforts continuent d'être déployés pour identifier les causes du problème, tant en Amérique centrale qu'ailleurs dans la Région. La déléguée du Panama a décrit les mesures que son pays avait prises pour étudier la maladie et fournir des soins aux patients. Elle a noté que l'insuffisance rénale chronique parmi les travailleurs agricoles au Panama semblait être associée au travail dans la riziculture plus que dans l'industrie de la canne à sucre.

319. Le Dr James Fitzgerald (Directeur du Département des systèmes et services de santé du BSP) a affirmé que les pays avaient accompli des progrès importants en ce qui concerne leur capacité de détecter et de répondre à l'insuffisance rénale chronique de cause non traditionnelle. Cependant, il était encore nécessaire de renforcer la capacité de surveillance épidémiologique, environnementale et professionnelle. Il était également nécessaire de former des agents de santé du premier niveau de soins à la prévention des maladies et aux stratégies de promotion de la santé, y compris l'information à fournir aux travailleurs agricoles et à leurs familles sur l'importance de l'hydratation et d'autres habitudes saines, sur la gestion appropriée des produits chimiques agricoles et sur d'autres sujets. Tout en soulignant le lien entre cette question et le projet de stratégie et plan d'action sur les dons et transplantations d'organes (voir paragraphes 154 à 161 ci-dessus), le Dr Fitzgerald a insisté sur la nécessité d'une approche intégrée, au sein de laquelle l'amélioration de l'accès aux transplantations rénales était une composante importante.

320. La Directrice a souligné la nécessité d'un travail continu pour identifier la cause de la maladie, qui affectait des populations de plus en plus jeunes, en particulier au sein des communautés agricoles.

D. Coopération pour le développement en matière de santé dans les Amériques : rapport d'avancement

321. Mme Ana Solis-Ortega Treasure (Chef du Bureau de coordination des pays et sous-régions du BSP) a signalé que des progrès importants avaient été accomplis en ce qui concerne la coopération Sud-Sud et d'autres formes de coopération pour le développement de la santé dans la Région. Le Bureau n'avait pas ménagé ses efforts pour compiler des informations sur de telles initiatives de coopération, mais il était conscient du fait que de nombreuses expériences réussies n'avaient pas encore documentées. Elle a lancé un appel aux États Membres pour qu'ils partagent l'information sur leurs projets de coopération.

E. Plan d'action en matière de vaccination : rapport d'avancement

322. Les délégués ont réaffirmé leur appui au plan d'action et leur engagement à l'égard du contrôle, de l'élimination et de l'éradication des maladies évitables par la vaccination. Des préoccupations ont été exprimées au sujet des récentes flambées de maladies autrefois contrôlées telles que la rougeole. Les délégués ont souligné l'importance d'accroître l'accès à la vaccination, de maintenir une couverture vaccinale élevée et d'assurer la disponibilité de données épidémiologiques opportunes et précises, afin d'être en mesure de répondre rapidement aux épidémies et d'éclairer les décisions politiques relatives aux vaccins. Il a également été jugé important de continuer à introduire de nouveaux vaccins dans les programmes nationaux de vaccination pour réduire la mortalité et la morbidité dues à de nombreuses maladies à prévention vaccinale. Des préoccupations ont été exprimées au sujet de la réticence face à la vaccination ; la nécessité de lutter contre la désinformation et de disséminer l'information sur la sécurité et l'efficacité des vaccins a été mise en évidence.

323. Le Dr Luis Andrés De Francisco Serpa (Directeur du Département de la famille, de la promotion de la santé et du parcours de vie du BSP) a observé que les axes stratégiques d'intervention dans le cadre du plan d'action demeuraient tout aussi pertinents aujourd'hui qu'en 2015 quand le plan avait été approuvé. Ils couvraient toutes les questions soulevées dans la discussion, y compris le renforcement des services de vaccination, l'introduction de nouveaux vaccins, le renforcement de la capacité de surveillance épidémiologique, ainsi que l'information et la communication. Il a observé que l'OMS avait reconnu la réticence face à la vaccination et la désinformation sur les vaccins comme une des 10 principales menaces à la santé publique et il a insisté sur le fait qu'un effort collectif était requis pour contrer les campagnes de désinformation.

324. La Directrice a déclaré que le Bureau avait fait procéder à une évaluation indépendante de son programme de vaccination et avait reçu de précieuses recommandations pour son renforcement. Il avait également réalisé une évaluation des pratiques opérationnelles du Fonds renouvelable pour l'achat de vaccins et allait mettre en

œuvre les recommandations qui en résultaient en vue de renforcer à la fois le Fonds et la coopération technique du Bureau en matière de vaccination. Elle a affirmé que le Bureau continuerait de travailler avec les États Membres en vue du maintien d'une couverture vaccinale élevée, mais elle signalé qu'en fin de compte, il incombait aux États Membres eux-mêmes d'assurer que leurs populations étaient vaccinées.

325. Le Comité a pris note des rapports.

Résolutions et autres actions d'organisations intergouvernementales revêtant un intérêt pour l'OPS (document CE164/INF/8, A-B)

A. Soixante-douzième Assemblée générale de la Santé

326. Mme Mônica Zaccarelli-Davoli (Conseillère principale auprès du Bureau des Organes directeurs du BSP) a présenté le document, qui contenaient un résumé des questions discutées au cours de la Soixante-douzième Assemblée mondiale de la Santé. L'Assemblée avait approuvé 16 résolutions et adopté 24 décisions, dont le budget programme de l'OMS pour la période 2020-2021. Les copies des résolutions et des décisions n'étaient pas disponibles au moment où le rapport était rédigé. Il n'était donc pas possible de fournir au Comité exécutif un aperçu de ces documents revêtant un intérêt pour l'OPS, comme il était de pratique courante. Une analyse complète de ces résolutions et décisions, y compris leurs répercussions pour la Région, serait fournie dans le rapport qui devait être soumis au 57^e Conseil directeur.

B. Organisations sous-régionales

327. Mme Ana Solis-Ortega Treasure (Chef du Bureau de la coordination entre les pays et les sous-régions du BSP) a expliqué que l'objectif du rapport était d'informer les États Membres sur les réunions et les développements pertinents liés à la santé publique dans le cadre des organes sous-régionaux d'intégration, tels que l'Organisme andin de santé-Convention Hipólito Unanue (ORAS-CONHU), le Conseil des ministres de la Santé d'Amérique centrale et de la République dominicaine (COMISCA), la Communauté des Caraïbes (CARICOM) et le Marché commun du Sud (MERCOSUR). Le rapport fournissait également des informations sur les progrès des activités lancées dans le cadre d'accords de coopération signés entre l'OPS et les organismes d'intégration au niveau infrarégional.

328. En résumé, on pouvait affirmer que les thèmes relatifs à la santé conservaient une priorité élevée auprès des organes d'intégration sous-régionaux et qu'ils étaient une source de préoccupation dans un contexte plus large que les seules réunions d'organes délibérants spécialisés en santé. L'OPS avait un mandat de formaliser la collaboration avec les organes des processus d'intégration liés au domaine de la santé et poursuivait ses efforts pour mettre en œuvre des accords de coopération avec ces organes, tout en continuant de promouvoir les synergies et d'optimiser les ressources.

329. La coopération technique du Bureau répondait aux priorités identifiées par divers mécanismes d'intégration, ainsi qu'à la situation, au contexte et à la dynamique de chacun d'entre eux. Cette coopération avait été fournie pour des négociations conjointes sur le coût des médicaments à prix élevé, l'élaboration de politiques pour la formation de ressources humaines en santé et la riposte aux maladies à transmission vectorielle, entre autres domaines. Le Bureau reste déterminé à appuyer les mécanismes sous-régionaux d'intégration et, par conséquent, les États Membres.

330. Dans la discussion qui a suivi, une déléguée a souligné l'importance d'un alignement de la stratégie de coopération infrarégionale de l'OPS sur les programmes, politiques et plans de la région d'Amérique centrale qui sont liés à la santé. En même temps, les documents d'orientation du COMISCA devraient être harmonisés avec les décisions des Organes directeurs de l'OPS afin d'éviter la distorsion ou la duplication des mandats convenus au niveau régional.

331. Mme Solis-Ortega Treasure a affirmé que la coopération infrarégionale était constamment renforcée et que le Bureau ajustait régulièrement ses activités pour refléter l'évolution des contextes et priorités infrarégionaux des États Membres. Elle a également signalé que la stratégie de coopération en santé pour l'Amérique centrale et la République dominicaine avait été élaborée conjointement par l'OPS et le COMISCA et était totalement conforme aux plans de santé pertinents pour la région d'Amérique centrale. Le Bureau accueillerait favorablement toute assistance que pourraient fournir les États Membres de la sous-région pour promouvoir une plus grande coordination entre l'OPS et le COMISCA, ce qui permettrait au Bureau d'améliorer la coopération technique infrarégionale.

332. Le Comité exécutif a pris note des rapports.

Réponse de l'OPS pour maintenir un programme efficace de coopération technique au Venezuela et dans les États Membres voisins (document CE164/INF/9)

333. Le Dr Ciro Ugarte (Directeur du Programme des urgences sanitaires du BSP) a résumé le contenu du document CE164/INF/9, qui fournissait une mise à jour sur la situation dans la République bolivarienne du Venezuela et dans les pays voisins, et qui donnait des détails sur les mesures prises par le Bureau pour appuyer les pays concernés. Le Dr Ugarte a rappelé qu'il y avait eu des épidémies de maladies diverses au Venezuela en 2018, qui avaient principalement affecté des populations vivant dans des conditions de vulnérabilité, en particulier des groupes autochtones dans les zones frontalières. Des épidémies s'étaient également produites dans les pays voisins à la suite de la migration de personnes en provenance du Venezuela. Les flux migratoires vers les pays voisins avaient connu une augmentation depuis l'année précédente.

334. Les cas de paludisme au Venezuela avaient augmenté depuis 2018. Les cas de rougeole, d'autre part, avaient considérablement diminué, grâce en grande partie aux efforts des agents de santé locaux au Venezuela, au Brésil et dans d'autres pays. Cet effort avait été complété par un appui international fourni par de nombreux pays. Le succès obtenu

avec la maîtrise de la rougeole représentait un véritable triomphe de la solidarité. Cependant, il était essentiel de demeurer vigilant, car les cas de cette maladie continuaient de se produire. La situation de la diphtérie au Venezuela restait inquiétante. En dépit d'une campagne de vaccination massive, certaines régions continuaient d'avoir des taux de couverture vaccinale inférieurs à 95 % et la population continuaient de contracter la maladie et d'en mourir.

335. Les maladies non transmissibles étaient aussi un problème grave au Venezuela, un problème exacerbé par le manque d'accès aux services de santé. La mortalité maternelle était également une préoccupation. Alors que les décès maternels avaient diminué dans le reste de la Région, l'information disponible indiquait qu'ils avaient augmenté au Venezuela, même s'il était difficile d'obtenir des statistiques fiables dans le contexte actuel.

336. Le Bureau avait intensifié sa coopération technique avec les autorités sanitaires vénézuéliennes et d'autres partenaires pour améliorer la gestion du système de santé et renforcer la capacité des services de santé, ce qui était essentiel pour améliorer la prévention et la lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles, pour améliorer la gestion des situations d'urgence et pour assurer des réserves suffisantes de médicaments, de vaccins et d'autres matériels. Le Bureau avait également fourni un appui pour des campagnes de vaccination de masse, organisé une formation à la gestion des situations d'urgence et fourni des directives et du personnel de santé formé pour la gestion de diverses maladies. Le Bureau, avec l'appui de nombreux partenaires, avait fourni plus de 200 tonnes de médicaments et de fournitures directement aux services de santé du Venezuela.

337. Le Bureau avait également intensifié sa coopération avec les pays voisins qui avaient reçu un très grand nombre de migrants vénézuéliens. Entre autres multiples activités, il avait fourni un appui pour les campagnes de vaccination, la prestation de services de santé aux migrants et le renforcement de la surveillance épidémiologique et des capacités de diagnostic en laboratoire. Il avait également effectué des missions de coopération technique au Brésil, en Colombie, en Équateur, au Guyana et au Pérou, et il avait fourni des mises à jour épidémiologiques mensuelles sur la rougeole et la diphtérie, ainsi que des résumés quotidiens sur les événements ayant des répercussions internationales potentielles en matière de santé publique.

338. Le Dr Ugarte a conclu en soulignant que le rapport énonçait un ensemble de mesures que les États Membres et le Bureau étaient invités à prendre à court et à moyen terme.

339. Dans la discussion qui a suivi, les délégués ont exprimé leur gratitude au Bureau pour le rapport détaillé et pour l'appui qu'il avait fourni aux pays affectés. Il était convenu que la situation au Venezuela posait une menace non seulement à l'encontre du peuple vénézuélien mais aussi pour la santé et la sécurité collectives de tous les pays de la Région. Il a également été signalé que la situation avait déjà eu un effet négatif sur certains indicateurs régionaux de santé et pouvait entraver l'atteinte des objectifs de développement

durable dans la Région, en particulier ceux liés à la santé maternelle, au VIH, au paludisme et à la tuberculose.

340. Un délégué a décrit l'impact que la migration du Venezuela avait eu sur les conditions de santé dans son pays et le lourd fardeau que des afflux massifs de migrants avaient imposé à ses services et systèmes de santé. D'autres délégués ont décrit les mesures que leurs gouvernements avaient prises pour aborder les défis créés par la situation au Venezuela et pour aider les personnes affectées, un délégué soulignant que les migrants, indépendamment de leur nationalité, ethnicité ou statut d'immigration, ne devaient pas être privés de leurs droits, y compris leur droit à la santé. Il a également insisté sur le fait que la situation des migrants ne devait pas être politisée et que les intérêts politiques et économiques ne devaient pas primer sur les préoccupations pour la vie humaine et le droit à la santé. La nécessité d'un plan d'action régional sur la santé des migrants a été soulignée, et le Bureau a été invité à préparer un tel plan pour le soumettre à l'examen du 57^e Conseil directeur en septembre 2019.

341. Le Bureau a également été invité à continuer d'intensifier son travail en matière de vaccination et d'approvisionnement en vaccins, d'appui à la mise en œuvre du Règlement sanitaire international dans la Région et de renforcement des capacités de surveillance épidémiologique. Un délégué a lancé un appel pour l'établissement d'un cordon sanitaire autour du Venezuela pour prévenir la propagation des maladies transmissibles.

342. Le Dr Ugarte a souligné l'importance de la coordination entre les acteurs impliqués dans la réponse à la situation au Venezuela, en affirmant que la coordination ne faisait pas seulement appel à la priorisation des activités mais aussi à la différenciation des responsabilités des divers acteurs et à l'identification des domaines dans lesquels chacun pourrait vraiment faire une différence. Le travail que l'OPS et d'autres partenaires avaient réalisé à ce jour ne représentait qu'un faible pourcentage de ce qui était requis pour répondre aux immenses besoins au Venezuela. Un appui massif était nécessaire pour assurer un accès aux services de santé pour la population vénézuélienne. Le Bureau continuerait d'assurer une coordination étroite avec d'autres organismes internationaux et les États Membres pour identifier les domaines dans lesquels la coopération technique de l'OPS serait la plus bénéfique.

343. La Directrice a affirmé que la réponse à la situation au Venezuela avait été une démonstration claire de la solidarité qui caractérisait l'Organisation depuis très longtemps. Les États Membres et le Bureau avaient uni leurs efforts pour soutenir le Venezuela et s'appuyer mutuellement pour faire face aux défis que la situation avait engendrés. Le Bureau avait établi des groupes de travail au siège de l'OPS et au Venezuela. Le personnel du Bureau avait parfois dû travailler dans des conditions très difficiles, mais il avait persisté parce qu'il pensait qu'une menace à la santé dans un pays était une menace à la santé et la sécurité de tous les pays de la Région.

344. Le Bureau a exprimé sa reconnaissance aux pays qui avaient fait un effort considérable pour accueillir les migrants vénézuéliens et répondre à leurs besoins et qui

continueraient de les appuyer, bien que les pays eux-mêmes aient à décider comment gérer la transition de migrants au statut de résidents. À la suite de la réunion ministérielle régionale sur la migration de masse et la santé en novembre 2018,¹² le Bureau avait élaboré des lignes directrices et établi un forum régional pour l'échange d'information sur la santé et la migration. Il travaillerait avec les États Membres à l'élaboration d'un plan d'action.

345. Le Comité a pris note du rapport.

Clôture de la session

346. Après l'échange habituel de politesses, le Président a déclaré que la 164^e session du Comité exécutif était close.

Résolutions et décisions

347. Suit la liste des résolutions et décisions adoptées par le Comité exécutif à sa 164^e session :

Résolutions

CE164.R1 : Recouvrement des contributions fixées

LA 164^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné le *Rapport sur le recouvrement des contributions fixées* (documents CE164/24 et Add. I) présenté par la Directrice ;

Notant qu'aucun État Membre n'est redevable d'arriérés de contributions fixées dans la mesure où il pourrait être soumis à l'application de l'article 6.B de la Constitution de l'Organisation panaméricaine de la Santé ;

Notant qu'au 24 juin 2019, 23 États Membres ne se sont acquittés d'aucun versement au titre de leurs contributions fixées pour 2019,

DÉCIDE :

1. De prendre note du *Rapport sur le recouvrement des contributions fixées* (documents CE164/24 et Add. I) présenté par la Directrice.

¹² Regional Ministerial Meeting on Mass Migration and Health: Meeting Proceedings. Washington, DC: OPS; 2018. Disponible en anglais sur : https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&slug=regional-ministerial-meeting-on-mass-migration-and-health&Itemid=270&lang=en.

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 arriérés de contributions.
3. De remercier les États Membres qui se sont déjà acquittés de leurs contributions pour 2019 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 57^e Conseil directeur sur la situation du recouvrement des contributions fixées.

(Première réunion, le 24 juin 2019)

CE164.R2 : *Initiative de l'OPS pour l'élimination des maladies : une politique visant à appliquer une approche intégrée et durable aux maladies transmissibles dans les Amériques*

LA 164^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné l'*Initiative de l'OPS pour l'élimination des maladies : une politique visant à appliquer une approche intégrée et durable aux maladies transmissibles dans les Amériques* (document CE164/16),

DÉCIDE :

De recommander que le 57^e Conseil directeur adopte une résolution dans les termes suivants :

**INITIATIVE DE L'OPS POUR L'ÉLIMINATION DES MALADIES :
UNE POLITIQUE VISANT À APPLIQUER UNE APPROCHE INTÉGRÉE ET
DURABLE AUX MALADIES TRANSMISSIBLES DANS LES AMÉRIQUES**

LE 57^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant examiné l'*Initiative de l'OPS pour l'élimination des maladies : une politique visant à appliquer une approche intégrée et durable aux maladies transmissibles dans les Amériques* (document CD57/___), qui articule et explique l'approche institutionnelle de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) et sa stratégie complète pour l'élimination des maladies transmissibles ;

Considérant que cette initiative traduit l'engagement pris par les États Membres de progresser vers les objectifs de développement durable d'ici à 2030 et les objectifs du *Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques 2018-2030* ;

Conscient des répercussions de ces maladies et de ces pathologies dans les Amériques, particulièrement parmi les populations en situation de vulnérabilité ;

Reconnaissant les bénéfices financiers potentiels de la mise en œuvre de programmes et de stratégies de santé publique d'un bon rapport coût-efficacité qui envisagent les maladies et pathologies cibles sur l'ensemble du parcours de vie et déployées selon une approche multisectorielle des systèmes et des réseaux de santé au niveau des pays sur l'ensemble des Amériques ;

Considérant le travail en cours pour atteindre la santé universelle telle qu'elle est abordée dans le document de l'OPS *Stratégie pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle* (résolution CD53.R14 [2014]) et le cadre d'action de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) visant au renforcement des systèmes de santé (2007), et conscient que le premier niveau de soins est le pilier principal de l'élimination des maladies ;

Considérant les nombreux plans d'action et stratégies de l'OPS et l'OMS ciblant divers états de santé liés à cette initiative ;

Saluant le rôle historique de l'OPS dans les grandes réalisations en matière d'élimination des maladies au niveau de la Région et du monde ;

Conscient que cette initiative offre au pays des Amériques une orientation et une direction vers l'élimination des maladies transmissibles grâce à l'adoption d'une approche commune et durable,

DÉCIDE :

1. D'approuver l'*Initiative de l'OPS pour l'élimination des maladies : une politique visant à appliquer une approche intégrée et durable aux maladies transmissibles dans les Amériques* (document CD57/___).
2. De prier instamment les États Membres, en fonction de leurs priorités et contextes nationaux :
 - a) d'adopter et de mettre en œuvre l'approche stratégique de cette initiative d'élimination pour promouvoir et intensifier l'élimination des maladies transmissibles et des pathologies connexes dans leurs programmes nationaux de santé publique ;
 - b) de garantir que le principe général de l'initiative d'élimination, soit une approche sur l'ensemble du parcours de vie, est appliqué à tous les niveaux de services des réseaux et des systèmes sanitaires nationaux ;
 - c) de renforcer la capacité communautaire et institutionnelle à produire des données de qualité pouvant être utilisées pour suivre le progrès de l'élimination des maladies

- transmissibles et des pathologies connexes, et à générer des données factuelles supplémentaires ;
- d) de déployer des efforts pour favoriser la coordination gouvernementale intersectorielle et la participation de la société civile et des communautés à l'élimination des maladies et des pathologies connexes ;
 - e) de favoriser un meilleur accès à des services sanitaires de qualité en renforçant les soins de santé primaires et en travaillant à concrétiser la santé universelle.
3. De demander à la Directrice :
- a) de garantir un soutien politique, administratif, financier et de gestion, y compris en intensifiant la mobilisation de ressources externes, pour une mise en œuvre réussie de l'initiative d'élimination ;
 - b) de promouvoir et d'améliorer la collaboration interprogrammatique et multisectorielle pour pérenniser les synergies entre toutes les parties prenantes escomptées pour une contribution à la mise en œuvre de l'initiative d'élimination ;
 - c) de développer la coordination au niveau régional et de pays pour améliorer l'accès aux vaccins, aux médicaments, aux tests diagnostiques et autres fournitures clés, comme les moustiquaires de lit, les produits de lutte antivectorielle et les équipements de désinfection de l'eau et d'assainissement, par l'intermédiaire du Fonds renouvelable de l'OPS pour les fournitures stratégiques de santé publique et du Fonds renouvelable de l'OPS pour l'achat de vaccins ;
 - d) de mesurer les progrès réalisés sur le plan de l'élimination des maladies transmissibles et des pathologies connexes en renforçant les systèmes d'informations sanitaires qui peuvent garantir, tout au long du parcours de vie, la mise à disposition et l'analyse de données fiables et de qualité issues des services de santé, comme ceux de la santé de la mère et de l'enfant, de la santé communautaire, les consultations spécialisées et autres établissements ;
 - e) de continuer à donner la priorité à la Région sur le plan des réseaux nationaux de laboratoire et de la gestion de la chaîne d'approvisionnement (services de laboratoires cliniques et environnementaux, services de transport et de livraison) pour les médicaments, les tests diagnostiques, les insecticides et autres produits de santé publique ;
 - f) de coordonner, de favoriser et d'offrir une coopération technique au niveau régional aux pays et territoires pour une prestation intégrée des soins de santé, particulièrement au niveau des soins de santé primaires, afin de parvenir à l'élimination des maladies transmissibles ;
 - g) de notifier périodiquement aux Organes directeurs les progrès réalisés et les défis rencontrés lors de la mise en œuvre de l'initiative, par trois rapports de progression en 2023, 2026 et 2029, ainsi qu'un rapport final en 2031.

(Première réunion, le 24 juin 2019)

CE164.R3 : *Plan d'action pour éliminer les acides gras trans produits industriellement 2020-2025*

LA 164^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné le *Plan d'action pour éliminer les acides gras trans produits industriellement 2020-2025* (document CE164/17),

DÉCIDE :

De recommander que le 57^e Conseil directeur adopte une résolution dans les termes suivants :

**PLAN D'ACTION POUR ÉLIMINER LES ACIDES GRAS TRANS
PRODUITS INDUSTRIELLEMENT 2020-2025**

LE 57^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant examiné le *Plan d'action pour éliminer les acides gras trans produits industriellement 2020-2025* (document CD57/___) ;

Ayant pris en compte les exemples de meilleures pratiques pour l'élimination des acides gras trans produits industriellement (AGT-PI) dans la Région des Amériques et dans le monde ;

Ayant examiné les recommandations de l'Organisation mondiale de la Santé, des États Membres, des principaux experts et de la documentation scientifique ;

Conscient des progrès insuffisants réalisés à ce jour suite aux mesures volontaires dans la Région et dans le monde, et des résultats supérieurs que produirait l'élimination obligatoire des AGT-PI ;

Considérant qu'il s'agit d'une intervention politique réalisable, dont le coût est bas et l'impact élevé, et que l'investissement dans une politique réglementaire peut sauver annuellement des dizaines de milliers de vies pour les générations à venir ;

Conscient de la nécessité, pour les États Membres qui n'ont pas encore agi, d'intervenir de concert et de manière résolue pour éliminer les AGT-PI de l'alimentation,

DÉCIDE :

(OP)1. D'approuver et de mettre en œuvre le *Plan d'action pour éliminer les acides gras trans produits industriellement 2020-2025* (document CD57/___).

(OP)2. De prier instamment les États Membres, selon leurs priorités et contextes nationaux :

- a) de promouvoir la réalisation des objectifs du *Plan d'action pour éliminer les acides gras trans produits industriellement 2020-2025* et d'y participer pour faire progresser sa mise en œuvre de manière plus efficace ;
- b) d'adopter des politiques réglementaires pour éliminer les AGT-PI de l'alimentation ;
- c) de garantir la mise en œuvre des politiques d'élimination des AGT-PI au moyen de systèmes de contrôle de l'application de la réglementation clairement définis ;
- d) d'évaluer les progrès réalisés en matière d'élimination des AGT-PI de l'alimentation ;
- e) de favoriser une prise de conscience des responsables politiques, des producteurs, des fournisseurs et du public quant aux répercussions négatives des acides gras trans sur la santé et des bénéfices sanitaires liés à l'élimination des AGT-PI ;
- f) d'établir des mécanismes de suivi et d'évaluation.

(OP)3. De demander à la Directrice :

- a) de soutenir les États Membres pour la préparation, la révision et l'exécution des politiques visant à éliminer les AGT-PI ;
- b) de promouvoir la coopération technique avec les pays, et d'un pays à l'autre, pour partager les données factuelles, les meilleures pratiques, les outils et les enseignements tirés ;
- c) d'assurer la coordination avec les autres instances concernées, parmi lesquelles les mécanismes d'intégration infrarégionale et le Codex Alimentarius.

(Deuxième réunion, le 24 juin 2019)

CE164.R4 : *Plan d'action pour le renforcement des systèmes d'information en santé 2019-2023*

LA 164^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné le *Plan d'action pour le renforcement des systèmes d'information en santé 2019-2023* (document CE164/18),

DÉCIDE :

De recommander que le 57^e Conseil directeur adopte une résolution dans les termes suivants :

PLAN D'ACTION POUR LE RENFORCEMENT DES SYSTÈMES D'INFORMATION EN SANTÉ 2019-2023

LE 57^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant examiné le *Plan d'action pour le renforcement des systèmes d'information en santé 2019-2023*, (document CD57/___) ;

Tenant compte de la nécessité d'appuyer le *Plan d'action pour le renforcement des données d'état civil 2017-2022* et de progresser dans la mise en œuvre des conclusions et des recommandations des trois réunions de haut niveau sur les systèmes d'information en santé tenues avec les pays des Caraïbes, d'Amérique centrale et d'Amérique du Sud ;

Tenant compte du fait que le Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques 2018-2030 définit un objectif spécifique (objectif 6) pour « améliorer les systèmes d'information de la santé (« IS4H », selon le sigle anglais) qui sont essentiels pour améliorer la politique et la prise de décisions d'ordre sanitaire, ainsi que pour mesurer et surveiller les inégalités en matière de santé au sein de la population, et progresser vers l'atteinte de l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle »,

DÉCIDE :

1. D'approuver le *Plan d'action pour le renforcement des systèmes d'information en santé 2019-2023* (document CD57/___).
2. De prier instamment les États Membres, tout en tenant compte du contexte, des besoins, des vulnérabilités et des priorités qui leur sont propres :
 - a) de promouvoir la mise en œuvre du *Plan d'action pour le renforcement des systèmes d'information en santé 2019-2023* pour progresser de manière plus efficace vers l'intégration et l'interopérabilité des systèmes ;
 - b) d'appuyer la mise en œuvre des initiatives évoquées dans ce plan aux niveaux nationaux et infranationaux pour intégrer dans les systèmes de santé les données relatives aux populations en situation de vulnérabilité ;
 - c) de renforcer les capacités techniques et les compétences du personnel de santé, en particulier au niveau des soins primaires, pour améliorer la collecte et l'échange de données qui permettent de prendre des décisions plus éclairées, reposant sur les meilleures données factuelles possibles.
3. De demander à la Directrice :
 - a) de fournir un appui technique aux États Membres afin de renforcer les capacités nationales pour la mise en œuvre de systèmes d'information en santé permettant l'interconnexion et l'interopérabilité ;

- b) de fournir un appui technique aux États Membres pour évaluer de manière normalisée le degré de maturité des systèmes d'information pour la santé ;
- c) d'apporter un soutien aux équipes techniques pour renforcer les capacités des pays de produire des données et des informations de qualité, complètes et actualisées, et de présenter régulièrement des informations sur les progrès accomplis dans les processus de suivi des objectifs de développement durable, l'analyse de la situation sanitaire et l'étude des possibilités.

(Deuxième réunion, le 24 juin 2019)

CE164.R5 : Programme élargi de manuels et de matériel pédagogique (PALTEX)

LA 164^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné le document CE164/23, *Programme élargi de manuels et de matériel pédagogique (PALTEX)*,

DÉCIDE :

De recommander que le 57^e Conseil directeur adopte une résolution dans les termes suivants :

**PROGRAMME ÉLARGI DE MANUELS ET
DE MATÉRIEL PÉDAGOGIQUE (PALTEX)**

LE 57^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant examiné le document CD57/__, *Programme élargi de manuels et de matériel pédagogique (PALTEX)*, présenté par la Directrice;

Reconnaissant que l'éducation en santé a évolué dans la Région des Amériques tant sur le plan de ses tendances pédagogiques qu'en ce qui a trait à l'inclusion de nouveaux outils technologiques dans les processus éducatifs, et que les besoins identifiés par les États Membres de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) en 1966 diffèrent des besoins actuels;

Conscient du fait que la coopération technique pour l'éducation des professionnels de la santé doit renforcer, élargir et moderniser les processus éducatifs pour mieux répondre aux besoins actuels des États Membres de l'OPS, conformément à la *Stratégie en matière de ressources humaines pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle*,

DÉCIDE :

1. D'approuver la proposition contenue dans le document CD57/ __, *Programme élargi de manuels et de matériel pédagogique (PALTEX)*.
2. De demander à la Directrice :
 - a) de coordonner et de mettre en œuvre les mesures nécessaires pour la cessation définitive, en date du 31 décembre 2019, des fonctions de PALTEX, y compris les aspects administratifs, financiers et de ressources humaines;
 - b) de fournir un appui aux pays et territoires, dans le cadre de la *Stratégie en matière de ressources humaines pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle*, pour renforcer les systèmes et stratégies d'éducation au niveau national, afin de perfectionner et de maintenir les compétences des agents de santé axées sur la santé universelle.

(Deuxième réunion, le 24 juin 2019)

CE164.R6 : Politique budgétaire de l'OPS

LA 164^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné le projet de *Politique budgétaire de l'OPS* (document CE164/14),

DÉCIDE :

De recommander que le 57^e Conseil directeur adopte une résolution dans les termes suivants :

POLITIQUE BUDGÉTAIRE DE L'OPS

LE 57^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant examiné le projet de *Politique budgétaire de l'OPS* (document CD57/ __), qui présente une politique budgétaire régionale révisée qui définit une nouvelle manière d'allouer les plafonds budgétaires au sein de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) ;

Notant les recommandations contenues dans l'évaluation externe de la politique budgétaire existante qui a été présentée aux États Membres pour examen dans les documents CD56/6 et CD56/6, Add. 1 ;

Conscient que l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et l'OPS ont adopté des approches budgétaires intégrées et que les États Membres approuvent désormais un budget intégré, et non plus seulement le budget ordinaire, comme c'était le cas avant la période biennale 2016-2017 ;

Considérant les délibérations du Comité exécutif,

DÉCIDE :

1. De remercier le Groupe consultatif sur le plan stratégique (SPAG) et en particulier le Sous-groupe du SPAG sur l'indice des besoins en santé et la politique budgétaire pour leurs efforts visant à recommander des modifications et introduire de nouveaux critères pour la répartition des plafonds budgétaires entre les bureaux du représentant de l'OPS/OMS dans les pays.
2. De prendre note du modèle proposé pour la répartition des plafonds budgétaires entre les pays.
3. D'approuver la nouvelle *Politique budgétaire de l'OPS*, en mettant l'accent sur les points suivants :
 - a) la répartition du budget entre les trois niveaux fonctionnels de l'Organisation (national, infrarégional et régional) sera telle que, dans le but de renforcer la coopération avec les pays, le Bureau sanitaire panaméricain (BSP) s'efforcera continuellement de maintenir des structures fonctionnelles et organisationnelles optimales visant à avoir le plus grand impact possible dans les pays, tout en répondant efficacement aux mandats régionaux et infrarégionaux collectifs ;
 - b) la cible de la part budgétaire pour les niveaux national et infrarégional (combinés) est fixée à 45 % pour la période 2020-2025 ; la répartition entre les niveaux fonctionnel et organisationnel reste dynamique, ce qui permet d'ajuster le plafond budgétaire tout au long du processus de planification comme nécessaire, toujours de manière transparente et dans le but d'améliorer les résultats de la santé dans et pour les pays ;
 - c) lors de la réaffectation des plafonds budgétaires entre les pays, l'allocation budgétaire d'un pays ne peut pas être modifiée (augmentée ou diminuée) de plus de 10 % par période biennale ;
 - d) si la « clause d'exemption » permettant un ajustement manuel est utilisée au cours d'une période biennale donnée, la justification correspondante sera présentée aux États Membres pour examen et approbation.
4. De veiller à ce que les allocations budgétaires par pays dans les budgets programmes de l'OPS pour la période 2020-2025 soient guidées par la politique budgétaire et mises en œuvre progressivement sur les trois périodes biennales, en vue d'assurer des transitions gérables pour les programmes de coopération technique et les bureaux du représentant de l'OPS/OMS.

5. De promouvoir l'établissement de priorités dans l'allocation des ressources entre les résultats programmatiques conformément aux mandats collectifs et individuels des États Membres, tels qu'énoncés dans les documents de planification de l'OPS.
6. De demander à la Directrice :
- a) d'appliquer la nouvelle *Politique budgétaire de l'OPS* lors de l'élaboration des futurs projets de budgets programmes soumis à l'examen du Conseil directeur ou de la Conférence sanitaire panaméricaine ;
 - b) de présenter tous les deux ans au Conseil directeur ou à la Conférence sanitaire panaméricaine une mise à jour sur la mise en œuvre de la *Politique budgétaire de l'OPS*, dans le cadre du rapport sur l'évaluation de fin de période biennale du budget programme de l'OPS ;
 - c) de présenter au Conseil directeur ou à la Conférence sanitaire panaméricaine une évaluation rigoureuse de la *Politique budgétaire de l'OPS* à la suite de deux périodes biennales (quatre ans) de mise en œuvre, pour s'assurer qu'elle répond aux objectifs fixés dans la politique ;
 - d) de collaborer avec les États Membres pour promouvoir des modes de coopération plus efficaces dans un contexte de contraintes financières.

(Troisième réunion, le 25 juin 2019)

CE164.R7 : Barème des contributions fixées 2020-2021

LA 164^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Prenant en compte le fait que le *Barème des contributions fixées pour 2020-2021* de l'Organisation panaméricaine de la Santé (document CE164/15) incorpore le nouveau barème des quotes-parts de l'Organisation des États Américains approuvé par son Assemblée générale pour les années 2019 à 2023,

DÉCIDE :

De recommander que le 57^e Conseil directeur adopte une résolution dans les termes suivants :

BARÈME DES CONTRIBUTIONS FIXÉES POUR 2020-2021

LE 57^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant examiné le rapport du Bureau sanitaire panaméricain sur le *Barème des contributions fixées 2020-2021* à appliquer aux États Membres, États participants et Membres associés de l'Organisation panaméricaine de la Santé pour la période biennale 2020-2021 (document CD57/___) ;

Gardant à l'esprit les dispositions de l'article 60 du Code sanitaire panaméricain, qui établit que les contributions fixées de l'Organisation panaméricaine de la Santé seront réparties parmi les gouvernements signataires sur la même base que les quotes-parts de l'Organisation des États Américains ;

Prenant en compte l'article 24(A) de la Constitution de l'Organisation panaméricaine de la Santé, qui stipule que l'Organisation sera financée par les contributions annuelles des gouvernements membres et que le taux de ces contributions sera déterminé en conformité avec l'article 60 du Code sanitaire panaméricain ;

Considérant que l'Assemblée générale de l'Organisation des États Américains a adopté un barème des quotes-parts pour la période 2019-2023 ;

Gardant à l'esprit que le niveau du total des contributions fixées doit encore être déterminé,

DÉCIDE :

1. D'approuver le *Barème des contributions fixées 2020-2021* (document CD57/___), ci-dessous.
2. De demander au Bureau sanitaire panaméricain de présenter des montants détaillés des contributions fixées brutes et nettes qui doivent être payées par les États Membres, États participants et Membres associés de l'Organisation panaméricaine de la Santé dès que le niveau du total des contributions fixées aura été déterminé.

Membres	Taux de contribution (%)	
	2020	2021
<i>États Membres</i>		
Antigua-et-Barbuda	0,022	0,029
Argentine	3,000	3,229
Bahamas	0,047	0,051
Barbade	0,026	0,032
Belize	0,022	0,029
Bolivie	0,070	0,075
Brésil	12,457	13,408
Canada	9,801	10,549
Chili	1,415	1,523
Colombie	1,638	1,763
Costa Rica	0,256	0,276
Cuba	0,132	0,142
Dominique	0,022	0,029
El Salvador	0,076	0,082
Équateur	0,402	0,433
États-Unis	59,445	56,285
Grenade	0,022	0,029
Guatemala	0,171	0,184
Guyana	0,022	0,029
Haïti	0,022	0,029
Honduras	0,043	0,046
Jamaïque	0,053	0,057
Mexique	6,470	6,964
Nicaragua	0,022	0,029
Panama	0,191	0,206
Paraguay	0,087	0,094
Pérou	1,005	1,082
République dominicaine	0,268	0,288
Saint-Kitts-et-Nevis	0,022	0,029
Saint-Vincent-et-les-Grenadines	0,022	0,029
Sainte-Lucie	0,022	0,029
Suriname	0,022	0,029
Trinité-et-Tobago	0,129	0,139
Uruguay	0,298	0,321
Venezuela	1,940	2,088

<i>États participants</i>		
France	0,146	0,146
Pays-Bas	0,022	0,029
Royaume-Uni	0,022	0,029
<i>Membres associés</i>		
Aruba	0,022	0,029
Curaçao	0,022	0,029
Porto Rico	0,082	0,073
Sint Maarten	0,022	0,029
TOTAL	100,000	100,000

(Troisième réunion, le 25 juin 2019)

CE164.R8 : *Projet de budget programme de l'Organisation panaméricaine de la Santé 2020-2021*

LA 164^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné le *Projet de budget programme de l'Organisation panaméricaine de la Santé 2020-2021* (document CE164/13) ;

Ayant examiné le Rapport de la treizième session du Sous-comité du programme, du budget et de l'administration (document CE164/4) ;

Prenant note des efforts déployés par le Bureau sanitaire panaméricain (BSP ou le Bureau) pour proposer un budget programme qui utilise une approche ascendante et tient compte des priorités des États Membres, ainsi que des mandats régionaux et mondiaux, y compris les objectifs de développement durable ;

Ayant examiné l'annexe A au projet de budget programme, dans laquelle le BSP expose les critères justifiant l'augmentation des contributions fixées en fonction du besoin de renforcer le niveau des pays, par le soutien aux priorités stratégiques telles qu'établies dans le Plan stratégique 2020-2025 de l'Organisation panaméricaine de la Santé, et par une compensation partielle de la hausse des coûts et des activités du personnel due à l'inflation; et en tenant compte des efforts déployés par le Bureau pour améliorer l'efficacité, la productivité, le niveau de responsabilisation et la transparence ;

Prenant note des efforts déployés par le BSP pour proposer un budget programme qui tient compte tant des préoccupations économiques des États Membres que de la responsabilité conjointe des États Membres et du Bureau d'exécuter les mandats en matière de santé publique ;

Gardant à l'esprit l'article 14.C de la Constitution de l'Organisation panaméricaine de la Santé et l'article III, paragraphe 3.4 et 3.5, du Règlement financier de l'Organisation panaméricaine de la Santé,

DÉCIDE :

De recommander au 57^e Conseil directeur d'adopter une résolution rédigée selon les termes suivants :

**BUDGET PROGRAMME DE
L'ORGANISATION PANAMÉRICAIN DE LA SANTÉ 2020-2021**

LE 57^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant examiné le *Budget programme de l'Organisation panaméricaine de la Santé 2020-2021* (Document officiel __) ;

Ayant examiné le rapport de la 164^e session du Comité exécutif (document CD57/__) ;

Prenant note des efforts déployés par le Bureau sanitaire panaméricain (BSP ou le Bureau) pour proposer un budget programme qui tient compte tant des préoccupations économiques des États Membres que de la responsabilité conjointe des États Membres et du Bureau d'exécuter les mandats en matière de santé publique ;

Gardant à l'esprit l'article 14.C de la Constitution de l'Organisation panaméricaine de la Santé et l'article III, paragraphe 3.5, du Règlement financier de l'Organisation panaméricaine de la Santé,

DÉCIDE :

1. D'approuver le programme de travail de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) avec un budget de US\$ 620,0 millions¹ pour les programmes de base et de \$30,0 millions pour les programmes spéciaux, tel que décrit dans le *Budget programme de l'Organisation panaméricaine de la Santé 2020–2021* (Document officiel __).
2. D'encourager les États Membres, les États participants et les Membres associés à continuer de s'acquitter de leurs contributions fixées dans les délais impartis en 2020 et 2021 ainsi que des arriérés de contributions qu'ils pourraient avoir accumulés au cours des périodes budgétaires précédentes.
3. D'encourager les États Membres, les États participants et les Membres associés à continuer de plaider en faveur d'une répartition équitable des ressources de l'Organisation

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

mondiale de la Santé (OMS) et en particulier pour que l'OMS finance pleinement l'espace budgétaire alloué à la Région des Amériques.

4. D'encourager les États Membres, les États participants et les Membres associés à verser des contributions volontaires alignées sur le Budget programme 2020-2021 de l'OPS et, dans la mesure du possible, à envisager de rendre ces contributions pleinement flexibles et non affectées.

5. D'approuver les contributions fixées pour l'exercice biennal 2020-2021 d'un montant de \$225,9 millions composé a) de \$194,4 millions en contributions nettes des États Membres, États participants et Membres associés, ne requérant aucune augmentation par rapport au dernier montant approuvé des contributions fixées nettes (\$194,4 millions), et b) de \$31 478 000 à titre de transfert au Fonds de péréquation des impôts, tel qu'indiqué dans le tableau ci-dessous.

6. Dans le cadre de l'établissement des contributions fixées des États Membres, des États participants et des Membres associés, les contributions fixées seront en outre réduites du montant inscrit à leur crédit dans le Fonds de péréquation des impôts, à part que les crédits des États qui prélèvent des impôts sur les émoluments reçus du BSP par leurs ressortissants et résidents seront réduits des montants de tels remboursements d'impôts par le BSP.

7. De financer les programmes de base approuvés de la façon suivante et à partir des sources de financement indiquées :

Source de financement	Montant (US\$)
Contributions fixées des États Membres, des États participants et des Membres associés de l'OPS	225 878 000
Moins crédit provenant du Fonds de péréquation des impôts	31 478 000
Recettes diverses inscrites au budget	20 000 000
Contributions volontaires de l'OPS et autres sources	189 800 000
Allocation de fonds à la Région des Amériques provenant de l'OMS	215 800 000
TOTAL	620 000 000

8. D'autoriser la Directrice à utiliser toutes les sources de financement indiquées ci-dessus pour financer le Budget programme 2020-2021 de l'OPS, sous réserve de la disponibilité des fonds.

9. De demander à la Directrice de faire rapport sur le montant des dépenses pour chaque source de financement, et au titre des 28 résultats intermédiaires du Budget programme 2020-2021 de l'OPS, dans l'évaluation de fin de période biennale qui sera présentée aux Organes directeurs en 2022.

(Troisième réunion, le 25 juin 2019)

CE164.R9 : Contributions fixées des États Membres, des États participants et des Membres associés de l'Organisation panaméricaine de la santé pour 2020-2021

LA 164^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Considérant que par la résolution CE164.R8, le Comité exécutif a recommandé que le 57^e Conseil directeur approuve le *Projet de budget programme de l'Organisation panaméricaine de la Santé 2020-2021* (document CE164/13) ;

Considérant que par la résolution CE164.R7, le Comité exécutif a recommandé que le 57^e Conseil directeur approuve le *Barème des contributions fixées pour 2020-2021* (document CE164/15) ;

Ayant examiné le *Projet de budget programme de l'Organisation panaméricaine de la Santé 2020-2021* (document CE164/13) ;

Ayant examiné le *Rapport de la treizième session du Sous-comité du programme, du budget et de l'administration* (document CE164/4),

DÉCIDE :

De recommander au 57^e Conseil directeur l'adoption d'une résolution rédigée selon les termes suivants :

CONTRIBUTIONS FIXÉES DES ÉTATS MEMBRES, DES ÉTATS PARTICIPANTS ET DES MEMBRES ASSOCIÉS DE L'ORGANISATION PANAMÉRICAIN DE LA SANTÉ POUR 2020-2021

LE 57^e CONSEIL DIRECTEUR,

Considérant que par la résolution CD57.R__ le Conseil directeur a approuvé le *Budget programme 2020-2021 de l'Organisation panaméricaine de la Santé* (Document officiel __) ;

Gardant à l'esprit que le Conseil directeur, dans la résolution CD57.R__, a adopté le barème des contributions fixées 2020-2021 pour les États Membres, les États participants et les Membres associés de l'Organisation panaméricaine de la Santé,

DÉCIDE :

De fixer les contributions des États Membres, des États participants et des Membres associés de l'Organisation panaméricaine de la Santé pour les exercices financiers 2020 et 2021 conformément au barème des contributions fixées indiqué ci-après et pour les montants correspondants, lesquels ne représentent aucune augmentation par rapport à la période biennale 2018-2019.

Scénario 1 : contributions calculées sur la base d'une croissance zéro

CONTRIBUTIONS DES ÉTATS MEMBRES, DES ÉTATS PARTICIPANTS ET DES ÉTATS ASSOCIÉS
DE L'ORGANISATION PANAMÉRICAINE DE LA SANTÉ POUR L'EXERCICE FINANCIER 2020-2021

Membres	Taux de contribution (%)		Contributions brutes (US\$)		Crédit provenant du Fonds de péréquation des impôts (US\$)*		Ajustements pour impôts prélevés par des États Membres sur les émoluments reçus par le personnel du BSP (US\$)		Contributions nettes (US\$)	
	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021
États Membres										
Antigua-et-Barbuda	0,022	0,029	24 847	32 752	3 463	4 564			21 384	28 188
Argentine	3,000	3,229	3 388 170	3 646 800	472 170	508 212			2 916 000	3 138 588
Bahamas	0,047	0,051	53 081	57 599	7 397	8 027			45 684	49 572
Barbade	0,026	0,032	29 364	36 140	4 092	5 036			25 272	31 104
Belize	0,022	0,029	24 847	32 752	3 463	4 564			21 384	28 188
Bolivie	0,070	0,075	79 057	84 704	11 017	11 804			68 040	72 900
Brésil	12,457	13,408	14 068 811	15 142 861	1 960 607	2 110 285			12 108 204	13 032 576
Canada	9,801	10,549	11 069 151	11 913 935	1 542 579	1 660 307	40 000	40 000	9 566 572	10 293 628
Chili	1,415	1,523	1 598 087	1 720 061	222 707	239 705			1 375 380	1 480 356
Colombie	1,638	1,763	1 849 941	1 991 115	257 805	277 479			1 592 136	1 713 636
Costa Rica	0,256	0,276	289 124	311 712	40 292	43 440			248 832	268 272
Cuba	0,132	0,142	149 079	160 373	20 775	22 349			128 304	138 024
Dominique	0,022	0,029	24 847	32 752	3 463	4 564			21 384	28 188
El Salvador	0,076	0,082	85 834	92 610	11 962	12 906			73 872	79 704
Équateur	0,402	0,433	454 015	489 026	63 271	68 150			390 744	420 876
États-Unis	59,445	56,285	67 136 589	63 567 716	9 356 049	8 858 696	8 000 000	8 000 000	65 780 540	62 709 020
Grenade	0,022	0,029	24 847	32 752	3 463	4 564			21 384	28 188
Guatemala	0,171	0,184	193 126	207 808	26 914	28 960			166 212	178 848
Guyana	0,022	0,029	24 847	32 752	3 463	4 564			21 384	28 188
Haiti	0,022	0,029	24 847	32 752	3 463	4 564			21 384	28 188
Honduras	0,043	0,046	48 564	51 952	6 768	7 240			41 796	44 712
Jamaïque	0,053	0,057	59 858	64 375	8 342	8 971			51 516	55 404
Mexique	6,470	6,964	7 307 153	7 865 072	1 018 313	1 096 064			6 288 840	6 769 008
Nicaragua	0,022	0,029	24 847	32 752	3 463	4 564			21 384	28 188
Panama	0,191	0,206	215 713	232 654	30 061	32 422			185 652	200 232
Paraguay	0,087	0,094	98 257	106 163	13 693	14 795			84 564	91 368
Pérou	1,005	1,082	1 135 037	1 222 000	158 177	170 296			976 860	1 051 704
République dominicaine	0,268	0,288	302 677	325 264	42 181	45 328			260 496	279 936
Saint-Kitts-et-Nevis	0,022	0,029	24 847	32 752	3 463	4 564			21 384	28 188
Saint-Vincent-et-les-Grenadines	0,022	0,029	24 847	32 752	3 463	4 564			21 384	28 188

Membres	Taux de contribution (%)		Contributions brutes (US\$)		Crédit provenant du Fonds de péréquation des impôts (US\$)*		Ajustements pour impôts prélevés par des États Membres sur les émoluments reçus par le personnel du BSP (US\$)		Contributions nettes (US\$)	
	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021
Sainte-Lucie	0,022	0,029	24 847	32 752	3 463	4 564			21 384	28 188
Suriname	0,022	0,029	24 847	32 752	3 463	4 564			21 384	28 188
Trinité-et-Tobago	0,129	0,139	145 691	156 985	20 303	21 877			125 388	135 108
Uruguay	0,298	0,321	336 558	362 534	46 902	50 522			289 656	312 012
Venezuela	1,940	2,088	2 191 017	2 358 166	305 337	328 630	35 000	35 000	1 920 680	2 064 536
États participants										
France	0,146	0,146	164 891	164 891	22 979	22 979			141 912	141 912
Pays-Bas	0,022	0,029	24 847	32 752	3 463	4 564			21 384	28 188
Royaume-Uni	0,022	0,029	24 847	32 752	3 463	4 564			21 384	28 188
États associés										
Aruba	0,022	0,029	24 847	32 752	3 463	4 564			21 384	28 188
Curaçao	0,022	0,029	24 847	32 752	3 463	4 564			21 384	28 188
Porto Rico	0,082	0,073	92 610	82 445	12 906	11 489			79 704	70 956
Sint Maarten	0,022	0,029	24 847	32 752	3 463	4 564			21 384	28 188
TOTAL	100,000	100,000	112 939 000	112 939 000	15 739 000	15 739 000	8 075 000	8 075 000	105 275 000	105 275 000

* Le crédit total sur le Fonds de péréquation des impôts a été calculé sur la base du nombre de membres du personnel détenant des postes à durée fixe au 31 décembre 2018. Les taux de change de l'ONU pour la même date ont été utilisés, le cas échéant.

(Troisième réunion, le 25 juin 2019)

CE164.R10 : Stratégie et plan d'action pour le don et l'accès équitable aux greffes d'organes, de tissus et de cellules 2019-2030

LA 164^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné la *Stratégie et plan d'action pour le don et l'accès équitable aux greffes d'organes, de tissus et de cellules 2019-2030* (document CE164/20),

DÉCIDE :

De recommander que le 57^e Conseil directeur adopte une résolution dans les termes suivants :

STRATÉGIE ET PLAN D'ACTION POUR LE DON ET L'ACCÈS ÉQUITABLE AUX GREFFES D'ORGANES, DE TISSUS ET DE CELLULES 2019-2030

LE 57^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant examiné la *Stratégie et plan d'action pour le don et l'accès équitable aux greffes d'organes, de tissus et de cellules 2019-2030* (document CD57/___) ;

Tenant compte du fait que l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) a adopté en 2009, moyennant la résolution CD49.R18, le *Cadre politique pour le don et la transplantation d'organes humains*, et que le Comité exécutif de l'OPS s'est déclaré favorable en septembre 2017 à ce que la Directrice du Bureau sanitaire panaméricain engage des consultations en vue de l'élaboration d'un plan d'action pour le don et la transplantation d'organes humains afin de progresser plus rapidement sur la voie tracée dans la politique en question ;

Considérant que la 29^e Conférence sanitaire panaméricaine a adopté en 2017 le Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques 2018-2030, qui promeut, parmi ses objectifs, l'amélioration de l'accès équitable aux médicaments, vaccins et autres technologies sanitaires prioritaires de qualité, selon les données scientifiques disponibles, comme une étape importante vers la réalisation de l'accès universel à la santé et de la couverture sanitaire universelle,

DÉCIDE :

1. D'adopter et de mettre en œuvre la *Stratégie et le plan d'action pour le don et l'accès équitable aux greffes d'organes, de tissus et de cellules 2019-2030* (document CD57/___) ;
2. D'exhorter les États Membres, tout en tenant compte du contexte spécifique de leurs systèmes de santé nationaux ainsi que de leurs besoins, vulnérabilités et priorités :

- a) à promouvoir la mise en œuvre de la *Stratégie et du plan d'action pour le don et l'accès équitable aux greffes d'organes, de tissus et de cellules 2019-2030* afin d'atteindre un élargissement progressif et l'accès équitable et de qualité aux greffes d'organes, de tissus et de cellules, sur la base du don volontaire et altruiste et dans le respect des principes directeurs de l'Organisation mondiale de la Santé concernant la transplantation d'organes ;
 - b) à faire rapport périodiquement sur les progrès accomplis dans le cadre de cette stratégie et des indicateurs définis dans le plan d'action.
3. De demander à la Directrice :
- a) de fournir aux États Membres une coopération technique en vue de l'élaboration de plans d'action nationaux mis à jour et de disséminer des outils qui facilitent la disponibilité d'organes, de tissus et de cellules et l'accès équitable aux services de transplantation ;
 - b) de renforcer et de promouvoir la coordination entre les pays, y compris la coopération Sud-Sud, et entre les agences des Nations Unies et autres organismes internationaux et acteurs principaux qui travaillent dans des domaines liés aux activités de don et de transplantation d'organes, de tissus et de cellules ;
 - c) d'informer périodiquement les Organes directeurs de l'OPS sur les progrès réalisés et les défis rencontrés dans l'exécution de la stratégie et du plan d'action.

(Quatrième réunion, le 25 juin 2019)

CE164.R11 : Acteurs non étatiques en relations officielles avec l'Organisation Panaméricaine de la Santé

LA 164^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné le rapport du Sous-comité du programme, du budget et de l'administration intitulé *Acteurs non étatiques en relations officielles avec l'Organisation Panaméricaine de la Santé* (document CE164/7) ;

Ayant à l'esprit les dispositions du *Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques*, adopté par le 55^e Conseil directeur au moyen de la résolution CD55.R3 (2016), laquelle régit le statut des relations officielles entre l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) et ces entités,

DÉCIDE :

1. De renouveler les relations officielles entre l'OPS et les sept acteurs non étatiques dont les noms suivent pour une période de trois ans :

- a) l'Association latino-américaine des industries pharmaceutiques ;
 - b) le Centre Ross de l'Institut des ressources mondiales pour les villes durables ;
 - c) la Coalition des Caraïbes saines ;
 - d) la Confédération latino-américaine de biochimie clinique ;
 - e) la Fondation Mundo Sano ;
 - f) le Réseau pour la santé des femmes d'Amérique latine et des Caraïbes ;
 - g) la Société interaméricaine de cardiologie.
2. De reporter l'examen des dossiers des deux acteurs non étatiques dont les noms suivent pour aménager un délai suffisant afin de parachever de nouveaux plans de collaboration sans pour autant compromettre les relations actuelles :
- a) la Fédération panaméricaine des associations d'écoles de médecine ;
 - b) la Fédération panaméricaine des professionnels en soins infirmiers.
3. De mettre fin aux relations officielles avec les trois acteurs non étatiques suivants en raison du manque de collaboration au cours des trois dernières années :
- a) American College of Healthcare Executives ;
 - b) le Collège interaméricain de radiologie ;
 - c) la Fédération latino-américaine des hôpitaux.
4. De demander à la Directrice :
- a) d'informer les acteurs non étatiques concernés des décisions prises par le Comité exécutif ;
 - b) de continuer de développer des relations de travail dynamiques avec les acteurs non étatiques interaméricains qui présentent un intérêt pour l'Organisation dans des domaines s'inscrivant dans les priorités programmatiques adoptées par les Organes directeurs à l'intention de l'OPS ;
 - c) de continuer à favoriser des relations entre les États Membres et les acteurs non étatiques œuvrant dans le domaine de la santé.

(Cinquième réunion, le 26 juin 2019)

CE164.R12 : *Stratégie et le plan d'action pour améliorer la qualité des soins lors de la prestation de services de santé 2020-2025*

LA 164^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné la *Stratégie et le plan d'action pour améliorer la qualité des soins lors de la prestation de services de santé 2020-2025* (document CE164/21),

DÉCIDE :

De recommander que le 57^e Conseil directeur adopte une résolution dans les termes suivants :

STRATÉGIE ET PLAN D'ACTION POUR AMÉLIORER LA QUALITÉ DES SOINS LORS DE LA PRESTATION DE SERVICES DE SANTÉ 2020-2025

LE 57^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant examiné la *Stratégie et le plan d'action pour améliorer la qualité des soins lors de la prestation de services de santé 2020-2025* (document CD57/___) ;

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

Conscient que l'Assemblée générale des Nations Unies a adopté le Programme de développement durable à l'horizon 2030, dont l'objectif 3 propose de « permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge » ;

Considérant que la mise en œuvre de la *Stratégie pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle*, approuvée par le 53^e Conseil directeur de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) en 2014, appelle à progresser afin de fournir l'accès universel à des services de santé globaux de qualité et dont l'élargissement sera progressif, qui soient cohérents avec les besoins en santé, les capacités du système et le contexte national ; et d'identifier les besoins non satisfaits et différenciés de la population ainsi que les besoins spécifiques des groupes en situation de vulnérabilité ;

Reconnaissant que, malgré les progrès réalisés, des défis subsistent, en particulier en ce qui concerne la formulation et la mise en œuvre de stratégies visant à garantir la qualité globale et durable ;

Considérant, en outre, que chaque pays a la capacité de définir son plan d'action, en tenant compte de son contexte social, économique, politique, juridique, historique et culturel, ainsi que des défis sanitaires actuels et futurs,

DÉCIDE :

1. D'approuver et de mettre en œuvre la *Stratégie et le plan d'action pour améliorer la qualité des soins lors de la prestation de services de santé 2020-2025* (document CD57/___).
 2. De prier instamment les États Membres, compte tenu de leurs contextes, de leurs besoins, de leurs vulnérabilités et de leurs priorités :
 - a) de mettre en œuvre des plans d'action nationaux, en prenant comme cadre de référence les objectifs contenus dans la stratégie et le plan d'action, et d'établir des mécanismes de suivi utilisant les indicateurs proposés ;
 - b) de mettre en place des mécanismes formels de participation et de dialogue pour l'élaboration et la mise en œuvre de politiques et stratégies nationales pour la qualité, ainsi que la transparence et la reddition de comptes dans les services de santé ;
 - c) d'identifier et de mettre en œuvre des processus continus de qualité dans les services de santé, axés sur la sécurité et les droits des personnes, en favorisant l'autonomisation des personnes et des communautés par la formation, la participation et l'accès à l'information ;
 - d) de mettre en place des mécanismes formels pour renforcer le rôle directeur dans l'élaboration des politiques et des stratégies nationales pour la qualité, y compris la collaboration et la coordination entre les hautes autorités afin de promouvoir des synergies dans la réglementation, la planification stratégique et la prise de décisions sur la base d'analyses de la situation ;
 - e) de promouvoir, au sein des réseaux de services, le développement d'équipes interprofessionnelles chargées du suivi et de l'évaluation de la qualité, dotées de systèmes d'information facilitant leur travail ;
 - f) d'élaborer des stratégies de formation continue pour les ressources humaines de la santé, par l'intégration des nouvelles technologies de l'information et des communications, la télésanté, l'éducation en ligne et les réseaux d'apprentissage, afin d'améliorer la capacité de résolution et la qualité de la performance, en mettant particulièrement l'accent sur le renforcement de la capacité de résolution du premier niveau de soins et le développement de réseaux intégrés des services de santé ;
 - g) d'accroître l'efficacité et le financement public nécessaires pour fournir des ressources adéquates afin d'assurer la qualité de services de santé complets, en accordant une attention particulière aux personnes et aux communautés en situation de vulnérabilité.
-

3. De demander à la Directrice :
- a) de promouvoir le dialogue intersectoriel en vue de faciliter la mise en œuvre de la stratégie et du plan d'action et de plaider en faveur de l'accroissement des investissements dans la santé qui garantissent des ressources suffisantes ;
 - b) de continuer à élaborer des mesures et des outils pour appuyer la mise en œuvre de la stratégie et du plan d'action ;
 - c) de prioriser la coopération technique qui appuie les pays dans l'élaboration de processus participatifs visant à la définition de cibles et d'objectifs nationaux, ainsi que de plans d'action visant à améliorer la qualité des soins dans les services de santé complets pour les personnes, leurs familles et les communautés dans les États Membres ;
 - d) de promouvoir l'innovation en matière de coopération technique, en actualisant les mécanismes du Bureau sanitaire panaméricain afin de faciliter une action interprogrammatique coordonnée visant à améliorer la qualité ;
 - e) d'encourager la recherche, l'échange d'expériences et la coopération entre les pays sur les interventions visant à améliorer la qualité des soins lors de la prestation des services de santé ;
 - f) de rendre compte périodiquement aux Organes directeurs de l'OPS des progrès accomplis et des difficultés rencontrées dans la mise en œuvre de la stratégie et du plan d'action, et de présenter un examen à mi-parcours et un rapport final.

(Cinquième réunion, le 26 juin 2019)

CE164.R13 : Amendements au Statut et au Règlement du personnel du Bureau sanitaire panaméricain

LA 164^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné les amendements au Règlement du personnel du Bureau sanitaire panaméricain présentés par la Directrice à l'annexe A du document CE164/27 ;

Prenant en compte les mesures prises par la Soixante-Douzième Assemblée mondiale de la Santé concernant la rémunération des directeurs régionaux, des sous-directeurs généraux et du Directeur général adjoint sous réserve de l'approbation par l'Assemblée générale des Nations Unies du barème amendé des traitements de base minima pour les catégories professionnelle et de rang supérieur ;

Ayant 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 de l'application uniforme des conditions d'emploi pour les fonctionnaires du Bureau sanitaire panaméricain et des institutions du régime commun des Nations Unies,

DÉCIDE :

1. De confirmer, en vertu de l'article 020 du Règlement du personnel, les amendements au Règlement du personnel effectués par la Directrice et prenant effet le 1^{er} janvier 2019 concernant le traitement du personnel des catégories professionnelle et de rang supérieur et un barème commun des contributions du personnel.
2. D'établir le traitement annuel du Sous-directeur du Bureau sanitaire panaméricain, à partir du 1^{er} janvier 2019, à \$178 433¹ brut par année, donnant lieu à un traitement net correspondant de \$133 266.
3. D'établir le traitement annuel du Directeur adjoint du Bureau sanitaire panaméricain, à partir du 1^{er} janvier 2019, à \$179 948 avant déduction des contributions du personnel, donnant lieu à un traitement net modifié de \$134 266.
4. D'établir le traitement annuel du Directeur du Bureau sanitaire panaméricain, à partir du 1^{er} janvier 2019, à \$198 315 avant déduction des contributions du personnel, donnant lieu à un traitement net modifié de \$146 388.

Annexe

Annexe

**PROPOSITION D'AMENDEMENT AU RÈGLEMENT DU
PERSONNEL DU BUREAU SANITAIRE PANAMÉRICAIN**

330. TRAITEMENTS

330.1 Les traitements de base bruts sont soumis à imposition selon les taux suivants :

...

330.1.2 Pour la catégorie des services généraux :

Montant total soumis à retenue (US\$)	Taux d'imposition (%)
Première tranche de 20 000	19
Tranche suivante de 20 000	23
Tranche suivante de 20 000	26
Tranche suivante de 20 000	28
Solde du montant soumis à retenue	29

(Cinquième réunion, le 26 juin 2019)

¹ Sauf stipulation contraire, tous les montants indiqués dans la présente résolution sont exprimées en dollars des États-Unis.

CE164.R14 : Stratégie et plan d'action sur l'ethnicité et la santé 2019-2025

Ayant examiné la *Stratégie et plan d'action sur l'ethnicité et la santé 2019-2025* (document CE164/22),

DÉCIDE :

De recommander que le 57^e Conseil directeur adopte une résolution dans les termes suivants :

**STRATÉGIE ET PLAN D'ACTION SUR
L'ETHNICITÉ ET LA SANTÉ 2019-2025**

LE 57^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant examiné la *Stratégie et plan d'action sur l'ethnicité et la santé 2019-2025* (document CD57/___) ;

Tenant compte du fait que la 29^e Conférence sanitaire panaméricaine a approuvé en septembre 2017 la *Politique en matière d'ethnicité et de santé*, dont la résolution demande à la Directrice de continuer à prioriser l'ethnicité en tant qu'axe transversal, dans une perspective de genre, d'équité et de droits de l'homme, dans le cadre de la coopération technique de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) ;

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

Notant que l'adoption de mesures dans le cadre de la santé interculturelle pourrait contribuer à améliorer les résultats en matière de santé des populations autochtones, des personnes d'ascendance africaine, des Roms et des membres d'autres groupes ethniques, conformément au Plan stratégique 2020-2025 de l'OPS, ses objectifs stratégiques, ses résultats escomptés au niveau régional et ses indicateurs ;

Considérant les enseignements tirés et les résolutions déjà approuvées qui reconnaissent la nécessité de renforcer la santé interculturelle dans les interventions de santé ;

Faisant siens la vision des objectifs de développement durable, le Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques 2018-2030, le Plan stratégique 2020-2025 de l'Organisation panaméricaine de la Santé, la *Politique de l'OPS en matière d'égalité des genres*, la résolution sur la *Santé et les droits de l'homme*, la *Stratégie pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle* et le *Plan d'action sur la santé dans toutes les politiques*,

DÉCIDE :

1. D'approuver et de mettre en œuvre la *Stratégie et plan d'action sur l'ethnicité et la santé 2019-2025* (document CD57/___).
2. De prier instamment les États Membres, en tenant compte de leur contexte et de leurs besoins, de promouvoir la réalisation des objectifs et des indicateurs de la *Stratégie et plan d'action sur l'ethnicité et la santé 2019-2025* afin de progresser plus rapidement par rapport à la feuille de route définie par la *Politique en matière d'ethnicité et de santé*.
3. De demander à la Directrice, dans la limite des possibilités financières de l'Organisation :
 - a) de fournir un appui technique aux États Membres pour la mise en œuvre de la *Stratégie et plan d'action sur l'ethnicité et la santé 2019-2025* ;
 - b) de maintenir l'ethnicité et la santé comme thématique transversale de la coopération technique de l'OPS ;
 - c) de renforcer les mécanismes de coordination et de collaboration inter-institutions afin de créer des synergies et d'accroître l'efficacité de la coopération technique, y compris au sein du système des Nations Unies, du système interaméricain et avec les autres parties prenantes travaillant dans le domaine de l'ethnicité et de la santé, en particulier avec les mécanismes d'intégration infrarégionale et les institutions financières internationales pertinentes ;
 - d) de faire régulièrement rapport aux Organes directeurs sur les progrès réalisés et les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre de la stratégie et du plan d'action.

(Septième réunion, le 27 juin 2019)

CE164.R15 : Nomination d'un membre au Comité d'audit de l'OPS

LA 164^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Considérant que le 49^e Conseil directeur, au moyen de la résolution CD49.R2 (2009), a établi le Comité d'audit de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) pour qu'il fonctionne à titre d'organe consultatif d'experts indépendant auprès de la Directrice du Bureau sanitaire panaméricain (BSP) et des États Membres de l'OPS ;

Guidée par les attributions du Comité d'audit, lesquelles établissent la procédure devant être observée aux fins d'évaluation et de nomination, par le Comité exécutif, des membres du Comité d'audit de l'OPS ;

Notant que les attributions du Comité d'audit établissent que les membres du Comité peuvent exercer au maximum deux mandats complets d'une durée de trois ans chacun ;

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

DÉCIDE :

1. De remercier la Directrice du BSP et le Sous-comité du programme, du budget et de l'administration pour le travail minutieux qu'ils ont accompli afin d'identifier et de nommer des candidats hautement compétents pour faire partie du Comité d'audit de l'OPS.
2. De remercier M. Claus Andreasen pour ses années au service du Comité d'audit de l'OPS.
3. De nommer M. Alan Siegfried comme membre du Comité d'audit de l'OPS pour un mandat de trois ans allant de juin 2019 à juin 2020.

(Septième réunion, le 27 juin 2019)

CE164.R16 : *Prix de l'OPS en gestion et leadership dans le domaine des services de santé 2019*

LA 164^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Après avoir examiné le *Rapport du Jury d'octroi du Prix de l'OPS en gestion et leadership dans le domaine des services de santé 2019* (document CE164/5, Add. I) ;

Gardant à l'esprit les dispositions des procédures et directives en vue de conférer le Prix de l'OPS en gestion et leadership dans le domaine des services de santé (connu précédemment comme Prix de l'OPS pour l'administration), tel qu'approuvées par le 56^e Conseil directeur (2018),¹

DÉCIDE :

1. De féliciter les candidats au Prix de l'OPS en gestion et leadership dans le domaine des services de santé 2019 pour leur professionnalisme et l'extraordinaire travail accompli au nom de leur pays et de la Région.

¹ Les procédures et les lignes directrices pour l'attribution du prix ont été approuvées par la 18^e Conférence sanitaire panaméricaine (1970) et modifiées par la 24^e Conférence sanitaire panaméricaine (1994), par le Comité exécutif lors de ses 124^e (1999), 135^e (2004), 140^e (2007), 146^e (2010) et 158^e (2016) sessions, et par le 56^e Conseil directeur (2018).

2. De conférer, sur recommandation du Jury, le Prix de l'OPS en gestion et leadership dans le domaine des services de santé 2019 au Dr Reina Roa Rodríguez, du Panama, pour ses contributions visant à promouvoir la santé publique par la lutte antitabac aux niveaux national, régional et mondial, ainsi que pour ses fonctions en tant que Directrice nationale de la planification de la santé, chargée de superviser l'élaboration et la mise en œuvre de la politique nationale de santé du Panama et de ses lignes directrices stratégiques 2016-2025, conçues pour la première fois selon une approche de gestion intersectorielle et axée sur les résultats. En outre, le Dr Reina Roa Rodríguez a contribué de manière significative à la rédaction du Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques 2018-2030 et à la préparation du Plan stratégique de l'Organisation panaméricaine de la Santé 2020-2025.

3. De transmettre le *Rapport du Jury d'octroi du Prix de l'OPS en gestion et leadership dans le domaine des services de santé 2019* (document CE164/5, Add. I), au 57^e Conseil directeur.

(Huitième réunion, le 27 juin 2019)

CE164.R17 : *Ordre du jour provisoire du 57^e Conseil directeur de l'OPS, 71^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques*

LA 164^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné l'ordre du jour provisoire (document CD57/1) établi par la Directrice du Bureau sanitaire panaméricain pour le 57^e Conseil directeur de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS), 71^e session du Comité régional de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) pour les Amériques, qui fait l'objet de l'annexe A du document CE164/3 ;

Ayant à l'esprit les dispositions de l'article 12.C de la Constitution de l'Organisation panaméricaine de la Santé ainsi que l'article 7 du Règlement intérieur du Conseil directeur,

DÉCIDE :

D'approuver l'ordre du jour provisoire (document CD57/1) établi par la Directrice pour le 57^e Conseil directeur de l'OPS, 71^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques.

(Huitième réunion, le 27 juin 2019)

CE164.R18 : *Projet de Plan stratégique de l'Organisation panaméricaine de la Santé 2020-2025*

LA 164^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné le *Projet de Plan stratégique de l'Organisation panaméricaine de la Santé 2020-2025* (document CE164/12), présenté par la Directrice et élaboré en collaboration avec le Groupe consultatif sur le Plan stratégique (SPAG) ;

Reconnaissant les contributions du Président, du Vice-président et des 19 autres États Membres composant le SPAG ;

Prévoyant que le 57^e Conseil directeur prendra en considération les commentaires du Comité exécutif dans la finalisation du Plan stratégique,

DÉCIDE :

De recommander au 57^e Conseil directeur l'adoption d'une résolution rédigée selon les termes suivants :

**PLAN STRATÉGIQUE DE L'ORGANISATION
PANAMÉRICAIN DE LA SANTÉ 2020-2025**

LE 57^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant examiné le *Plan stratégique de l'Organisation panaméricaine de la Santé 2020-2025* (document officiel____) présenté par la Directrice ;

Reconnaissant le processus participatif présidant à l'élaboration du Plan stratégique par l'intermédiaire du Groupe consultatif sur le Plan stratégique (SPAG) ainsi que les consultations nationales effectuées par les États Membres pour définir leurs priorités programmatiques, en collaboration avec le Bureau sanitaire panaméricain (BSP) ;

Notant que le Plan stratégique offre le cadre principal pour orienter et assurer la continuité dans l'élaboration des budgets programmes ainsi que des plans opérationnels sur une période de trois exercices biennaux, et que le Plan stratégique répond aux objectifs de développement durable liés à la santé, au Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2018-2030, qui est le mandat régional de plus haut niveau en matière de santé, au treizième programme général de travail de l'Organisation mondiale de la Santé, ainsi qu'à d'autres mandats pertinents établis à l'échelle régionale et mondiale ;

Considérant le contexte de la santé dans la Région des Amériques, où les écarts et les disparités persistent entre différents groupes relativement à l'obtention de résultats sanitaires en dépit des progrès significatifs et soutenus vers la réalisation de l'accès universel à la santé et de la couverture sanitaire universelle ;

Saluant la vision stratégique du Plan sous le thème de *L'équité au cœur de la santé*, qui vise à positionner l'équité en santé comme le but ultime et à catalyser les efforts déployés dans les États Membres pour réduire les iniquités en matière de santé à l'intérieur des pays et territoires et entre eux afin d'améliorer les résultats de santé ;

Reconnaissant que le Plan stratégique représente un ensemble de résultats complets et collectifs que l'Organisation vise à obtenir conformément aux mandats susmentionnés, et que des rapports ultérieurs sur la mise en œuvre du Plan stratégique et de ses budgets programmes constitueront le moyen principal d'assurer la responsabilisation et la transparence du BSP et des États Membres de l'OPS sur le plan programmatique, conformément aux principes de la gestion axée sur les résultats,

DÉCIDE :

1. D'approuver le *Plan stratégique de l'Organisation panaméricaine de la Santé 2020-2025 (document officiel __)*.
2. De remercier les membres du SPAG pour leur engagement et leurs contributions stratégiques et techniques à l'élaboration du Plan stratégique, et d'exprimer sa gratitude à la Directrice pour avoir assuré l'appui efficace de tous les niveaux du BSP à l'égard du SPAG et l'approche participative utilisée pour ce processus important.
3. D'inviter les organisations concernées du système des Nations Unies et du système interaméricain, les partenaires internationaux de l'aide au développement, les institutions financières internationales, les institutions universitaires, la société civile, les organisations du secteur privé et d'autres entités à apporter leur appui à la réalisation des cibles ambitieuses établies dans le Plan stratégique.
4. De prier instamment tous les États Membres, tout en tenant compte de leurs priorités et contextes nationaux, d'identifier les mesures à prendre et les ressources nécessaires afin d'atteindre les cibles collectives établies dans le Plan stratégique.
5. De demander à la Directrice :
 - a) d'utiliser le Plan stratégique afin d'établir une orientation stratégique pour l'Organisation durant la période 2020-2025 de sorte à faire progresser les objectifs de développement durable liés à la santé, le Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques 2018-2030, le treizième programme général de travail de l'Organisation mondiale de la Santé, ainsi que d'autres mandats régionaux et mondiaux ;

- b) d'utiliser la stratification des priorités programmatiques définies dans le Plan stratégique pour l'affectation des ressources et la coordination des efforts de mobilisation des ressources ;
- c) de continuer à mettre en œuvre la stratégie des pays clés par le biais de la coopération technique du BSP, en appliquant les résultats de l'indice des besoins de santé mis à jour afin de combler les écarts qui existent sur le plan sanitaire à l'intérieur des pays et entre eux ;
- d) de continuer à utiliser les outils conjoints de suivi et d'évaluation, à élargir la collecte de données ventilées et à développer l'utilisation des données régionales de santé fondamentales et d'autres systèmes d'information existants, pour faire rapport sur la mise en œuvre du Plan stratégique et ses budgets programmes ;
- e) d'entreprendre un examen complet des enseignements tirés du Plan stratégique 2014-2019 afin de mieux guider les politiques et interventions de santé reposant sur des données factuelles au cours des six prochaines années ;
- f) de faire rapport au Conseil directeur sur la mise en œuvre du Plan stratégique au moyen de rapports biennaux d'évaluation des résultats en 2022 et 2024, avec une évaluation finale en 2026 ;
- g) de recommander aux futurs Conseils directeurs tout amendement au Plan stratégique selon que de besoin.

(Huitième réunion, le 27 juin 2019)

CE164.R19 : *Stratégie et plan d'action sur la promotion de la santé dans le contexte des objectifs de développement durable 2019-2030*

LA 164^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné le projet de *Stratégie et plan d'action sur la promotion de la santé dans le contexte des objectifs de développement durable 2019-2030* (document CE164/19, Rev. 1) ;

Consciente de l'impact des efforts de promotion de la santé dans la Région des Amériques et des succès de modèles qui vont au-delà du traitement de la maladie pour améliorer et maintenir la santé, et reconnaissant le besoin des peuples de vivre dans des environnements sains qui leur permettent d'améliorer leur santé et leur bien-être ;

Considérant le besoin de continuer d'élaborer des politiques, des programmes, des plans et des projets qui intègrent la promotion de la santé de manière équitable et sur la base de la solidarité, qui établissent un lien avec les politiques appropriées d'autres secteurs, qui ne laissent personne pour compte et qui soutiennent le droit d'atteindre le meilleur état de santé possible et d'obtenir la santé universelle,

DÉCIDE :

De recommander au 57^e Conseil directeur l'adoption d'une résolution rédigée selon les termes suivants :

LE 57^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant pris connaissance de la *Stratégie et plan d'action sur la promotion de la santé dans le contexte des objectifs de développement durable 2019-2030* (document CD57/___), dont les axes stratégiques préconisent de renforcer les milieux sains, de permettre la participation et l'autonomisation des communautés et la mobilisation de la société civile, de consolider la gouvernance et l'action intersectorielle en vue d'agir sur les déterminants sociaux de la santé, et de renforcer les systèmes et les services sanitaires par l'intégration d'une approche de promotion de la santé afin d'améliorer la santé et le bien-être des populations des Amériques ;

Reconnaissant l'importance de renouveler la promotion de la santé dans la Région dans le contexte des objectifs de développement durable, du Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques 2018-2030, de la *Stratégie pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle* et du Plan stratégique 2020-2025 de l'Organisation panaméricaine de la Santé afin d'améliorer la santé et le bien-être des populations des Amériques,

DÉCIDE :

1. D'approuver la *Stratégie et plan d'action sur la promotion de la santé dans le contexte des objectifs de développement durable 2019-2030* (document CD57/___).
2. De prier instamment les États Membres, conformément aux objectifs et aux indicateurs fixés dans le Plan d'action, et en tenant compte de leurs propres contextes et de leurs propres priorités :
 - a) de promouvoir la mise en œuvre de la *Stratégie et plan d'action sur la promotion de la santé dans le contexte des objectifs de développement durable 2019-2030* afin de progresser efficacement quant à sa mise en œuvre
3. De demander à la Directrice :
 - a) d'offrir un soutien technique aux États Membres afin de renforcer les capacités nationales en matière de promotion de la santé qui contribuent à la mise en œuvre de la stratégie et plan d'action et à l'atteinte de ses objectifs.

(Huitième réunion, le 27 juin 2019)

3. De demander à la Directrice :
- a) d'offrir un soutien technique aux États Membres afin de renforcer les capacités nationales en matière de promotion de la santé qui contribuent à la mise en œuvre de la stratégie et plan d'action et à l'atteinte de ses objectifs.

(Huitième réunion, le 27 juin 2019)

Décisions

CE164(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 soumis par la Directrice (document CE164/1, Rev. 1).

(Première réunion, le 24 juin 2019)

CE164(D2) : Représentation du Comité exécutif au 57^e Conseil directeur, 71^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques

En vertu de l'article 54 du Règlement intérieur, le Comité exécutif a désigné le Canada et le Pérou comme président et rapporteur respectivement pour représenter le Comité au 57^e Conseil directeur, 71^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques. Le Comité a nommé la Barbade et le Panama comme représentants suppléants.

(Huitième réunion, le 27 juin 2019)

EN FOI DE QUOI, le Délégué du Canada, Président du Comité exécutif, et la Directrice du Bureau sanitaire panaméricain, Secrétaire de droit, signent le présent rapport final en anglais.

FAIT à Washington, D.C., en ce vingt-huit jour de juin de l'année deux mille dix-neuf. Le Secrétaire déposera le document original dans les archives du Bureau sanitaire panaméricain. Le rapport final sera publié sur la page web de l'Organisation panaméricaine de la Santé une fois qu'il sera approuvé par le Président.

Michael Pearson
Président de la 164^e session du
Comité exécutif
Délégué du Canada

Carissa F. Etienne
Secrétaire de droit de la 164^e session du
Comité exécutif
Directrice du Bureau sanitaire
panaméricain

Annexe A

ORDRE DU JOUR

1. OUVERTURE DE LA SESSION

2. QUESTIONS RELATIVES AU RÈGLEMENT

- 2.1 Adoption de l'ordre du jour et du programme des réunions
- 2.2 Représentation du Comité exécutif lors du 57^e Conseil directeur de l'OPS, 71^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques
- 2.1 Projet d'ordre du jour provisoire du 57^e Conseil directeur de l'OPS, 71^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques

3. QUESTIONS RELATIVES AU COMITE

- 3.1 Rapport sur la 13^e session du Sous-comité du programme, du budget et de l'administration
- 3.2 Prix de l'OPS en gestion et leadership dans le domaine des services de santé 2019
- 3.3 Collaboration avec les acteurs non étatiques
- 3.4 Acteurs non étatiques en relations officielles avec l'OPS
- 3.5 Rapport annuel du Bureau d'éthique pour 2018
- 3.6 Rapport annuel du Bureau des enquêtes pour 2018
- 3.7 Rapport du Comité d'audit de l'OPS
- 3.8 Nomination d'un membre au Comité d'audit de l'OPS

4. QUESTIONS RELATIVES A LA POLITIQUE DES PROGRAMMES

- 4.1 Projet de plan stratégique de l'Organisation panaméricaine de la Santé 2020-2025
 - 4.2 Projet de budget programme de l'Organisation panaméricaine de la Santé pour 2020-2021
 - 4.3 Évaluation de la politique budgétaire de l'OPS
-

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

- 4.4 Barème des contributions fixées pour 2020-2021
- 4.5 Initiative de l'OPS pour l'élimination des maladies :
une politique visant à appliquer une approche intégrée
et durable aux maladies transmissibles dans les Amériques
- 4.6 Plan d'action pour éliminer les acides gras trans produits
industriellement 2020-2025
- 4.7 Plan d'action pour le renforcement des systèmes d'information
en santé 2019-2023
- 4.8 Stratégie et plan d'action sur la promotion de la santé dans
le contexte des objectifs de développement durable 2019-2030
- 4.9 Stratégie et plan d'action pour le don et l'accès équitable
aux greffes d'organes, de tissus et de cellules 2019-2030
- 4.10 Stratégie et plan d'action pour améliorer la qualité des soins
lors de la prestation de services de santé 2020-2025
- 4.11 Stratégie et plan d'action sur l'ethnicité et la santé 2019-2025
- 4.12 Programme élargi de manuels et de matériel pédagogique (PALTEX)

5. QUESTIONS ADMINISTRATIVES ET FINANCIERES

- 5.1 Rapport sur le recouvrement des contributions fixées
- 5.2 Rapport financier du Directeur et rapport du Commissaire aux comptes
pour 2018
- 5.3 Mise à jour concernant le Fond directeur d'investissement et la mise en
œuvre du Plan directeur d'investissement
- 5.4 Rapport du Bureau de la surveillance interne et des services d'évaluation
pour 2018

6. QUESTIONS RELATIVES AU PERSONNEL

- 6.1 Amendements au Statut et au Règlement du personnel du
Bureau sanitaire panaméricain
- 6.2 Gestion des ressources humaines du Bureau sanitaire panaméricain

6. QUESTIONS RELATIVES AU PERSONNEL *(suite)*

6.3 Déclaration du représentant de l'Association du personnel de l'OPS/OMS

7. QUESTIONS POUR INFORMATION

- 7.1 Rapport sur les enjeux stratégiques entre l'OPS et l'OMS
- 7.2 Suivi des résolutions et des mandats de l'Organisation panaméricaine de la Santé
- 7.3 Mise en œuvre du Règlement sanitaire international (RSI)
- 7.4 Les soins de santé primaire pour la santé universelle
- 7.5 Plan d'action sur la santé des adolescents et des jeunes : rapport final
- 7.6 Plan d'action pour la santé des personnes âgées y compris le vieillissement sain et actif : rapport final
- 7.7 Rapports d'avancement sur les questions techniques :
 - A. Plan d'action pour l'élimination des maladies infectieuses négligées et activités après la phase d'élimination 2016-2022 : examen à mi-parcours
 - B. Plan d'action pour la pérennité de l'élimination de la rougeole, de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale dans les Amériques 2018-2023 : rapport d'avancement
 - C. L'insuffisance rénale chronique dans les communautés agricoles en Amérique centrale : rapport d'avancement
 - D. La coopération pour le développement en matière de santé aux Amériques : rapport d'avancement
 - E. Plan d'action en matière de vaccination : rapport d'avancement
- 7.8 Résolutions et autres actions d'organisations intergouvernementales revêtant un intérêt pour l'OPS :
 - A. Soixante-douzième Assemblée mondiale de la Santé
 - B. Organisations sous-régionales
- 7.9 PAHO's Response to Maintaining an Effective Technical Cooperation Agenda in Venezuela and Neighboring Member States

8. AUTRES QUESTIONS

9. CLOTURE DE LA SESSION

Annexe B

LISTE DES DOCUMENTS

Official Documents

Off. Doc. 357 Rapport financier du Directeur et rapport du Commissaire aux comptes pour 2018

Documents du travail

CE164/1, Rev. 2 et
CE164/WP, Rev. 1 Adoption de l'ordre du jour et du programme des réunions

CE164/2 Représentation du Comité exécutif lors du 57^e Conseil directeur de l'OPS, 71^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques

CE164/3 Projet d'ordre du jour provisoire du 57^e Conseil directeur de l'OPS, 71^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques

CE164/4 Rapport sur la 13^e session du Sous-comité du programme, du budget et de l'administration

CE164/5 y Add. I Prix de l'OPS en gestion et leadership dans le domaine des services de santé 2019

CE164/6 Collaboration avec les acteurs non étatiques

CE164/7 Acteurs non étatiques en relations officielles avec l'OPS

CE164/8 Rapport annuel du Bureau d'éthique pour 2018

CE164/9, Rev. 1 Rapport annuel du Bureau des enquêtes pour 2018

CE164/10 Rapport du Comité d'audit de l'OPS

CE164/11 Nomination d'un membre au Comité d'audit de l'OPS

CE164/12 et Add. I Projet de plan stratégique de l'Organisation panaméricaine de la Santé 2020-2025

CE164/13, Add. I et
Add. II Projet de budget programme de l'Organisation panaméricaine de la Santé pour 2020-2021

CE164/14 Politique budgétaire de l'OPS

Documents du travail (*suite*)

CE164/15	Barème des contributions fixées pour 2020-2021
CE164/16	Initiative de l'OPS pour l'élimination des maladies : une politique visant à appliquer une approche intégrée et durable aux maladies transmissibles dans les Amériques
CE164/17	Plan d'action pour éliminer les acides gras trans produits industriellement 2020-2025
CE164/18	Plan d'action pour le renforcement des systèmes d'information en santé 2019-2023
CE164/19	Stratégie et plan d'action sur la promotion de la santé dans le contexte des objectifs de développement durable 2019-2030
CE162/20	Stratégie et plan d'action pour le don et l'accès équitable aux greffes d'organes, de tissus et de cellules 2019-2030
CE162/21	Stratégie et plan d'action pour améliorer la qualité des soins lors de la prestation de services de santé 2020-2025
CE164/22	Stratégie et plan d'action sur l'ethnicité et la santé 2019-2025
CE164/23	Programme élargi de manuels et de matériel pédagogique (PALTEX)
CE164/24 et Add. I	Rapport sur le recouvrement des contributions fixées
CE164/25	Mise à jour sur le Fonds directeur d'investissement et sur la mise en œuvre du Plan directeur d'investissement
CE164/26	Rapport du Bureau de la surveillance interne et des services d'évaluation pour 2018
CE164/27	Amendements au Statut et au Règlement du personnel du Bureau sanitaire panaméricain
CE164/28	Gestion des ressources humaines du Bureau sanitaire panaméricain
CE164/29	Déclaration du représentant de l'Association du personnel de l'OPS/OMS

Documents d'information

CE162/INF/1	Rapport sur les enjeux stratégiques entre l'OPS et l'OMS
CE162/INF/2	Suivi des résolutions et des mandats de l'Organisation panaméricaine de la Santé
CE162/INF/3	Mise en œuvre du Règlement sanitaire international (RSI)
CE162/INF/4, Rev. 1	Les soins de santé primaire pour la santé universelle
CE162/INF/5	Plan d'action sur la santé des adolescents et des jeunes : rapport final
CE162/INF/6	Plan d'action pour la santé des personnes âgées y compris le vieillissement sain et actif : rapport final
CE162/INF/7	Rapports d'avancement sur les questions techniques : A. Plan d'action pour l'élimination des maladies infectieuses négligées et activités après la phase d'élimination 2016-2022 : examen à mi-parcours B. Plan d'action pour la pérennité de l'élimination de la rougeole, de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale dans les Amériques 2018-2023 : rapport d'avancement C. L'insuffisance rénale chronique dans les communautés agricoles en Amérique centrale : rapport d'avancement D. La coopération pour le développement en matière de santé aux Amériques : rapport d'avancement E. Plan d'action en matière de vaccination : rapport d'avancement
CE164/INF/8	Résolutions et autres actions d'organisations intergouvernementales revêtant un intérêt pour l'OPS : A. Soixante-douzième Assemblée mondiale de la Santé B. Organisations sous-régionales
CE164/INF/9	Réponse de l'OPS pour maintenir un programme efficace de coopération technique au Venezuela et dans les États Membres voisins

Annexe C

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

President / Presidente:	Mr. Michael Pearson (Canada)
Vice-President / Vicepresidente:	Dr. Marvin Manzanero (Belize)
Rapporteur / Relator:	Dr. Fernando Ignacio Carbone Campoverde (Peru)

MEMBERS OF THE EXECUTIVE COMMITTEE / MIEMBROS DEL COMITÉ EJECUTIVO

BARBADOS

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Anton Best
Chief Medical Officer
Ministry of Health and Wellness
St. Michael

Delegates – Delegados

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

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

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

BELIZE

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Marvin Manzanero
Director of Health Services
Ministry of Health
Belmopan City

BRAZIL/BRASIL

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Sr. Carlos Fernando Gallinal Cuenca
Conselheiro, Representante Alterno
do Brasil junto à Organização dos
Estados Americanos
Washington, D.C.

Delegates – Delegados

Dr. Fernanda Martins Torres Matsumoto
Chefe de Divisão de Temas Multilaterais
Ministério de Relações Exteriores
Brasília

Sra. Maria Clara de Paula Tusco
Primeira-Secretária, Representante Alternata
do Brasil junto à Organização dos
Estados Americanos
Washington, D.C.

Sra. Indira Meira Gonçalves
Assessora Internacional para
Assuntos Multilaterais de Saúde
Ministério da Saúde
Brasília

CANADA/CANADÁ

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Mr. Michael Pearson
Branch Head
Office of International Affairs for the
Health Portfolio
Government of Canada, Ottawa

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

CANADA/CANADÁ (cont.)

Delegates – Delegados

Mr. Nicolas Palanque
Director
Multilateral Relations Division
Office of International Affairs for the
Health Portfolio
Government of Canada, Ottawa

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

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

Ms. Shafiqah Muhamad Nor
Senior Development Officer
Inter-American Affairs Division
Global Affairs Canada, Ottawa

Ms. Kate Trotter
Policy Analyst
Office of International Affairs for the
Health Portfolio
Government of Canada, Ottawa

COLOMBIA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Iván Darío González Ortíz
Viceministro de Salud Pública
y Prestación de Servicios
Ministerio de Salud y Protección Social
Bogotá

Delegates – Delegados

Sra. Carolina Schlesinger Faccini
Segunda Secretaria, Representante Alterna
de Colombia ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

ECUADOR

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. José Ruales
Subsecretario de Promoción de la Salud
e Igualdad
Ministerio de Salud
Quito

Delegates – Delegados

Sr. Marco Ponce
Encargado de Negocios, a.i.
Misión Permanente del Ecuador ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

PANAMA/PANAMÁ

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dra. Reina Roa
Directora Nacional de Planificación
Ministerio de Salud
Ciudad de Panamá

Delegates – Delegados

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

PERU/PERÚ

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Fernando Ignacio Carbone Campoverde
Asesor del Despacho Ministerial
Ministerio de Salud
Lima

Delegates – Delegados

Sr. José Marcos Rodríguez
Consejero, Representante Alterno de
Perú ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

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

UNITED STATES OF AMERICA/ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Mr. Garrett Grigsby
Director
Office of Global Affairs
Department of Health and Human Services
Washington, D.C.

Delegates – Delegados

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

Ms. Valerie Huber
Senior Policy Advisor
Office of the Assistant Secretary for Health
Department of Health and Human Services
Washington, D.C.

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

Ms. Rachel Owen
Health Advisor
Office of Economic and Development Assistance
Bureau of International Organization Affairs
Department of State
Washington, D.C.

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

Mr. Nelson Arboleda
Director, Americas Office
Office of Global Affairs
Department of Health and Human Services
Washington, D.C.

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

Delegates – Delegados (cont.)

Ms. Ann Danelski
Senior Global Health Officer
Multilateral Relations
Office of Global Affairs
Department of Health and Human Services
Washington, D.C.

Ms. Amy Kravitz Del Solar
Acting Health Team Lead
Office of Regional Sustainable Development
Bureau for Latin America and the Caribbean
United States Agency for International Development
Washington, D.C.

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

Mr. Patrick Connally
Management Specialist
Office of Management, Policy, and Resources
Bureau of International Organization Affairs
Department of State
Washington, D.C.

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

Ms. MacKenzie Klein
Global Health Officer
Department of Health and Human Services
Washington, D.C.

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

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

Delegates – Delegados (cont.)

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

Ms. Maya Levine
Senior Global Health Officer, Multilateral
Relations
Office of Global Affairs
Department of Health and Human Services
Washington, D.C.

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

Delegates – Delegados (cont.)

Ms. Jennifer Slotnick
Health Team Leader
Bureau for Latin America and the Caribbean
United States Agency for International
Development
Washington, D.C.

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

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

COSTA RICA

Lic. Adriana Salazar
Jefe de Asuntos Internacionales en Salud
Ministerio de Salud
San José

Excmo. Sr. Olger González Espinoza
Embajador, Representante Alterno de
Costa Rica ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

Sr. Antonio Alarcón Zamora
Ministro Consejero, Representante Alterno
de Costa Rica ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

**DOMINICAN REPUBLIC/REPÚBLICA
DOMINICANA**

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

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

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

EL SALVADOR

Sra. Dinora Escalante de Gálvez
Consejera, Representante Alternas de
El Salvador ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

GUATEMALA

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

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

HONDURAS

Sra. María Fernanda Pineda
Primera Secretaria, Representante Altern
de Honduras ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

MEXICO/MÉXICO

Excma. Sra. Luz Elena Baños Rivas
Embajadora, Representante Permanente de
México ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

Sra. Maite Narváez
Tercera Secretaria, Representante Altern
de México ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

PARAGUAY

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

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

PARTICIPATING STATES/ESTADOS PARTICIPANTES

FRANCE/FRANCIA

Mr. Mikael Garnier-Lavalley
Counselor for Health, Social Welfare
and Sports
Embassy of France
Washington, D.C.

Ms. Céline Jaeggy
Head, Department of Social Affairs
Embassy of France
Washington, D.C.

FRANCE/FRANCIA (cont.)

Mr. Louis Barse
Intern
Permanent Mission of France to the
Organization of American States
Washington, D.C.

OBSERVER STATES / ESTADOS OBSERVADORES

SPAIN/ESPAÑA

Sra. Dña. Concepción Figueroa
Observadora Permanente Adjunta de
España ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

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

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

Ms. Vina HuLamm

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

Mrs. Lily Waterston

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

Msc. Ing. Martín Méndez
Sra. Elizabeth Vasconcelos

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

Sr. Rafael Díaz-Granados
Sr. Juan Carlos Trujillo de Hart

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

Ms. Marcela Gaitán

SPECIAL GUESTS / INVITADOS ESPECIALES

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

Mr. Martin Guozden

**External Auditor, National Audit Office/Audit
Externo, Oficina Nacional de Auditoría**

Mr. Damian Brewitt
Mr. Simon Irwin

**PAN AMERICAN SANITARY BUREAU/
OFICINA SANITARIA PANAMERICANA**

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

Dr. Carissa F. Etienne

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

Dr. Isabella Danel
Deputy Director
Directora Adjunta

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

Dr. Jarbas Barbosa Da Silva Jr.
Assistant Director
Subdirector

Mr. Gerald Anderson
Director of Administration
Director de Administración

**PAN AMERICAN SANITARY BUREAU/
OFICINA SANITARIA PANAMERICANA**

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

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

Ms. Mônica Zaccarelli Davoli
Senior Advisor, Governing Bodies Office
Asesora Principal, Oficina de los Cuerpos
Directivos

Annexe D

Rapport de la réunion virtuelle du Comité exécutif tenue le 27 août 2019

Ouverture de la réunion

1. Une réunion virtuelle du Comité exécutif de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) a été tenue le 27 août 2019 pour poursuivre les discussions sur le projet de Plan stratégique de l'OPS 2020-2025 (voir paragraphes 73 à 88 du rapport final de la 164^e session du Comité, document CE164/FR).
2. Des délégués des membres suivants du Comité exécutif ont participé à la réunion, soit en personne au siège de l'OPS à Washington, D.C., ou en ligne via Webex : Belize, Brésil, Canada, Colombie, Équateur, États-Unis d'Amérique, Panama et Pérou. Des délégués des autres États Membres suivants ont participé en qualité d'observateurs : Argentine, Cuba, Guatemala, Honduras, Jamaïque, Mexique, Nicaragua, République dominicaine, Suriname, Trinité-et-Tobago et Venezuela (République bolivarienne du).
3. M. Nicolas Palanque (Canada, Président du Comité exécutif) a assumé la présidence et M. Gerald Anderson (Directeur de l'Administration du BSP) a été Secrétaire de droit et a représenté le Dr Carissa Etienne, Directrice du BSP, qui ne pouvait pas être présente.
4. M. Palanque a ouvert la réunion et souhaité la bienvenue aux participants. Il a expliqué que le but de la réunion était d'examiner et d'essayer d'obtenir un consensus sur un certain nombre de révisions proposées qui avaient été présentées pendant la période de commentaires, entre la fin de la 164^e session du Comité, le 28 juin, et le 15 juillet. Les changements qui avaient été convenus seraient incorporés dans la version du document qui devait être soumis au 57^e Conseil directeur. S'il devait s'avérer impossible d'obtenir un consensus sur un changement proposé, le texte apparaissant dans le document CE164/12, Rev. 1, serait retenu. Tout changement qui n'aurait pas été accepté au cours de la réunion virtuelle pourrait être discuté plus en détail durant la session du Conseil directeur. Aucun nouveau changement ne serait proposé durant la réunion virtuelle.

Projet de plan stratégique de l'Organisation panaméricaine de la Santé 2020-2025 (document CE164/12, Rev. 1)

5. M. Dean Chambliss (Directeur du Département de la planification et du budget du BSP) a examiné le contexte du projet de Plan stratégique et le calendrier pour son élaboration, rappelant qu'une version préliminaire complète du Plan stratégique avait été présentée à la 13^e session du Sous-comité du Programme, du Budget et de l'Administration en mars 2019. La proposition avait ensuite été affinée pour la 164^e session du Comité exécutif en juin. Un groupe de travail avait été formé durant la session de juin pour
-

examiner le libellé qui était encore en suspens dans certains énoncés de portée des résultats intermédiaires. Tous les problèmes en suspens sauf un avaient été résolus par le groupe de travail, et le langage convenu avait été approuvé par le Comité exécutif (voir paragraphe 85 du document CE164/FR). Les États Membres avaient été invités à continuer de soumettre des commentaires sur le projet de Plan stratégique jusqu'au 15 juillet. Les États-Unis d'Amérique avaient soumis plusieurs changements proposés et, après un nouvel examen de certaines parties du document, le BSP avait également proposé quelques changements.

6. Un certain nombre de changements proposés étaient liés à la section « contexte sanitaire » du document. Dans les paragraphes 20, 21, 39 et 40 du document CE164/12, Rev. 1, les États-Unis avaient proposé de supprimer le mot « structurel ». À la lumière des discussions tenues au cours de la réunion, la délégation des États-Unis a par la suite retiré sa proposition relativement à une référence aux « inégalités structurelles » dans le paragraphe 40.

7. En ce qui concerne le paragraphe 20, qui faisait état de « discrimination structurelle », le délégué des États-Unis a expliqué que sa délégation n'avait pas été en mesure d'identifier une quelconque définition du terme reconnue au niveau international. Sa délégation a également estimé qu'il serait plus inclusif de se référer simplement à des « formes multiples et convergentes de discrimination », un terme qui engloberait la discrimination interpersonnelle ainsi que des formes plus institutionnelles de discrimination.

8. Le Comité a accepté la suppression du mot « structurelle » au paragraphe 20.

9. En ce qui concerne la référence aux « inégalités structurelles » au paragraphe 21, la délégation des États-Unis a indiqué qu'elle pouvait accepter de retenir les mots « inégalités structurelles », mais elle a demandé une clarification quant à l'origine de la définition du terme dans la note de bas de page 6. D'autres délégations ont convenu que l'origine de la définition, et la définition elle-même, devait être clarifiée.

10. Le Dr Anna Coates (Chef du Bureau de l'équité, de l'égalité entre les sexes et de la diversité culturelle du BSP) a expliqué que la définition donnée dans la note de bas de page provenait d'une revue de littérature, laquelle avait indiqué que le terme s'entendait comme désignant la discrimination interpersonnelle ainsi que des formes institutionnelles plus systémiques de discrimination qui pouvaient avoir des effets négatifs pour des groupes particuliers dans une société.

11. Il a été suggéré que le Bureau essaie de trouver les termes convenus dans un document des Nations Unies et de présenter une nouvelle définition proposée plus tard au cours de la réunion. Le Dr Coates a ensuite suggéré la définition suivante, qui provenait en grande partie de la résolution A/RES/72/162 de l'Assemblée générale des Nations Unies¹ intitulée *Mise en œuvre de la Convention relative aux droits des personnes handicapées et*

¹ Document A/RES/72/162 (2017).

Protocole facultatif s'y rapportant : situation des femmes et des filles handicapées ; la définition comprenait également des éléments dérivés de rapports du Groupe de travail d'experts des Nations Unies sur les personnes d'ascendance africaine et de documents des Nations Unies liés au changement climatique et aux inégalités :

L'inégalité structurelle est une condition qui se présente lorsque certains groupes jouissent d'un statut inégal par rapport à d'autres groupes. Cela a un impact sur l'accès au capital physique et financier, à des services de santé de qualité, à l'éducation et à l'emploi, et résulte d'une discrimination structurelle et systémique telle que reflétée dans des tendances ouvertes ou cachées de comportement institutionnel discriminatoire, de traditions culturelles discriminatoires, de normes et attitudes sociales discriminatoires et de relations de pouvoir inégales qui considèrent certains groupes comme subordonnés à d'autres.

12. Le Comité a convenu que la définition proposée était une amélioration par rapport à la définition incluse dans le document CE164/12, Rev. 1. Cependant, certaines délégations étaient d'avis que seuls les éléments qui avaient en fait été extraits de la résolution A/RES/72/162 de l'Assemblée générale pouvaient être considérés comme termes d'un consensus. Après d'autres discussions, le Comité a décidé de demander au Bureau de présenter une version révisée au 57^e Conseil directeur.

13. En ce qui concerne le paragraphe 39, qui comprenait une référence aux « déterminants sociaux, environnementaux et structurels de la santé », le délégué des États-Unis a signalé que les termes convenus dans la Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé (adoptée lors de la Conférence mondiale sur les déterminants sociaux de la santé en octobre 2011) étaient « déterminants sociaux, économiques et environnementaux ». Comme il n'y avait pas de définition internationalement reconnue du terme « déterminants structurels », la délégation des États-Unis a proposé que les termes utilisés dans la Déclaration de Rio soient utilisés au paragraphe 39.

14. Le Comité a convenu que l'expression « déterminants sociaux, environnementaux et structurels » au paragraphe 39 devait être remplacée par « déterminants sociaux, économiques et environnementaux ».

15. La délégation des États-Unis a également proposé certains changements additionnels au paragraphe 21 et d'autres changements aux paragraphes 22, 24, 28, 42 et 57 dans la section du « contexte de la santé ». Le changement proposé au paragraphe 28 a été retiré après qu'il a été précisé que la formulation apparaissant dans le document CE164/12, Rev.1, avait été discutée et acceptée par le groupe de travail en juin.

16. Concernant le paragraphe 21, la proposition des États-Unis était de réviser « les populations autochtones, les populations d'ascendance africaine et les roms » par « populations autochtones, d'ascendance africaine et roms » et de supprimer la phrase « et les personnes avec un statut précaire de migrants » dans la dernière phrase qui se lit

comme suit : « Ces inégalités marginalisent encore davantage les groupes ayant moins de pouvoir social et économique, tels que les femmes et les filles, les personnes vivant dans la pauvreté, les populations autochtones, les populations d'ascendance africaine et les roms, les personnes handicapées et les personnes avec un statut précaire de migrants, entre autres, tout en augmentant les opportunités offertes aux groupes ayant un statut social plus élevé et plus de pouvoir ».

17. En ce qui concerne le premier changement proposé, le délégué des États-Unis a expliqué que dans des contextes liés aux droits de l'homme, des conseillers juridiques dans sa délégation préféraient mettre l'accent sur les individus plutôt que sur les groupe et ils avaient donc une préférence pour le terme « personnes autochtones »; cependant, la délégation pouvait accepter le mot « populations ». D'autres délégations préféraient retenir le mot «populations autochtones », plusieurs d'entre elles faisant remarquer que le terme avait une définition juridique spécifique dans leurs pays. Pour avancer, la délégation des États-Unis a convenu de retirer sa proposition.

18. En ce qui concerne le deuxième changement proposé au paragraphe 21, le délégué des États-Unis a expliqué que, en dépit d'une recherche poussée, sa délégation n'avait pas été en mesure de trouver une quelconque référence aux « personnes à statut précaire de migrants » dans des textes acceptés au plan international. Il a suggéré de remplacer la phrase par « populations de migrants » ou « migrants ».

19. D'autres délégations ont manifesté leur appui pour cette proposition. Il a été souligné que l'Assemblée mondiale de la Santé avait récemment adopté une décision² qui faisait mention de « réfugiés et migrants » et il a été suggéré que, dans un souci de cohérence, il serait approprié d'utiliser cette formulation. Le Comité a convenu de remplacer « personnes à statut précaire de migrants » par « réfugiés et migrants ».

20. Au paragraphe 22, les États-Unis ont proposé de supprimer la phrase « dans les programmes politiques et économiques » de la phrase libellée comme suit : « Au niveau national, des processus clairs de gouvernance de la santé publique environnementale n'ont pas été élaborés et ne se sont pas vu accorder la priorité dans les programmes politiques et économiques ». Le délégué des États-Unis a expliqué que sa délégation trouvait la phrase inutilement restrictive pour décrire les défis et les problèmes rencontrés en matière de santé environnementale. Il a reconnu que la question n'avait pas reçu une priorité adéquate dans les programmes politiques et économiques, mais il a signalé qu'elle ne s'était pas vu accorder une priorité suffisante dans les programmes techniques non plus.

21. D'autres délégations pensaient qu'il était important de souligner le manque d'attention accordée aux questions de santé environnementale dans les programmes politiques et économiques, notant que ce manque d'attention avait contribué aux manque d'attention à la santé environnementale dans les programmes techniques. Le délégué des

² Décision WHA72(14) (2019).

États-Unis a dit qu'après avoir entendu les arguments convaincants avancés par d'autres délégations, sa délégation retirerait son amendement proposé.

22. En ce qui concerne le paragraphe 24, les États-Unis ont proposé de supprimer « pour respecter les droits de tous les groupes de manière équitable » de la phrase suivante : « La gestion des migrations, en particulier des mouvements soudains et importants de population, a suscité de profondes interrogations quant à la résilience et à la capacité d'adaptation des systèmes de santé de la Région pour respecter les droits de tous les groupes de manière équitable ». Le délégué des États-Unis a expliqué que sa délégation préférerait que le paragraphe mette l'accent sur les systèmes de santé eux-mêmes et sur le renforcement des systèmes de santé, tant au niveau de la prestation des services de santé que de l'obtention de meilleurs résultats de santé pour tous. Il a proposé que, plutôt que faire référence aux droits de tous les groupes, il serait préférable de faire référence aux besoins de santé de tous les groupes.

23. D'autres délégations ont insisté sur l'importance de conserver une dimension axée sur l'équité. La déléguée du Brésil a proposé la formulation « pour obtenir l'équité en matière d'accès à la santé et de couverture sanitaire dans la Région », reflétant ainsi la terminologie utilisée dans la *Stratégie pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle*.³ Le Comité a accepté cette formulation.

24. Au paragraphe 42, les États-Unis ont proposé de supprimer le mot « migrant » dans la dernière phrase qui se lit comme suit : « Par conséquent, la situation exige un effort conjoint, concerté et transnational pour promouvoir et protéger la santé des migrants en étroite collaboration avec tous les secteurs et acteurs concernés ». Le délégué des États-Unis a expliqué que sa délégation avait proposé le changement initialement parce qu'il lui semblait que la formulation pourrait s'avérer trop restrictive en ce qui concerne les efforts transnationaux pour promouvoir la santé non seulement des migrants mais aussi celle des communautés environnantes; cependant, à la lumière des discussions tenues antérieurement au sujet de la santé des migrants, sa délégation était prête à retirer la suppression proposée.

25. D'autres délégations ont convenu qu'il serait approprié de mettre en évidence le besoin de protéger non seulement la santé des migrants mais aussi celle des populations d'accueil. Après discussion, le Comité a convenu que la formulation devait être modifiée comme suit : « Par conséquent, la situation exige un effort conjoint, concerté et transnational pour promouvoir et protéger la santé des migrants et des populations d'accueil en étroite collaboration avec tous les secteurs et acteurs concernés ».

26. Par rapport au paragraphe 57, les États-Unis ont proposé de remplacer la phrase « et répondent à leurs droits » par la phrase suivante : « La santé universelle et la réalisation de l'équité en santé dépendent de l'élimination progressive des obstacles géographiques, économiques, socioculturels, organisationnels et liés au genre qui empêchent différents groupes d'avoir accès à des services de santé de qualité qui répondent à leurs besoins et à

³ Voir document CD53/5, Rev 2 et résolution CD53.R14 (2014).

leurs droits ». Le délégué des États-Unis a expliqué que même s'il apprécie l'approche fondée sur les droits qui sous-tend l'ensemble du Plan stratégique, au paragraphe 57 sa délégation préférerait mettre l'accent sur la prestation des services de santé et les résultats de santé.

27. D'autres délégations ont observé que le droit à la santé est consacré par les constitutions ou les lois d'un certain nombre de pays de la Région et ont estimé que pour cette raison, il serait bon de retenir une référence aux droits, même s'il a été suggéré que la formulation convenue relativement aux droits dans la *Stratégie en matière de ressources humaines pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle* pourrait être insérée. Après discussion, le Comité a accepté de supprimer la phrase « et répondent à leurs droits » et, en conformité avec la stratégie, de modifier la fin de la phrase comme suit : « ...des obstacles qui empêchent différents groupes d'avoir un accès universel et en temps opportun à des services de santé de qualité qui répondent à leurs besoins ».

28. Dans la section « Gestion des risques » du Cadre programmatique des résultats, le Bureau a proposé plusieurs changements liés tant au format qu'à la substance. En ce qui concerne le format, le BSP a proposé de remplacer le tableau 2 dans le document CE164/12, Rev. 1, par une liste des risques, suivie d'une liste des approches d'atténuation, qui seraient présentées aux paragraphes 80 et 81, respectivement. M. Gerald Anderson (Directeur de l'Administration du BSP) a expliqué que le changement était proposé afin d'aligner le formatage sur celui du Plan stratégique 2014-2019 et parce que le Bureau avait réalisé que plusieurs des approches d'atténuation étaient liées à plus d'un risque.

29. Le Bureau a également proposé l'addition d'un nouveau paragraphe 83, qui se lirait comme suit :

Des améliorations continues au Système d'information pour la gestion du BSP (PMIS) assurent la transparence et la responsabilisation à tous les niveaux organisationnels, en appuyant la première ligne de responsabilisation – représentée par les gestionnaires et le personnel – et en renforçant proactivement la deuxième ligne de responsabilisation, représentée par la gestion des risques, les contrôles internes et la conformité, complétée par des examens indépendants par les fonctions de supervision du BSP.

30. Le Comité a accepté le changement prévu au format. Il a également accepté l'addition d'un nouveau paragraphe 83, avec deux modifications de la formulation : « assurent la transparence et la responsabilisation » serait amendé et se lirait alors comme suit « favorisent la transparence et la responsabilisation », et la formulation à la fin serait légèrement réarrangée pour se lire comme suit « représentée par les contrôles internes, la gestion des risques et la conformité, complétée par des examens indépendants par les fonctions de supervision du BSP ». Le Comité a soulevé plusieurs questions en rapport avec la formulation proposée dans la liste des risques au paragraphe 80 et a demandé au Bureau d'affiner la terminologie employée et de présenter une proposition révisée au 57^e Conseil directeur.

31. Dans la liste des approches d'atténuation du paragraphe 81, la délégation des États-Unis avait proposé de supprimer une référence à l'équité en santé au sous-paragraphe *b*), mais à la lumière de la discussion antérieure sur l'équité, la délégation a retiré sa proposition.

32. Un ensemble additionnel de changements proposés étaient liés aux divers énoncés de portée de résultats intermédiaires et indicateurs. Le Bureau a proposé de réviser l'indicateur de résultat intermédiaire 10.b pour se lire désormais comme suit « Nombre de pays et territoires qui ont renforcé la capacité de réponse du premier niveau de soins », plutôt que « Nombre de pays et territoires qui ont mis en œuvre des stratégies pour renforcer la capacité de réponse du premier niveau de soins ». Plusieurs délégations ont remis en question le changement proposé, lequel, à leur avis, transformerait l'indicateur de résultat intermédiaire en un indicateur d'impact. Elles se sont également demandé comment le renforcement de la capacité de réponse du premier niveau de soins serait mesuré.

33. Le Dr Hernán Luque (Conseiller régional sur les services de santé auprès du Département des systèmes et services de santé du BSP) a expliqué que l'idée était de clarifier le résultat intermédiaire souhaité, qui était le renforcement de la capacité de réponse du premier niveau de soins. Le fait que les pays avaient mis en œuvre une stratégie ne devait pas nécessairement indiquer qu'ils avaient obtenu ce résultat. Quant à savoir comment mesurer le renforcement de la capacité de réponse, le Dr Luque a souligné que les spécifications techniques pour l'indicateur incluraient huit éléments qui pourraient être utilisés pour déterminer dans quelle mesure le résultat intermédiaire avait été atteint. Il a également expliqué qu'un indicateur d'impact mesurerait un résultat tel qu'une réduction de la mortalité maternelle ou une perte d'années de vie en bonne santé.

34. M. Chambliss a ajouté que le but était de mettre l'accent sur une approche plus large du renforcement de la capacité de réponse, telle que mesurée par les huit éléments, plutôt que sur la simple mise en œuvre d'une stratégie.

35. Certaines délégations ont appuyé le changement proposé, alors que d'autres ont déclaré qu'elles n'étaient pas en mesure d'approuver le changement avant d'avoir pu réviser les spécifications techniques. Comme le Comité ne pouvait pas obtenir un consensus, il a été décidé que la formulation serait laissée telle qu'elle dans le document CE164/12, Rev. 1. La question pourrait être discutée plus en détail au cours du 57^e Conseil directeur.

36. M. Chambliss a dit que le Bureau ferait en sorte de faire circuler le recueil des indicateurs avant la tenue du Conseil directeur. Il a observé que le recueil n'était pas un document formel des Organes directeurs, mais qu'il serait utile aux États Membres pour l'analyse des indicateurs proposés.

37. Dans l'énoncé de portée pour le résultat intermédiaire 8 (Accès aux technologies de la santé), les États-Unis ont proposé d'ajouter les mots « en particulier là où les mécanismes de marché existants ne fournissent aucun incitatif pour la recherche et le développement » à la fin de la phrase qui se lit comme suit : « en vue de limiter les coûts au sein des systèmes de santé, adopter des stratégies globales qui améliorent le caractère abordable et favorisent

la concurrence, telles que des stratégies de sources multiples et de génériques, des mécanismes pour encourager l'utilisation de produits médicaux efficaces à moindre coût, au lieu de produits plus coûteux et avec peu ou pas de valeur ajoutée, et des actions qui favorisent, entre autres mécanismes innovants et lorsque cela est possible, la séparation du coût des activités de recherche et développement du prix final des médicaments ».

38. Le délégué des États-Unis a expliqué que sa délégation avait initialement proposé de supprimer toute référence à la dissociation ou séparation, qui était une question complexe avec des aspects liés au commerce et à l'industrie, ce qui n'était pas vraiment du ressort des ministères de la Santé et du secteur de la santé. Sa délégation a toutefois reconnu qu'il y avait d'importantes défaillances du marché qui entravaient l'accès adéquat aux médicaments pour tous et qu'elle pouvait convenir de retenir la référence à la dissociation ou séparation si l'amendement proposé était ajouté.

39. Le Comité a approuvé l'amendement proposé.

40. Le Bureau a proposé de supprimer le mot « totaux » de l'indicateur de résultat intermédiaire 10.b, qui est libellé comme suit : « Nombre de pays et territoires qui ont alloué au moins 30 % des investissements publics totaux dans le domaine de la santé au premier niveau de soins ». M. Chambliss a expliqué que le Bureau avait initialement proposé de remplacer le mot « investissements » par « dépenses », mais était revenu à « investissement » en réponse à des préoccupations soulevées par certains membres du personnel du Bureau.

41. Une déléguée a souligné que les spécifications techniques pour l'indicateur faisaient état de « dépenses » et non d'« investissements ». Sa délégation préférait maintenir le terme de « dépenses ». Une autre déléguée a manifesté son appui pour le changement proposé, mais elle a noté que même si certains pays pouvaient avoir une formule pour calculer les montants investis ou dépensés au premier niveau de soins, d'autres se fiaient plutôt aux méthodes indirectes de calcul. Elle a suggéré que l'indicateur devait refléter ce fait. Un troisième délégué s'est demandé si l'accent mis sur les dépenses/investissements publics – à l'exclusion des dépenses/investissements privés – était trop étroit.

42. Mme Claudia Pescetto (Conseillère régionale sur l'économie en santé et le financement de la santé auprès du Département des systèmes et services de santé du BSP) a dit que le Département avait recommandé que l'indicateur se réfère aux « dépenses » afin d'être conforme à la *Stratégie pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle*, qui appelait à un niveau de dépenses de santé publique s'élevant à 6 % du produit intérieur brut. De plus, « dépenses » était considéré comme un terme plus précis qu'« investissements », qui pourrait être sujet à interprétation. L'indicateur avait pour objet de mesurer les dépenses publiques uniquement, principalement parce que les dépenses privées – une composante importante de ce qui représentait les frais à la charge des patients et utilisateurs des services de santé – étaient considérées comme la source la plus inéquitable du financement de la santé. En ce qui concerne la méthode de calcul, le Bureau a proposé d'utiliser le Système des comptes de la santé (SHA 2011), une méthode créée en 2011.

43. Le Comité a convenu que l'indicateur de résultat intermédiaire 10.b devrait se lire comme suit : « Nombre de pays et territoires qui ont affecté au moins 30 % de leurs dépenses publiques en santé au premier niveau de soins ». Le Comité a également approuvé l'ajout de la note de page suivante liée à la méthodologie de calcul, proposée par la déléguée du Brésil : « La méthode de calcul de la valeur de 30 % peut varier en fonction du contexte national, étant donné la structure du premier niveau de soins de chaque pays ».

44. Le Bureau a proposé de consolider les indicateurs de résultats intermédiaires 22.a, b et d dans un seul indicateur 22.a, lequel se lirait comme suit : « Nombre de pays et territoires qui mettent en œuvre une politique, stratégie ou programme sur la recherche et l'innovation pour la santé ». L'indicateur 22.c resterait le même mais serait renuméroté comme indicateur 22.b.

45. Le Comité s'est félicité de la simplification de l'indicateur et a approuvé la proposition du Bureau.

46. Le Bureau et les États-Unis ont tous deux fait des propositions au sujet du résultat intermédiaire 23 (préparation aux urgences sanitaires et réduction des risques). Les États-Unis ont proposé d'ajouter les mots « tel que mesuré au moyen du Cadre d'évaluation et de suivi du RSI et outils connexes » à la fin de l'indicateur de résultat intermédiaire 23.b : « Nombre de pays qui tiennent et maintiennent les impératifs du Règlement sanitaire international (RSI) pour les capacités de base ». La proposition du Bureau était d'ajouter la note de bas de page suivante au paragraphe 37, qui était liée au respect des dispositions du RSI et la présentation de rapports à l'Assemblée mondiale de la Santé : « Le Cadre d'évaluation et de suivi du RSI inclut un élément obligatoire, à savoir le Rapport annuel des États Parties, et trois éléments volontaires : l'examen a posteriori des événements de santé publique, les exercices de simulation et les évaluations externes volontaires ».

47. La délégation des États-Unis s'est dit en faveur d'une approbation des deux propositions. D'autres délégations ont appuyé l'ajout de la note de bas de page, mais elles n'ont pas appuyé l'amendement proposé à l'indicateur de résultat intermédiaire parce que les spécifications techniques pour l'indicateur ne faisaient pas mention du Cadre d'évaluation et de suivi du RSI.

48. Le Comité a convenu de maintenir la terminologie existante de l'indicateur de résultat intermédiaire 23.b et d'ajouter la note de bas de page proposée par le Bureau au paragraphe 37.

49. M. Chambliss a réitéré que tous les changements convenus seraient incorporés dans la version du Plan stratégique proposé qui sera présenté au 57^e Conseil directeur. M. Palanque a exprimé son appréciation pour le niveau élevé d'engagement et de flexibilité démontré par tous les participants et a ensuite déclaré la réunion close.

- - -