



Organisation
panaméricaine
de la Santé



Organisation
mondiale de la Santé
BUREAU RÉGIONAL DES Amériques

162^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF

Washington, D.C., ÉUA., du 18 au 22 juin 2018

CE162/FR
22 juin 2018
Original : anglais

RAPPORT FINAL

TABLE DES MATIÈRES

	<i>Page</i>
Ouverture de la session	6
 Questions relatives au Règlement	
Bureau	7
Adoption de l'ordre du jour et du programme des réunions	7
Représentation du Comité exécutif au 56 ^e Conseil directeur de l'OPS, 70 ^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques	8
Projet d'ordre du jour provisoire du 56 ^e Conseil directeur de l'OPS, 70 ^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques	8
 Questions relatives au Comité	
Rapport sur la 12 ^e session du Sous-comité du programme, du budget et de l'administration	9
Prix de l'OPS en gestion et leadership dans le domaine des services de santé	10
Collaboration avec les acteurs non étatiques	10
Acteurs non étatiques en relations officielles avec l'OPS	11
Rapport annuel du Bureau d'éthique pour 2017	12
Rapport du Comité d'audit de l'OPS	15
Nomination d'un membre au Comité d'audit de l'OPS	17
 Questions relatives à la politique des programmes	
Rapport préliminaire sur l'évaluation de fin de période biennale du Programme et budget de l'OPS 2016-2017/Deuxième rapport interiminaire du Plan stratégique de l'OPS 2014-2019	18
Évaluation de la politique budgétaire de l'OPS	20
Nouveau barème des contributions	22
Plan d'action concernant la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent 2018-2030	23
Plan d'action pour la prévention et la lutte contre le cancer du col de l'utérus 2018-2030	26
Plan d'action en matière de ressources humaines pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle 2018-2023	29
Plan d'action pour l'entomologie et la lutte antivectorielle 2018-2023	32

TABLE DES MATIÈRES (suite)

	<i>Page</i>
Questions administratives et financières	
Rapport sur le recouvrement des contributions fixées	34
Rapport financier du Directeur et Rapport du Commissaire aux comptes pour 2017	34
Programmation de l'excédent budgétaire	40
Programmation de l'excédent de revenus	40
Mise à jour concernant le Fonds directeur d'investissement et la mise en œuvre du Plan directeur d'investissement	41
Rapport du Bureau de la surveillance interne et des services d'évaluation pour 2017	42
Amendements au Règlement financier et aux Règles de gestion financière de l'OPS	44
Questions relatives au personnel	
Amendements au Statut et au Règlement du personnel du Bureau sanitaire panaméricain	45
Gestion des ressources humaines du BSP	46
Déclaration du représentant de l'Association du personnel de l'OPS/OMS	49
Questions pour information	
Version préliminaire de l'évaluation finale du Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017	50
Procédure proposée pour l'élaboration du Plan stratégique de l'OPS 2020-2025	52
Rapport sur les enjeux stratégiques entre l'OPS et l'OMS	54
Cybersécurité à l'OPS	55
État d'avancement du Système d'information pour la gestion du BSP (PMIS)	56
Rapport du Comité consultatif sur la recherche en santé	56
Rapport de la Commission sur l'équité et les inégalités en matière de santé dans les Amériques	57
Mise en œuvre du Règlement sanitaire international (RSI)	60
Mise à jour sur la situation et les défis en matière d'approvisionnement du vaccin antipoliomyélitique inactivé pour maintenir l'éradication de la maladie dans la Région des Amériques	62
Lutter contre les causes des disparités en matière d'accès et de recours aux services de santé par les personnes lesbiennes, gay, bisexuelles et trans (LGBT)	64
Plan d'action sur la sécurité routière : rapport final	65
Plan d'action pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et les cas graves de morbidité maternelle : rapport final	66

TABLE DES MATIÈRES (suite)

	<i>Page</i>
Questions pour information (suite)	
Stratégie et plan d'action pour la santé intégrale chez l'enfant : rapport final	68
Stratégie et plan d'action sur le changement climatique : rapport final	69
Stratégie et plan d'action sur la cybersanté : rapport final.....	72
Stratégie et plan d'action sur la gestion des connaissances et la communication : rapport final	73
La santé et les relations internationales : leurs liens avec la gestion du développement national de la santé : rapport final.....	74
Institutions nationales associées à l'OPS en matière de coopération technique : rapport final	75
Bioéthique : vers l'intégration de l'éthique dans la santé : rapport final	76
Rapports d'avancement sur les questions techniques	77
A. Stratégie et plan d'action visant au renforcement du système de santé pour combattre la violence à l'égard des femmes : rapport d'avancement.....	77
B. Plan d'action pour la prévention de l'obésité chez les enfants et les adolescents : évaluation à mi-parcours	78
C. Stratégie et plan d'action sur la santé en milieu urbain : évaluation à mi-parcours	80
D. Plan d'action sur la résistance aux antimicrobiens : évaluation à mi-parcours	80
E. Plan d'action pour la prévention et le contrôle des hépatites virales : évaluation à mi-parcours	81
F. Plan d'action pour la prévention et le contrôle de la tuberculose : évaluation à mi-parcours	82
G. Plan d'action pour la prévention et la lutte contre le VIH et les infections sexuellement transmissibles 2016-2021 : évaluation à mi-parcours	82
H. Plan d'action pour l'élimination du paludisme 2016-2020 : évaluation à mi-parcours	84
I. Plan d'action pour la réduction des risques liés aux catastrophes 2016-2021 : rapport d'avancement, Rev. 1	84
J. Examen de la commission prélevée sur les achats de fournitures de santé publique effectués pour le compte des États Membres : rapport d'avancement	85
K. Situation des Centres panaméricains	85
Résolutions et autres actions d'organisations intergouvernementales revêtant un intérêt pour l'OPS	85
A. Soixante et onzième Assemblée mondiale de la Santé.....	85
B. Organisations sous-régionales	86
Réponse de l'OPS pour maintenir un programme efficace de coopération technique au Venezuela et dans les États Membres voisins.....	87

TABLE DES MATIÈRES (suite)

	<i>Page</i>
Questions relatives au Comité	
Changement des dates du 56 ^e Conseil directeur	89
Clôture de la session	89
Résolutions et décisions	90
Résolutions	
CE162.R1 : Recouvrement des contributions fixées.....	90
CE162.R2 : Plan d'action pour la prévention et la lutte contre le cancer du col de l'utérus 2018-2030	91
CE162.R3 : Plan d'action en matière de ressources humaines pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle 2018-2023	94
CE162.R4 : Plan d'action pour l'entomologie et la lutte antivectorielle 2018-2023	95
CE162.R5 : Nomination d'un membre au Comité d'audit de l'OPS	99
CE162.R6 : Amendements au Règlement financier et aux Règles de gestion financière de l'OPS.....	100
CE162.R7 : Prix de l'OPS en gestion et leadership dans le domaine des services de santé 2018	101
CE162.R8 : Amendements au Règlement du personnel du Bureau sanitaire panaméricain.....	102
CE162.R9 : Acteurs non étatiques en relations officielles avec l'OPS.....	106
CE162.R10 : Ordre du jour provisoire du 56 ^e Conseil directeur de l'OPS, 70 ^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques.....	107
Décisions	
Décision CE162(D1) : Adoption de l'ordre du jour.....	108
Décision CE162(D2) : Composition du Groupe consultatif sur le Plan stratégique	108
Décision CE162(D3) : Représentation du Comité exécutif au 56 ^e Conseil directeur, 70 ^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques	108
Décision CE162(D4) : Changement des dates du 56 ^e Conseil directeur.....	109
Annexes	
Annexe A. Ordre du jour	
Annexe B. Liste des documents	
Annexe C. Liste des participants	

RAPPORT FINAL

Ouverture de la session

1. La 162^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 18 au 22 juin 2018. Des délégués des neuf membres suivants du Comité exécutif ont assisté à cette session, qui ont été élus par le Conseil directeur : Antigua-et-Barbuda, Argentine, Belize, Brésil, Canada, Chili, Colombie, Panama et Pérou. Des délégués des autres États Membres, États participants et États observateurs suivants ont assisté à la session à titre d'observateurs : Équateur, États-Unis d'Amérique, Mexique, Paraguay, Uruguay et Venezuela (République bolivarienne du). En outre, des représentants de six organisations non gouvernementales étaient présents.

2. M. Carlos Fernando Gallinal Cuenca (Brésil, Vice-président du Comité exécutif) a ouvert la session et souhaité la bienvenue aux participants ; il a signalé que le Dr Miguel Antonio Mayo Di Bello (Panama, Président du Comité exécutif) arriverait en retard. Il a insisté sur l'importance du rôle du Comité exécutif dans les préparatifs du 56^e Conseil directeur.

3. Le Dr Carissa F. Etienne (Directrice du Bureau sanitaire panaméricain [BSP]) a également souhaité la bienvenue aux participants et présenté ses sympathies au peuple et au gouvernement du Guatemala pour la perte en vies humaines, les dégâts occasionnés aux biens et les déplacements de populations résultant de l'éruption récente du volcan Fuego. Elle a indiqué que, durant les cinq dernières années, des étapes cruciales en matière de santé publique avaient été franchies, l'une des plus récentes étant la certification de l'élimination du paludisme au Paraguay. Dans le même temps, la Région avait connu de nombreux problèmes, dont l'incertitude économique, l'instabilité politique, la pauvreté et les inégalités, les catastrophes naturelles et le changement climatique, ainsi qu'un début d'épidémie de maladies non transmissibles chroniques. La Directrice a expliqué que les décisions que le Comité prendrait pendant la semaine allaient contribuer à orienter l'élaboration de politiques et la planification pour répondre aux besoins non satisfaits et améliorer l'état de santé ainsi que le bien-être des populations de la Région.

4. Pour les cinq années à venir, les priorités incluraient la continuité des progrès accomplis en direction de la couverture sanitaire universelle et de l'accès universel à la santé, le développement de systèmes de santé résilients sur la base de l'approche de soins de santé primaires ainsi que la prestation de services de santé complets centrés sur la personne. Dans une région où les catastrophes naturelles survenaient fréquemment, il était capital d'assurer que de fortes capacités de préparation aux situations d'urgence et de riposte soient présentes au niveau national aussi bien que régional. Le changement climatique et ses effets sur la santé ne pouvaient être ignorés. Il fallait aussi donner la priorité aux ripostes efficaces face à la prévalence croissante de la résistance aux antimicrobiens. Par ailleurs, il fallait rénover la priorité accordée à la santé des femmes et

des enfants, des populations autochtones et des populations vivant en situation de vulnérabilité.

5. La Région avait connu des succès considérables sur le plan de l'élimination des maladies transmissibles mais il fallait renforcer les efforts visant à éliminer la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis congénitale ainsi qu'à augmenter le nombre de pays certifiés comme exempts du paludisme, de la tuberculose et de plusieurs maladies infectieuses négligées. Les flambées de rougeole et de diphtérie apparues dans plusieurs pays avaient mis l'accent sur la nécessité d'exercer une vigilance continue et de mener des interventions concertées pour préserver et maintenir les réalisations obtenues de haute lutte en matière de prévention et de contrôle des maladies à prévention vaccinale. La prévention et le contrôle des maladies non transmissibles, qui comptaient pour 78 % des décès enregistrés dans la Région, devaient rester une priorité essentielle.

6. Elle a conclu en faisant part de sa confiance dans la capacité des pays de la Région à honorer leurs engagements collectifs souscrits en matière de santé, y compris la réalisation des objectifs de développement durable liés à la santé, en œuvrant ensemble par le biais de partenariats synergiques et de la solidarité.

Questions relatives au Règlement

Bureau

7. Les Membres suivants, élus au bureau du Comité exécutif lors de sa 161^e session, ont continué d'exercer leur mandat au même titre durant la 162^e session :

<i>Président :</i>	Panama	(Dr Miguel Antonio Mayo Di Bello)
<i>Vice-président :</i>	Brésil	(M. Carlos Fernando Gallinal Cuenca)
<i>Rapporteur :</i>	Colombie	(Mme Carolina Schlesinger Faccini)

8. La Directrice a exercé de droit les fonctions de secrétaire et la Directrice adjointe du BSP, le Dr Isabella Danel, a exercé les fonctions de secrétaire technique.

Adoption de l'ordre du jour et du programme des réunions (documents CE162/1, Rev. 2 et CE162/WP/1, Rev. 2)

9. La déléguée du Canada a proposé qu'un point, intitulé « Réponse de l'OPS pour maintenir un programme efficace de coopération technique au Venezuela et dans les États Membres voisins », à l'origine prévu comme une réunion d'information informelle, soit ajouté officiellement à l'ordre du jour sous le titre « Questions pour information ».

10. La déléguée du Panama, en faisant remarquer que le 56^e Conseil directeur coïnciderait avec la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles, a proposé que les dates du Conseil soient modifiées et que la question fasse partie des discussions au sein du Comité

concernant l'ordre du jour du 56^e Conseil directeur (voir les paragraphes 18 à 20 ci-dessous).

11. Le Président a fait remarquer que le Bureau avait proposé que le changement des dates fasse l'objet de discussions à titre particulier, et que le sujet soit ajouté à l'ordre du jour du Comité sous le titre « Questions relatives au Comité ».

12. Les membres du Comité ont fait part de leur soutien unanime en faveur de l'ajout du point relatif au maintien d'une coopération technique efficace au Venezuela et dans les États voisins. Les délégués ont insisté sur le fait que les discussions ne doivent pas être politisées et ont souligné la nécessité de maintenir une perspective de santé publique. Ils ont également souligné le fait que le but des discussions devrait être de fournir une information technique objective sur la situation dans un souci de transparence.

13. La déléguée de la République bolivarienne du Venezuela a reconnu que la situation prévalant dans son pays était marquée par de nombreuses difficultés et a déclaré qu'il était regrettable que l'on tente de stigmatiser le pays et de jeter une ombre sur le travail transparent que l'OPS réalisait avec le Venezuela sur la base du respect, de la coopération et de la compréhension.

14. Le Président, tout en faisant état du consensus parmi les membres du Comité pour ajouter ce point, a déclaré que celui-ci serait inscrit à l'ordre du jour comme point 7.22 sous le titre « Questions pour information ». Le point relatif au changement des dates du 56^e Conseil directeur serait ajouté à titre individuel, sous le titre « Questions relatives au Comité ».

15. Le Comité a adopté l'ordre du jour provisoire tel qu'amendé (document CE162/1, Rev. 2 (décision CE162[D1])) ainsi qu'un programme de réunions (document CE162/WP/1, Rev. 2).

Représentation du Comité exécutif au 56^e Conseil directeur de l'OPS, 70^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques (document CE162/2)

16. En vertu de l'article 54 du Règlement intérieur, le Comité exécutif a nommé le Panama et le Brésil comme président et vice-président respectivement pour représenter le Comité au 56^e Conseil directeur de l'OPS, 70^e session du Comité régional de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) pour les Amériques. Le Belize et le Canada ont été élus représentants suppléants (décision CE162[D3]).

Projet d'ordre du jour provisoire du 56^e Conseil directeur de l'OPS, 70^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques (documents CE162/3, Rev. 1)

17. Mme Mônica Zaccarelli Davoli (Conseillère principale du Bureau des Organes directeurs du BSP) a présenté le projet d'ordre du jour provisoire du 56^e Conseil directeur de l'OPS, 70^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 (document CE162/3).

18. Trois amendements à l'avant-projet d'ordre du jour provisoire préparé par la Directrice ont été proposés. Concernant « Questions pour information », il a été proposé d'ajouter un point intitulé « Réponse de l'OPS pour maintenir un programme efficace de coopération technique au Venezuela et dans les États Membres voisins » et un point relatif à l'élaboration d'indicateurs pour le treizième programme général de travail de l'OPS. Concernant « Prix », il a été suggéré d'ajouter une proposition visant la modification des critères de sélection régissant le Prix de l'OPS en gestion et leadership dans le domaine des services de santé et la modification de la composition du Comité des prix.

19. Le Comité a approuvé l'ordre du jour provisoire tel qu'amendé (résolution CE162.R10).

Questions relatives au Comité

Rapport sur la 12^e session du Sous-comité du programme, du budget et de l'administration (document CE162/4)

20. Mme Cristina Luna Ribadeneira (Équateur, Présidente 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 avait tenu sa 12^e session du 21 au 23 mars 2018. Le Sous-comité avait tenu des discussions sur d'importantes questions financières et administratives et sur d'autres questions, dont un aperçu du Rapport financier de la Directrice de 2017, la programmation des recettes et des excédents budgétaires, un plan de l'évaluation de fin d'exercice biennal du Programme et budget 2016-2017 de l'OPS/deuxième rapport d'avancement du Plan stratégique de l'OPS 2014-2019, une évaluation de la Politique budgétaire de l'OPS, une proposition relative au processus régissant l'élaboration du Plan stratégique de l'OPS pour la période 2020-2025, enfin, l'évaluation finale du Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017.

21. Mme Luna Ribadeneira a fait remarquer par ailleurs que, comme toutes les questions débattues au sein du Sous-comité étaient aussi inscrites à l'ordre du jour du Comité exécutif, elle ferait rapport à leur sujet au moment où le Comité les examinerait.

22. La déléguée d'Antigua-et-Barbuda a exprimé ses regrets pour l'absence de sa délégation à la 12^e session du Sous-comité en raison d'une tempête de neige à Washington, à cause de laquelle tous les vols en provenance d'Antigua-et-Barbuda avaient été annulés.

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

24. La Directrice a également exprimé sa reconnaissance au Sous-comité pour son travail ainsi qu'à sa présidente pour le déroulement efficace de la session.

Prix de l'OPS en gestion et leadership dans le domaine des services de santé (documents CE162/5 et Add. I)

25. Mme Maria Eugenia Arosemena (Panama) a signalé que le Comité des prix désigné pour le Prix de l'OPS en gestion et leadership dans le domaine des services de santé 2018, composé des délégués d'Antigua-et-Barbuda, du Brésil, du Canada et du Panama, s'était réuni le 19 juin et avait examiné les documents concernant les candidats nommés par les États Membres. Le Comité des prix avait décidé de recommander que le Prix de l'OPS en gestion et leadership dans le domaine des services de santé 2018 soit décerné au Dr Natalia Largaespada Beer, du Belize, pour ses considérables réalisations dans les domaines de la santé de la mère et de l'enfant et pour sa contribution à l'introduction et au renforcement de stratégies de santé publique à base factuelle, centrées sur la personne et la communauté, pour améliorer les conditions de vie des personnes en situation de vulnérabilité.

26. Le délégué du Belize a remercié le Comité des prix pour avoir considéré que le Dr Largaespada Beer était une candidate valable.

27. La déléguée du Canada a déclaré que le Comité des prix souhaitait proposer certains changements au niveau des critères et du processus de sélection des candidats, à savoir, que le Comité des prix soit composé d'un nombre impair de membres pour éviter toute possibilité d'une répartition égale entre les voix et que les critères de sélection des candidats incluent un critère lié au risque à la réputation. Le Comité des prix a recommandé d'inscrire cette proposition comme un point de l'ordre du jour du 56^e Conseil directeur (voir les paragraphes 18 à 20 ci-dessus).

28. Le Comité exécutif a adopté la résolution CE162.R7, qui décerne le Prix de l'OPS en gestion et leadership dans le domaine des services de santé 2018 au Dr Natalia Largaespada Beer, du Belize.

Collaboration avec les acteurs non étatiques (document CE162/6)

29. Mme Cristina Luna Ribadeneira (représentante du Sous-comité du programme, du budget et de l'administration) a signalé que le Sous-comité avait reçu une mise à jour concernant les mesures prises par l'OPS à partir de mars 2018 pour mettre en œuvre le Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques, adopté par l'Assemblée mondiale de la Santé en mai 2016 et par le Conseil directeur de l'OPS en septembre 2016, y compris une mise au point sur les progrès réalisés par l'OMS pour parachever le registre des acteurs non étatiques, le guide à l'intention du personnel et le guide à l'intention des acteurs non étatiques. Le Sous-comité avait pris note avec satisfaction de la progression du processus de mise en œuvre, qui était conforme au délai de deux ans établi dans la résolution CD55.R3. Il avait été proposé que les rapports ultérieurs comprennent un calendrier illustrant les mesures d'exécution prises à la date d'établissement de ceux-ci ainsi qu'une feuille de route schématique des processus décisionnels relatifs au Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques. Par ailleurs, une recommandation avait été émise dans le sens que les rapports futurs incluent une synthèse des contraintes surgissant des examens de vérification diligente et d'évaluation des risques. De plus, il avait été constaté que le

Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques constituait un nouveau mécanisme devant faire l'objet de révisions périodiques pour dénombrer toutes améliorations requises.

30. Durant les discussions du Comité exécutif au sujet du rapport, le Bureau a été encouragé à assurer la mise en œuvre du Cadre de collaboration au niveau régional aussi bien qu'au niveau des pays. Il avait été exhorté par ailleurs à entretenir des relations avec des acteurs non étatiques divers et à s'efforcer d'établir des relations avec de nouveaux partenaires non étatiques qui soient à même d'apporter de nouvelles perspectives et opinions. Une déléguée a demandé si le Bureau et les autres bureaux régionaux de l'OMS avaient contribué à l'élaboration du guide à l'intention du personnel. Elle a demandé que les rapports futurs du Bureau à ce sujet comprennent des informations plus détaillées et des exemples illustrant les modalités de mise en œuvre du Cadre de collaboration.

31. Le Dr Heidi Jiménez (conseillère juridique du BSP) a affirmé que les informations et les exemples demandés feraient partie des futurs rapports. Elle a signalé que l'OMS avait récemment achevé l'élaboration de deux instruments qui étaient primordiaux pour la mise en œuvre complète du Cadre de collaboration, à savoir, le guide à l'intention du personnel et le guide à l'intention des acteurs non étatiques. Le Bureau était en train de les réviser pour les adapter au cadre juridique de l'OPS. Il comptait publier les deux guides avant le 56^e Conseil directeur en septembre 2018. Elle a fait remarquer par ailleurs que le registre des acteurs non étatiques n'était pas encore pleinement fonctionnel. Le Bureau suivait de près les progrès réalisés par le Secrétariat de l'OMS pour établir le registre.

32. Le Comité a pris note du rapport.

Acteurs non étatiques en relations officielles avec l'OPS (document CE162/7)

33. Mme Cristina Luna Ribadeneira (représentante du Sous-comité du programme, du budget et de l'administration) a déclaré que le Sous-comité avait examiné un rapport ainsi qu'une série d'informations confidentielles fournis par le Bureau qui concernaient deux organisations non gouvernementales souhaitant être admises comme acteurs non étatiques en relations officielles avec l'OPS et onze organisations dont le statut d'acteur non étatique en relations officielles avec l'OPS devait faire l'objet d'un examen. Le Bureau avait considéré que les deux ONG souhaitant entretenir des relations officielles avec l'OPS réunissaient les conditions d'admission.

34. Concernant les 11 ONG dont le statut devait faire l'objet d'un examen, le Bureau avait recommandé que ses relations continuent avec sept d'entre elles. Il avait recommandé que l'examen de la collaboration entre l'OPS et trois organisations soit reporté de sorte que ces dernières soient en mesure de mettre à jour leurs plans de travail, et avait recommandé par ailleurs la cessation de relations officielles avec une ONG en raison d'un manque de collaboration au cours des trois années précédentes.

35. Après avoir examiné les informations lui ayant été présentées et pris connaissance des explications supplémentaires fournies par le Bureau, le Sous-comité avait décidé de recommander que les organisations dénommées *Action on Smoking and Health* et *Drugs*

for Neglected Diseases initiative–Latin America soient admises par le Comité exécutif pour entretenir des relations officielles avec l'OPS. Le Sous-comité avait aussi décidé de recommander que le Comité exécutif approuve la poursuite des relations officielles entre l'OPS et les organisations ci-après : Alliance nationale pour la santé des Hispano-Américains, Alliance pour la Convention-cadre, *American Speech Language-Hearing Association*, Fédération latino-américaine des industries pharmaceutiques, Fondation interaméricaine pour le cœur, *Sabin Vaccine Institute* et Société latino-américaine de néphrologie et d'hypertension.

36. Le Sous-comité avait recommandé que le Comité reporte à 2019 sa décision sur la poursuite des relations officielles avec les trois organisations suivantes : *American College of Healthcare Executives*, Confédération latino-américaines de biochimie clinique et *World Resources Institute Ross Center for Sustainable Cities/EMBARQ*. Enfin, le Sous-comité avait décidé de recommander que le Comité exécutif cesse ses relations officielles avec le Bureau régional pour l'Amérique latine et les Caraïbes de *Consumers International*.

37. Une représentante de la Confédération latino-américaine de biochimie clinique a déclaré que la Confédération faisait tous ses efforts pour mettre à jour son plan de travail et éviter de perdre son autorisation d'entretenir des relations officielles avec l'OPS. Ses efforts étaient quelque peu entravés par la distance entre les pays et les problèmes de communication. Par ailleurs, elle peinait à obtenir les documents nécessaires auprès des autorités compétentes pour établir sa raison sociale. La Confédération comptait parvenir à des résultats positifs d'ici à décembre mais, en cas d'échec, elle espérait que ces difficultés seraient prises en considération.

38. Un représentant de la Fédération latino-américaine de l'industrie pharmaceutique a exprimé sa reconnaissance pour la poursuite des relations officielles avec l'OPS, organisation avec laquelle la Fédération avait en commun l'objectif d'améliorer l'état de santé de toute la population d'Amérique latine.

39. La Directrice a déclaré que le Bureau appréciait sa collaboration avec les acteurs non étatiques et continuerait de travailler avec ceux qui étaient en relations officielles avec l'OPS tout en recherchant des occasions de travailler avec d'autres associations et organes de la société civile réunissant les conditions requises aux termes du Cadre de collaboration.

40. Le Comité exécutif a adopté la résolution CE162.R9, qui entérine les recommandations du Sous-comité.

Rapport annuel du Bureau d'éthique pour 2017 (document CE162/8)

41. M. Philip MacMillan (responsable du Bureau d'éthique du BSP), après avoir présenté un aperçu du rapport d'activité du Bureau d'éthique, a fait remarquer que, à l'origine, ce bureau avait été chargé de la double mission consistant à fournir des conseils et des orientations au personnel au sujet de questions d'éthique et à mener des enquêtes sur des allégations de faute professionnelle. Donnant suite à une recommandation du Comité d'audit, il avait été décidé de supprimer la mission d'enquête antérieurement conférée au

Bureau d'éthique et de créer en 2018 un nouveau Bureau des enquêtes, le Bureau d'éthique étant désormais investi principalement d'une mission consultative et d'orientation auprès du personnel pour l'aider à honorer ses obligations en vertu du Code de principes d'éthique et de conduite de l'OPS. En 2017, le Bureau avait mené 132 consultations d'éthique, ce qui représente le nombre le plus élevé en l'espace d'une seule année.

42. Les activités de rapprochement avaient été d'une importance cruciale pour le travail réalisé par le Bureau, qui avaient permis au personnel, quel que soit son lieu de travail, de recevoir une formation sur le Code, de se familiariser avec les attentes de l'Organisation concernant les conduites acceptables, et de savoir à qui s'adresser pour obtenir des conseils. En 2017, le Bureau avait mené des séances de formation dans six bureaux de pays et dans deux Centres panaméricains. Ces huit visites représentaient le plus grand nombre de visites effectuées en une seule année.

43. Concernant les enquêtes portant sur des allégations de fautes professionnelles et des cas suspectés de contravention du Code, en 2017, on avait recensé 38 rapports concernant des conduites qui soulevaient d'éventuelles préoccupations éthiques. Ce nombre était le plus faible depuis 2011. Le Bureau avait reçu 50 déclarations de vol, de perte ou de fraude, s'élevant au total à environ US\$ 25 000.¹ Un cas particulièrement grave était celui d'un vol de médicaments, dont la valeur était estimée à \$18 000, dans l'entrepôt des médicaments essentiels en Haïti. Le Bureau avait formulé des recommandations portant sur les dispositifs de sécurité et de contrôle interne dans l'entrepôt. Les enquêtes menées par le Bureau d'éthique en 2017 ont donné lieu au licenciement de cinq fonctionnaires rendus responsables d'avoir créé un climat de travail hostile ou de harcèlement sexuel, un pour avoir déposé de fausses demandes de remboursement de frais, un pour avoir volé du matériel informatique et un pour avoir manqué aux normes régissant l'embauche d'employés domestiques.

44. En 2018, le Bureau intensifierait ses efforts pour détecter et prévenir les cas de fraude, y compris l'identification de facteurs de risque de fraude et l'élaboration d'une politique complète de lutte contre la corruption et la fraude, ainsi que la réalisation de formations contre la fraude. La politique de l'OPS sur la protection des lanceurs d'alerte serait elle aussi révisée pour qu'elle soit maintenue à jour. De plus, le Bureau d'éthique lancerait une campagne d'information et assurerait que les politiques et mesures de protection requises étaient en place pour prévenir le harcèlement sexuel et l'exploitation à l'OPS et pour enquêter avec soin sur tous les cas constatés. La gestion des conflits d'intérêts constituait aussi une priorité, au même titre que l'assurance que le personnel déclare toute activité susceptible de donner lieu à un éventuel conflit d'intérêts. À cet effet, le Bureau avait automatisé en 2017 son questionnaire sur la déclaration d'intérêts.

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

45. Le Bureau d'éthique se réjouissait de travailler à l'avenir sur sa nouvelle mission. Il collaborerait pleinement pour assurer la transition sans entrave des cas transférés au nouveau Bureau des enquêtes, qui serait pourvu de tous ses effectifs plus tard en 2018.

46. Dans les discussions qui ont suivi, une déléguée a demandé si le Bureau d'éthique serait chargé de diriger le service d'assistance téléphonique en matière d'éthique ou si cette mission serait confiée au nouveau Bureau des enquêtes. Notant la diminution du nombre de plaintes pour faute professionnelle, elle a demandé s'il y avait une préoccupation quelconque quant à un éventuel problème de sous-déclaration. Elle a également demandé des informations sur le nombre de rapports faisant état de conduites éventuellement préoccupantes sur le plan éthique qui avaient donné lieu à des enquêtes et a demandé si le Bureau avait reçu des plaintes alléguant des représailles. Tout en saluant l'examen de la politique sur la protection des lanceurs d'alerte, elle a encouragé le Bureau d'éthique à prendre en compte les recommandations issues de l'examen en cours au sein du Corps commun d'inspection des Nations Unies (CCI) sur les politiques et pratiques de protection des lanceurs d'alerte au sein des organes du système des Nations Unies. Elle a déclaré qu'elle soutenait fermement les initiatives de lutte contre le harcèlement et demandé si des séances de formation sur le harcèlement étaient prévues et si l'OPS participait aux activités du Groupe d'étude sur le harcèlement sexuel établi par le Conseil des chefs de secrétariat des organismes des Nations Unies pour la coordination (CCS).

47. M. MacMillan a répondu que le service d'assistance téléphonique avait déjà été bifurqué. Les cas alléguant des fautes professionnelles étaient automatiquement référés au Bureau des enquêtes tandis que les demandes d'information concernant des questions d'éthique étaient orientées vers le Bureau d'éthique. Il était difficile d'établir si la diminution du nombre de notifications était un bon ou un mauvais signe. Le nombre total, soit 38, était en conformité avec la moyenne du nombre de notifications reçues chaque année depuis la création du Bureau d'éthique en 2006. Il était possible que l'augmentation des demandes d'information concernant des questions d'éthique ait donné lieu à de meilleures décisions, ce qui, à son tour, expliquait la diminution du nombre de notifications. Les 38 notifications avaient abouti à neuf enquêtes, parmi lesquelles seules deux étaient en cours. Il n'y avait pas eu de plaintes alléguant des représailles. Le Bureau consulterait le rapport du CCI sur la protection des lanceurs d'alerte pour établir éventuellement les changements devant être opérés dans sa propre politique. Le Bureau ne faisait pas partie du Groupe d'étude du CCS.

48. Grâce aux nombreux efforts de sensibilisation, le personnel était désormais plus conscient des différents mécanismes de notification et de son obligation de rapporter toutes préoccupations d'éthique. Toutefois, il demeurerait nécessaire d'accorder plus d'attention à la détection et de faire en sorte que le personnel n'ait aucune crainte de rapporter tout type de faute professionnelle. Des séances de formation auraient lieu qui porteraient sur le harcèlement, l'exploitation sexuelle et la conduite du personnel sur la base de nouveaux matériels pédagogiques conçus de manière à rendre la formation plus participative.

49. La Directrice a déclaré que l'un de ses objectifs était que le BSP devienne un lieu de travail marqué par la pleine observation des règles d'éthique et par le respect. Les

ressources disponibles à l'appui de la réalisation de cet objectif comprenaient le Bureau de l'Ombudsman, dont les services participaient de plus en plus à la formation du personnel et répondaient aux préoccupations spécifiques soulevées par le personnel, non seulement au Siège mais aussi dans les bureaux de pays. Pour sa part, elle avait plusieurs fois réitéré aux membres du personnel qu'ils étaient tenus d'instaurer un climat de travail éthique et respectueux.

50. Le Comité exécutif a pris note du rapport.

Rapport du Comité d'audit de l'OPS (document CE162/9)

51. M. Claus Andreasen (Président du Comité d'audit de l'OPS), après avoir passé en revue les attributions et le rôle consultatif du Comité d'audit, a présenté une esquisse des activités menées par le Comité en 2017 et 2018. Il a indiqué que le Comité s'était réuni deux fois, en octobre 2017 et avril 2018. Il avait reçu des informations thématiques et entendu les exposés de cadres supérieurs ainsi que d'autres membres du personnel et avait émis des recommandations après chaque réunion. L'essentiel de ses activités avait porté sur les systèmes, les procédures et les instruments dont disposait l'Organisation pour lui permettre d'accomplir sa mission.

52. Durant la période à l'étude, le Comité avait émis huit recommandations. La recommandation 1 concernait le projet *Mais Médicos*. Le Comité avait constaté avec satisfaction que le Bureau donnait suite à toutes les recommandations formulées antérieurement par le Comité concernant ce projet. Toutefois, il avait également constaté l'absence d'une évaluation complète et indépendante sur la contribution du projet aux soins de santé primaires et avait par conséquent recommandé qu'une telle évaluation soit effectuée. La recommandation 2 concernait le système d'information pour la gestion du BSP (PMIS). Le Comité avait pris note de l'opinion du Commissaire aux comptes, selon laquelle le PMIS représentait une bonne valeur ajoutée pour l'Organisation. Toutefois, il fallait procéder à certains perfectionnements dans le système. Le Comité avait également pris note des préoccupations exprimées au regard de Workday et de l'absence d'un module de rapprochement bancaire automatique ou de calcul des taux de change.

53. Dans ses recommandations 3 à 5, le Comité d'audit avait affirmé *a)* qu'il fallait d'accorder la priorité à l'établissement d'un lien précis entre le cadre de contrôle interne et le système de gestion du risque institutionnel (ERM), *b)* qu'il convenait de prendre des mesures pour lutter contre les lacunes dans les dispositifs de contrôle de la sécurité informatique et *c)* que le Bureau devait entreprendre une évaluation de la conformité des procédures de fonctionnement avec le cadre-type de contrôle interne élaboré par le Comité des organisations coparrainantes de la Commission Treadway (COSO), une fois ce cadre mis en place pendant une période relativement longue.

54. La recommandation 6 concernait les modalités de surveillance et d'évaluation intérieures ainsi que les risques identifiés dans le rapport d'audit interne concernant Haïti. Le Comité avait exprimé sa satisfaction quant à l'attention accordée à ces risques mais avait fait part de sa préoccupation quant au fait que le Bureau ne les avait pas découverts

avant l'audit. Le Bureau devait renforcer son rôle de surveillance pour éviter que cette situation ne se reproduise. La recommandation 7 concernait la séparation des fonctions d'éthique et d'enquête à l'intérieur du Bureau d'éthique (voir les paragraphes 42 à 51 ci-dessus). Le Comité d'audit avait recommandé que le Bureau prenne en compte les recommandations du Comité sur les termes de référence du Bureau des enquêtes nouvellement créé et sur la description des tâches du nouvel inspecteur en chef.

55. La recommandation 8, sur le rapport financier et les états financiers, proposait une révision des termes employés dans la déclaration concernant les dispositifs de contrôle interne. Le Comité avait formulé cette recommandation avant la version finale des états actuels et avait constaté avec satisfaction que la recommandation avait été prise en compte.

56. Le Comité avait tenu des discussions au sujet d'un rapport d'avancement sur l'évaluation à sa réunion d'octobre 2017 et avait conclu que la culture et les fonctions d'évaluation au sein du BSP étaient peu développées. Le Comité était au courant que le Bureau était en train d'élaborer une nouvelle politique d'évaluation en réponse à ses observations et se réjouissait de pouvoir formuler des commentaires sur cette politique.

57. Le Comité s'était montré satisfait quant aux mesures prises concernant l'audit interne et avait considéré que le suivi des recommandations émises par le Bureau de la surveillance interne et des services d'évaluation (IES) avait été tout à fait satisfaisant. Une recommandation remontait à 2011 mais, à part cela, le Bureau avait répondu aux recommandations de manière convenable. Le Comité avait été impressionné par la pratique de gestion observée par la Directrice, qui tenait chaque année une réunion avec les cadres supérieurs et d'autres fonctionnaires pour discuter des recommandations d'audit en souffrance.

58. L'impression générale du Comité d'audit était que le Bureau avait de bons résultats dans le domaine de la gestion du risque et que d'autres instruments de surveillance étaient également pris au sérieux, ce qui lui avait permis de conclure qu'il était de plus en plus probable que l'Organisation soit à même d'accomplir sa mission.

59. Dans les discussions qui ont suivi les remarques de M. Andreasen, les intervenants ont salué le travail effectué par le Comité, qui avait valablement contribué au renforcement de la gouvernance, de la transparence et de la responsabilité. Une déléguée, évoquant les préoccupations exprimées au sujet du bureau de l'OPS/OMS en Haïti ainsi que les problèmes relevant de la gestion du risque, a signalé que la situation fragile prévalant dans ce pays était bien connue et mettait au jour, pour le Bureau, la nécessité d'anticiper les risques inhérents à ce type de situation et de prendre des mesures pour les atténuer ; elle a poursuivi en disant que cela constituait un aspect important du rôle fiduciaire que le Bureau avait accepté de remplir concernant les bailleurs de fonds d'Haïti. Une autre déléguée a appelé à la mise en œuvre de toutes les recommandations émises par le Comité mais, en particulier, de celles concernant le PMIS. Elle a demandé à M. Andreasen de donner plus d'explications sur les préoccupations du Comité concernant les conclusions de l'audit interne relatif aux processus budgétaires au sein du Bureau et a demandé un supplément d'information sur les termes de référence de l'inspecteur en chef et du Bureau des enquêtes.

60. La déléguée du Brésil a déclaré que, compte tenu du grand nombre de ressources relevant du projet *Mais Médicos* à l'intérieur du budget de l'OPS, il était normal que ce projet fasse l'objet d'une grande attention. Elle a fait remarquer que le projet faisait l'objet d'une évaluation constante sur le plan interne afin d'évaluer son impact social. Il importerait toutefois de dénombrer les enseignements tirés par les autres acteurs concernés, pointer toutes les modifications nécessaires et juger de la probabilité de reproduire le projet dans d'autres pays. Ainsi, sa délégation saluait la recommandation 1.

61. M. Andreasen a répondu que le Comité avait reçu des informations présentées par IES sur l'audit des processus budgétaires effectué durant la période 2016-2017. Le Comité d'audit considérait qu'il était nécessaire de rouvrir le processus d'audit à cause de certains problèmes qui avaient été constatés et que l'audit n'avait pas pleinement atteint ses objectifs. La recommandation du Comité était d'élargir la portée de l'audit, d'effectuer une nouvelle évaluation des risques puis de conduire un audit plus complet.

62. Concernant les enquêtes, le Comité avait comparé le projet de termes de référence avec, selon son jugement, les meilleures pratiques suivies dans d'autres organisations, surtout dans le système des Nations Unies. Il avait recommandé que l'inspecteur en chef fasse partie de l'IES et relève de l'autorité du vérificateur institutionnel, et que les rapports d'enquête soient adressés à la Directrice. Le Comité avait évoqué les recommandations avec le Bureau et savait que ce dernier était en train d'y répondre. Il s'attendait à recevoir plus tard durant l'année une version amendée du projet de termes de référence.

63. La Directrice a déclaré que le Bureau prenait toutes les recommandations d'audit au sérieux et avait appliqué un grand nombre d'entre elles. Elle a remercié le Comité d'audit pour sa contribution importante et pour avoir travaillé avec le Bureau pour améliorer la transparence et la responsabilité.

64. Le Comité exécutif a pris note du rapport.

Nomination d'un membre au Comité d'audit de l'OPS (document CE162/10)

65. Mme Cristina Luna Ribadeneira (représentante du Sous-comité du programme, du budget et de l'administration) a indiqué 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 2018, et que par conséquent le Comité exécutif devrait nommer un nouveau membre au Comité d'audit durant la 162^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 cinq candidatures sur la base des critères d'admissibilité au Comité établis dans la section 4 des Termes de référence du Comité d'audit et avait décidé de recommander que M. Martin Guozden soit nommé au Comité d'audit. Le Sous-comité avait entériné la recommandation du groupe de travail.

66. Le Comité exécutif a entériné la recommandation du Sous-comité et adopté la résolution CE162.R5, en remerciant M. John D. Fox pour ses années de travail au service

du Comité d'audit de l'OPS et en nommant M. Martin Guozden comme membre du Comité d'audit pour un mandat de trois ans, soit de juin 2018 à juin 2021.

Questions relatives à la politique des programmes

Rapport préliminaire sur l'évaluation de fin de période biennale du Programme et budget de l'OPS 2016-2017/Deuxième rapport intérimaire du Plan stratégique de l'OPS 2014-2019 (documents CE162/11 et Add. I)

67. Mme Cristina Luna Ribadeneira (représentante du Sous-comité du programme, du budget et de l'administration) a déclaré que le Sous-comité avait examiné l'esquisse du rapport d'évaluation de fin de période biennale du Programme et budget de l'OPS 2016-2017 et du deuxième rapport intérimaire du Plan stratégique de l'OPS 2014-2019. Des délégués avait fait remarquer que l'évaluation conjointe serait une occasion d'identifier les meilleures pratiques et les enseignements tirés de l'expérience, qui pourraient s'avérer utiles pour l'élaboration du prochain plan stratégique de l'Organisation, et avaient signalé que le rapport sur l'évaluation de fin d'exercice biennal devrait contenir une section portant sur les enseignements tirés. La proposition visant l'inclusion d'informations sur l'exécution tant des programmes que du budget avait été saluée, car cette information permettrait de révéler les écarts de financement. L'importance de la collaboration étroite entre les autorités nationales et le Bureau avait été soulignée, de même que la nécessité de parvenir à une entente commune entre ceux-ci concernant les indicateurs de résultats intermédiaires et immédiats, les référence et les cibles.

68. M. Dean Chambliss (Directeur du Département de la planification et du budget du BSP) a passé en revue le calendrier établi pour l'évaluation, et a signalé qu'environ 85 % des évaluations par les pays et territoires avaient été achevées à la mi-juin 2018. Il a également passé en revue la structure du rapport qui, pour la première fois, présenterait un bilan des progrès réalisés en direction des cibles d'impact établis dans le Plan stratégique 2014-2019. Ce document présenterait également des réalisations clés, les obstacles rencontrés et les réussites des pays par catégorie. Des rapports plus précis sur chaque catégorie seraient publiés sur le portail Web consacré au Programme et budget de l'OPS.

69. En présentant un résumé de certaines des conclusions préliminaires issues de l'évaluation technique du Bureau, M. Chambliss a rapporté que 79 % des indicateurs de résultats intermédiaires étaient en passe d'être atteints d'ici à 2019 et que 98 % des indicateurs de résultats immédiats avaient été atteints entièrement ou en partie. Entre autres réalisations marquantes, les interventions opportunes après toutes les situations d'urgence ayant un effet potentiel sur la santé avaient été mises en place sous 72 heures dans 33 pays et territoires, l'OMS avait certifié six autres pays et territoires comme ayant éliminé la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis, le taux de létalité des cas de choléra avait été maintenu en-dessous de 1 % en Haïti et l'élimination de l'onchocercose avait été vérifiée au Guatemala et au Mexique.

70. Concernant les résultats au niveau d'impact, cinq d'entre eux étaient considérés comme étant en passe d'être atteints d'ici à 2019 : cible 1, espérance de vie saine ; cible 2,

un départ en bonne santé pour les nouveau-nés ; cible 3, maternité sûre ; cible 8, maladies transmissibles et cible 9, décès, maladies et handicap découlant d'urgences. Quatre des résultats au niveau d'impact risquaient de ne pas être atteints d'ici à 2019 : cible 4, mortalité due à la mauvaise qualité des soins de santé ; cible 5, mortalité prématurée due aux maladies non transmissibles ; cible 6, mortalité due aux maladies transmissibles et cible 7, mortalité prématurée due à la violence et aux traumatismes.

71. Globalement, l'exécution du programme et budget pour la période 2016-2017 avait atteint 78 % du niveau approuvé et 97 % du financement disponible pour l'exercice biennal. Tandis que \$567 millions de financement avaient été reçus, seuls \$521,6 millions étaient disponibles aux fins d'exécution durant l'exercice biennal et les \$45,4 millions restants avaient été reportés au solde de 2018-2019. Entre les catégories, le financement était inégal. Ainsi, conformément aux tendances historiques, les catégories 1 (maladies transmissibles) et 5 (préparation, surveillance et interventions) restaient les catégories les mieux financées, tandis que les catégories 2 (maladies non transmissibles) et 3 (déterminants de la santé et promotion de la santé tout au long de la vie) avaient reçu le moins de financement. Seules cinq des huit grandes priorités de l'Organisation étaient financées à 75 % ou plus par rapport à leur budget approuvé. Le Bureau avait utilisé des modalités de financement souple pour renforcer les domaines programmatiques ayant les besoins les plus pressants, en privilégiant ceux désignés par les États Membres comme hautes priorités dans le programme et budget 2016-2017.

72. Dans les discussions qui ont suivi, les délégués ont salué les résultats favorables qui avaient été rapportés tout en faisant part de leurs préoccupations sur les indicateurs d'impact qui avaient une faible probabilité de réalisation d'ici à 2019. Le Bureau a été chargé de faire part des mesures qui seraient prises pour remédier à cette situation. L'exercice d'évaluation avait été considéré comme une occasion de réfléchir sur les réussites mais aussi pour dénombrer les lacunes et les contraintes persistantes et tirer les enseignements nécessaires. Il a été souligné que ces derniers devraient être pris en compte au moment de l'élaboration du Plan stratégique 2020-2025 et dans la mise en œuvre du Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques 2018-2030. L'augmentation du nombre des cas de rougeole dans la Région a été signalée avec préoccupation et le Bureau a été exhorté à assurer que le secteur programmatique responsable de la vaccination reçoive un financement adéquat de manière à pouvoir fournir l'assistance requise par les États Membres.

73. Des éclaircissements ont été demandés concernant les informations présentées sur l'exécution budgétaire. En particulier, une déléguée voulait savoir comment le Bureau pouvait estimer le degré d'exécution du budget approuvé alors que certains fonds destinés à ce budget n'avaient pas encore été reçus. À son avis, il serait plus utile de fournir des informations sur l'écart entre le montant du financement approuvé et le montant effectivement reçu et exécuté. Une mise à jour a été demandée concernant la proposition visant à créer un fonds de contributions volontaires flexibles afin de regrouper les dons destinés aux programmes prioritaires.

74. Concernant le processus d'évaluation, plusieurs délégués ont souligné qu'il était nécessaire d'accorder aux autorités nationales des délais suffisants pour rassembler les informations nécessaires, en particulier parce que certaines données devaient être recueillies auprès de secteurs autres que la santé. Par ailleurs, il avait été jugé primordial d'assurer que les spécifications techniques pour tous les indicateurs étaient disponibles dans le système de suivi du Plan stratégique. Un délégué a fait remarquer que l'Organisation n'était toujours pas familiarisée avec les indicateurs de résultats immédiats convenus et leurs définitions, ce qui avait occasionné des difficultés de communication entre les autorités nationales et le personnel du Bureau et produit des retards dans le processus d'évaluation.

75. M. Chambliss, en réponse aux questions posées sur l'exécution budgétaire, a expliqué que les enveloppes budgétaires établies par les États Membres au début de l'exercice biennal étaient une indication de leurs priorités ou, en d'autres termes, de l'emploi souhaité pour les fonds au cas où ceux-ci se matérialiseraient, ce qui n'était pas toujours le cas. Le Bureau notifiait le montant approuvé, le montant reçu et le montant effectivement exécuté pour que les États Membres puissent constater dans quelle mesure il avait été possible d'exécuter le budget conformément à leurs souhaits.

76. Concernant les cibles d'impact, il a déclaré que, pour constater les progrès réalisés au titre de phénomènes comme les écarts de mortalité et d'équité, il fallait attendre très longtemps. Il a assuré le Comité que les personnels techniques du Bureau étaient tout à fait conscients de l'importance des cibles d'impact et qu'ils travaillaient d'arrache-pied pour que ces cibles soient effectivement réalisées, non seulement par rapport aux fonds alloués mais aussi par rapport aux efforts déployés par les membres du personnel dans les pays. Il lui a aussi donné son assurance que les résultats de l'évaluation seraient utilisés pour élaborer le prochain Plan stratégique et établir des objectifs ambitieux mais réalistes pour la période 2020-2025.

77. Les États Membres ont été invités à continuer de transmettre des commentaires par écrit au sujet de l'évaluation et du rapport préliminaire jusqu'au 15 juillet.

78. La Directrice a exprimé sa reconnaissance aux États Membres pour leur participation à l'évaluation conjointe et a remercié ceux qui avaient déjà transmis leur rapport. Le Bureau faisait un suivi auprès de ceux qui n'avaient pas encore transmis le leur pour faire en sorte que le rapport final sur l'évaluation contienne les informations issues de tous les pays et territoires des Amériques.

79. Le Comité a pris note du rapport.

Évaluation de la politique budgétaire de l'OPS (document CE162/12 et Add. I)

80. Mme Cristina Luna Ribadeneira (représentante du Sous-comité du programme, du budget et de l'administration) a déclaré que le Sous-comité avait examiné une proposition du Bureau visant l'évaluation de la *Politique budgétaire de l'OPS* adoptée en 2012. Il avait été informé que l'évaluation de ladite politique avait pour but de déterminer si les

ressources avaient été allouées conformément à la politique durant la période 2014-2017 et d'identifier les enseignements tirés de l'exécution de la politique, en particulier à la lumière de l'approche budgétaire intégrée adoptée en 2016.

81. M. Dean Chambliss (Directeur du Département de la planification et du budget du BSP) a présenté les rapports sur ce sujet, notant que l'addendum au document CE162/12 contenait le rapport de l'évaluateur externe qui avait mené l'évaluation. Il a rappelé que la politique budgétaire avait été approuvée en 2012 et couvrait la même période que le Plan stratégique actuel, soit de 2014 à 2019. Il avait été prévu que la politique ne s'applique qu'aux ressources budgétaires ordinaires, constituées des contributions fixées et des recettes diverses budgétées. Toutefois, depuis l'adoption de la politique, tant l'OPS que l'OMS étaient passées à une méthode intégrée de budgétisation, qui ne prévoyait pas d'ouvertures de crédits ordinaires distincts.

82. Pour assurer l'objectivité de l'évaluation, le Bureau avait retenu les services d'un évaluateur externe chargé de mener l'exercice d'évaluation. En bref, l'évaluateur avait constaté que les allocations budgétaires effectuées en vertu de la politique répondaient aux normes de solidarité, d'équité et de panaméricanisme, et qu'elles étaient en harmonie avec les attentes, compte tenu du fait que la politique avait été conçue pour s'appliquer uniquement aux fonds du budget ordinaire. Toutefois, il avait aussi constaté qu'il fallait effectuer des révisions considérables pour assurer que la politique reste d'actualité dans un contexte de budgétisation intégrée. L'évaluateur avait formulé neuf recommandations visant à améliorer des domaines essentiels de la politique budgétaire, dont la simplification de ses restrictions à base de formules, la préparation de rapports de synthèse sur la politique budgétaire à base biennale et l'inclusion de tous les processus nécessaires aux fins de conformité avec la politique budgétaire dans les méthodologies de planification et de budgétisation de l'OPS. Le Bureau a proposé d'étudier les recommandations et de présenter une série de recommandations sur la politique budgétaire aux États Membres durant le cycle 2019 des réunions des Organes directeurs.

83. Dans les discussions qui ont suivi, des suppléments d'informations ont été demandés au sujet de la signification de l'allocation des ressources basée sur l'établissement du coût des résultats immédiats, laquelle avait été mentionnée au paragraphe 24 du rapport de l'évaluateur externe. Des précisions ont été demandées également au sujet des incidences des recommandations formulées par l'évaluateur externe concernant l'allocation du financement en fonction des besoins. Il a été souligné que toute réforme de la politique budgétaire devait faire en sorte qu'elle ne désavantage pas les pays ayant les plus grands besoins. Il a été reconnu que la dépendance vis-à-vis de formules strictes pouvait aboutir à un processus de budgétisation trop mécanique et inflexible, mais il a été signalé de même que la budgétisation risquait de devenir trop arbitraire en l'absence d'un quelconque système de notation. Le Bureau a été encouragé à trouver un juste milieu entre ces deux extrêmes.

84. M. Chambliss a déclaré que toute mention des allocations en fonction de l'établissement du coût des résultats immédiats était en rapport avec l'exercice de budgétisation de bas en haut qui avait cours aussi bien à l'OPS qu'à l'OMS. Lorsque le

premier exercice avait été mené pour déterminer le niveau du budget et les modalités par lesquelles il devrait être alloué entre les bureaux de pays et les divers services au Siège de l'OPS, le Bureau avait passé en revue les résultats immédiats pour lesquels chaque secteur de l'Organisation était responsable et avait tenté d'établir les coûts pour chacun d'eux. Souvent, il s'était avéré nécessaire d'opérer des ajustements pour parvenir à un budget réaliste en termes de financement et qui soit susceptible d'être réellement mobilisé.

85. Concernant les allocations en fonction des besoins, le Bureau aurait besoin de plus de temps pour examiner les recommandations de l'évaluateur externe. La question de savoir comment traiter de manière stratégique les questions budgétaires pouvait aussi faire l'objet de discussions dans le contexte de la formulation du prochain Plan stratégique aussi bien que de l'élaboration du programme et budget 2020-2021.

86. La Directrice, se faisant l'écho des observations de M. Chambliss, a demandé que les États Membres accordent suffisamment de temps au Bureau pour analyser entièrement le rapport de l'évaluation et présenter des recommandations en 2019 concernant les ajustements devant être effectués dans la politique budgétaire.

87. Le Comité a pris note du rapport.

Nouveau barème des contributions (document CE162/13)

88. Mme Cristina Luna Ribadeneira (représentante du Sous-comité du programme, du budget et de l'administration) a indiqué que le Sous-comité avait été informé en mars que le barème des contributions fixées de l'OPS devant être appliqué en 2019 dépendrait du résultat des discussions tenues par l'Assemblée générale de l'Organisation des États Américains (OEA) sur le barème de l'OEA pour 2019 et les années suivantes. Le Sous-comité avait également été informé que les négociations se poursuivaient à l'OEA et que le Comité recevrait une mise au point à sa 162^e session.

89. 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 étaient fixées en fonction de leur population. En juin 2017, l'OEA avait adopté un barème transitoire de contributions fixées, celui-ci étant en cours d'examen. L'OPS avait adopté ce barème transitoire en attendant que l'OEA prenne une décision à cet égard. Les discussions étaient en cours mais aucune décision n'avait été prise. L'Assemblée générale de l'OEA avait récemment décidé de reporter une décision portant sur une modification de la méthodologie actuelle régissant le barème. La Commission des questions administratives et budgétaires de l'OEA présenterait une modification de la méthode de calcul du barème d'ici à la fin juin.

90. Une session extraordinaire de l'Assemblée générale de l'OEA avait été programmée pour octobre 2018, une décision finale devant être prise à cette occasion. L'OPS présenterait le nouveau barème pour 2019 aussitôt la décision prise par l'OEA. Au cas où

une décision n'aurait pas été prise avant la session du Conseil directeur de septembre 2018, l'OPS maintiendrait le barème de 2018, tel que modifié pour l'OPS, pour l'année 2019.

91. Dans les discussions qui ont suivi, une déléguée a posé une question sur les incidences du nouveau barème pour le budget de l'OPS et une autre déléguée a demandé des éclaircissements sur la date à laquelle le nouveau barème serait adopté.

92. M. Chambliss a répondu qu'il n'y avait aucune conséquence pour l'OPS en termes de budget global des contributions fixées. Le barème de l'OEA représentait simplement les pourcentages dus par chaque pays sur la somme totale devant être versée à l'OPS. Il a signalé que si l'Assemblée générale de l'OEA ne se réunissait pas avant octobre, les États Membres de l'OPS seraient dans l'impossibilité de discuter du nouveau barème durant le 56^e Conseil directeur, qui était prévu pour septembre. Toutefois, il était possible que le Bureau prenne connaissance du résultat des délibérations de la Commission des questions administratives et budgétaires de l'OEA un peu avant octobre et soit donc en mesure de fournir des informations par avance au Conseil directeur, même si le barème n'avait pas encore été officiellement adopté.

93. La Directrice a précisé que le barème de l'OPS était fondé sur le barème officiellement adopté par l'OEA. En 2019, si l'OEA n'avait pas encore adopté un nouveau barème, l'Organisation continuerait d'employer le barème de 2018 et présenterait le nouveau barème sur la base de celui qui serait adopté par l'OEA en 2019.

94. Le Comité a pris note du rapport.

Plan d'action concernant la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent 2018-2030 (document CE162/14)

95. 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 une proposition portant sur le plan d'action, notant qu'il était en conformité avec la *Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent 2016-2030*, les objectifs de développement durable et le Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques 2018-2030. Le plan était par ailleurs alimenté par les enseignements tirés de quatre stratégies régionales portant sur la mortalité maternelle et la santé du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent qui étaient sur le point d'expirer. Le but global du plan était de préserver les acquis et de combler les lacunes restantes pour assurer des conditions de vie saines et le bien-être pour les femmes, les enfants et les adolescents dans les Amériques.

96. Le plan d'action proposé était fermement ancré sur les valeurs d'équité et favorisait des mesures bénéficiant aux groupes de population qui subissaient constamment une charge supérieure de mortalité et de morbidité évitables, en particulier les peuples autochtones, les personnes d'ascendance africaine et les femmes, les enfants et les adolescents moins instruits, pauvres et vivant en milieu rural. Le plan d'action était innovant dans la mesure où il combinait des domaines d'intervention qui relevaient antérieurement de quatre stratégies et plans distincts. Il était ambitieux car il dépassait le

cadre de la prévention des maladies pour embrasser le renforcement d'un état de santé et d'un épanouissement optimaux tout au long de la vie. Il favorisait par ailleurs un emploi efficace des ressources en abordant les facteurs de risque courants et les déterminants de la santé des populations vulnérables.

97. Outre les mesures multisectorielles, les interventions seraient précisément axées sur la prise en charge de la mortalité et de la morbidité infantiles et la promotion d'un développement physique, affectif et cognitif pour tous les enfants. La mortalité des adolescents serait abordée par une expansion des mesures à base factuelle pour améliorer la santé mentale, réduire la violence et encourager des modes de vie sains et des environnements salubres. La santé sexuelle et génésique des adolescents et des femmes de tous âges resterait une priorité, de même que la réduction de la mortalité maternelle.

98. Dans les discussions qui ont suivi, les délégués ont reconnu la conformité du plan avec la Stratégie mondiale et salué le fait qu'il soit centré sur la réponse aux besoins des populations vulnérables et sur des questions comme l'alimentation, l'éducation, l'assainissement de base et les infrastructures de soins de santé. La mortalité maternelle était considérée comme une question particulièrement préoccupante. À cet égard, un délégué a fait part de sa satisfaction quant à la prise en considération du rôle des sages-femmes dans le plan. Les délégués ont noté l'importance d'un maintien des efforts déployés à l'échelle régionale pour aborder les obstacles sociaux, culturels et sexistes qui imposaient des limites à la demande de soins de santé de qualité ainsi qu'à l'accès équitable à ceux-ci. Il existait un consensus général quant à l'importance d'adopter une approche multisectorielle intégrée face à la santé des femmes, des enfants et des adolescents et face à la nécessité d'éliminer les inégalités sur le plan sanitaire, de réduire la violence, surtout les homicides, d'éliminer l'exploitation sexuelle, d'aborder les questions de santé mentale et de renforcer les systèmes de collecte de données et les systèmes d'information pour préserver les acquis, aller de l'avant et ne laisser personne pour compte. Plusieurs délégués ont exprimé la volonté de leur pays de faire part de leurs meilleures pratiques et de leurs acquis.

99. Les États Membres avaient des points de vue divergents au sujet de la santé sexuelle et génésique et des droits s'y rapportant. Une déléguée a affirmé que la protection et la promotion des droits des femmes et des filles, surtout leur santé sexuelle et génésique et les droits s'y rapportant, constituaient une plateforme essentielle pour l'autonomisation. Une autre déléguée a affirmé que, si sa délégation soutenait effectivement les programmes de santé et d'éducation qui habilitaient les adolescents à éviter les risques sexuels et prévenir la grossesse précoce et les infections sexuellement transmissibles, elle ne pouvait accepter l'emploi des expressions « services de santé sexuelle et génésique » et « droits sexuels et génésiques » dans aucun contexte car ces expressions revêtaient désormais certaines connotations et étaient employées pour promouvoir l'avortement et le droit à l'avortement. Cette déléguée a poursuivi en déclarant que son pays était un ferme défenseur de la santé maternelle et infantile et soutenait la planification familiale volontaire et éclairée, mais qu'il ne reconnaissait pas l'avortement comme une méthode de planification

familiale ni ne soutenait l'avortement dans ses activités mondiales d'aide dans le domaine de la santé.

100. Malgré le soutien apporté par plusieurs délégués au plan d'action proposé dans le document CE162/14, d'autres ont formulé des critiques à son endroit. Tout en reconnaissant la complexité de l'élaboration d'un plan d'action multisectoriel, un délégué a signalé toutefois que le plan manquait de définitions et de méthodologies précises, qu'il n'était pas rédigé en des termes inclusifs et ne reflétait pas l'égalité entre les sexes, qu'il y manquait certaines données et certains indicateurs, qu'il incluait des indicateurs hors du cadre des compétences du secteur de la santé, et qu'il contenait certaines cibles qui posaient des problèmes. De plus, le plan d'action n'établissait pas clairement ses liens avec d'autres initiatives de l'OPS. D'autres délégués ont repris ces mêmes préoccupations. Une déléguée a souligné qu'il importait d'employer les mécanismes actuels de suivi et de notification pour éviter tout chevauchement des efforts et, s'agissant des États Membres, une charge de notification supplémentaire. Une autre déléguée a appelé à la réalisation d'études pour déterminer le coût du plan.

101. Notant les faiblesses du plan d'action ainsi que le fait qu'il ne réponde pas convenablement aux questions soulevées par plusieurs pays durant la consultation technique réalisée au Panama, plusieurs délégués ont suggéré que les consultations auprès des États Membres au sujet du plan se poursuivent au cours des mois précédant la session du Conseil directeur. Plusieurs délégués ont annoncé qu'ils présenteraient des commentaires supplémentaires par écrit.

102. Le Dr De Francisco Serpa a remercié les États Membres pour leur soutien envers le plan d'action proposé. Évoquant les diverses questions soulevées par les délégués, il a insisté sur l'importance d'adapter la stratégie mondiale à la situation de la Région et d'assurer la continuité du travail effectué en matière de santé de l'adolescent et de réduction de la mortalité maternelle et infantile au cours des six dernières années. Il a également fait remarquer qu'il était nécessaire d'aborder la violence, en particulier parmi les adolescents, et affirmé qu'il importait de disposer de données ventilées et d'identifier des systèmes permettant de mesurer les inégalités.

103. Il a signalé que le plan d'action énonçait clairement que l'avortement ne constituait pas une méthode de planification familiale. Il a convenu de l'utilité d'informer le public au sujet de la prévention des risques tout en faisant remarquer qu'il fallait adopter une démarche constructive pour changer les comportements en intervenant dans les milieux scolaire, professionnel et communautaire. Il a reconnu l'importance de tirer les enseignements nécessaires à partir des expériences acquises par les pays et indiqué que le Bureau était disposé à insérer dans le plan d'action une perspective plus explicite de l'égalité entre les sexes.

104. La Directrice a fait remarquer que les adolescents encouraient un risque particulier en raison de facteurs tels l'alcool et la toxicomanie, la violence ainsi que le manque de compétences en matière de négociation et de règlement de litiges. Pour aborder les besoins des adolescents, il faudrait adopter une approche multisectorielle. Le morcellement des

données était essentiel pour identifier les groupes non encore atteints et concevoir des interventions afin de les atteindre. Il faudrait également procéder à une réorientation significative des programmes de santé pour répondre aux besoins de la population adolescente.

105. Elle a indiqué que des consultations avaient eu lieu au sujet du plan d'action mais que, à la lumière de la complexité et de l'importance des questions soulevées par le Comité, elle considérait qu'il était impératif de donner aux États Membres un délai supplémentaire aux fins de consultation. Pour ce faire, on pourrait envisager de former un groupe de travail ou de tenir des consultations supplémentaires réunissant les groupes sous-régionaux avant d'organiser une consultation régionale. Le but était de parvenir, au moment du Conseil directeur, à un plan d'action travaillé, qui aurait bénéficié de la participation et de la contribution des États Membres et de la société civile.

106. Le Comité a décidé de constituer un groupe de travail intersession, en activité pendant la période entre la 162^e session du Comité exécutif et le 56^e Conseil directeur et ouvert à la participation de tous les États Membres, afin de continuer les consultations sur le plan d'action.

Plan d'action pour la prévention et la lutte contre le cancer du col de l'utérus 2018-2030 (document CE162/15)

107. Le Dr Anselm Hennis (Directeur du Département des maladies non transmissibles et de la santé mentale du BSP) a présenté ce thème, en faisant remarquer que le cancer du col de l'utérus était la principale cause de décès dans 11 pays de la Région et la deuxième cause de décès dans 12 pays. Ces chiffres étaient alarmants puisque le cancer du col de l'utérus était largement évitable par la vaccination contre le virus du papillome humain (VPH) et par le dépistage et le traitement des lésions précancéreuses. Depuis plus de 20 ans, l'OPS fournissait une coopération technique en rapport avec le cancer du col de l'utérus. Le rapport final sur la stratégie et le plan d'action antérieurs avait été présenté à la 29^e Conférence sanitaire panaméricaine en 2017, à l'occasion de laquelle le Bureau avait été chargé d'élaborer un nouveau plan d'action sur le cancer du col de l'utérus.

108. Le nouveau plan, qui avait été alimenté par les contributions d'experts et d'autres collaborateurs, faisait fond sur les engagements institutionnels énoncés dans les plans d'action sur les maladies non transmissibles, la vaccination ainsi que le VIH et les infections sexuellement transmissibles (IST). Il envisageait un avenir dans lequel le cancer du col de l'utérus était éliminé comme problème de santé publique grâce à l'accès universel aux services de santé sexuelle et de prévention des IST, aux vaccins contre le VPH, à des services efficaces de dépistage et de traitement des lésions précancéreuses, au traitement du cancer du col de l'utérus invasif et aux soins palliatifs. En conformité avec l'appel lancé par le Directeur général de l'OMS en faveur de l'élimination du cancer du col de l'utérus lors de l'Assemblée mondiale de la Santé en mai 2018, le plan d'action contenait quatre axes d'intervention visant à réduire du tiers le taux d'incidence et de mortalité du cancer du col de l'utérus d'ici à 2030. Le plan, s'il était approuvé, serait exécuté en étroite collaboration avec des organisations du système des Nations Unies avec lesquelles des

partenariats étaient déjà en place, d'autres organisations internationales, des associations professionnelles et des organisations de la société civile.

109. Dans les discussions qui ont suivi, les délégués ont reconnu que le cancer du col de l'utérus constituait un problème grave de santé publique qui frappait en particulier les femmes vivant dans des communautés vulnérables. Tout en déclarant leur engagement envers la prévention et la lutte contre le cancer du col de l'utérus, les délégués ont indiqué que les progrès réalisés à l'échelle régionale étaient encourageants mais qu'il demeurerait important de maintenir le rythme et d'accélérer les progrès. L'impératif de maintenir la surveillance ainsi que d'améliorer les dossiers de santé a été signalé comme moyen d'assurer que les femmes avaient accès à un traitement opportun et approprié. En général, les délégués ont exprimé leur soutien à l'endroit du plan, mais une déléguée a demandé qu'il contienne des dispositions pour tenir compte de la situation des États fédérés. Notant que de nombreux pays ne disposaient pas de programmes ciblant en particulier le cancer du col de l'utérus, une autre déléguée a demandé pourquoi il n'existait pas de plan pour d'autres types de cancer, surtout le cancer du sein, et a insisté sur la nécessité d'adopter une stratégie intégrée relative à la santé des femmes.

110. Il y a eu un consensus sur la nécessité d'un accès universel à des soins complets et sur l'importance de la vaccination. Concernant la vaccination, un délégué a appelé à la réalisation de recherches sur l'exécution, pour déterminer les meilleurs moyens d'atteindre et de vacciner tous les adolescents, tandis qu'une déléguée a souligné la nécessité de disposer de programmes de vaccination financés par des fonds publics pour les filles et les garçons et de réaliser des activités visant à lutter contre les idées fausses circulant autour du vaccin contre le VPH. Les délégués ont reconnu qu'il était nécessaire de tirer parti du Fonds renouvelable afin d'acheter des vaccins à des prix abordables et d'avoir accès à des tests rapides ainsi qu'aux médicaments et technologies nécessaires. Plusieurs d'entre eux ont souligné l'importance d'un accès équitable à des soins immédiats comme la stratégie « voir et traiter » ainsi que l'utilisation de la cybersanté, de la santé mobile et des systèmes d'information renforcés, dont l'utilisation de numéros uniques d'identification, pour faire en sorte que toutes les femmes, sans exception, bénéficient d'un suivi après un diagnostic de précancer ou de cancer.

111. Un délégué a demandé que l'on précise les modalités de l'exécution au niveau des pays de l'axe stratégique 4, à savoir, améliorer l'accès aux services de diagnostic, de traitement, de réadaptation et de soins palliatifs du cancer. Un autre délégué a proposé que le plan d'action prévoie une campagne de communication de masse visant le milieu universitaire, les professionnels de la santé et la communauté dans son ensemble pour informer le public quant aux facteurs de risque et de protection, et pour encourager un accès opportun aux services de santé au bénéfice du dépistage, du diagnostic et du traitement des lésions précancéreuses et du cancer du col de l'utérus. Il a poursuivi en disant que les tests de dépistage du cancer du col de l'utérus par l'ADN devraient être disponibles par le biais du Fonds stratégique de l'OPS afin de permettre aux pays de tirer parti d'un mécanisme d'achat centralisé.

112. Le Dr Hennis a fait part de sa reconnaissance au Comité pour ses réponses favorables à la stratégie et au plan d'action proposés. Il a convenu de la nécessité de mener des activités de surveillance et de dépistage au sein de la population et de l'utilité des numéros uniques d'identification pour relier entre eux les dossiers et ainsi repérer les femmes qui avaient subi les tests. Tout en reconnaissant l'importance de la vaccination, il a signalé que le cancer du col de l'utérus était une occasion d'éliminer une maladie non transmissible pour la première fois et a fait remarquer que, dans ce domaine, la Région des Amériques était loin devant les autres régions du monde.

113. Concernant les tests de dépistage du cancer du col de l'utérus, le Dr Hennis a indiqué que, dans la Région, le test GeneXpert était employé pour dépister d'autres maladies et pourrait éventuellement servir au dépistage du cancer du col de l'utérus. Toutefois, il convenait de discuter plus à fond sur cette question et d'évaluer les besoins et les exigences des États Membres. Il a convenu que la disponibilité des tests de dépistage rapide, en particulier pour les femmes vivant dans des zones éloignées, était importante, et a affirmé que le Bureau travaillerait de près avec les États Membres pour contribuer au renforcement des systèmes de santé et ainsi améliorer l'accès aux services pour le diagnostic, le traitement, la réadaptation et les soins palliatifs du cancer.

114. Le Dr James Fitzgerald (Directeur du Département des systèmes et services de santé du BSP) a apporté des précisions concernant la question des médicaments disponibles par le biais du Fonds stratégique de l'OPS. Il a fait remarquer que l'accès aux médicaments contre le cancer était probablement l'un des plus grands défis qui se posaient pour les programmes de lutte contre le cancer dans la Région et a signalé que, en 2013, la Directrice avait approuvé l'inscription d'une série de médicaments contre les MNT, y compris les anticancéreux, à la liste des produits disponibles à travers le Fonds stratégique. Le Bureau avait travaillé de près avec les États Membres pour déterminer leurs besoins, ce qui avait donné lieu à une diminution des coûts et à un accès accru à ces médicaments.

115. Toutefois, en raison de la structure décentralisée des programmes de lutte contre le cancer dans la Région, la plupart étant des programmes spécialisés gérés par les hôpitaux, des contraintes étaient apparues au moment de la consolidation de la demande portant sur une liste commune d'anticancéreux. Une autre difficulté avait été rencontrée, qui correspondait aux mécanismes de protection financière requis pour assurer l'accès à la cancérothérapie puisque bon nombre des programmes ne recevaient pas de fonds publics mais étaient financés par des régimes d'assurance ou des paiements directs. Le Bureau continuerait de travailler avec les pays en matière d'accès à la cancérothérapie.

116. La Directrice a remercié les États Membres pour avoir demandé au BSP d'élaborer le plan d'action et pour avoir reconnu que cette action était nécessaire pour lutter contre la morbidité et la mortalité dues au cancer du col de l'utérus, une maladie qui frappait de façon disproportionnée les femmes pauvres, les femmes autochtones et les femmes vivant en milieu rural. Il était possible d'accomplir de véritables progrès vers l'élimination du cancer du col de l'utérus mais il faudrait adopter une nouvelle approche. L'un des principaux obstacles qui se posait en matière de réduction de l'incidence et de la prévalence du cancer du col de l'utérus était le fait que certaines femmes étaient obligées de marcher plusieurs

kilomètres pour se rendre dans un établissement sanitaire proposant le test par frottis de Papanicolaou. Souvent, elles rentraient chez elles sans diagnostic et ne revenaient pas pour une visite de suivi. Il était impératif de savoir quelles femmes les services n'atteignaient pas et pourquoi, et ce qui pouvait être fait pour améliorer l'accès de ces femmes aux soins et au traitement. Les pays devaient prendre des mesures décisives et réaliser des investissements. Des méthodes abordables de dépistage étaient disponibles. Même si elles n'étaient pas forcément les méthodes préférées des États Membres, il fallait cesser de compter uniquement sur le frottis de Papanicolaou pour atteindre les groupes touchés de manière disproportionnée et faire en sorte que personne ne soit laissé pour compte.

117. Le Comité exécutif a adopté la résolution CE162.R2, qui recommande que le Conseil directeur approuve le plan d'action.

Plan d'action en matière de ressources humaines pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle 2018-2023 (document CE162/16)

118. Le Dr James Fitzgerald (Directeur du Département des systèmes et services de santé du BSP) a présenté la proposition de plan d'action en affirmant que la disponibilité, la distribution, l'acceptabilité et la qualité des services de santé constituaient des facteurs cruciaux qui devaient être pris en compte pour que les pays des Amériques soient à même d'universaliser l'accès à la santé et la couverture sanitaire. Malgré les différences considérables entre les estimations, le consensus était qu'il existait une grave pénurie de ressources humaines pour la santé dans les Amériques. Des inégalités demeuraient en matière de disponibilité, de répartition et de qualité des personnels de santé à l'intérieur des pays et entre ceux-ci, entre différents niveaux de soins de santé et entre le secteur public et le secteur privé. La situation était également marquée par de faibles taux de rétention dans les zones rurales et mal desservies, une forte mobilité et des mouvements migratoires nombreux, en particulier en provenance des Caraïbes, une spécialisation excessive en services de soins tertiaires et des conditions de travail précaires, l'ensemble de ces éléments entravant l'expansion progressive des services de santé, surtout au premier niveau de soins.

119. Le plan d'action proposait un ensemble précis d'objectifs et d'indicateurs visant à soutenir, orienter et suivre la mise en œuvre, au niveau régional, de la *Stratégie en matière de ressources humaines pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle*, adoptée par la 29^e Conférence sanitaire panaméricaine en 2017. Le plan avait été élaboré suite à des consultations auprès des États Membres et des sous-régions, cet exercice ayant révélé la nécessité que ces indicateurs choisis reflètent effectivement les priorités et la situation propres à chaque pays. Le plan avait été conçu en reconnaissant la nécessité de mettre en œuvre une série de politiques, de réglementations et d'interventions visant le renforcement de la gouvernance et de l'action intersectorielle pour produire les personnels de santé requis pour le XXI^e siècle. Le plan proposait des indicateurs qui soutiendraient une répartition plus équitable de ressources humaines dotées des capacités nécessaires. Enfin, il guiderait l'action des États Membres en matière d'organisation de la formation des ressources humaines pour ainsi répondre aux besoins des systèmes de santé

en cours de transformation dans le contexte de l'effort visant à réaliser l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle.

120. Dans les discussions tenues au sein du Comité sur la proposition de plan d'action, les délégués ont salué le fait qu'il mette l'accent sur la situation et les priorités des pays. Il a été signalé toutefois que tous les indicateurs du plan ne s'appliquaient pas à tous les pays, et plusieurs délégués ont demandé des éclaircissements pour savoir quels indicateurs s'appliquaient à quels pays. Une déléguée a fait remarquer qu'il serait difficile pour son pays de faire rapport sur des indicateurs requérant des données nationales car les différentes attributions juridictionnelles des circonscriptions fédérales, provinciales et territoriales du pays étaient telles que le recueil d'information était un exercice complexe. Un deuxième délégué a signalé que les pays avaient adopté une définition différente pour certains concepts abordés dans les indicateurs, dont celui de l'accréditation. Une troisième déléguée, évoquant l'indicateur 2.4.1, a déclaré que si son pays soutenait effectivement l'idée d'un dialogue multilatéral sur la question de la migration des personnels de santé, il n'était pas en mesure de prendre l'engagement d'adopter le *Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé*.

121. Des délégués ont reconnu que les domaines stratégiques du plan abordaient certains aspects importants comme l'égalité des chances, l'équité, la qualité, la gouvernance, l'accès et l'éducation en santé, ce qui pourrait aider les pays à lutter contre les iniquités dans les domaines de la disponibilité, de la répartition et des qualifications des professionnels de la santé. Une déléguée a déclaré que le plan devrait mettre davantage l'accent sur l'amélioration de la formation des professionnels de la santé, en insistant sur les droits de l'homme, les questions de parité et une approche interculturelle, et a déclaré qu'il faudrait inculquer aux futurs professionnels le respect des différences. Elle a également appelé à un regain d'attention sur le rôle du secteur du travail dans la réglementation des conditions de travail établies à l'intention des professionnels de la santé.

122. Un autre délégué a déclaré que, dans son pays, l'expérience avait révélé qu'un système de soins de santé fonctionnant dans un contexte de marché était davantage centré sur le patient et fournissait des soins de santé de meilleure qualité à un plus grand nombre, de manière plus opportune qu'une approche centrée sur le gouvernement. Il a signalé que les pays qui s'efforçaient de parvenir à l'accès universel devaient le faire en fonction de leur situation et de leurs priorités nationales et a proposé d'ajouter le texte suivant dans l'axe stratégique d'intervention 3 : « les partenariats publics-privés qui accroissent la capacité des personnels de santé par une éducation et une formation à base factuelle peuvent constituer un instrument qui permet aux États Membres d'approfondir la portée du changement de paradigme et d'accélérer la transformation vers des soins de santé de haute qualité, fournis par des technologies de pointe et de manière opportune ».

123. Certains délégués ont décrit les activités menées par leur pays pour développer leurs ressources humaines au service de la santé et proposé de faire part de leurs meilleures pratiques à d'autres pays de la Région. La déléguée du Canada a fait remarquer que son pays était en mesure de proposer des compétences expertes grâce à son expérience dans la promulgation de lois sur la couverture sanitaire universelle et ses meilleures pratiques et

enseignements tirés d'une initiative de formation interprofessionnelle pour une pratique de collaboration centrée sur le patient. Le délégué des États-Unis a ensuite souligné le travail effectué par rapport au domaine stratégique d'intervention 3 par le biais de programmes de bourses d'études et de remboursement de prêts. Il a signalé que les États-Unis proposaient des mécanismes de financement pour aider les étudiants à poursuivre des carrières dans la profession médicale et les encourageaient à proposer leurs services dans des communautés mal desservies. Plusieurs délégués ont annoncé qu'ils présenteraient des commentaires supplémentaires par écrit.

124. Le Dr Fitzgerald a rappelé que la *Stratégie en matière de ressources humaines pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle*, adoptée l'année précédente, avait pour but d'aborder les principaux problèmes auxquels faisaient face les pays de la Région pour assurer la disponibilité, la qualité et la répartition appropriée des ressources humaines requises pour assurer la transformation des systèmes de santé comme l'envisageait la stratégie. Il importait de souligner que le plan avait été bâti sur la base de l'équité, de la solidarité et de la possession du meilleur état de santé possible comme principes et valeurs essentiels.

125. L'égalité des chances était une question fondamentale. Durant les consultations tenues avec les pays, le Bureau avait été parfaitement conscient de la nécessité d'assurer que l'égalité entre les sexes et les questions d'appartenance ethnique et de race figuraient dans le plan. Le Bureau réexaminerait ces questions pour qu'elles soient mieux reflétées dans le document. La composante intersectorielle constituait un des éléments innovants du plan d'action. Les stratégies et plans d'action antérieurs portant sur les ressources humaines au service de la santé avaient principalement ciblé le secteur de la santé. Toutefois, le secteur de la santé n'étant pas le principal secteur qui produisait les personnels de santé, il devait forger des liens avec les secteurs de l'éducation et du travail. La conférence régionale qui aurait lieu au Brésil plus tard en 2018 rassemblerait des représentants des divers secteurs impliqués dans la production et la réglementation de la qualité des personnels de santé.

126. Le Bureau reconnaissait le potentiel des partenariats publics-privés pour répondre aux besoins des personnels de santé et élargir l'accès aux soins de santé, surtout dans les zones rurales mal desservies, dans lesquelles une démarche fondée sur les marchés était peu susceptible de fournir les services requis et les services fournis par le secteur privé peu viables sur le plan économique. Les partenariats publics-privés dans le secteur éducatif pouvaient aussi jouer une fonction essentielle dans la production des personnels de santé nécessaires.

127. Au sujet de la migration des personnels de santé, le Dr Fitzgerald a fait remarquer que certains pays, surtout dans les Caraïbes, avaient connu une migration massive d'infirmiers et de médecins vers des pays où ces professionnels pouvaient obtenir de meilleures conditions de travail et de meilleurs salaires. Ainsi, durant la consultation sur le plan d'action dans les Caraïbes, de longues discussions avaient eu lieu pour traiter la question sous l'angle des stratégies de rétention et de réglementation. Les États Membres des Caraïbes avaient demandé que le BSP inclue un indicateur sur la mobilité et la

migration des personnels de santé, et mentionne en particulier le Code de pratique mondial pour le recrutement international des personnels de santé.

128. Le Comité exécutif a adopté la résolution CE162.R3, qui recommande que le Conseil directeur approuve le plan d'action.

Plan d'action pour l'entomologie et la lutte antivectorielle 2018-2023 (document CE162/17, Rev. 1)

129. Le Dr Marcos A. Espinal (Directeur du Département des maladies transmissibles et des déterminants environnementaux de la santé du BSP) a présenté la proposition de plan d'action, qui illustrait la nécessité de prévenir la propagation des principales maladies à transmission vectorielle dans la Région par la lutte contre des vecteurs tels *Anopheles darlingii*, le principal vecteur du paludisme, et *Aedes aegypti*, le vecteur de la dengue, du chikungunya, de l'infection au virus Zika et d'autres maladies. La fièvre jaune était une maladie résurgente, transmise durant son cycle sylvatique par les moustiques du genre *Haemagogus* et *Sabethes*, mais le risque de transmission urbaine par *Aedes* persistait. Par ailleurs, d'autres maladies à transmission vectorielle comme la maladie de Chagas et la leishmaniose, restaient de graves problèmes de santé publique.

130. Le plan d'action était le fruit d'un processus participatif qui avait commencé par une discussion au sein du Groupe consultatif technique de l'OPS sur l'entomologie et la lutte antivectorielle. Cette discussion avait donné lieu à une réunion d'experts au Belize en mars 2018 et une consultation sur le Web durant laquelle un projet de plan d'action avait été communiqué aux États Membres. En avril, lors d'une réunion tenue au Guatemala pour examiner la *Stratégie pour la prévention et la lutte contre les arboviroses*, le projet avait été présenté et fait l'objet de discussions avec des représentants de 19 pays. Il avait également été présenté lors d'une réunion sur la maladie de Chagas à laquelle avaient participé des États Membres, des représentants du milieu universitaire et des enquêteurs. Enfin, un atelier avait été organisé à Miami le 24 mai.

131. L'objectif du plan d'action était de renforcer les capacités régionales et nationales en matière de prévention et de lutte contre les vecteurs et, ainsi, de diminuer la propagation des maladies à transmission vectorielle. Le plan comptait cinq axes d'intervention : intégration à niveaux multiples, pouvoirs publics et communauté, programmes et systèmes de lutte antivectorielle, instruments et interventions, enfin, personnels et formation.

132. Les délégués ont salué le plan d'action ainsi que son approche interinstitutionnelle et intersectorielle. Le plan a été considéré comme un outil important, qui était en bonne harmonie avec la mission de l'OPS. Plusieurs d'entre eux ont décrit les progrès réalisés par leurs pays en matière de prévention et de lutte contre les maladies à transmission vectorielle. Des délégués ont reconnu l'importance du renforcement de la prévention et de la lutte contre les maladies à transmission vectorielle au-delà des frontières nationales et ont fait part de leur disposition à collaborer avec les partenaires internationaux pour stopper la propagation des maladies à transmission vectorielle et d'autres maladies tropicales

négligées. Le succès remporté par le Paraguay dans ses efforts pour éliminer le paludisme à l'intérieur de ses frontières a été salué.

133. Tout en reconnaissant que les maladies à transmission vectorielle comme le paludisme, la dengue, le Zika, le chikungunya, la fièvre jaune et la maladie de Lyme constituaient de graves problèmes de santé publique, les délégués ont cité le changement climatique, la migration, le tourisme dans des zones endémiques, la croissance urbaine, la résistance aux insecticides et les inégalités comme éléments figurant parmi les principales raisons de la propagation de ces maladies, en signalant que les populations vulnérables étaient le groupe le plus frappé. Plusieurs délégués ont fait remarquer que le fait que les maladies à transmission vectorielle soient peu connues constituait aussi un facteur. Il existait un consensus autour de la nécessité de sensibiliser davantage le public, d'augmenter la vaccination, d'adopter une gestion intégrée des vecteurs, de mener une surveillance de la résistance aux insecticides et une surveillance régulière des zones à haut risque ainsi que d'adjoindre des entomologistes aux équipes de lutte antivectorielle, toutes ces interventions réclamant une augmentation du financement. Concernant le suivi de la résistance aux insecticides, un délégué a indiqué que certaines fournitures nécessaires n'étaient actuellement disponibles que dans un seul pays et a appelé à la réalisation d'efforts pour renforcer les capacités des pays à accroître l'offre.

134. Le Dr Espinal a reconnu les efforts déployés par les pays en matière de prévention et de lutte contre les maladies à transmission vectorielle. En faisant remarquer que le Brésil, qui avait connu de graves épidémies de dengue, de chikungunya et de Zika, était à l'avant-garde de la lutte contre les vecteurs de ces maladies, il a souligné le travail réalisé par la fondation Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) dans ce domaine et annoncé que le BSP travaillait de près avec cette fondation, le ministère de la Santé du Brésil et d'autres partenaires pour répondre au problème complexe de la lutte antivectorielle. De plus, la Directrice avait renforcé l'équipe de lutte antivectorielle au Siège car, hormis les trois entomologistes permanents, l'Organisation disposait d'un registre d'entomologistes extérieurs qui étaient disponibles pour donner un concours aux États Membres.

135. Il a reconnu la validité des commentaires formulés au sujet du changement climatique et la nature multisectorielle de la lutte antivectorielle avant de faire remarquer que le plan d'action prenait en compte toutes ces questions. Il a informé le Comité que des nouveaux vaccins étaient en cours d'élaboration et ajouté que, concernant de nouveaux instruments de lutte antivectorielle, l'avenir était prometteur, notant que le Groupe consultatif pour la lutte antivectorielle de l'OMS s'était réuni en mai et avait examiné 18 nouveaux instruments potentiels. Toutefois, avant d'introduire ces instruments sur le marché, il importait de déterminer si, outre leur impact au plan entomologique, ils pourraient aussi être porteurs d'effets environnementaux et épidémiologiques.

136. La Directrice a fait remarquer que, au cours des cinq années antérieures, la Région avait connu des épidémies de deux maladies émergentes, le Zika et le chikungunya, qui s'étaient rapidement propagées avec d'énormes conséquences économiques et sociales. Le paludisme demeurait endémique dans 21 pays et les efforts pour l'éliminer donneraient lieu à de lourds défis économiques et sociaux. Il était essentiel de travailler sur la lutte

antivectorielle, ce qui nécessiterait une volonté politique ferme, la reconnaissance de la nécessité d'investir et la participation soutenue d'autres secteurs. Il était facile de faire participer d'autres secteurs en cas de flambée de maladie quelconque mais, souvent, il était très difficile d'assurer une participation multisectorielle soutenue. En soulignant le fait qu'une riposte régionale était nécessaire, elle a rappelé que les Organes directeurs avaient adopté en 1937 une résolution appelant à l'élimination de la dengue, mais que, malgré cela, la maladie demeurait présente dans la Région. La participation de tous les États Membres serait impérative pour assurer le succès du plan d'action sur l'entomologie et la lutte antivectorielle.

137. Le Comité exécutif a adopté la résolution CE162.R4, qui recommande que le Conseil directeur approuve le plan d'action.

Questions administratives et financières

Rapport sur le recouvrement des contributions fixées (documents CE162/18 et Add. I)

138. M. Xavier Puente Chaudé (Directeur du Département de la gestion des ressources financières du BSP) a déclaré qu'il avait le plaisir d'annoncer qu'aucun État Membre n'accusait d'arriérés donnant lieu à l'application des dispositions de l'article 6.B de la Constitution de l'OPS. Toutefois, un Membre associé accusait des arriérés depuis 2015. Treize États Membres avaient versé leurs contributions de 2018 en leur intégralité, tandis que huit avaient effectué des paiements partiels pour l'exercice 2018. Il a remercié ces États Membres pour leur engagement envers l'Organisation. Au 15 juin, 21 États Membres n'avaient effectué aucun paiement pour 2018. Au total, \$2,4 millions n'avaient pas encore été reçus au titre des contributions fixées pour des exercices antérieurs. La réception opportune des contributions fixées était primordiale pour le travail de l'Organisation et il a exhorté les États Membres dont les contributions étaient en souffrance à les payer aussitôt que possible.

139. La Directrice a remercié les États Membres qui avaient effectué des paiements en temps opportun. Tout en affirmant que l'Organisation dépendait fortement de la réception des contributions fixées pour faire son travail, elle a exhorté les États qui n'avaient pas payé l'intégralité de leurs contributions à effectuer leurs paiements.

140. Le Comité a adopté la résolution CE162.R1, qui remercie les États Membres qui avaient effectué des paiements pour l'exercice 2018 et prie instamment les États Membres à payer toutes leurs contributions en souffrance aussitôt que possible.

Rapport financier du Directeur et Rapport du Commissaire aux comptes pour 2017 (document officiel 356)

141. Mme Cristina Luna Ribadeneira (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 2017 s'élevaient à plus de \$1,5 milliard et que

les contributions fixées de l'OPS pour 2017 s'élevaient au total à \$96,4 millions, soit le même montant que celui de 2016. Le Sous-comité avait été informé par ailleurs du fait que le Bureau s'attendait à un excédent budgétaire de \$1 million et à un excédent de recettes de \$5,7 millions pour l'exercice biennal (voir les paragraphes 166 à 167 et 168 à 172 ci-dessous). Le Sous-comité avait salué les tendances positives observées au niveau des finances de l'Organisation et avait félicité le Bureau pour sa saine gestion financière. Une demande avait été déposée pour que le Bureau inclue dans le rapport devant être présenté au Comité exécutif une répartition du financement par catégorie et des informations sur les modalités d'application des recommandations formulées antérieurement par le Commissaire aux comptes, de même que des informations sur la manière dont les recommandations formulées au sujet du rapport financier de 2017 seraient appliquées.

142. M. Xavier Puente Chaudé (Directeur du Département de la gestion des ressources financières du BSP) a présenté un aperçu du Rapport financier du Directeur incluant 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. Il a fait remarquer que, pour la première fois, le système d'information pour la gestion du BSP (PMIS) avait été utilisé pour clore les comptes financiers pour l'exercice biennal prenant fin en 2017. Par ailleurs, la Norme 39 des Normes comptables internationales pour le secteur public (Normes IPSAS), qui imposait une notification immédiate des passifs résultant des avantages du personnel, avait été mise en œuvre. En conséquence de ce changement, certains chiffres correspondant à 2016 avaient fait l'objet d'un retraitement aux fins de comparaison avec d'autres années.

143. Pour 2017, les recettes totales consolidées s'élevaient à \$1,508 milliard, soit environ 4 % de plus par rapport à 2016. Toutefois, les recettes totales pour l'exercice biennal 2016-2017 représentaient environ \$200 millions de moins par rapport à l'exercice biennal antérieur. La diminution était imputable aux variations des recettes provenant des contributions volontaires nationales, dues à leur tour aux écarts des taux de change. Pour l'exercice 2016-2017, le total des dépenses était de \$2,939 milliards. En 2016, les recettes totales avaient dépassé les dépenses totales de \$21,4 millions, tandis que les dépenses totales avaient dépassé les recettes totales de \$2 millions en 2017, l'Organisation disposant alors d'un excédent de plus de \$19 millions pour l'exercice biennal. En 2017, les achats de fournitures, de biens et de matériels avaient constitué la plus grande part des dépenses. La grande majorité de ces achats avait été effectuée par le biais des fonds pour les achats de l'Organisation. Les transferts et les subventions aux contreparties avaient représenté la deuxième catégorie de dépenses. La plupart de ces transferts avaient bénéficié au projet *Mais Médicos*, financé au moyen de contributions volontaires nationales.

144. Les encaissements sur les contributions fixées de l'exercice courant et des exercices antérieurs en 2017 avaient totalisé \$58,4 millions et \$40,1 millions respectivement ; 27 États et territoires avaient payé intégralement leurs contributions fixées pour l'année, 7 avaient effectué des paiements partiels et 8 n'avaient effectué aucun paiement. Les arriérés au titre du paiement des contributions fixées s'élevaient à \$44,4 millions fin 2017, soit une augmentation de \$4 millions par rapport à 2016. Le total de contributions

volontaires avait augmenté de \$53,9 millions en 2016 pour atteindre \$73 millions en 2017, inversant ainsi la tendance à la baisse enregistrée au cours des dernières années. La valeur des achats effectués pour les États Membres avait augmenté, passant de \$678,5 millions en 2016 à \$684,8 millions en 2017, qui représentait le montant le plus élevé de l'histoire de l'Organisation.

145. Notant que l'exercice courant marquait la fin du mandat de la Cour des comptes d'Espagne en tant que Commissaire aux comptes de l'OPS, M. Puente Chaudé a exprimé sa reconnaissance à l'équipe des commissaires aux comptes pour leur excellent travail, leur professionnalisme et leur indépendance ainsi que pour leurs recommandations utiles, lesquelles avaient contribué à améliorer les processus de travail du Bureau, la qualité de ses rapports et sa responsabilité devant les États Membres.

Rapport du Commissaire aux comptes 2017

146. M. Ramón Álvarez de Miranda García (Président de la Cour des comptes d'Espagne), en présentant le rapport du Commissaire aux comptes, a rappelé que durant les six années de son mandat, la Cour des comptes d'Espagne avait réalisé des audits au Siège de l'OPS et dans 12 bureaux de pays. Le Commissaire aux comptes avait par ailleurs mené nos activités d'audit au Centre panaméricain sur la fièvre aphteuse (PANAFTOSA), au Centre d'Épidémiologie des Caraïbes (CAREC) et à l'Institut d'alimentation et de nutrition des Caraïbes (CFNI). Le Commissaire aux comptes avait émis au total 658 recommandations durant son mandat, 47 étant en cours d'exécution et, de celles-ci, 35 concernaient l'année 2017. Le taux global d'exécution des recommandations d'audit avait été de 92,86 %.

147. Les conclusions les plus importantes du travail effectué par le Commissaire aux comptes pour 2017 figuraient dans l'Opinion du Commissaire aux comptes et dans le Rapport complet sur l'audit des états financiers de 2017. L'équipe d'audit était reconnaissante au personnel du Bureau pour son soutien et sa coopération et aux États Membres de l'OPS pour avoir placé leur confiance dans la Cour des comptes.

148. M. José Luis Cea Claver (Directeur technique de la Cour des comptes d'Espagne) a indiqué que les commissaires aux comptes avaient conclu que les états financiers de l'Organisation illustraient fidèlement la situation financière et les résultats des activités et des flux de trésorerie pour l'exercice financier clos le 31 décembre 2017, et que les états avaient été préparés conformément aux normes comptables internationales pour le secteur public, au Règlement financier de l'OPS et aux Règles de gestion financière de l'OPS. Par conséquent, le Commissaire aux comptes avait émis une opinion favorable ou « inchangée » sur les états financiers de l'année à l'étude.

149. M. Alfredo Campos Lacoba (Sous-directeur technique de la Cour des comptes d'Espagne), en donnant pour exemple certains chiffres issus de l'examen financier contenu dans le Rapport complet, a fait remarquer que l'Organisation avait clos l'exercice 2017 avec un déficit de \$2 millions, alors qu'elle avait clos 2016 avec un excédent de \$21,4 millions. Les recettes totales avaient augmenté de 4 % par rapport à 2016 et les

dépenses totales avaient augmenté de 5,8 %. Toutefois, étant donné que les budgets de l'Organisation couvraient une période de deux ans, ni le déficit de l'année en cours ni l'excédent de l'année précédente n'étaient notables. Le niveau élevé des recettes était principalement lié aux contributions volontaires, qui avaient augmenté de \$42,7 millions, soit de 7,5 % par rapport à 2016. L'augmentation des dépenses était principalement attribuable à l'utilisation de services contractuels, à l'achat de fournitures et matériels et aux transferts et subventions aux contreparties. Les recettes diverses avaient diminué, passant de \$23 millions en 2016 à \$16,1 millions en 2016. En général, l'OPS disposait de ressources suffisantes pour honorer ses obligations financières actuelles et ses passifs à court terme résultant des avantages du personnel mais le financement futur de ces derniers demeurerait difficile dans les moyen et long termes.

150. Il a ensuite résumé les recommandations formulées dans le rapport, qui incluaient diverses mesures visant à améliorer les procédures de contrôle interne et d'autres éléments du projet *Mais Médicos*, à aborder les faiblesses du système d'information pour la gestion du BSP, y compris le traitement manuel en dehors du système, à améliorer l'établissement du calendrier d'exécution du Programme et budget et à créer des instruments pour éviter l'accumulation des dépenses en fin d'exercice biennal. Il a fait remarquer que le Bureau avait réagi favorablement à toutes les recommandations formulées antérieurement par le Commissaire aux comptes, y compris celles concernant le projet *Mais Médicos* et le PMIS, ce qui était la preuve de son engagement envers l'amélioration de ses systèmes et procédures.

151. Le Comité exécutif a salué l'opinion inchangée du commissaire aux comptes et remercié la Cour des comptes d'Espagne pour son travail comme commissaire aux comptes de l'Organisation. Les délégués ont félicité le Bureau pour sa réactivité aux recommandations d'audit antérieures et l'ont exhorté à mettre en œuvre les recommandations énoncées dans le rapport du Commissaire aux comptes pour 2017. Le travail effectué par le Bureau pour prévenir les décès maternels dus à l'hémorragie postpartum a été salué, de même que son soutien aux pays touchés par les nombreuses catastrophes naturelles survenues en 2017.

152. Des préoccupations ont été exprimées au regard du déficit enregistré en 2017 et de l'augmentation de 5,8 % au niveau des dépenses. Des explications ont été demandées au Bureau concernant les causes de l'augmentation considérable des dépenses de voyage et ce dernier a été encouragé à tirer parti des instruments technologiques modernes tels les réunions virtuelles pour faciliter l'échange d'information et la prestation d'assistance technique. Le Bureau a été encouragé par ailleurs à améliorer les pratiques de gestion financière pour éviter toute accumulation des dépenses en fin d'exercice biennal comme le prévoit la recommandation 10 du Commissaire aux comptes. L'augmentation de 20 % dans les passifs a été constatée ainsi que l'écart de financement considérable pour le régime d'assurance-maladie des fonctionnaires retraités. Le Bureau a été chargé de décrire les mesures qui pourraient être prises pour assurer le plein financement de ce passif.

153. Une déléguée, tout en reconnaissant que le Bureau avait pris des mesures pour remédier au problème actuel constitué par les contributions volontaires non exécutées,

a souligné qu'il était nécessaire de régler entièrement le problème pour éviter d'avoir à rendre les fonds aux bailleurs. Un autre délégué, en faisant remarquer que le Commissaire aux comptes avait recommandé d'éviter l'utilisation des subventions générales ou des lignes budgétaires pour financer des activités relevant du projet *Mais Médicos*, a demandé quelles étaient les lignes budgétaires qui avaient servi à cette fin. Ce même délégué a demandé des informations concernant les données qui étaient traitées en dehors du PMIS, tandis qu'une autre déléguée a demandé des éclaircissements au sujet de la possibilité que certains processus, comme le rapprochement d'états bancaires, soient encore réalisés manuellement.

154. Il a été noté que 81 cas de fraude, de vol et de perte de biens avaient été enregistrés, et le Bureau a été encouragé à prendre des mesures pour améliorer les dispositifs de contrôle interne afin d'empêcher que ces cas ne se reproduisent à l'avenir. Il a été signalé par ailleurs que la synthèse des contributions volontaires tenait compte d'un solde dû par la Fondation de l'OPS et des informations ont été demandées au sujet de l'effet de la décision prise par l'Organisation de mettre un terme à sa relation avec la Fondation.

155. M. Puente Chaudé a expliqué que la présence d'un excédent en début d'exercice biennal et d'un déficit durant la seconde année était normale car une plus grande partie du budget était exécutée durant la seconde année, ce qui signifiait que les dépenses étaient plus importantes. Dans le même temps, les recettes de la seconde année étaient généralement inférieures par rapport à la première année. Toutefois, l'Organisation avait clos l'exercice biennal avec un excédent net de \$19 millions. Ce chiffre tenait compte des recettes et dépenses budgétées et celles qui n'étaient pas budgétées, notamment celles relatives aux fonds pour les achats de l'OPS et aux contributions volontaires nationales. L'excédent budgétaire, qui ne concernait que le budget financé par les contributions fixées et les recettes diverses budgétées, s'élevait à \$1 million pour l'exercice biennal (voir les paragraphes 166 à 167 ci-dessous).

156. Concernant les raisons expliquant l'augmentation des passifs, il a expliqué que l'étude actuarielle évoquée dans le Rapport financier avait appliqué la dernière version du tableau d'espérance de vie de la Caisse commune des pensions du personnel des Nations Unies, selon laquelle la moyenne de l'espérance de vie avait augmenté de deux ans. Par conséquent, le passif résultant des prestations des retraités avait lui aussi augmenté. Par ailleurs, les taux d'intérêt du marché dans les Amériques avaient diminué, qui étaient passé de 4,3 % à 3,8 %, ce qui avait augmenté la valeur des passifs de l'Organisation. Le passif lié au régime d'assurance-maladie des fonctionnaires retraités avait totalisé \$234 millions à la fin 2017. Selon les prévisions actuarielles, ce passif serait entièrement financé en 2049. Le Comité de surveillance général de l'assurance-maladie du personnel avait adopté plusieurs mesures de réduction des coûts pour assurer que l'Organisation était en mesure de couvrir son passif lié au régime d'assurance-maladie des fonctionnaires retraités, y compris en encourageant les retraités admissibles vivant aux États-Unis à participer au régime d'assurance-maladie Medicare. Il avait également pris des mesures pour décourager le personnel de voyager aux États-Unis pour s'y faire traiter puisque ce pays enregistrait les coûts des soins de santé les plus élevés dans le monde.

157. Concernant les frais de voyage, la somme correspondant aux voyages officiels du personnel était restée stable. L'augmentation provenait des voyages effectués pour des activités de coopération technique, y compris les interventions de l'OPS suite aux nombreuses catastrophes naturelles et autres situations d'urgence. Les voyages au titre de ces activités contribuaient pour deux tiers du budget des voyages en 2017.

158. Concernant la question relative à l'utilisation des lignes budgétaires pour financer des activités relevant du projet *Mais Médicos*, le Bureau était en désaccord avec la conclusion du Commissaire aux comptes selon laquelle des fonds destinés à ce projet avaient été utilisés pour des activités financées par une autre contribution volontaire nationale au Brésil. En tout état de cause, M. Puente Chaudé a assuré le Comité qu'aucun fonds du budget de l'OPS n'avait servi pour défrayer des activités financées par des contributions volontaires nationales.

159. Concernant le traitement de données en dehors du système PMIS, il a expliqué qu'il n'avait pas encore été possible d'automatiser tous les processus même si le Bureau était en train d'y travailler.

160. M. Campos Lacoba a ajouté que, dans une organisation aussi grande et aussi complexe que l'OPS, le changement devait être progressif. Les recommandations du Commissaire aux comptes avaient été conçues pour mettre en lumière les domaines dans lesquels le changement constituait une priorité. L'automatisation du rapprochement bancaire et d'autres processus sous PMIS constituaient l'un de ces domaines car les procédures effectuées manuellement pouvaient donner lieu à des erreurs ainsi qu'à des divergences au niveau des chiffres.

161. La Directrice a remercié l'équipe des commissaires aux comptes pour avoir aidé le Bureau durant la période difficile d'exécution et d'amélioration du PMIS. Toutefois, s'agissant du système Workday, certaines insuffisances intrinsèques étaient présentes, d'où l'obligation d'effectuer certaines tâches en dehors du système. L'OPS comptait quatre langues de travail et manipulait de nombreuses monnaies nationales, et Workday n'avait pas été conçu pour être compatible avec de telles complexités. Le Bureau s'efforçait de surmonter ces insuffisances et, déjà, certaines améliorations considérables avaient été effectuées.

162. Concernant l'augmentation des dépenses au dernier trimestre 2017, elle a fait remarquer que les recettes que le Bureau était assuré de recevoir constituaient une petite part des recettes totales prévues. Ainsi, le Bureau avait tendance à être conservateur dans l'allocation et le décaissement de ressources en début d'exercice biennal. Toutefois, en réponse à la recommandation du Commissaire aux comptes, il avait avancé 80 % à 85 % des disponibilités en financement flexible au début de l'exercice biennal 2018-2019. De plus, il avait été décidé que les fonds provenant des contributions volontaires seraient mis à disposition à partir de la date de signature de l'accord correspondant, inversement à la pratique antérieure par laquelle les fonds n'étaient pas mis à disposition avant d'avoir été reçus. Cette décision devait permettre d'éviter une accumulation des dépenses en fin d'exercice biennal et aussi d'éviter d'avoir à rendre les fonds aux bailleurs. Les fonds des

contributions volontaires étaient suivis par le biais du PMIS, ce qui permettait au Bureau de savoir la date à laquelle les subventions devaient être closes. Toutefois, lorsque les subventions étaient reçues tard durant l'exercice biennal, il était très difficile d'exécuter la totalité des fonds avant la fin de l'exercice comptable.

163. L'Organisation avait effectivement mis fin à sa relation avec la Fondation de l'OPS mais le Bureau était en train de travailler d'arrache-pied pour recouvrer les fonds que la Fondation devait à l'OPS, qui s'étaient accumulés sur plusieurs années.

164. Au nom du Comité exécutif, le Président a exprimé sa reconnaissance à la Cour des comptes d'Espagne pour avoir exercé la fonction de commissaire aux comptes de l'Organisation. Le Comité exécutif a pris note du rapport.

Programmation de l'excédent budgétaire (document CE162/19)

165. Mme Cristina Luna Ribadeneira (représentante du Sous-comité du programme, du budget et de l'administration) a indiqué que le Sous-comité avait été informé en mars que le bureau s'attendait à un excédent budgétaire atteignant \$1 million résultant de contributions fixées financées et de recettes diverses budgétées non engagées à la fin de l'exercice biennal 2016-2017 et non reportées sur l'exercice biennal 2018-2019. Le Sous-comité avait été informé également que, en vertu de l'article 4.6 du Règlement financier, tout excédent budgétaire de ce genre devait être alloué au Fonds de roulement lorsque le solde de ce fonds était inférieur au niveau approuvé de \$25 millions. En mars 2018, le solde du Fonds de roulement était de \$21,7 millions. Par conséquent, l'excédent budgétaire serait viré au Fonds de roulement.

166. Le Comité exécutif a pris note du rapport.

Programmation de l'excédent de revenus (document CE162/20)

167. Mme Cristina Luna Ribadeneira (représentante du Sous-comité du programme, du budget et de l'administration) a déclaré que le Sous-comité avait examiné une proposition établie par le Bureau visant l'allocation d'un excédent de revenus s'élevant à \$5,7 millions qui résultait d'un excédent sur les recettes totales par rapport aux recettes diverses budgétées durant l'exercice biennal 2016-2017. Il avait été proposé que \$4,1 millions de cet excédent soient alloués au Fonds directeur d'investissement pour contribuer à couvrir les frais de réparations nécessaires pour le bâtiment abritant le Siège de l'OPS. Il avait été proposé que \$1,6 million soit alloué à l'augmentation de la capitalisation du Fonds renouvelable régional pour les fournitures stratégiques en matière de santé publique (connu sous le nom de Fonds stratégique). L'explication fournie avait été que l'augmentation de la capitalisation était nécessaire pour permettre à un plus grand nombre d'États Membres d'employer le Fonds stratégique, surtout pour l'achat de médicaments contre les maladies non transmissibles. Le Sous-comité avait entériné la proposition visant l'utilisation de l'excédent de revenus attendu.

168. Durant les discussions du Comité exécutif sur cette question, une déléguée a demandé que les rapports futurs présentés aux Organes directeurs illustrent les modalités d'utilisation de l'excédent de revenus et les effets de cette utilisation sur les achats effectués par les pays par l'intermédiaire du Fonds stratégique.

169. M. Dean Chambliss (Directeur du Département de la planification et du budget du BSP) a confirmé que l'emploi de la capitalisation accrue serait décrit dans les rapports futurs.

170. La Directrice a fait remarquer que 31 pays utilisaient le Fonds stratégique. Le Fonds était déjà utilisé pour les médicaments contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme et avait été élargi pour inclure des médicaments contre les maladies non transmissibles. La capitalisation supplémentaire du Fonds permettrait à l'Organisation de mieux répondre aux besoins des pays dans tous ces domaines.

171. Le Comité exécutif 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 CE162/21)

172. Mme Cristina Luna Ribadeneira (représentante du Sous-comité du programme, du budget et de l'administration) a déclaré que le Sous-comité avait examiné un rapport sur le Fonds directeur d'investissement et ses divers sous-fonds. Le Bureau avait rapporté qu'il travaillait avec un consultant expert en immobilier sur une proposition relative à de futurs travaux de rénovation qui visait à répondre aux exigences de sécurité et de sûreté, à améliorer l'efficacité énergétique et à rénover la rotonde du Siège de l'OMS. Durant les discussions du Sous-comité sur le rapport, des éclaircissements avaient été demandés au sujet des améliorations prévues pour la salle A du bâtiment du Siège, de la proposition visant l'installation de panneaux solaires et de l'achat de véhicules dans le bureau de pays en Haïti.

173. En réponse à ces questions, il avait été expliqué que les conditions routières en Haïti étaient si difficiles que de nombreux véhicules du bureau de pays étaient dangereux, voire inutilisables, et qu'il s'était avéré nécessaire de les remplacer. Concernant les panneaux solaires, il avait été expliqué que le bureau de pays en Haïti subissait de fréquentes pannes d'électricité qui l'avaient contraint de dépendre de générateurs alimentés par des combustibles fossiles importés, qui étaient très onéreux. Le projet d'installation de panneaux solaires avait été conçu pour fournir au bureau un approvisionnement continu en courant électrique afin de lui permettre de maintenir la communication avec le Siège et à l'intérieur d'Haïti, et aussi d'exploiter le PMIS.

174. Le Comité exécutif a pris note du rapport.

Rapport du Bureau de la surveillance interne et des services d'évaluation pour 2017 (document CE162/22)

175. M. David O'Regan (Vérificateur général du Bureau de la surveillance interne et des services d'évaluation du BSP) a présenté son rapport, qui résumait le travail effectué par le Bureau de la surveillance interne et des services d'évaluation (IES), ses conclusions et son opinion générale des dispositifs de contrôle interne de l'Organisation. Il a fait remarquer que IES n'avait rencontré aucun obstacle portant atteinte à son indépendance. Son opinion globale des dispositifs de contrôle interne était que ceux-ci suffisaient pour répondre aux besoins de l'Organisation et avaient été améliorés par rapport à 2016, à mesure que le fonctionnement du PMIS se stabilisait. D'autres détails figuraient dans les paragraphes 44 à 48 du rapport. Il a remercié la Cour des comptes d'Espagne pour sa collaboration avec IES, tout en faisant remarquer que les échanges d'informations et de conclusions entre IES et la Cour des comptes avaient contribué à éviter les doubles emplois et amélioré la qualité du travail.

176. Dans les discussions qui ont suivi, les délégués ont félicité le Bureau de la surveillance interne et des services d'évaluation pour son travail et pour sa contribution au renforcement des dispositifs de contrôle interne de l'Organisation. Toutefois, plusieurs délégués ont fait part de leurs préoccupations quant au manquement à réaliser la vérification des personnes à charge en temps opportun, ce qui avait donné lieu au versement d'allocations à des fonctionnaires qui pouvaient ne pas y avoir droit. Le Bureau a été chargé d'expliquer les mesures prises pour surmonter le manque apparent de contrôles internes dans ce domaine. Plusieurs délégués ont également manifesté leur préoccupation quant à la gestion du risque au niveau des subventions octroyées à titre de contributions volontaires et ont demandé comment le Bureau gérait cette question. De plus, une déléguée a fait remarquer que le rapport évoquait des problèmes récurrents au niveau des pays en rapport avec la planification des achats, l'administration des immobilisations et d'autres questions.

177. Les délégués se sont félicités d'apprendre que la direction avait pris au sérieux les recommandations de IES mais ont fait remarquer que certaines recommandations n'avaient pas été entièrement mises en œuvre, y compris certaines qui dataient d'avant 2015 et demeuraient en souffrance. Le Bureau a été chargé d'expliquer les raisons pour lesquelles ces recommandations n'avaient pas été closes. Il a été proposé que les rapports futurs comprennent une liste de toutes les recommandations d'audit à risque intermédiaire à élevé qui demeuraient en souffrance. Le Bureau a également été chargé de préciser s'il avait accepté toutes les recommandations d'audit de 2017 et, si tel n'était pas le cas, d'indiquer celles qu'il n'avait pas acceptées et pourquoi. Il a été prié instamment de mettre en œuvre toutes les recommandations dans les plus brefs délais, y compris la recommandation concernant l'élaboration d'un cadre de gestion des projets pour les contributions volontaires, qui remontait à 2011.

178. M. O'Regan, en soulignant le rôle consultatif de IES, a déclaré qu'il ne pouvait se prononcer au nom de la direction ou expliquer aucune décision de la direction concernant les recommandations. Il a reconnu les préoccupations exprimées au sujet de la vérification annuelle des personnes à charge, des contributions volontaires et des questions récurrentes

d'audit des bureaux de pays, y compris la planification des achats. Il a souligné toutefois qu'il était parfois difficile d'éliminer tous les problèmes de contrôle interne. La recommandation relative à un cadre formel de gestion des projets remontait effectivement à 2011 mais, récemment, les progrès accomplis pour la mettre en œuvre s'étaient considérablement accélérés, et l'on s'attendait à ce que la recommandation soit mise en œuvre d'ici au second semestre de 2018.

179. Les informations figurant dans le rapport dataient de décembre 2017 et depuis lors, IES avait continué de donner suite aux recommandations. En réalité, certaines avaient été closes depuis la rédaction du rapport. À l'heure actuelle, il y avait trois recommandations en souffrance remontant à 2013, une remontant à 2014 et quatre à 2015. Évoquant une recommandation qui datait de 2013 et portait sur le stockage d'informations sur des appareils autonomes en dehors de réseaux institutionnels officiels, il a déclaré que l'on continuait de constater des cas, particulièrement dans les audits de bureaux de pays, où les informations étaient consignées dans des tableurs ou d'autres supports en dehors du PMIS. Ces cas étaient devenus moins nombreux mais la pratique persistait.

180. Concernant la question d'acceptation des recommandations d'audit interne, le travail de IES consistait à préparer un projet de rapport qui était ensuite remis à la direction aux fins d'observations. Ensuite, le Bureau émettait un rapport final, qui était transmis à la Directrice qui disposait d'un délai de deux mois pour l'accepter. Une fois le rapport accepté, les recommandations étaient considérées comme « en vigueur ». À l'heure actuelle, seul un rapport était en attente d'acceptation par la Directrice. Ce rapport avait été achevé au début de 2018 et le délai d'acceptation de deux mois établi à l'intention de la Directrice n'était pas arrivé à échéance. Ni la Directrice actuelle ni ses prédécesseurs n'avaient jamais rejeté une recommandation. Il était arrivé une fois que IES avait été chargé d'adresser une recommandation à un bureau différent, la teneur de la recommandation restant toutefois inchangée. Il allait inclure des informations sur des recommandations en cours d'exécution dans de futurs rapports.

181. M. Gerald Anderson (Directeur de l'Administration du BSP) a déclaré que les vérifications annuelles sur les personnes à charge constituaient un exemple de processus géré manuellement en dehors du PMIS (voir les paragraphes 151, 154 et 160 ci-dessus). Toutefois, le processus institutionnel régissant ces vérifications ayant été révisé, toutes les données résidaient actuellement dans le PMIS et pouvaient être notifiées à travers le système. Ainsi, les fonctionnaires concernés recevraient des notifications automatisées et ceux qui n'étaient plus admissibles à recevoir ces allocations seraient automatiquement désactivés. Selon les prévisions, le système automatisé serait en place au cours du second semestre 2018.

182. Concernant la planification des achats, une mise à jour de Workday avait récemment installé un modèle de planification des achats dans le PMIS pour tous les bureaux de pays, ce qui permettrait à ces derniers d'examiner la situation des achats récurrents, de supprimer ceux devenus inutiles et d'en ajouter de nouveaux. Cet exercice avait considérablement augmenté le degré de conformité avec la règle imposant l'établissement de plans d'achat.

183. Concernant les subventions au titre des contributions volontaires, le risque le plus significatif était que la subvention ne soit pas exécutée dans les délais impartis par l'accord de subvention. Pour atténuer la gravité de cette situation, la mesure la plus efficace était d'allouer des fonds à partir des subventions au titre des contributions volontaires dès la signature des accords. Cela permettrait de réduire considérablement le risque que la subvention ne soit pas exécutée dans les délais requis.

184. Concernant la recommandation d'audit interne de 2013 relative à la pleine utilisation des stocks d'informations en réseau, en 2017, l'Organisation avait exécuté le progiciel Office 365, une plateforme de stockage en nuage. L'Organisation par ailleurs avait mis en place un système de classement normalisé en réseau pour tous les bureaux de pays et le Siège, ce qui permettrait de réduire considérablement le stockage de données en dehors du PMIS.

185. La Directrice a remercié M. O'Regan pour son professionnalisme et sa collaboration avec la direction générale pour répondre aux diverses recommandations. Elle a donné aux États Membres l'assurance que le BSP améliorerait ses dispositifs de contrôle interne. L'Organisation avait nommé un responsable du contrôle de conformité qui travaillerait à l'Administration et avec d'autres entités pour renforcer les mécanismes de défense du BSP. Le BSP avait accru également sa capacité d'analyse et de gestion des risques. Elle a remercié les États Membres pour leur vigilance et leurs suggestions.

186. Le Comité exécutif a pris note du rapport.

Amendements au Règlement financier et aux Règles de gestion financière de l'OPS (document CE162/23)

187. Mme Cristina Luna Ribadeneira, (représentante du Sous-comité du programme, du budget et de l'administration) a déclaré que le Sous-comité avait examiné une proposition d'amendement à l'article 12 des Règles de gestion financière concernant les résultats des audits internes effectués par le Bureau de la surveillance interne et des services d'évaluation de l'OPS. Conformément aux recommandations formulées par le Comité d'audit et l'Institut des auditeurs internes, il avait été proposé de mentionner dans l'article 12 une charte d'audit interne. Il avait été expliqué que la charte d'audit interne existait depuis plusieurs années à l'OPS mais qu'elle n'était pas mentionnée expressément dans les Règles de gestion financière. Un soutien avait été exprimé à l'endroit de l'amendement mais le texte de celui-ci avait été proposé afin d'harmoniser les règles de l'OPS avec les meilleures pratiques en place à travers le système des Nations Unies et avec les recommandations énoncées par le Corps commun d'inspection des Nations Unies (CCI) et les normes d'audit établies par l'Institut des auditeurs internes.

188. En particulier, il avait été proposé de modifier le libellé de l'amendement comme suit : « L'activité d'audit interne est régie par une charte officielle d'audit interne telle qu'établie par le Vérificateur général en consultation avec le Comité d'audit et est approuvée par la Directrice et le Comité exécutif ». Le Sous-comité avait approuvé le libellé proposé pour l'amendement.

189. Le Comité exécutif a accueilli favorablement l'amendement proposé et exprimé sa reconnaissance au Bureau pour avoir révisé le texte comme l'avait recommandé le Sous-comité. Les délégués ont accueilli favorablement les principes d'intégrité, d'objectivité et de confidentialité énoncés dans la charte d'audit interne. Ils ont indiqué que la charte et le travail du vérificateur général contribueraient à accroître la transparence et la responsabilité, ce qui pourrait aider l'Organisation à attirer de nouveaux partenaires et, de ce fait, à accroître ses ressources.

190. Une déléguée, tout en exprimant son appui envers l'amendement proposé, a fait remarquer que le paragraphe 20.5 de la charte pourrait donner lieu éventuellement à un conflit d'intérêts car il établissait que IES était habilité à mener des enquêtes sur demande de la Directrice. Cette déléguée a signalé que les vérificateurs généraux n'étaient pas nécessairement des enquêteurs professionnels et a demandé au Bureau d'expliquer cette disposition, surtout en raison du fait qu'il avait été prévu d'établir un nouveau bureau qui serait chargé des enquêtes. Elle a également demandé si la charte ne devrait pas prévoir que la fonction d'audit interne soit subordonnée à une évaluation de qualité externe et indépendante, avec une validation externe indépendante tous les cinq ans, ce qui conforme aux normes établies par l'Institut des auditeurs internes et aux recommandations du CCI.

191. M. David O'Regan (Vérificateur général du Bureau de la surveillance interne et des services d'évaluation du BSP) a expliqué que IES pouvait être chargé éventuellement de mener une enquête en cas d'un éventuel conflit d'intérêts pour l'enquêteur. En effet, IES avait mené une telle enquête dans le passé. Il a expliqué par ailleurs que si l'examen quinquennal du Bureau n'était pas expressément mentionné, le paragraphe 20.4 de la charte établissait toutefois que la fonction d'audit interne devait observer le cadre de référence international des pratiques professionnelles établi par l'Institut des auditeurs internes. Par conséquent, des examens seraient menés tous les cinq ans.

192. Le Comité exécutif a adopté la résolution CE162.R6, qui confirme les amendements aux Règles de gestion financière.

Questions relatives au personnel

Amendements au Statut et au Règlement du personnel du Bureau sanitaire panaméricain (document CE162/24)

193. Mme Cristina Luna Ribadeneira (représentante du Sous-comité du programme, du budget et de l'administration) a déclaré que le Sous-comité avait examiné plusieurs propositions d'amendements au Règlement du personnel concernant les révisions du barème des traitements pour les fonctionnaires de catégories professionnelle et de rang supérieur, l'établissement du statut de personne à charge pour les époux des fonctionnaires et le recouvrement de la somme forfaitaire versée à titre d'indemnité d'installation en cas de renvoi d'un fonctionnaire pour faute professionnelle dans l'année suivant sa nomination ou sa réaffectation. Dans les discussions tenues au sein du Sous-comité au sujet des amendements proposés, des éclaircissements avaient été demandés au sujet de l'impact

financier progressif, chaque année, occasionné par l'augmentation du barème des traitements de base minima.

194. En réponse à cette dernière question, le Dr Luz Marina Barillas (Directrice du Département de gestion des ressources humaines du BSP) avait expliqué que l'augmentation globale de \$421 000 par an était valable pour le système des Nations Unies tout entier et que son impact serait donc négligeable au niveau de chaque institution.

195. Suite aux remarques liminaires de Mme Luna Ribadeneira, le Dr Barillas a expliqué que les amendements proposés visaient à maintenir l'Organisation à jour quant aux meilleures pratiques et en conformité avec l'OMS et d'autres organes des Nations Unies.

196. Le Comité exécutif a adopté la résolution CE162.R8, confirmant les amendements au Statut du personnel énoncés dans le document CE162/24 et établissant les salaires annuels de la Directrice, de la Directrice adjointe et du Sous-directeur pour 2018, lesquels prendraient effet le 1^{er} janvier.

Gestion des ressources humaines du BSP (document CE162/25)

197. Mme Cristina Luna Ribadeneira (représentante du Sous-comité du programme, du budget et de l'administration) a déclaré que le Sous-comité avait reçu en mars une mise à jour sur les plus importantes initiatives entreprises dans le domaine des ressources humaines en 2017 et sur les progrès réalisés dans la mise en œuvre de la stratégie pour les ressources humaines du Bureau, connue sous le nom de « Stratégie pour le personnel ». Le Sous-comité avait accueilli favorablement les progrès réalisés pour atteindre l'égalité des sexes mais avait encouragé le Bureau à continuer de s'efforcer de parvenir à la parité dans les postes de catégories P5, P6 et D. D'autres informations sur la planification de la succession et le transfert des connaissances avaient également été demandées.

198. Le Dr Luz Marina Barillas (Directrice du Département de gestion des ressources humaines du BSP) a expliqué que l'information contenue dans le rapport avait pour objet de montrer comment le Bureau consolidait une série d'initiatives qui, auparavant, étaient relativement séparées, dans le contexte de la Stratégie pour le personnel. Ce processus comprenait l'intégration de nouveaux instruments électroniques dans des domaines comme le recrutement ainsi que des plateformes et des instruments d'apprentissage. Ce travail était effectué de manière progressive mais les résultats commençaient à se faire sentir.

199. En 2017, un fait notable avait été la mise en œuvre de la révision de l'allocation pour frais d'études. Un autre était l'augmentation à 65 ans de l'âge obligatoire de départ à la retraite. Une des politiques visant à renforcer la Stratégie pour le personnel et à moderniser la gestion des effectifs était le télétravail, qui avait été lancé à titre de programme pilote. Cet exercice avait fait l'objet d'un examen tant par les participants que par leurs supérieurs hiérarchiques, et le programme était actuellement en train d'être examiné officiellement par les services juridiques.

200. Un système avait été mis en œuvre pour permettre un suivi plus serré et exercer un contrôle des risques liés à la décentralisation de l'autorité, surtout dans le domaine des contrats suite à l'entrée en fonctionnement du PMIS. Les améliorations apportées au processus de recrutement et de sélection avaient réduit les délais de recrutement, qui étaient passés de huit mois à quatre ou cinq mois. Un nouvel organigramme avait été introduit à l'appui de la Stratégie pour le personnel, qui serait révisé en juillet et modifié à ce moment si nécessaire. Pour former les fonctionnaires et faire avancer leur plan de carrière, le Bureau avait lancé deux plateformes électroniques d'apprentissage.

201. Un plan d'activité pour la gestion des effectifs et de la succession avait été transmis pour examen par la direction générale et une plateforme avait été mise en place pour administrer les rapports électroniques de cessation de service ou de réaffectation. Ces initiatives avaient pour but de répondre aux préoccupations exprimées par les États Membres et les commissaires aux comptes de l'Organisation quant à la préservation de la mémoire institutionnelle. Ainsi, à partir de février, tous les fonctionnaires en départ à la retraite ou en cours de réaffectation avaient pour obligation de présenter un rapport électronique.

202. Le Bureau avait pris l'engagement d'encourager l'initiative pour la parité hommes-femmes qui serait mise en œuvre progressivement durant l'exercice biennal actuel. Entre 2016 et 2017, les changements relatifs aux statistiques de répartition des fonctionnaires en fonction du sexe avaient été insignifiants. Globalement, 51 % des fonctionnaires de la catégorie cadres étaient des femmes mais dans les postes à responsabilités d'administrateurs ou dans ceux exigeant des connaissances techniques de haut niveau, des améliorations étaient indiscutablement nécessaires. Au sein de l'Organisation, les deux postes de plus haut niveau étaient occupés par des femmes, mais les femmes continuaient d'être sous-représentées dans les grades P4 à D2.

203. En termes d'âge, et dans une très large mesure, le groupe de professionnels le plus nombreux était constitué de personnels âgés de 50 à 65 ans. Par conséquent, le Bureau allait perdre probablement 77 professionnels au cours des cinq prochaines années. Toutefois, l'attrition résultant des départs à la retraite se produisait comme prévu, et l'on s'attendait à ce que les préoccupations au sujet de la relève pour les professionnels difficiles à remplacer et qui partiraient à la retraite soient résolues par le biais du plan de succession et des autres initiatives diverses.

204. Le Comité exécutif a reconnu que des efforts considérables avaient été déployés pour atteindre les divers objectifs de l'Organisation en matière de ressources humaines. Une déléguée a demandé un supplément d'information sur la manière dont les changements dans l'organigramme, en particulier le passage du programme sur la prévention de la violence à l'égard des femmes au Département des maladies non transmissibles et de la santé mentale, auraient des effets sur la reconnaissance des questions intrafamiliales, intergénérationnelles et de parcours de vie, qui étaient propres à la violence à l'égard des femmes. Un autre délégué a demandé des informations plus détaillées sur le programme de télétravail et sur la manière dont il aiderait l'Organisation outre le fait qu'il offrirait un meilleur environnement de travail pour le personnel. Il a également posé des questions sur

les mesures incitatives offertes aux collaborateurs occasionnels et sur la manière dont le recrutement de nouveaux effectifs contribuait à rénover l'Organisation. Une troisième déléguée a demandé comment fonctionnait le programme de stages à la lumière d'une résolution adoptée par l'Assemblée mondiale de la Santé sur cette question (résolution WHA71.13, voir les paragraphes 385 à 388 ci-dessous).

205. Le Dr Barillas a répondu que tous les personnels titulaires de contrats de courte durée et de contrats à durée déterminée étaient habilités à participer au programme de télétravail à titre d'essai, aux termes d'un accord contraignant avec l'Organisation, aux termes duquel ces personnels étaient tenus d'être joignables constamment durant la période de télétravail. En ce qui concernait les avantages que le programme offrait, à part de meilleures conditions de travail pour le personnel, elle a fait remarquer que les espaces de bureau étaient rares et de plus en plus chers, et que le télétravail contribuait à atténuer ces contraintes. Cet arrangement permettait aussi à l'Organisation de faire preuve de sa confiance à l'endroit des professionnels et de leur capacité à travailler en dehors du bureau tout en maintenant la continuité institutionnelle.

206. Concernant les mesures incitatives pour les collaborateurs occasionnels, le Bureau offrait une rémunération concurrentielle sur la base de l'expérience acquise, de l'expertise et de l'ancienneté, mais ces collaborateurs ne bénéficiaient pas de la plupart des avantages offerts aux fonctionnaires permanents. Le Bureau répondait toutefois aux exigences légales minima au regard de l'assurance contre les accidents du travail pour les collaborateurs occasionnels. Il lui faudrait comparer les éventuels avantages qu'apporterait l'offre de prestations supplémentaires aux coûts qui en résulteraient pour l'Organisation.

207. Le recrutement de nouveaux fonctionnaires et le transfert des connaissances institutionnelles étaient une priorité majeure du plan de succession. Les plateformes d'apprentissage mises en place ces dernières années offraient un large éventail de possibilités de développement professionnel et d'épanouissement personnel, y compris une formation obligatoire de 80 heures par an. Il était toutefois nécessaire de trouver l'équilibre entre la nécessité de favoriser le développement des fonctionnaires de l'Organisation et celle d'intégrer des effectifs provenant de l'extérieur afin de pourvoir des postes hautement spécialisés. Les améliorations apportées dans les délais de recrutement avaient contribué à assurer que le Bureau était en mesure d'embaucher du personnel en fonction de ses besoins et en temps voulu.

208. Concernant le programme de stages, le Bureau reconnaissait qu'il était nécessaire de trouver un moyen d'assurer que les participants admissibles n'étaient pas exclus pour des raisons financières. Quelques années plus tôt, le Département des ressources humaines avait présenté une proposition visant le paiement d'une allocation aux stagiaires et le Département envisageait la possibilité d'offrir un régime d'assurance-maladie aux stagiaires qui, à l'heure actuelle, finançaient eux-mêmes leur assurance. L'expansion du programme de stages permettrait effectivement à un plus grand nombre de jeunes d'apprendre dans un contexte international mais le temps que leurs superviseurs pouvaient leur consacrer était limité ; il fallait donc trouver un point d'équilibre adéquat.

209. La Directrice a remercié les États Membres pour leur intérêt dans la gestion des ressources humaines de l'Organisation, qui constituaient un de ses plus importants atouts. Une gestion saine des effectifs était nécessaire pour assurer un niveau de connaissances expertes permettant de répondre aux besoins des États Membres mais, dans le même temps, il importait de préserver un bon moral au sein du personnel et d'éviter un renouvellement excessif tout en tenant compte de la nécessité d'offrir l'espace nécessaire pour la mobilité professionnelle avec l'entrée, souhaitable, de nouveaux effectifs dans l'Organisation. Sans la mobilité professionnelle, le personnel stagnait et n'avait pas de motivation ; sans l'apprentissage continu et l'entrée de nouveaux effectifs, l'Organisation ne pouvait maintenir sa position d'avant-garde. Concernant la mobilité professionnelle, un problème particulier était qu'un nombre excessif de fonctionnaires restaient bloqués au grade P4, avec peu de possibilités d'avancement.

210. Aucune diminution dans les résultats du personnel participant au programme de télétravail n'avait été décelée, et le télétravail avait un effet bénéfique tant sur le moral du personnel que sur les ressources. Les collaborateurs occasionnels permettaient d'assurer une flexibilité dont l'Organisation avait grand besoin et permettait au Bureau de réagir plus rapidement aux besoins changeants des pays, par exemple dans les situations d'urgence. Concernant les stagiaires, il importait de considérer les moyens de rendre ce programme plus équitable de sorte que les candidats aux stages qui disposaient de moyens limités soient en mesure d'y participer. Elle a indiqué que de nombreux anciens stagiaires avaient occupé par la suite des postes importants dans leurs pays et à l'OPS.

211. Concernant la question posée sur le programme de lutte contre la violence à l'égard des femmes, elle a souligné que l'Organisation suivait une approche d'équipe qui s'étendait à plusieurs domaines de travail. L'Organisation disposait de ressources limitées pour se consacrer aux questions de violence en général et le fait de muter la seule employée responsable de travailler sur les questions de violence intrafamiliale avait été considéré comme une façon de mieux aborder une question multisectorielle. À ce jour, ce changement n'avait produit aucun effet sur les résultats de cette employée ou sur son efficacité.

212. Le Comité exécutif a pris note du rapport.

Déclaration du représentant de l'Association du personnel de l'OPS/OMS (document CE162/26)

213. Mme Ana Carolina Báscones (Secrétaire générale de l'Association du personnel de l'OPS/OMS) a affirmé l'engagement pris par le personnel en faveur de la mission et des valeurs de l'Organisation, des valeurs d'équité, d'excellence, de respect et d'intégrité, et fait remarquer que les relations entre le personnel et la direction étaient marquées par la coopération, l'effort en vue d'atteindre un consensus et le respect mutuel. Elle a attiré l'attention sur deux questions que l'Association du personnel avait mises en relief dans son rapport au Comité exécutif (document CE162/26) : l'importance d'un climat de travail qui favorise la confiance et la créativité ainsi que la nécessité d'un système de justice interne réactif.

214. Le style de gestion de la Directrice avait été crucial pour créer un climat de travail encourageant le respect et la créativité. Le personnel considérait que les réalisations et les enseignements tirés de la stratégie en matière de ressources humaines offraient l'occasion de renforcer les efforts à l'appui d'un changement de culture dans la gestion des ressources humaines et de promouvoir une politique générale sur la planification de la succession, le renforcement des capacités et l'intégration de nouveaux effectifs. Le Conseil d'apprentissage, qui avait été piloté par la Directrice adjointe, constituait un des piliers du changement de culture. L'Association du personnel a salué le rétablissement récent du Comité consultatif mixte de la Directrice pour les questions relatives au personnel qui, conjointement avec le Conseil d'apprentissage, contribuerait à encourager les discussions sur les politiques susceptibles de promouvoir les meilleures pratiques dans le domaine de la gestion des ressources humaines.

215. Concernant l'administration de la justice au plan interne, l'Association du personnel a reconnu que des progrès considérables avaient été accomplis au regard de la réforme du Comité d'appel et a salué les efforts déployés par le Bureau d'éthique afin de dispenser une formation à tout le personnel au sujet du Code de principes d'éthique et de conduite du BSP. Elle a par ailleurs salué la politique de tolérance zéro vis-à-vis des fraudes et du harcèlement et souligné la nécessité de bien faire comprendre au personnel appartenant à la jeune génération que certains comportements, en particulier le harcèlement sexuel, étaient inacceptables. L'Association du personnel considérait que la formation était un instrument de prévention à l'égard de problèmes futurs. Elle avait organisé divers ateliers sur des thèmes comme la gestion du stress, non seulement au Siège mais aussi dans les bureaux de pays. Elle avait par ailleurs soutenu des activités qui encourageaient le travail d'équipe et la camaraderie comme le concours « L'OPS a du talent ».

216. La Directrice a remercié l'Association du personnel pour l'esprit de maturité qui avait marqué ses relations de collaboration avec la direction générale et son esprit d'ouverture lors des discussions tenues avec elle durant leurs réunions programmées régulièrement. Elle considérait que l'Association était un partenaire dans le domaine de la gestion des ressources humaines.

217. Le Comité exécutif a pris note du rapport.

Questions pour information

Version préliminaire de l'évaluation finale du Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017 (document CE162/INF/1)

218. Mme Cristina Luna Ribadeneira (représentante du Sous-comité du programme, du budget et de l'administration) a déclaré que le Sous-comité avait examiné un document qui expliquait la méthodologie retenue pour réaliser l'évaluation finale du Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017 et proposait une esquisse du rapport. Le Sous-comité s'était déclaré globalement en accord avec la méthodologie et l'esquisse proposées. Les délégués avaient mis l'accent sur l'importance d'identifier les enseignements tirés de la mise en œuvre du Programme d'action sanitaire et de les inclure

dans le rapport. Il avait été considéré important par ailleurs de dénombrer les domaines qui réclamaient des améliorations ou un regain d'efforts. On avait souligné qu'il importait d'éviter les doubles emplois dans les exercices régionaux d'évaluation.

219. M. Dean Chambliss (Directeur du Département de la planification et du budget du BSP) a présenté la version préliminaire de l'évaluation finale et a fait remarquer qu'il s'agissait d'un travail en évolution, tout en invitant les États Membres à continuer de soumettre leurs commentaires par écrit jusqu'au 15 juillet. Il a rappelé que le Programme d'action sanitaire pour les Amériques avait été approuvé en 2007 et avait constitué le document stratégique de politique générale de plus haut niveau pour guider la planification en matière de santé aux niveaux régional et infrarégional ainsi qu'à l'échelle des pays. Un examen des réalisations obtenues au titre du Programme d'action avait été mené dans le contexte de l'élaboration du Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques 2018-2030, lequel avait été approuvé en 2017.

220. Le Bureau avait été chargé de présenter une évaluation finale complète du Programme d'action sanitaire en 2018 pour détailler précisément les enseignements tirés qui seraient susceptibles d'alimenter la mise en œuvre du Programme d'action sanitaire durable récemment adopté. L'évaluation serait en outre d'une certaine utilité au titre de l'élaboration du Plan stratégique de l'OPS 2020-2025 (voir les paragraphes 226 à 236 ci-dessous). Le rapport préliminaire présenté au Comité exécutif montrait que le Programme d'action avait rempli sa mission de cadre de référence pour les politiques et plans stratégiques et que des progrès avaient été accomplis dans les huit domaines d'intervention qui y étaient contenus. La méthodologie employée pour l'évaluation finale avait été similaire à celle ayant servi pour l'évaluation à mi-parcours. Un examen des informations supplémentaires provenant de sources actuelles ainsi que d'autres instruments d'analyse seraient ajoutés au rapport avant le Conseil directeur.

221. Le Comité exécutif a salué les progrès considérables accomplis dans les huit domaines d'intervention et a affirmé qu'il était nécessaire d'identifier les enseignements tirés et de les appliquer à la mise en œuvre du nouveau Programme d'action sanitaire durable. Il a été signalé que, malgré les réalisations constatées au niveau régional, des disparités demeuraient entre les sous-régions et les pays ainsi qu'à l'intérieur des pays. Concernant l'évaluation finale et toutes les évaluations futures, on a signalé qu'il importerait de ventiler les données par sous-région. Il a été considéré important que l'évaluation tienne compte des événements survenus dans certains domaines, dont la couverture sanitaire universelle, la qualité des soins, les investissements et les dépenses de santé, les ressources humaines, enfin, les situations d'urgence et les capacités de réponse aux catastrophes. Il a été considéré important par ailleurs de prendre acte des problèmes occasionnés par l'absence de cibles ou d'indicateurs mesurables dans le Programme d'action sanitaire, d'où la difficulté, voire l'impossibilité, d'évaluer les progrès réalisés dans certains domaines. Plusieurs délégations ont annoncé qu'elles présenteraient des commentaires supplémentaires par écrit.

222. M. Chambliss a remercié les délégués pour leurs observations orales et a déclaré qu'il se réjouissait de recevoir des commentaires supplémentaires par écrit.

223. La Directrice a remercié les États Membres pour leur travail continu effectué avec le Bureau dans le but d'améliorer l'évaluation finale.

224. Le Comité a pris note du rapport.

Procédure proposée pour l'élaboration du Plan stratégique de l'OPS 2020-2025 (document CE162/INF/2)

225. Mme Cristina Luna Ribadeneira (représentante du Sous-comité du programme, du budget et de l'administration) a déclaré que le Sous-comité avait examiné la procédure proposée pour l'élaboration du nouveau Plan stratégique, en faisant remarquer que le Sous-comité avait été informé qu'un Groupe consultatif sur le Plan stratégique composé de représentants des États Membres serait constitué pour aider à la rédaction du plan mais que tous les États Membres auraient l'occasion d'apporter leurs contributions tout au long de la procédure. Le Sous-comité avait salué la procédure participative qui avait été proposée et soutenait les critères proposés pour régir la nomination de membres au Groupe consultatif sur le Plan stratégique.

226. Le Sous-comité avait souligné qu'il importait d'aligner le nouveau Plan stratégique sur le Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques, le treizième programme général de travail de l'OMS, le Programme de transformation du Directeur général de l'OMS et les objectifs de développement durable. Il avait été considéré important de prendre en compte également d'autres engagements régionaux. Pour faire en sorte que la mise en œuvre du nouveau Plan stratégique ne constitue une charge inconvenante pour les États Membres, il avait été jugé nécessaire de dresser une carte des engagements mondiaux et régionaux qui devaient être abordés.

227. M. Dean Chambliss (Directeur du Département de la planification et du budget du BSP) a passé en revue le calendrier régissant l'élaboration du Plan stratégique 2020-2025, notant qu'il s'étendait sur une période de 18 mois, soit six mois de plus que le délai imparti pour le processus d'élaboration du Plan stratégique actuel. Ainsi, les États Membres disposaient d'un délai généreux pour mener leurs consultations. Le nouveau plan comprendrait les 11 objectifs et les 60 cibles énoncés dans le Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques. Toutefois, il serait nécessaire de l'aligner également sur le treizième programme général de travail de l'OMS (PGT13), qui ne comportait pas de cibles ou d'indicateurs. Des propositions initiales relatives aux cibles et aux indicateurs avaient été présentées dans un cadre stratégique d'impact, qui étaient en cours d'amélioration.

228. Concernant la proposition relative au Groupe consultatif sur le Plan stratégique (SPAG), il a fait remarquer que, sur la base de l'expérience passée, le Bureau avait proposé que le groupe soit composé de 10 à 12 membres, dont les deux États Membres qui n'avaient pas participé à l'élaboration du Plan stratégique actuel ou du Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques. Le Bureau a proposé par ailleurs que le Panama, qui exerçait actuellement la présidence du Comité exécutif, préside également le SPAG. À cette date, plusieurs États Membres avaient exprimé l'intérêt de rejoindre le SPAG.

229. À l'instar du Sous-comité, le Comité exécutif a accueilli favorablement le processus participatif proposé pour l'élaboration du Plan stratégique 2020-2025 et affirmé qu'il était nécessaire de prendre en compte les enseignements tirés de l'évaluation du Plan stratégique 2014-2019 et du Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017. L'importance de la participation des États Membres tant au niveau de la conception du nouveau Plan stratégique qu'à celui de l'évaluation de ses résultats a été soulignée.

230. La nécessité d'aligner le nouveau plan sur le PGT13 et le Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques a été de nouveau soulignée, de même que la nécessité de l'aligner sur d'autres engagements souscrits aux niveaux mondial et régional, notamment le Consensus de Montevideo sur la population et le développement. À cette fin, il a été proposé que le Bureau fournisse au SPAG une cartographie de tous les engagements régionaux et mondiaux qui devaient être pris en compte dans l'élaboration du nouveau Plan stratégique.

231. Il a été proposé que le SPAG reçoive également une évaluation des progrès réalisés par les pays sur la base d'évaluations des résultats obtenus durant les exercices biennaux 2014-2015 et 2016-2017. Afin d'éviter les doubles emplois dans le travail de mesure et réduire la charge de notification pour les États Membres, il a été considéré important d'utiliser autant que possible les cibles et indicateurs en place actuellement. Une déléguée a signalé que la Région ne pouvait achever l'élaboration du nouveau Plan stratégique sans connaître les cibles et indicateurs du PGT13 et a fait part de sa préoccupation quant au fait que le processus d'élaboration des indicateurs au niveau mondial ne soit pas suffisamment participatif. La nécessité de former les autorités nationales et le personnel des bureaux de pays de l'OPS à la méthode OPS-Hanlon de hiérarchisation des priorités a également été signalée.

232. Les délégués ont reconnu l'importance d'une spécificité régionale dans l'élaboration du Plan stratégique 2020-2025 et ont souligné l'importance de cibler en particulier le renforcement des systèmes de santé dans le nouveau Plan stratégique pour assurer un accès universel et équitable aux services de santé, de préserver les acquis dans le domaine de la santé publique et de faire face aux nombreux défis liés à la santé dans la Région. La nécessité de privilégier l'état de préparation aux pandémies et situations d'urgence a également été soulignée, de même que la nécessité que le Bureau fournisse aux États Membres des orientations à base factuelle et des services d'assistance technique pour les aider à atteindre les objectifs de développement durable en rapport avec la santé.

233. M. Chambliss a donné au Comité l'assurance que le Bureau était tout à fait conscient de la nécessité d'utiliser les indicateurs en place et d'éviter d'augmenter la charge de notification pour les États Membres, et qu'il examinerait de près les moyens à engager pour assurer la cohésion entre les indicateurs régionaux actuels et pour aligner de manière optimale le Plan stratégique sur ces indicateurs et les indicateurs des objectifs de développement durable, le PGT13 et d'autres engagements. Un tel alignement était important non seulement pour faciliter le suivi et les notifications mais aussi pour réduire les coûts associés au recueil de données supplémentaires. Il avait pris note des

commentaires exprimés sur le travail préliminaire que le Bureau devait effectuer et avait affirmé que les préparatifs pour les délibérations au sein du SPAG avaient déjà commencé.

234. La Directrice a remercié les États Membres pour leur vif intérêt à l'égard de l'élaboration du nouveau Plan stratégique et d'instruments antérieurs de planification stratégique. Le nouveau plan orienterait le travail du Bureau aussi bien que des États Membres et il était par conséquent fondamental que les États Membres participent pleinement tant à l'élaboration qu'au suivi et à l'évaluation du plan.

235. Le Comité exécutif a entériné la procédure proposée pour l'élaboration du Plan stratégique 2020-2025 et a décidé de nommer le Panama à la présidence du Groupe consultatif sur le Plan stratégique. Le Comité a décidé de nommer les États Membres suivants comme membres du SPAG : Antigua-et-Barbuda, Guyana, Sainte-Lucie et Trinité-et-Tobago, représentants de la sous-région des Caraïbes ; Bolivie, Brésil, Équateur, Paraguay et Venezuela (République bolivarienne du), représentants de la région de l'Amérique du Sud ; Costa Rica, El Salvador, Guatemala, et Panama, représentants de la sous-région de l'Amérique centrale ; Canada, Mexique, et États-Unis d'Amérique, représentants de la sous-région de l'Amérique du Nord (décision CE162[2]).

Rapport sur les enjeux stratégiques entre l'OPS et l'OMS (document CE162/INF/3)

236. Mme Cristina Luna Ribadeneira (représentante du Sous-comité du programme, du budget et de l'administration) a déclaré que le Sous-comité avait été invité à se prononcer sur le format et la teneur d'un rapport préparé en vertu d'une requête émanant de la 29^e Conférence sanitaire panaméricaine, qui avait appelé le Bureau à transformer le rapport annuel sur la réforme de l'OMS en un rapport traitant des enjeux d'importance stratégique pour la relation entre l'OPS et l'OMS. Le Sous-comité avait convenu en général que le rapport était satisfaisant quant au format et à la structure, mais plusieurs délégués avaient considéré qu'il ne contenait pas les détails et la vision stratégique souhaités par les États Membres.

237. Il avait été proposé que les rapports futurs contiennent une analyse du degré d'avancement des activités décrites, une description de la manière dont la collaboration entre l'OPS et l'OMS pourrait être améliorée, ainsi que des informations sur les échanges de meilleures pratiques entre les deux organisations. Par ailleurs, il avait été proposé que les rapports futurs contiennent des informations sur les questions débattues durant les dernières sessions du Conseil exécutif et du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration de l'OMS qui avait une pertinence particulière pour la Région, et qu'ils abordent également des questions administratives et financières comme la participation de l'OPS dans la politique de l'OMS sur la mobilité, les écarts de financement et la coordination entre l'OPS et l'OMS dans les domaines du financement et de la mobilisation des ressources.

238. Durant les discussions tenues au sein du Comité exécutif sur le rapport, un délégué a remercié le Bureau pour avoir révisé le document afin de fournir aux États Membres des informations de nature plus stratégique, et a encouragé celui-ci à continuer d'inclure dans

les rapports futurs davantage d'éléments analytiques concernant les défis et les opportunités au lieu de simplement décrire les activités. Il a accueilli favorablement l'inclusion d'information sur les niveaux de financement du budget programme de l'OMS approuvés pour chaque région ainsi que sur le financement reçu effectivement. Notant que le montant du financement reçu par la Région des Amériques était considérablement inférieur à celui reçu par les autres régions, il a exhorté le Bureau à continuer d'œuvrer pour combler l'écart entre le financement approuvé et le financement disponible. Il a salué les efforts déployés par le Bureau pour assurer la participation active de l'OPS dans les efforts de mobilisation des ressources coordonnés par l'OMS.

239. M. Dean Chambliss (Directeur du Département de la planification et du budget du BSP) a assuré le délégué que le Bureau prendrait en considération les commentaires qu'il avait exprimés dans l'élaboration de rapports futurs. Il a fait remarquer que le sous-financement de la Région des Amériques par rapport aux autres régions de l'OMS constituait une tendance historique. Toutefois, de manière générale, le montant de financement flexible reçu avait été fiable. Toutefois, la part des contributions volontaires de l'OMS reçues était très faible proportionnellement à celle que recevaient d'autres régions.

240. Le Comité exécutif a pris note du rapport.

Cybersécurité à l'OPS (document CE162/INF/4)

241. Mme Cristina Luna Ribadeneira (représentante du Sous-comité du programme, du budget et de l'administration) a déclaré que le Sous-comité avait été informé des mesures en cours qui avaient été prises pour assurer la sécurité de l'environnement numérique à l'OPS. Il avait été annoncé qu'une évaluation complète de sécurité informatique menée en 2017 avait révélé que les dispositifs actuels de contrôle fournissaient un degré de protection convenable et qu'aucun incident de sécurité de niveau critique ne s'était produit en 2017. Le Sous-comité avait été informé que le Bureau avait dressé une feuille de route pour appliquer les recommandations de l'enquête aux fins d'amélioration et renforcer ses capacités en matière de cybersécurité. Le Sous-comité avait reconnu la présence de la menace croissante posée par les cyberagressions et avait accueilli favorablement les efforts déployés par le Bureau pour maintenir un environnement numérique sûr. Ses efforts pour renforcer les capacités de sauvegarde de copies de secours et de récupération informatique avaient été jugés particulièrement importants. Il avait été suggéré que le Bureau élabore éventuellement sa propre feuille de route pour un programme de cybersécurité incluant des stratégies de gestion du risque institutionnel, du budget et des investissements. On avait souligné la nécessité d'assurer que les opérations financières de l'Organisation étaient protégées contre des cyberagressions.

242. M. Valentin Prat Padros (Directeur du Département des services de technologie de l'information du BSP) a déclaré que le Bureau avait pris note des commentaires formulés par le Sous-comité et les incluait dans ses plans de préparation. Ce département faisait tout son possible pour atténuer les effets des cyberagressions. En 2017, des agressions avaient été découvertes mais les dispositifs de contrôle en place avaient suffi pour les découvrir et

les bloquer. Il était impossible de garantir la sécurité à 100 % mais la feuille de route contenait un plan convenable pour améliorer les dispositifs de contrôle et assurer que l'Organisation était convenablement préparée en cas d'agression.

243. La Directrice a fait remarquer que, dans une organisation comme l'OPS qui comptait des bureaux dans de nombreux pays et de nombreux utilisateurs du système, la sécurité était une question complexe. Le Bureau resterait vigilant et continuerait de s'efforcer d'améliorer la cybersécurité.

244. Le Comité exécutif a pris note du rapport.

État d'avancement du Système d'information pour la gestion du BSP (PMIS) (document CE160/INF/5)

245. Mme Cristina Luna Ribadeneira (représentante du Sous-comité du programme, du budget et de l'administration) a indiqué que le Sous-comité avait été informé du fait que le projet du PMIS s'était achevé avec succès, dans les délais et sans dépassement de budget, et que le système fonctionnait dans quatre langues, traitait des opérations dans 24 monnaies nationales, soutenait 180 processus institutionnels et était au service de plus de 2000 utilisateurs répartis entre plus de 30 sites à travers les Amériques. Il avait été signalé par ailleurs que le système produisait déjà des avantages concrets notamment en simplifiant les processus institutionnels, en améliorant la gestion des données et en facilitant la coopération et la mobilité. Durant les discussions tenues au sein du Sous-comité sur ce thème, il avait été recommandé que le rapport comprenne des informations sur la manière dont le PMIS était lié au système mondial de gestion de l'OMS et s'il avait facilité la communication. Il avait été suggéré par ailleurs qu'une évaluation externe du PMIS soit réalisée et que le Bureau produise un document sur les enseignements tirés de la mise en œuvre du système.

246. La Directrice a fait remarquer que le PMIS était devenu entièrement opérationnel en 2016 et a rappelé que le Comité exécutif avait pris connaissance de certaines conclusions et recommandations du Commissaire aux comptes et du Comité d'audit sur les moyens d'améliorer certaines informations produites par le PMIS et de renforcer certains points faibles dépistés dans Workday. Comme elle avait indiqué au Sous-comité, elle considérait qu'il était prématuré de conduire une évaluation externe du PMIS. Les enseignements devant être tirés d'un tel exercice seraient importants non seulement pour l'OPS mais aussi pour d'autres organisations souhaitant exécuter un système de planification de ressources institutionnelles mais la mise en fonctionnement du système était trop récente pour pouvoir en évaluer les résultats de manière utile.

247. Le Comité exécutif a pris note du rapport.

Rapport du Comité consultatif sur la recherche en santé (document CE162/INF/6)

248. M. James Fitzgerald (Directeur du Département des systèmes et services de santé du BSP) a présenté le rapport en notant que, depuis 2009, le Conseil consultatif sur la

recherche en santé (ACHR) avait conseillé l'OPS au sujet de la mise en œuvre de sa politique sur la recherche en santé. Il a signalé que la recherche en santé était fondamentale pour ce qui était de créer des données factuelles à l'appui des processus décisionnels et d'améliorations en matière de santé et d'équité. La recherche serait également nécessaire pour que la Région réalise les objectifs de développement durable ainsi que les objectifs du Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques. Le rapport présenté au Comité exécutif aux fins d'examen résumait les délibérations au sein du Comité consultatif sur la recherche en santé et les recommandations formulées durant sa 46^e session, tenue en novembre 2016. Le Comité consultatif avait fait le bilan des progrès accomplis au niveau d'un certain nombre d'initiatives de recherche et il avait exhorté le Bureau et les États Membres à continuer d'épauler et de promouvoir la recherche conformément aux priorités nationales et aux besoins des pays.

249. Dans les discussions qui ont suivi, une déléguée a encouragé le Comité consultatif ainsi que l'Organisation dans son ensemble à se concentrer sur la science de la mise en œuvre et sur des évaluations solides des programmes pour assurer que les États Membres développaient leurs capacités à l'appui de l'évaluation et de la modification des interventions de santé, selon le cas, pour progresser en direction des objectifs de développement durable et leur réalisation. Elle a ajouté que son pays serait disposé à faire part de ses meilleures pratiques et à fournir une assistance technique à d'autres États Membres, particulièrement en matière de science de la mise en œuvre.

250. Le Dr Francisco Becerra-Posada (Sous-directeur du BSP), tout en reconnaissant l'importance de la science de la mise en œuvre, a souligné l'importance de la recherche aux niveaux national et local dans la production des données factuelles nécessaires aux processus décisionnels. Si, en général, les ministères de la Santé ne menaient pas directement de travaux de recherche, ils avaient toutefois pour responsabilité d'offrir des éléments d'orientation sur le type de recherche qui était nécessaire pour produire les données factuelles requises à l'appui des processus nationaux de formulation de politiques et de prise de décisions. Toutefois, la capacité de mener des recherches au niveau local était souvent limitée en raison d'un manque de financement spécifiquement destiné à cette fin, de formation et d'équipements et matériels nécessaires. Il a signalé que les ressources régionales, comme le Centre d'information sur les sciences de la santé pour l'Amérique latine et les Caraïbes (BIREME) et le Journal panaméricain de santé publique pouvaient aussi constituer des sources de données factuelles utiles à la prise de décisions, notant que le Journal publiait régulièrement des travaux de recherche menés localement.

251. Le Comité exécutif a pris note du rapport.

Rapport de la Commission sur l'équité et les inégalités en matière de santé dans les Amériques (document CE162/INF/7)

252. Le Dr Heidi Jiménez (Conseillère juridique du BSP) a rappelé que la Directrice avait établi la Commission sur l'équité et les inégalités en matière de santé dans les Amériques dans le but de recueillir et d'évaluer les données factuelles disponibles sur les causes des iniquités et des inégalités en matière de santé et de formuler des

recommandations visant à améliorer l'état de santé et le bien-être de toutes les personnes dans la Région, sans distinction de sexe, d'orientation sexuelle, d'identité ethnique ou de condition économique ou sociale. La formation de la Commission résultait de l'importance accrue accordée aux déterminants sociaux de la santé et aux considérations en rapport avec l'égalité des sexes, l'appartenance ethnique, l'équité et les droits de l'homme. Ces quatre thèmes multisectoriels étaient au cœur du travail de la Commission.

253. La Commission était composée de 12 experts de grand renom qui avaient été reconnus pour leur travail dans les quatre domaines multisectoriels. De plus, la Commission avait forgé un partenariat avec 15 États Membres de l'OPS pour examiner les informations et les données factuelles disponibles sur la santé et les inégalités. La Commission s'était réunie sept fois depuis 2016 pour analyser des données factuelles et examiner les recommandations finales devant être présentées aux États Membres en 2018.

254. La Commission allait créer deux produits finals : un rapport final et 13 examens de données factuelles. Ces derniers seraient présentés aux États Membres, conjointement avec un résumé analytique du rapport final, durant le 56^e Conseil directeur en septembre. Les examens de données factuelles couvraient un large éventail de thèmes, dont le système de santé, la santé durant les premières années de la vie et le vieillissement sain, la perspective hommes-femmes, la race et l'appartenance ethnique, le handicap, l'urbanisation, l'environnement, la pauvreté et la protection sociale, enfin, la violence. Le rapport final et les recommandations de la Commission présenteraient de nouveaux moyens de comprendre et de hiérarchiser les mesures à prendre pour aborder les iniquités et les inégalités en matière de santé dans les Amériques.

255. Les délégués ont salué l'initiative prise par la Directrice en établissant la Commission et ont fait part de leur ferme engagement envers son travail, un délégué indiquant que cet exercice avait marqué une progression de la pensée et des discussions sur l'équité et les inégalités vers l'action et des mesures distinctives qui aideraient les pays à concentrer leurs ressources sur les domaines qui en avaient le plus besoin. Les délégués ont salué le fait que la Commission avait centré son attention sur les déterminants sociaux de la santé et sur les quatre questions multisectorielles de parité hommes-femmes, d'appartenance ethnique, d'équité et de droits de l'homme et ont accueilli favorablement son analyse sur les facteurs sociaux et biologiques influant sur l'équité et les inégalités dans le domaine de la santé. Ses efforts visant à créer un bilan constitué de pratiques constructives et innovantes et d'études de cas ont également été salués.

256. Plusieurs délégués ont souligné l'importance de données fiables et d'un ensemble de données factuelles solides pour soutenir la prise de décisions et identifier et combattre les inégalités sur le plan de la santé. À cet égard, une déléguée a rapporté que son pays avait élaboré un instrument de gestion de données sur les inégalités dans le domaine de la santé qui contenait des informations sur les indicateurs d'état de santé et de déterminants de la santé stratifiés selon une gamme de caractéristiques sociales et économiques, tandis qu'une autre déléguée a souligné l'importance de parachever un plan d'action exhaustif sur

les systèmes d'information sur la santé comme convenu lors de la 29^e Conférence sanitaire panaméricaine en 2017.²

257. Le délégué du Mexique a demandé des éclaircissements au sujet des critères employés pour sélectionner les membres de la Commission et, signalant que cette dernière ne comptait aucun membre des pays d'Amérique centrale, a demandé si l'on avait pris en compte la représentation géographique. Il a également demandé des informations supplémentaires sur la nature des partenariats forgés par la Commission avec les États Membres et l'a exhortée à solliciter la contribution des autorités sanitaires nationales. Il a fait remarquer que le Mexique comptait un observatoire national sur les iniquités sur le plan sanitaire et serait disposé à transmettre à la Commission des informations sur l'observatoire.

258. Une déléguée a déclaré que sa délégation s'était attendue à ce que le résumé analytique du rapport de la Commission allait être mis à la disposition du Comité aux fins de discussion. Elle a proposé que ce rapport soit distribué aux États Membres avant le Conseil directeur et que le texte intégral du rapport final soit ensuite présenté au Conseil.

259. Le Dr Jiménez a expliqué que la Commission était constituée d'un corps d'experts indépendant. Ses membres exerçaient leur mandat à titre personnel, et non à titre de représentants de leurs gouvernements respectifs. Ils avaient été sélectionnés après un examen approfondi de nombreux facteurs, dont la représentation géographique. Le Bureau s'était efforcé de faire participer le plus grand nombre de pays possible par des partenariats avec la Commission. Le Mexique avait été l'un de ces partenaires nationaux. La communication avec les responsables gouvernementaux des partenaires nationaux avait été constante, et les informations contenues dans les examens de données factuelles avaient été recueillies directement auprès de responsables officiels dans ces pays.

260. Concernant la suggestion que le texte intégral du rapport final soit présenté au Conseil directeur, elle a expliqué que même si les membres de la Commission étaient en mesure d'achever leur rapport avant septembre, ce qui était fort improbable, il serait impossible pour le Bureau de le faire traduire à temps dans les trois autres langues officielles de l'Organisation pour qu'il soit présenté au Conseil directeur. Toutefois, le résumé analytique serait disponible dans les quatre langues officielles avant septembre. Ce dernier comprendrait un résumé des recommandations de la Commission.

261. La Directrice, notant que l'équité était un thème central du Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques, de la *Stratégie pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle* et du treizième programme général de travail de l'OMS, a déclaré que le rapport de la Commission présenterait des données factuelles importantes qui alimenteraient la formulation de politiques et la prise de décisions pour surmonter les inégalités et les iniquités persistant dans la Région. Elle espérait que le rapport contribuerait à la réalisation non seulement des objectifs de développement durable liés à la santé mais

² Voir le rapport final de la 29^e Conférence sanitaire panaméricaine, document [CSP29/FR](#) (2017), paragraphes 93 à 101.

aussi à l'atteinte d'autres objectifs. Comme le Dr Jiménez l'avait dit, le rapport final ne pourrait être prêt d'ici à septembre. Toutefois, le Bureau avait prévu un lancement régional du rapport à une date ultérieure, auquel moment il comptait faire participer les États Membres à une discussion fructueuse sur les meilleurs moyens de mettre en œuvre les recommandations de la Commission.

262. Le Comité a pris note du rapport.

Mise en œuvre du Règlement sanitaire international (RSI) (document CD162/INF/8)

263. Le Dr Ciro Ugarte (Directeur du Département des urgences sanitaires du BSP) a présenté le rapport, qui contenait un bilan des 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 Membres et le Bureau pour renforcer les capacités de base du RSI et riposter à des événements aigus de santé publique. Le rapport mettait également en lumière les domaines réclamant des mesures concertées et continues.

264. Durant la période couverte par le rapport (de juillet 2017 à mars 2018), 70 événements aigus de santé publique avaient été notifiés, dont 60 % par les États et 40 % par d'autres sources non officielles. Tous ces événements avaient fait l'objet d'enquêtes ; 28 étaient en rapport avec les maladies transmissibles, dont la diphtérie, la rougeole, la fièvre jaune et le paludisme. Le rapport contenait des informations sur les pays concernés.

265. Des améliorations considérables avaient été apportées au niveau de toutes les capacités de base du RSI durant la période à l'étude. Des progrès notables avaient été réalisés en matière de renforcement des capacités de riposte aux événements impliquant des matières chimiques et aux situations d'urgence liées à l'exposition à des rayonnements, surtout dans les pays des Caraïbes. Globalement, la Région des Amériques était l'une des régions les plus avancées au regard de la conformité aux exigences concernant les capacités de base. La Région avait également fait preuve d'un haut degré de conformité avec les exigences de nature administrative, dont les notifications annuelles par les États parties.

266. Le Comité exécutif a salué les progrès réalisés dans la mise en œuvre du RSI et le renforcement des capacités de base de la santé publique à travers la Région, bien que les délégués aient convenu de la nécessité de travailler davantage pour parvenir à la pleine mise en œuvre du RSI et maintenir celle-ci. La nécessité d'une transparence accrue et d'une responsabilité mutuelle a été également mentionnée. Les délégués ont réaffirmé l'engagement de leurs pays envers la mise en œuvre du RSI et ont exprimé leur soutien envers le *Plan stratégique mondial quinquennal pour améliorer la préparation et l'action de santé publique 2018-2023* et envers le Cadre de suivi et d'évaluation du RSI. Tout en reconnaissant l'éventuelle utilité des trois objectifs volontaires de suivi contenus dans le cadre, plusieurs délégués ont insisté sur le fait que l'exercice annuel d'auto-évaluation et de notification reste la seule obligation imposée aux États parties.

267. D'autres délégués ont souligné l'importance des évaluations externes conjointes pour l'identification des domaines dans lesquels les capacités de base avaient de bons

résultats et ceux qui exigeaient des améliorations. Le délégué du Canada a annoncé que son pays participait à une évaluation externe conjointe et a encouragé les autres pays à envisager d'entreprendre de telles évaluations et de soutenir le processus d'évaluation dans d'autres pays. Il a été reconnu que les évaluations externes conjointes devaient toujours prendre en compte les conditions propres aux pays ainsi que leurs besoins, et il a été souligné qu'elles ne sauraient être utilisées comme des indicateurs de la mise en œuvre du RSI ou comme des critères présidant à l'octroi de financement de la part d'organisations internationales.

268. Plusieurs délégués ont affirmé qu'il fallait renforcer la mise en œuvre du RSI en réaction aux défis de santé publique posés par la migration. Le délégué de la Colombie a décrit les difficultés auxquelles faisait face son pays en raison d'une arrivée massive de migrants venus de la République bolivarienne du Venezuela, dont 800 000 résidaient actuellement dans le pays, et a indiqué qu'un demi-million de personnes avaient transité par la Colombie pour se rendre dans d'autres pays. Le résultat était que la demande de services de santé avait connu une augmentation considérable, et l'on constatait une augmentation du nombre d'événements de santé publique associés à des maladies à prévention vaccinale. Le délégué a signalé que cette situation avait des effets sur d'autres pays et faisait peser une menace sur la santé publique à travers la Région. Il a remercié le Bureau et les autres États Membres pour leur soutien au gouvernement colombien dans ses efforts visant à répondre aux besoins de santé des migrants et a exprimé le souhait que ce soutien continue.

269. La déléguée de la République bolivarienne du Venezuela a reconnu que son pays faisait face à une situation complexe qui, malheureusement, avait eu des effets sur le secteur de la santé. Elle a signalé que le pays avait été touché par ailleurs par une série de sanctions qui l'avait empêché d'acheter des médicaments. Elle a souligné que son gouvernement était pleinement conscient de sa responsabilité vis-à-vis de ses citoyens dans le domaine de la santé et ne s'y soustrayait pas mais qu'il était préoccupé par le manque apparent de volonté de la part des autorités sanitaires, comme cela avait été le cas dans d'autres situations touchant la santé dans les zones frontalières dans la Région, de travailler de concert dans un esprit de collaboration. Ainsi, la situation de la santé au Venezuela avait été utilisée à des fins politiques. Elle a remercié le Bureau pour avoir fourni un appui technique de haut niveau afin d'aider son pays à surmonter ses difficultés sur le plan de la santé.

270. Le Dr Ugarte, après avoir remercié les États Membres pour leurs efforts continus afin d'améliorer leurs capacités de base, a confirmé que seule l'auto-notification était obligatoire aux termes du RSI. Il a fait remarquer que, nonobstant, un certain nombre de pays de la Région avaient mené des exercices de simulation volontaires ainsi que des évaluations externes conjointes. Il a signalé que les conclusions de l'évaluation en cours au Canada pourraient s'avérer utiles non seulement pour ce pays mais aussi pour d'autres car les experts de plusieurs pays des Amériques y avaient participé ainsi que d'autres experts venus d'autres régions. Concernant les rapports faisant état de flambées de maladies, mentionnés dans le document CE162/INF/8, il a signalé que ceux-ci constituaient

une preuve de collaboration et qu'ils avaient permis aux pays d'améliorer leur capacité de s'attaquer ensemble à de tels problèmes.

271. La Directrice a ajouté que le fait que les pays aient été en mesure de dépister et de riposter rapidement aux flambées de rougeole et d'autres maladies était une preuve qu'ils avaient effectivement réussi à renforcer leurs systèmes de surveillance et leur aptitude à riposter à des événements de santé publique de portée internationale. Toutefois, seuls 60 % des événements aigus de santé publique constatés durant la période à l'étude avaient été notifiés par les autorités nationales, ce qui illustrait la nécessité d'une transparence et d'une ouverture accrues. Elle a rappelé que de nombreux États Membres avaient accepté de se soumettre à une évaluation indépendante, à un degré ou un autre, lorsque la Région se préparait à l'éventuelle introduction du virus Ebola quelques années plus tôt, et elle a donné l'assurance aux États Membres que le Bureau était fermement disposé à soutenir n'importe quel État Membre souhaitant entreprendre une évaluation externe conjointe avec pour but d'aider le pays à identifier toutes les améliorations nécessaires à l'égard de ses capacités de base et de son état de préparation.

272. Le Comité a pris note du rapport.

Mise à jour sur la situation et les défis en matière d'approvisionnement du vaccin antipoliomyélitique inactivé pour maintenir l'éradication de la maladie dans la Région des Amériques (document CE162/INF/9)

273. Mme Cristina Luna Ribadeneira (représentante du Sous-comité du programme, du budget et de l'administration) a déclaré que le Sous-comité avait reçu en mars une mise à jour sur l'état d'approvisionnement du vaccin antipoliomyélitique inactivé dans les Amériques et les efforts réalisés par le Bureau pour assurer la disponibilité de quantités adéquates de vaccins par le biais du Fonds renouvelable pour l'achat de vaccins. Le Sous-comité avait été informé que le Bureau s'attendait à pouvoir obtenir suffisamment de vaccins pour satisfaire une grande part, mais pas la totalité, de la demande pour 2018 et qu'il était en train de négocier pour obtenir une quantité supplémentaire pour 2018 et 2019. Le Sous-comité avait aussi été informé que des mesures étaient en cours pour préparer les pays à administrer des doses fractionnées de VPI au cas où il s'avérerait impossible d'obtenir des approvisionnements suffisant pour répondre entièrement à la demande de vaccins.

274. Le Sous-comité avait souligné l'importance de maintenir l'éradication de la poliomyélite dans la Région et avait salué les efforts déployés par le Bureau pour assurer un approvisionnement adéquat en VPI et pour préparer les pays face à d'éventuelles pénuries de ce vaccin. Les délégués avaient exprimé leur soutien envers l'administration de doses fractionnées tout en signalant que la décision d'utiliser de telles doses devrait être prise au niveau des pays à la lumière de considérations de réglementation et de programmation ainsi que de facteurs contextuels. Le Bureau avait été encouragé à continuer de dispenser de la formation aux personnels de santé sur tous les aspects de l'introduction du VPI, y compris sur l'utilisation des doses fractionnées.

275. Durant les discussions tenues au sein du Comité exécutif sur le rapport, les délégués ont affirmé l'importance de maintenir l'éradication de la poliomyélite dans la Région et ont souligné la nécessité d'entreprendre des efforts concertés pour que les Amériques restent une Région exempte de poliomyélite. Une déléguée a attiré l'attention sur la nécessité de sensibiliser tant les professionnels de santé publique que le grand public à propos de l'importance de la vaccination, et de les alerter sur l'éventualité de la réintroduction du poliovirus sauvage, sur l'émergence du poliovirus dérivé d'une souche vaccinale, ainsi que sur l'importance de la notification et de l'investigation de tous les cas de paralysie flasque aiguë chez les enfants de moins de 15 ans. Une autre déléguée a évoqué la menace pesant sur les efforts d'éradication à travers le monde en raison des pénuries mondiales de VPI et du fait que certains pays en dehors de la Région n'avaient pas encore été en mesure d'introduire le vaccin inactivé.

276. Les délégués ont fait remarquer le rôle stratégique du Fonds renouvelable pour la négociation d'un approvisionnement opportun et adéquat en vaccins à des prix abordables, une déléguée notant que le Fonds constituait un mécanisme important pour la coopération Sud-Sud. Des informations supplémentaires sur les négociations ont été demandées, concernant en particulier la disponibilité et le prix du vaccin. Les délégués ont salué les efforts déployés par le Bureau pour préparer les pays aux pénuries et ont souligné l'importance de former les personnels de santé à l'administration correcte des doses fractionnées de VPI pour assurer l'immunogénicité.

277. M. John Fitzsimmons (Chef du Programme spécial sur le Fonds renouvelable pour l'achat de vaccins du BSP) a confirmé la pénurie de VPI dans la Région depuis 2016. La situation s'était améliorée en cours d'année grâce à la résolution adoptée en la matière par les États Membres en septembre 2017 (résolution CSP29.R16). Concernant la demande d'information supplémentaire sur les résultats des négociations avec les fournisseurs de vaccins, le Bureau a estimé qu'environ 95 % des besoins de la Région en vaccins seraient satisfaits en 2018 et qu'entre 90 % et 95 % le seraient en 2019. Il faudrait toutefois exercer une vigilance continue à l'égard de l'approvisionnement en vaccin. Malgré des améliorations en cours, la chaîne d'approvisionnement en VPI restait fragile. Concernant la coopération Sud-Sud, le Bureau s'attendait à ce que, en 2020, d'autres fournisseurs, pour certains dans des pays en développement, fassent leur entrée sur le marché, ce qui contribuerait à maintenir la modicité des prix. Le Bureau travaillait de près avec des partenaires à travers le monde comme le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) et l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite pour assurer la disponibilité de quantités adéquates de vaccin pour toutes les régions du monde.

278. Dans l'année à venir, le défi à relever consisterait à entériner les recommandations du Groupe consultatif technique de l'OPS sur les maladies évitables par la vaccination concernant un éventuel mécanisme d'administration en deux doses et les doses fractionnées. Cette méthode ouvrirait la voie à la réalisation d'économies considérables tant au niveau des doses qu'au niveau du prix. Dans un pays en particulier, les doses fractionnées économiseraient 70 % des doses requises et \$600 000.

279. 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 souligné l'importance de l'introduction des doses fractionnées de VPI, notant que les données factuelles recueillies par le Groupe consultatif stratégique d'experts sur la vaccination et par le Groupe consultatif technique de l'OPS sur les maladies évitables par la vaccination indiquaient que deux doses fractionnées de VPI étaient aussi immunogènes, voire davantage, qu'une dose intramusculaire. Il a signalé que neuf pays de la Région avaient commencé leurs préparatifs pour introduire les doses fractionnées et que Cuba et l'Équateur l'avaient déjà fait. Les matériels de formation employés pour préparer les personnels de santé à l'administration des doses fractionnées en Équateur avaient été perfectionnés à l'issue de cet exercice et seraient utilisés pour aider d'autres États Membres qui se préparaient à introduire les doses fractionnées.

280. Le Comité a pris note du rapport.

Lutter contre les causes des disparités en matière d'accès et de recours aux services de santé par les personnes lesbiennes, gay, bisexuelles et trans (LGBT) (document CE162/INF/10)

281. Le Dr Heidi Jiménez (Conseillère juridique du BSP) a rappelé qu'en 2013, les États Membres de l'OPS avaient adopté la résolution CD52.R6 qui reconnaissait que, souvent, la stigmatisation et la discrimination empêchaient les personnes LGBT d'accéder à des services de santé mentale et à d'autres services dont elles avaient grand besoin, et que cette situation ainsi que d'autres manifestations de l'exclusion sociale et culturelle produisaient des iniquités, des inégalités et une vulnérabilité accrue en matière de santé vis-à-vis de résultats de santé défavorables. La résolution exhortait les États Membres à promouvoir la prestation de services de santé, à adopter des politiques, des plans et des lois favorisant un accès égal à des services qui ciblèrent les besoins et les obstacles particuliers aux personnes LGBT, et à recueillir des données sur l'accès aux soins de santé et aux établissements de santé. Cette résolution demandait par ailleurs à la Directrice de préparer un rapport sur la situation de santé et l'accès aux soins par les personnes LGBT, sur les obstacles auxquels elles faisaient face en matière d'accès aux services de soins de santé et sur l'effet d'un accès restreint sur ces personnes. Le document CE162/INF/10 présentait un résumé du travail effectué par le Bureau et des principales conclusions du rapport de la Directrice de même que des recommandations susceptibles d'aider les États Membres à éliminer les obstacles auxquels faisaient face les personnes LGBT et à progresser vers l'universalisation de l'accès à la santé. Le rapport final de la Directrice serait présenté aux États Membres lors du 56^e Conseil directeur en septembre.

282. Dans les discussions tenues au sein du Comité sur le rapport, il a été reconnu que les personnes LGBT continuaient de subir des difficultés persistantes en matière d'accès à des services de qualité. Il a été considéré qu'il revenait aux États Membres de reconnaître les causes des disparités dans l'accès aux services de santé. Un délégué a décrit les efforts déployés par son pays pour examiner les enjeux qui avaient un impact sur les personnes LGBT, encourageaient l'inclusion et amélioraient l'accès de ces personnes aux soins de santé.

283. La Directrice a déclaré que, sur le plan de l'équité, les personnes LGBT étaient un groupe important qu'il fallait prendre en compte et que la stigmatisation et la discrimination fondées sur l'orientation ou l'expression sexuelle devaient être abordées. Malgré les progrès réalisés, des efforts étaient nécessaires pour renforcer les capacités et réduire la stigmatisation et la discrimination dans les services de santé. Une meilleure formation pour les agents de santé qui fournissaient des soins aux personnes LGBT était donc impérative.

284. Le Comité a pris note du rapport.

Plan d'action sur la sécurité routière : rapport final (document CE162/INF/11)

285. Le Dr Anselm Hennis (Directeur du Département des maladies non transmissibles et de la santé mentale du BSP) a présenté le rapport, notant que des progrès avaient été accomplis dans la réalisation de plusieurs des objectifs énoncés dans le Plan d'action. Des améliorations avaient été constatées aux plans du développement et de la désignation d'institutions principales comme entités de coordination ainsi que de l'élaboration de lois sur la conduite sous l'empire de l'alcool et de l'utilisation de dispositifs de retenue pour les enfants. Toutefois, il restait beaucoup à faire. Des réformes demeuraient nécessaires pour améliorer les lois sur la vitesse, le port de casques obligatoire pour les cyclistes et le port de ceintures de sécurité obligatoire. Par ailleurs, des retards avaient été constatés sur le plan du respect et de l'application des lois en place.

286. Pour consolider les acquis, les pays devraient s'efforcer de parvenir à la reconnaissance de la sécurité routière comme une priorité de santé publique en vertu des recommandations de la Déclaration de Brasilia et du Programme de développement durable à l'horizon 2030. Compte tenu de l'augmentation considérable du nombre de décès dus aux accidents de moto dans la Région, il a été recommandé que les États Membres définissent, renforcent ou mettent en œuvre des politiques de sécurité routière ciblant en particulier les motocyclistes. Dans le domaine de la sécurité routière générale, il conviendrait de prendre en compte tous les facteurs de risque, dont les risques émergents comme l'inattention au volant due à l'utilisation d'appareils mobiles et la conduite sous l'empire de substances psychoactives. Le BSP continuerait de s'efforcer d'aborder les nouvelles réalités à travers la Région et de soutenir les pays sur le plan de l'amélioration de la législation et de l'application de la loi, de même qu'au niveau des actions de plaidoyer pour la sûreté des infrastructures et des transports publics. Le BSP continuerait également ses activités de coopération internationale avec des acteurs clés de la Région, dont la Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes et la Banque interaméricaine de développement, pour parvenir aux objectifs de développement durable liés à la sécurité routière.

287. Les délégués ont accueilli favorablement le rapport et affirmé leur engagement envers l'atteinte des objectifs du Plan d'action, en convenant du fait que la sécurité routière devrait être considérée comme une priorité de santé publique. Il a été signalé que, malgré certains progrès, des problèmes persistaient surtout en matière de législation et d'application de la loi, de ressources humaines et financières et de collecte de données. Concernant la collecte de données, un délégué a fait remarquer que les données les plus

récentes n'avaient toujours pas été publiées et que, par conséquent, le rapport final contiendrait probablement des sous-estimations sur les progrès accomplis. Il y a eu un consensus sur la nécessité d'aborder des questions telles l'inattention au volant et la conduite sous l'empire de l'alcool ou de substances psychoactives et des préoccupations ont été exprimées au sujet des risques que ces comportements faisaient peser sur les piétons, les cyclistes et les motocyclistes.

288. Le Dr Hennis a salué la démarche exhaustive adoptée par les États Membres en matière de sécurité routière, notant qu'il s'agissait d'un problème très complexe, faisant intervenir de nombreux acteurs, y compris les ministères chargés des transports, de la planification urbaine et de l'intérieur. Il a souligné le fait qu'un élément clé de la sécurité routière – l'application des lois sur les excès de vitesse, l'inattention au volant et la consommation de stupéfiants, etc. – dépassait le cadre des compétences des ministères de la Santé. Ainsi, il fallait adopter une approche multisectorielle. Il a informé le Comité que l'OMS allait publier le Rapport de situation sur la sécurité routière dans le monde 2018 et que ce rapport contiendrait les données les plus récentes. Le rapport régional serait publié une fois disponibles les données finales, et les préoccupations quant à la sous-estimation des progrès accomplis pourraient être abordées à ce moment.

289. La Directrice a indiqué que, même si les progrès réalisés étaient peut-être sous-estimés dans le rapport final, ces progrès n'en n'étaient pas moins insuffisants, comme le démontrait la persistance des taux élevés de mortalité et d'invalidité dus aux accidents de la route, surtout parmi les jeunes hommes. Par ailleurs, avec l'amélioration des infrastructures routières, les accidents de la route ainsi que la mortalité avaient augmenté. Elle a affirmé qu'une approche multisectorielle et des investissements publics étaient nécessaires pour améliorer les infrastructures routières, l'application des lois pertinentes et la formation intensive des conducteurs et d'autres usagers des routes. Il fallait également adopter des mesures pour aborder le problème de l'alcoolisme et de la consommation de substances psychoactives, surtout parmi les jeunes hommes.

290. Le Comité a pris note du rapport.

Plan d'action pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et les cas graves de morbidité maternelle : rapport final (document CE162/INF/12)

291. 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 résumé le contenu du rapport final, notant que seuls 14 pays et territoires, soit 38 % du nombre total que compte la Région, avaient mis à jour leurs plans nationaux pour les harmoniser avec le Plan d'action régional. Les trois principaux objectifs du Plan – contribuer à accélérer la réduction de la mortalité maternelle, prévenir les cas graves de morbidité maternelle et renforcer la surveillance des cas de morbidité et de mortalité maternelles – n'avaient été atteints qu'en partie. La cible de la réduction du taux de mortalité maternelle dans la Région avait été de 21 %, tandis que le taux de réduction effectif avait été de 11 %. L'aspect positif de cette situation était qu'un certain nombre de pays avaient commencé à constituer des dossiers sur la morbidité maternelle et que la surveillance de la morbidité et de la mortalité maternelles avait

également connu une amélioration. L'analyse des 19 autres indicateurs de résultats intermédiaires ou de progrès avait globalement révélé un faible taux de notification de la couverture et, parfois, un manque de données fiables. L'un des problèmes les plus graves avait été le manque de données ventilées selon différents sous-groupes démographiques, ce qui posait un problème pour l'étude des iniquités dans le domaine de la santé maternelle.

292. Il était essentiel que les États Membres et le BSP maintiennent leur engagement et leurs efforts pour consolider les acquis et aborder les questions qui n'avaient pas encore été étudiées dans les domaines de la mortalité et de la morbidité maternelles. Ils devraient aussi continuer d'œuvrer pour améliorer les systèmes nationaux de surveillance et de suivi, en particulier l'analyse épidémiologique par le biais d'indicateurs ventilés selon des variables comme l'âge, l'appartenance ethnique, le lieu de résidence et le revenu. La mesure et l'assurance de la qualité devraient être inscrites au nombre des composantes essentielles de l'élaboration et de l'exécution des interventions à l'avenir.

293. Dans les discussions qui ont suivi, une déléguée a affirmé que le décès des femmes durant la grossesse, l'accouchement ou durant les suites de l'accouchement était une tragédie pour les femmes et la société dans son ensemble, et a souligné la nécessité de poursuivre les efforts pour surveiller et réduire la morbidité et la mortalité maternelles et pour améliorer les résultats de santé pour les femmes. Un autre délégué a signalé que les critères disparates adoptés par les pays pour définir les cas sévères de morbidité maternelle avaient produit une variabilité considérable dans les données notifiées. Il a insisté sur la nécessité de normaliser les définitions. Il a également fait remarquer qu'il était nécessaire de continuer à renforcer les registres de femmes enceintes et de femmes enceintes présentant une morbidité sévère afin d'obtenir des informations exactes et normalisées sur le plan international.

294. Le Dr De Francisco Serpa a déclaré qu'il était important d'aller au-delà des moyennes nationales et régionales. On connaissait l'existence de différences majeures entre les sous-groupes de population sur les plans de la morbidité, de la mortalité et de l'accès aux services. Il était nécessaire de renforcer les systèmes de surveillance pour dénombrer les femmes qui mouraient, où et pourquoi elles mouraient, ainsi que les raisons pour lesquelles elles n'étaient pas en mesure de recevoir les soins de santé nécessaires. Sans cette information, il serait impossible d'apporter des changements notables. Concernant l'absence de critères normalisés régissant la définition des cas sévères de morbidité maternelle, il a signalé que le Bureau utilisait une nouvelle norme internationale qui s'appliquait aux femmes enceintes qui seraient mortes (« décès évité de justesse ») faute d'arriver à temps dans un établissement de santé. Cette norme était actuellement en train d'être appliquée dans certains pays de la Région, en particulier dans les Caraïbes.

295. La Directrice a fait remarquer que la « tyrannie des moyennes » était telle qu'il était impossible de pointer précisément les secteurs de la population qui connaissaient de manière disproportionnée des taux élevés de mortalité maternelle, même si l'on savait que des taux plus élevés étaient constatés parmi les femmes occupant les secteurs économiques les plus pauvres, appartenant aux populations diverses et habitant dans des régions éloignées. Affirmant que la mortalité maternelle était effectivement une tragédie, elle a

déclaré qu'il était aussi tragique que les indicateurs du Plan d'action n'avaient été que partiellement atteints. Tant le Bureau que les États Membres devraient poursuivre leurs efforts pour surmonter cette tragédie. Ainsi, il était important d'assurer que le nouveau *Plan d'action concernant la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent 2018-2030* (voir les paragraphes 96 à 107 ci-dessus) abordait de manière adéquate la question de la mortalité maternelle. Elle a annoncé que le Bureau avait alloué des ressources pour affecter un conseiller de grade P4 au service des 10 pays recensant les taux les plus élevés de mortalité maternelle et a appelé les États Membres à accroître leur engagement et leurs investissements au bénéfice d'interventions visant à prévenir les décès maternels.

296. Le Comité a pris note du rapport.

Stratégie et plan d'action pour la santé intégrale chez l'enfant : rapport final (document CE162/INF/13)

297. 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 rapporté que, concernant la Stratégie et le plan d'action pour la santé intégrale chez l'enfant, la Région avait réalisé des progrès sur de nombreux fronts. Cette dernière avait atteint le 4^e objectif du Millénaire pour le développement, relatif à la réduction, des deux tiers, du taux de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans. Cette réalisation laissait à penser que les pays disposaient des moyens et de l'expérience nécessaires pour mettre fin à la mortalité infantile due à des causes évitables comme les maladies transmissibles et la sous-alimentation. Les États Membres avaient accru l'accès aux soins, y compris en retenant les services des agents de santé communautaires et des visiteurs à domicile pour participer à la prestation de soins de santé primaires, et avaient établi des mécanismes multisectoriels pour répondre à diverses priorités de santé infantile, dont la promotion de l'épanouissement optimal de l'enfant.

298. Toutefois, les progrès entre pays et en leur sein avaient été inégaux concernant la charge de morbidité et la couverture de certaines interventions. Pour réduire les iniquités, il était essentiel de se concentrer sur des interventions de santé publique visant les enfants en situation de vulnérabilité, dont les enfants des communautés autochtones, Roms et d'ascendance africaine, ainsi que les enfants migrants, les enfants handicapés et d'autres groupes. Malheureusement, les données sur ces enfants demeuraient limitées. Les plus grandes difficultés pour la Région en matière de santé infantile étaient la lutte contre la mortalité infantile résiduelle, l'augmentation des mesures de prévention, le ciblage des enfants en situation de vulnérabilité particulière et la promotion d'interventions susceptibles d'accroître les possibilités, pour chaque enfant, de grandir et de s'épanouir pleinement.

299. Le Dr De Francisco Serpa a conclu en notant que les enseignements tirés de la mise en œuvre de la stratégie et du plan d'action, y compris la nécessité de dénombrier des indicateurs précis et mesurables d'accès au progrès, avaient été intégrés dans le nouveau *Plan d'action concernant la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent 2018-2030* (voir les paragraphes 96 à 107 ci-dessus).

300. Dans les discussions qui ont suivi, les délégués ont accueilli favorablement les progrès réalisés et souligné l'importance primordiale des six premières années de la vie pour la croissance et le développement de l'enfant, un délégué signalant que les investissements dans la santé et le bien-être des enfants au cours de la petite enfance étaient l'un des investissements les plus rentables qu'une société pouvait effectuer en termes d'impact social de long terme. La nécessité d'adopter des démarches multisectorielles pour répondre aux besoins des enfants en situation de vulnérabilité a été soulignée.

301. On a attiré l'attention sur le problème croissant du surpoids et de l'obésité chez les enfants ainsi que sur la nécessité d'encourager une alimentation saine et de promouvoir l'allaitement au sein. Un délégué a fait remarquer que son pays avait déjà atteint certaines cibles et demandé si les référence des indicateurs pouvaient être révisées afin de refléter la situation actuelle dans les pays de la Région.

302. Le Dr De Francisco Serpa a expliqué que les données de référence étaient un reflet de la situation en 2011. Le rapport faisait état des progrès réalisés en comparaison avec ces données de référence durant la période couverte par la Stratégie et le Plan d'action, soit de 2012 à 2017. Il a fait remarquer que l'OMS et d'autres partenaires avaient récemment publié *Les soins attentifs pour le développement de la petite enfance*,³ un ouvrage qui présentait un cadre rassemblant les efforts réalisés dans plusieurs domaines pour promouvoir le développement sain de la petite enfance.

303. La Directrice a signalé que l'accès à l'éducation, à des services d'eau potable et d'assainissement, à une bonne alimentation, à un logement sûr et sain et à d'autres déterminants sociaux de la santé avaient un impact considérable sur les enfants. Ainsi, il était nécessaire d'entreprendre des activités multisectorielles pour améliorer l'état de santé et le développement des enfants de la Région. Elle a exprimé l'espoir que, durant les consultations ultérieures au sujet du *Plan d'action concernant la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent 2018-2030*, les États Membres accorderaient une attention particulière à la question d'équité et aux groupes pour lesquels les indicateurs de progrès demeuraient inférieurs aux moyennes régionales.

304. Le Comité a pris note du rapport.

Stratégie et plan d'action sur le changement climatique : rapport final (document CE162/INF/14)

305. Le Dr Marcos A. Espinal (Directeur du Département des maladies transmissibles et des déterminants environnementaux de la santé du BSP) a rappelé que la Stratégie et le plan d'action sur le changement climatique avaient été adoptés en 2011. L'objectif était de renforcer et de préparer les systèmes de santé locaux et nationaux à préserver la santé

³ OMS, UNICEF, Banque mondiale. *Les soins attentifs pour le développement de la petite enfance : un cadre pour aider les enfants à survivre et à s'épanouir afin de transformer la santé et le potentiel humain* Genève : OMS ; 2018. Disponible en anglais sur : http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/nurturing-care-early-childhood-development/en/

humaine contre des risques associés au changement climatique. Les États Membres avaient considérablement progressé dans l'exécution de tous les axes stratégiques d'intervention et, parfois, avaient dépassé les cibles établies dans le plan d'action.

306. Pour résumer certaines des réalisations, il a signalé que 23 États Membres avaient inclus des données sur le changement climatique et la santé dans leurs stratégies nationales sur le changement climatique, que 25 États Membres avaient inclus des indicateurs relatifs au climat dans leurs systèmes de surveillance de la santé de l'environnement, que 33 États Membres avaient présenté leurs contributions sur le secteur de la santé dans le cadre de leurs communications nationales destinées au secrétariat de la Convention-cadre des Nations Unies sur les changements climatiques et que 27 États Membres avaient mené une évaluation visant à accroître la résilience dans leurs systèmes de santé.

307. D'autres réalisations importantes comprenaient la préparation et la distribution de matériels de formation, y compris un cours en ligne dispensé par l'intermédiaire du campus virtuel de l'OPS pour la santé publique. Jusqu'à ce jour, plus de 6000 personnes provenant de 34 pays avaient suivi ce cours. Par ailleurs, des partenariats intersectoriels avaient été forgés avec diverses institutions internationales pour simplifier les considérations de santé et jeter les bases d'un travail intersectoriel dans le domaine du changement climatique.

308. Le rapport préconisait un certain nombre de mesures pour maintenir les acquis, dont le renforcement des capacités dans les ministères de la Santé et la poursuite des mesures de soutien à la participation de représentants du secteur de la santé dans le programme d'action mondial sur le changement climatique, l'identification des points faibles des systèmes de santé et l'élaboration de plans et de feuilles de route pour surmonter ces points faibles, enfin, l'élaboration de propositions visant à lever des fonds pour accroître la résilience dans les systèmes de santé face au changement climatique et pour atténuer les effets du changement climatique.

309. Dans les discussions qui ont suivi, les délégués ont félicité l'OPS pour son rôle de direction et pour les efforts déployés afin de promouvoir la prise de mesures pour combattre les risques posés à la santé et au bien-être en raison du changement climatique. Il a été signalé que les derniers ouragans qui avaient frappé la Région avaient donné la preuve des effets du changement climatique sur les habitants, les systèmes de santé et la société, et qu'ils avaient par ailleurs mis en évidence la nécessité de se préparer aux effets futurs du changement climatique. Le rôle de l'information sur le climat au profit de la préparation du secteur de la santé publique et de la prestation de services de santé a été reconnu, et les États Membres ont été encouragés à poursuivre leurs investissements au bénéfice de la résilience dans les systèmes de santé. Une déléguée a fait remarquer que, si l'OPS était en mesure d'apporter une valeur ajoutée au moyen de la prestation d'une aide technique, l'exercice consistant à établir les priorités aux fins d'adaptation devait être dirigé par les pays.

310. Les délégués ont salué les progrès accomplis au titre de la stratégie et du plan d'action tout en reconnaissant qu'il fallait accomplir davantage dans ce domaine. L'importance d'aborder les risques que présente le changement climatique pour les

populations rurales et les populations autochtones a été soulignée, de même que l'importance d'entreprendre des mesures intersectorielles. Il a été signalé que, même si le rapport faisait état de progrès accomplis dans le domaine de l'atténuation, il importait aussi d'illustrer des progrès concrets au regard de l'adaptation. À cet égard, la déléguée du Canada a rapporté que son gouvernement avait récemment collaboré avec l'OPS, l'OMS et l'Organisation météorologique mondiale pour produire un rapport intitulé *Climate Change and Health Vulnerability and Adaptation Assessment Guidelines for Small Island Developing States in the Caribbean* [Le changement climatique et les principes directeurs en matière d'évaluation de la vulnérabilité de la santé et de l'adaptation pour les petits États insulaires en développement dans les Caraïbes].

311. La déléguée des États-Unis a demandé qu'une phrase du paragraphe 7 du rapport, qui lisait : « Ces mesures doivent tenir compte des initiatives internationales pertinentes, notamment l'Accord de Paris de 2015, les objectifs de développement durable des Nations Unies et le Cadre d'action de Sendai pour la réduction des risques de catastrophe 2015-2030 », soit révisée comme suit : « Ces mesures devraient tenir compte des cadres internationaux pertinents, notamment l'Accord de Paris de 2015, le cas échéant, les objectifs de développement durable des Nations Unies et le Cadre de Sendai pour la réduction des risques de catastrophe 2015-2030 ».

312. Le Dr Espinal a convenu du fait que le changement climatique constituait un enjeu multisectoriel. Toutefois, du point de vue d'une organisation comme l'OPS, la priorité était la santé et la prise en compte effective de la santé dans les évaluations effectuées par les pays, de même que la prise en compte des préoccupations de santé dans les plans d'adaptation. Le Bureau reconnaissait que l'élaboration de tels plans était un exercice dirigé par les pays et que son rôle était d'apporter une coopération technique. À cette fin, la Directrice avait déjà créé une nouvelle unité qui se consacrerait aux déterminants environnementaux de la santé, y compris le changement climatique. Des fonctionnaires étaient en cours d'affectation en Amérique centrale et aux Caraïbes pour continuer d'aider les États Membres à préparer leurs plans d'adaptation et à faire en sorte que ceux-ci contiennent une composante de santé significative.

313. La Directrice a fait remarquer que, même si la période couverte par la Stratégie et le plan d'action était terminée, le travail lié au changement climatique et à la santé devait non seulement se poursuivre mais aussi s'intensifier. Elle a indiqué qu'une réunion sur le changement climatique et la santé dans les petits États insulaires en développement était prévue à la Grenade en octobre 2018. Se faisant l'écho des observations du Dr Espinal, elle a insisté sur la nécessité d'assurer que la santé et les exigences en renforcement des capacités des ministères de la Santé seraient prises en compte dans les efforts de mobilisation des ressources au bénéfice du changement climatique.

314. Le Comité a pris note du rapport.

Stratégie et plan d'action sur la cybersanté : rapport final (document CE162/INF/15)

315. Dr. Francisco Becerra (Sous-directeur du BSP) a présenté le rapport final sur la *Stratégie et le plan d'action sur la cybersanté*, notant que les avancées réalisées en matière de technologie ouvraient la voie à une révolution dans le secteur de la santé. L'existence de plus de 1,1 milliard d'abonnements à un service de téléphonie mobile dans la Région et le fait que 66 % de la population avaient une connexion Internet facilitaient l'expansion de la cybersanté, en offrant la possibilité de franchir les obstacles géographiques, mener des interventions de santé appropriées, diminuer les coûts et promouvoir des modes de vie sains.

316. Le rapport final mettait en évidence trois grandes réalisations. En premier lieu, le BSP avait déterminé les besoins que la cybersanté devait satisfaire et les moyens à engager pour cela. En deuxième lieu, le Bureau et les États Membres avaient produit des documents et des directives méthodologiques pour la cybersanté qui incluaient un appui à l'établissement de priorités dans les politiques de cybersanté. Ainsi, le nombre de pays possédant des stratégies nationales de cybersanté avait augmenté de 50 % et 25 pays étaient en train de rédiger des stratégies visant l'élaboration d'une stratégie de santé mobile. En troisième lieu, l'exploitation de services de cybersanté dans la Région s'était développée, 16 pays ayant indiqué qu'ils utilisaient la santé mobile pour leurs activités de surveillance et de suivi, 9 pays ayant rapporté qu'ils disposaient de systèmes électroniques d'information sur la santé fournissant des informations instantanées et sécurisées à des personnels habilités et 17 pays proposant des services de téléradiologie.

317. Toutefois, des difficultés subsistaient. La compatibilité opérationnelle institutionnelle et technologique des systèmes de santé demeurait une source de problèmes en raison du manque d'intégration entre les systèmes d'information en place. L'initiative des systèmes d'information au service de la santé, lancée en 2017, contribuait à aborder cette question et d'autres défis.

318. Les délégués ont accueilli favorablement le rapport et salué les progrès accomplis. Ils ont reconnu que la cybersanté était un instrument valable pour améliorer l'état de santé des populations, renforcer les capacités nationales afin de promouvoir la santé et prévenir les maladies non transmissibles. À cet égard, un délégué a rapporté que son pays encourageait l'utilisation de la santé mobile pour la prévention et la prise en charge du diabète. D'autres délégués ont rapporté que leurs pays utilisaient la cybersanté pour améliorer la communication, les systèmes d'information et la gestion des connaissances au service des processus décisionnels. Malgré ces progrès, la collaboration continue du BSP était jugée nécessaire dans les domaines de l'évaluation des technologies, du renforcement des capacités, de l'interopérabilité ainsi que du suivi et du contrôle des déterminants de la santé.

319. Le Sous-directeur a assuré le Comité que le Bureau continuerait de travailler avec les États Membres dans ces domaines, en particulier pour renforcer les systèmes d'information sanitaire par le biais de l'initiative des systèmes d'information au service de la santé. Il a fait remarquer que l'un des aspects importants de l'initiative était l'analyse de

l'état de maturité des systèmes d'information des pays dans le but d'identifier et de satisfaire des besoins particuliers.

320. Le Comité a pris note du rapport.

Stratégie et plan d'action sur la gestion des connaissances et la communication : rapport final (document CE162/INF/16)

321. Le Dr Isabella Danel (Directrice adjointe du BSP), s'exprimant en sa qualité de responsable a.i. du Bureau de la gestion des connaissances et des publications, a présenté le rapport final, rappelant que la *Stratégie et le plan d'action sur la gestion des connaissances et la communication*, adoptés en 2012, avaient pour objectif de combler l'écart entre les connaissances et la prise de décisions sur la santé dans la Région, en encourageant un climat propice à la production, aux échanges, à la communication et à une application efficace des connaissances au bénéfice de la santé. Le rapport final résumait les réussites de la période d'exécution et décrivait les meilleures pratiques, les enseignements tirés et les défis à relever.

322. Des progrès considérables avaient été accomplis et la plupart des cibles avaient été atteintes. Le nombre d'États ayant mis en place des politiques ou des programmes s'y rapportant avait augmenté. Le campus virtuel de l'OPS pour la santé publique avait été adopté comme plateforme électronique de formation par 18 États Membres et un module infrarégional était en construction pour les Caraïbes. Les plateformes constituées du programme HINARI d'accès à la recherche dans le domaine de la santé et de la bibliothèque virtuelle de santé avaient été adoptées par de nombreux États Membres et des bases de données comme LILACS et MEDLINE avaient été mises à disposition par l'intermédiaire de la bibliothèque virtuelle de santé. Le Bureau avait créé 90 listes automatisées de distribution électronique sur divers thèmes de santé publique afin de faciliter la distribution rapide de nouvelles informations aux États Membres. Par ailleurs, trois centres collaborateurs sur la gestion des connaissances avaient été établis, et les négociations étaient en cours pour en établir trois autres.

323. Le Bureau continuerait de renforcer ses efforts pour organiser et classer un large éventail d'informations disponibles sur Internet et pour mettre à disposition la bonne information, au bon public, au bon moment et dans le bon format. Les États Membres ont été encouragés à continuer de travailler pour que la gestion des connaissances, l'accès aux informations et la communication en santé soient des éléments clés de leurs politiques, de leurs programmes et de leurs pratiques. Compte tenu de la rapidité des mutations et des améliorations constatées dans de nombreux domaines de pratique de la santé, la disponibilité et l'accessibilité des informations de santé ainsi que les échanges de connaissances seraient primordiaux pour la réalisation des objectifs de développement durable. Les États Membres ont été invités à continuer d'œuvrer pour la réalisation des buts et des objectifs de la stratégie.

324. La Directrice a déclaré que la gestion des connaissances était un domaine qui exigeait un développement continu au sein du Bureau et dans son travail avec les États

Membres. Ainsi, il continuerait de s'efforcer pour faire en sorte que les États Membres décident eux-mêmes des informations requises aux diverses étapes de leur développement.

325. Le Comité a pris note du rapport.

La santé et les relations internationales : leurs liens avec la gestion du développement national de la santé : rapport final (document CE162/INF/17)

326. M. Alberto Kleiman (Directeur du Département des relations extérieures, des partenariats et de la mobilisation des ressources) a rappelé que, en 2008, le 48^e Conseil directeur avait adopté un document de politique générale sur la santé et les relations internationales (document CD48/15), lequel soulignait le rôle de la coopération internationale comme facteur contribuant au développement national de la santé. Ce document décrivait également la nécessité de renforcer les capacités des équipes responsables dans les pays afin d'atteindre de meilleurs résultats dans le domaine de la coopération internationale.

327. Le rapport final présenté au Comité exécutif aux fins d'examen dressait un plan des principales mesures prises par le Bureau pour donner suite à la résolution adoptée sur cette question (résolution CD48.R16), dont une collaboration active avec les États Membres pour renforcer les bureaux des relations internationales en santé (ORIS) intervenant à l'intérieur des ministères de la Santé, l'organisation d'ateliers et d'autres offres de formation, notamment par le biais du Programme international de leadership en santé du Bureau et la supervision de l'initiative de coopération entre les pays pour le développement de la santé ainsi que son mécanisme de financement d'amorçage au service de la coopération. Par ailleurs, le Bureau avait mené des activités pour promouvoir la coordination et les synergies avec des mécanismes d'intégration infrarégionale dans la Région.

328. M. Kleiman a conclu son intervention en faisant remarquer que, dans les 10 années qui avaient suivi l'adoption de la résolution CD48.R16, le contexte, les instruments et les approches avaient évolué mais que la continuité et la consolidation effectives dans le domaine du développement de la diplomatie et des relations internationales pour la santé demeuraient une difficulté qui exigeait un engagement et une participation continus.

329. Dans les discussions qui ont suivi, les délégués ont salué les efforts déployés par le Bureau pour contribuer à renforcer les bureaux des relations internationales en santé (ORIS) et l'on exhorté à persister dans ce sens. À cet égard, la construction d'une communauté de pratique virtuelle a été accueillie favorablement. Les délégués ont également mis l'accent sur la nécessité de continuer de renforcer les capacités au service de la diplomatie pour la santé, de la gestion de la coopération internationale et de la participation à la gouvernance de la santé au niveau international. L'importance de la systématisation et des échanges d'expériences fructueuses ainsi que des meilleures pratiques dans ces domaines a été soulignée. La déléguée du Panama a fait remarquer que la réunion de représentants des ORIS tenue récemment dans son pays avait été une bonne occasion d'échanger les expériences acquises. L'établissement d'un cadre de référence

pour l'élaboration de critères ou d'indicateurs permettant d'évaluer les capacités de base de ces bureaux a été suggéré à titre d'instrument valable.

330. Le Bureau a également été exhorté à poursuivre ses activités d'appui à la coopération technique entre les pays, y compris par le mécanisme de financement d'amorçage. Il a été suggéré que les bureaux de pays de l'OPS collaborent avec les ORIS afin d'identifier les domaines dans lesquels cette coopération serait la plus avantageuse. Le travail effectué par le Bureau avec les mécanismes d'intégration infrarégionale a été salué et l'importance de la coordination entre les programmes d'action régionale et ceux des mécanismes infrarégionaux a été signalée.

331. M. Kleiman a déclaré qu'il avait pris note de toutes les observations et suggestions formulées, qui seraient utiles dans les efforts consentis à l'avenir par le Bureau pour contribuer à renforcer la capacité des ministères de la Santé dans la gestion de la coopération et des relations internationales pour la santé.

332. La Directrice s'est déclarée fière de constater l'expansion d'un si grand nombre d'ORIS grâce aux activités décrites dans le rapport. Elle a indiqué que, dans le contexte du renforcement des capacités nationales au service de la diplomatie et des relations internationales pour la santé, le Bureau avait organisé au niveau des pays une formation à l'intention des responsables publics ayant participé aux sessions des Organes directeurs de l'OPS et de l'OMS afin de leur permettre de participer de manière plus approfondie. Elle a assuré le Comité que le Bureau continuerait de travailler avec les États Membres tant pour renforcer les capacités nationales que pour améliorer la participation régionale aux relations internationales.

333. Le Comité a pris note du rapport.

Institutions nationales associées à l'OPS en matière de coopération technique : rapport final (document CE162/INF/18)

334. Mme Ana Solís-Ortega Treasure (Chef du Bureau de la coordination avec les pays et la coordination infrarégionale du BSP) a fait remarquer que l'Organisation travaillait depuis longtemps avec les institutions nationales dans plusieurs domaines, dont les groupes d'étude, les établissements universitaires et les organisations de la société civile. Ces relations avaient enrichi les processus de consultation menés avec les pays pour élaborer leurs stratégies nationales de coopération et avaient facilité la diffusion et l'exécution des politiques, normes et directives de santé publique. Le Bureau était demeuré engagé à travailler avec les institutions nationales sous l'égide du Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques (voir les paragraphes 30 à 33 ci-dessus).

335. Le Comité a pris note du rapport.

Bioéthique : vers l'intégration de l'éthique dans la santé : rapport final (document CE162/INF/19)

336. Le Dr James Fitzgerald (Directeur du Département des systèmes et services de santé du BSP) a présenté le rapport, en indiquant que les derniers événements notamment les flambées de maladies à virus Zika et Ebola avaient donné lieu à des difficultés sans précédent sur le plan de la déontologie dans la Région et avaient rendu manifeste le fait que l'intégration de l'éthique dans les interventions de santé n'était pas facile mais qu'elle était nécessaire. Il a rappelé que, en 2012, la 28^e Conférence sanitaire panaméricaine avait approuvé un document de réflexion intitulé *Bioéthique : vers l'intégration de l'éthique dans la santé* (document CSP28/14, Rev. 1), qui avait marqué un jalon important dans l'engagement souscrit à l'échelle régionale pour l'avancement de la bioéthique. Le rapport final résumait les progrès remarquables accomplis par les États Membres depuis lors pour faire progresser l'intégration de l'éthique dans la santé, en se concentrant sur deux domaines prioritaires essentiels, à savoir, l'éthique dans la recherche et l'éthique dans la santé publique.

337. Les États Membres avaient élaboré des cadres normatifs et renforcé leurs capacités pour mener des examens d'éthique complets et efficaces relatifs à la recherche faisant intervenir des sujets humains. Le Bureau avait soutenu ces exercices en offrant des directives détaillées sur les questions d'éthique ainsi que des orientations et références pratiques pour faciliter les examens d'éthique. Dans le domaine de l'éthique en santé publique, des efforts particuliers avaient été déployés au plan de l'intégration de l'éthique dans les processus décisionnels et d'établissement des priorités à l'appui de l'universalisation de l'accès à la santé et de la couverture sanitaire.

338. Le rapport appelait à des efforts continus pour intégrer l'éthique dans la santé dans les Amériques et, en particulier, renforcer les systèmes d'éthique dans la recherche pour faire en sorte que la recherche respecte toujours les règles d'éthique et pour systématiquement intégrer l'éthique dans les interventions de santé publique et les processus décisionnels.

339. Dans les discussions qui ont suivi, une déléguée a déclaré qu'elle partageait la conclusion énoncée dans le rapport dans le sens que des progrès appréciables avaient été accomplis, mais qu'il convenait de continuer de travailler à l'amélioration des systèmes d'éthique. Elle a suggéré que des recommandations plus précises soient énoncées pour renforcer les systèmes d'éthique dans la recherche, dont l'adoption de lois et de règlements appropriés ainsi que l'élaboration de directives, le renforcement des capacités des comités d'éthique pour la recherche aux niveaux local et national, le renforcement des mécanismes de contrôle et de conformité et la formation des chercheurs aux questions d'éthique professionnelle.

340. Un autre délégué a fait remarquer que sa délégation présenterait des commentaires par écrit sur l'expérience acquise par son pays dans le but d'actualiser et d'enrichir les informations contenues dans le rapport.

341. Le Dr Fitzgerald a déclaré que le Bureau se réjouissait de recevoir ces informations et a fait remarquer qu'il s'était avéré difficile de décider, parmi les nombreux progrès accomplis, ceux qui seraient mis en avant dans le rapport. Un fait notable était que, dans la Région, 25 pays disposaient désormais d'un cadre légal précis permettant d'assurer le respect de normes éthiques en matière de santé. Cette évolution illustrait les progrès considérables accomplis par rapport à la situation prévalant cinq ans plus tôt. Des faiblesses persistaient au regard de la conformité aux normes, d'où l'appel lancé par le Bureau pour une approche plus systémique des examens éthiques afin d'assurer que les politiques et les règlements en place étaient effectivement appliqués.

342. Le Sous-directeur a fait remarquer que de nombreux enquêteurs ne comprenaient toujours pas l'importance d'assurer un examen bioéthique de tous les projets de recherche. Il importait de déclarer sans équivoque que le but de ces examens n'était pas d'entraver la recherche mais de protéger les sujets humains. De même, le but d'intégrer l'éthique dans l'établissement des priorités de santé publique et dans les processus décisionnels était d'assurer que les groupes de population vulnérables étaient protégés et que nul n'était laissé pour compte.

343. Le Comité a pris note du rapport.

Rapports d'avancement sur les questions techniques (document CE162/INF/20, A-K)

A. Stratégie et plan d'action visant au renforcement du système de santé pour combattre la violence à l'égard des femmes : rapport d'avancement

344. Les délégués ont réaffirmé leur soutien à la stratégie et au plan d'action et ont salué les progrès réalisés vers l'atteinte des cibles et objectifs tout en reconnaissant la nécessité d'un regain des efforts pour aborder et éliminer le problème de la violence à l'égard des femmes. Les délégués ont également manifesté leur soutien aux interventions proposées dans le rapport pour améliorer la situation. L'importance du travail effectué pour étudier le point de rencontre entre les diverses formes de violence a été reconnue à titre particulier. Plusieurs délégués ont fait remarquer que la violence à l'égard des femmes était un problème complexe, à facteurs multiples, et ont souligné la nécessité d'adopter des approches multisectorielles et multidisciplinaires. Les délégués ont décrit certaines mesures en cours dans leurs pays pour exécuter la stratégie et le plan d'action tout en proposant de faire connaître aux autres pays leurs expériences fructueuses en la matière.

345. Un délégué a attiré l'attention sur l'importance d'étudier les effets précis de la violence sur les adolescentes et a encouragé le Bureau à inclure des données ventilées par âge dans ses rapports d'avancement futurs, ainsi qu'à aider les États Membres à développer des capacités accrues pour ventiler les données. Une autre déléguée a exhorté les pays à intégrer la santé sexuelle et génésique dans leurs plans nationaux de lutte contre la violence à l'égard des femmes. Un troisième délégué a évoqué la nécessité de mener des recherches opérationnelles pour offrir des données scientifiques à l'appui des processus décisionnels et, en particulier, d'identifier des mesures efficaces à l'appui de la prévention primaire de la violence. Il a insisté également sur la nécessité d'inscrire la formation concernant la

violence à l'égard des femmes dans les programmes d'enseignement des écoles de médecine.

346. Il a été suggéré que le rapport qui serait présenté au 56^e Conseil directeur mentionne plus précisément certains problèmes de santé mentale, comme la dépression, le comportement suicidaire et les états de stress post-traumatique, associés à l'exposition à la violence. Le rapport devrait aussi citer les risques de résultats défavorables au niveau de la grossesse, surtout l'insuffisance pondérale à la naissance, chez les femmes ayant subi des violences. Il a été considéré utile par ailleurs que le rapport mentionne de manière plus directe les blessures physiques dues à la violence.

347. Le Dr Anselm Hennis (Directeur du Département des maladies non transmissibles et de la santé mentale du BSP), en félicitant les États Membres pour les progrès accomplis dans la lutte contre la violence à l'égard des femmes, a affirmé que le problème constituait un défi majeur de santé publique. Comme il avait été indiqué auparavant, il s'agissait d'un problème qui exigeait des mesures multisectorielles. Il a reconnu la nécessité de disposer de données plus ventilées, tout en indiquant qu'aucun progrès n'avait été réalisé au titre de l'indicateur 1.1.3, qui appelait à une augmentation du nombre d'États Membres en mesure de fournir des données sur les homicides, ventilées par âge, sexe et rapport entre la victime et l'agresseur. Il a fait part de sa disposition à recevoir des informations supplémentaires sur les initiatives nationales entreprises pour réduire et prévenir la violence à l'égard des femmes, et a indiqué que ces informations contribueraient à enrichir le rapport devant être présenté au 56^e Conseil directeur.

348. La Directrice adjointe a déclaré qu'il importait de reconnaître le rôle de la masculinité et de la paternité dans le problème de la violence à l'égard des femmes. La relation qu'entretenaient les garçons avec leurs pères pouvait constituer un facteur contribuant au comportement violent plus tard dans la vie. Il était également important de reconnaître le rôle important que les professionnels de la santé pouvaient remplir pour dépister le problème et le rapporter aux autorités légales.

349. Le Comité a pris note du rapport.

B. Plan d'action pour la prévention de l'obésité chez les enfants et les adolescents : évaluation à mi-parcours

350. Les délégués ont convenu que le traitement de la question de l'obésité chez les enfants et les adolescents était une priorité pour la santé publique. Dans le même temps, il a été signalé que l'action gouvernementale à elle seule ne pouvait inverser la tendance de l'épidémie d'obésité et la nécessité des actions multisectorielles a été soulignée. Plusieurs délégués ont décrit les initiatives entreprises dans leurs pays pour limiter l'augmentation des cas de surpoids et d'obésité chez les jeunes, y compris les taxes sur les boissons sucrées, les restrictions imposées au marketing de produits alimentaires néfastes pour la santé, la réglementation des aliments servis dans les cantines scolaires, l'étiquetage placé sur les emballages et les stratégies de promotion de l'activité physique. Un délégué a annoncé que la prévalence de l'obésité chez les enfants d'âge scolaire s'était stabilisée dans son pays

grâce à une stratégie nationale de lutte contre le surpoids, l'obésité et le diabète. L'importance d'échanger les données issues d'expériences réussies a été soulignée.

351. Une déléguée a fait remarquer que, malgré de bons progrès accomplis pour certains indicateurs, pour d'autres, très peu de travail avait été fait. Elle a souligné la nécessité pour tous les États Membres de prendre un engagement en faveur de la réalisation des cibles et des objectifs du Plan. Les délégués ont accueilli favorablement les recommandations figurant dans le rapport, quoiqu'un délégué ait déclaré que celles-ci pourraient être renforcées dans certains aspects. À titre d'exemple, la recommandation concernant l'accès à des « rues ouvertes » devrait également encourager un accès accru aux parcs et autres zones de loisirs. Une autre déléguée a remis en question la recommandation sur l'étiquetage des emballages, déclarant qu'elle considérait que les autorités nationales devraient être encouragées à envisager des approches visant à promouvoir la consommation d'aliments sains et équilibrés, dont par des messages à connotation positive au lieu de concentrer l'allocation des ressources sur le placement obligatoire de messages à connotation négative. La même déléguée a déclaré que son gouvernement n'était pas favorable au fait que le rapport soit centré sur l'imposition des boissons sucrées, ajoutant que les données factuelles permettant de juger des effets sur la santé d'une telle imposition n'étaient pas encore concluantes.

352. Les délégués ont souligné par ailleurs la nécessité de relier les activités envisagées dans le nouveau *Plan d'action mondial de l'OMS en matière d'activité physique pour la santé 2018-2030* aux efforts de lutte contre les maladies non transmissibles.

353. Le Dr Anselm Hennis (Directeur du Département des maladies non transmissibles et de la santé mentale du BSP) a déclaré qu'il était clair que les États Membres avaient reconnu le fait que l'obésité chez les enfants était une urgence de santé publique qui devait être abordée. Sinon, pour la première fois de l'histoire de l'humanité, il y avait un risque réel que les enfants d'aujourd'hui jouissent d'un état de santé moins bon et vivent moins longtemps que leurs parents. Il était gratifiant d'entendre les délégués évoquer les réussites de leurs pays mais il y avait beaucoup de travail à faire pour atteindre les objectifs établis dans le plan d'action d'ici à 2019. Il a convenu qu'il importait de faire part des expériences concluantes et a déclaré que le Bureau était en train de travailler pour faciliter de tels échanges. Il souhaitait également recueillir des données factuelles sur les effets des réglementations et d'autres mesures. Il a convenu par ailleurs qu'il était essentiel de promouvoir l'activité physique, y compris en créant des environnements favorables à cette activité.

354. Le Sous-directeur a affirmé que l'obésité était un problème à facteurs multiples, contre lequel il n'existait pas de solution unique. Il incombait à chaque pays de trouver l'approche convenant le mieux à sa situation. Le Bureau continuerait de soutenir les États Membres pour qu'ils identifient des stratégies efficaces.

355. Le Comité a pris note du rapport.

C. Stratégie et plan d'action sur la santé en milieu urbain : évaluation à mi-parcours

356. 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), notant qu'il restait trois ans à courir pour réaliser les objectifs convenus par les États Membres au titre de la stratégie et du plan d'action, a déclaré que 80 % de la population de la Région vivaient en milieu urbain et que ce chiffre devait selon les prévisions atteindre 85 % d'ici à 2030. De ce fait, la question de la santé en milieu urbain était très importante. Il faudrait déployer des efforts multisectoriels pour assurer que la planification urbaine était propice à un bon état de santé. Un certain nombre d'initiatives étaient en cours dans la Région et, dans un avenir proche, le Bureau devrait être en mesure de fournir des informations supplémentaires sur les résultats atteints à cette date au titre du plan d'action.

357. Le Comité a pris note du rapport.

D. Plan d'action sur la résistance aux antimicrobiens : évaluation à mi-parcours

358. Les délégués ont remercié le Bureau pour avoir dirigé l'action de lutte contre la résistance aux antimicrobiens et ont décrit les progrès accomplis par leurs pays sur la voie de la réalisation des cibles établies dans le plan d'action. Un délégué a toutefois mentionné les obstacles créés par les contraintes financières et les capacités limitées au niveau national. Tout en convenant que la résistance aux antimicrobiens chez l'homme aussi bien que chez les animaux constituait une menace considérable pour la santé publique dans tous les pays, les délégués ont conclu qu'une approche multisectorielle de type « Une seule santé » était le moyen le plus prometteur pour relever ce défi de santé publique. Ils ont convenu de l'importance de promouvoir l'emploi approprié d'antibiotiques dans les domaines de la santé humaine et de la santé animale et de stopper la vente de ces médicaments sans ordonnance, en soulignant la nécessité d'entreprendre des mesures intersectorielles dans les domaines de la santé et de l'agriculture, une collaboration entre les organisations internationales spécialisées, une surveillance de la résistance aux antimicrobiens, une formation pour les personnels de santé, des activités conjointes de recherche, la mise au point de vaccins et des méthodes de diagnostic.

359. Une déléguée a exprimé le souhait que les États Membres continuent d'utiliser les initiatives actuelles de recherche aux niveaux national, régional et mondial comme le nouveau pôle mondial de recherche-développement sur la résistance aux antimicrobiens pour explorer les moyens d'améliorer la coordination et la collaboration. Un autre délégué a rapporté que son pays jouait un rôle prédominant dans l'élaboration de l'initiative conjointe de programmation sur la résistance aux antimicrobiens de l'Institut de la recherche virtuelle, un réseau mondial de recherche ayant pour mission de mieux comprendre la manière dont les microbes étaient devenus résistants au traitement et ce qu'il était possible de faire pour combattre cette résistance.

360. Le Dr Marcos A. Espinal (Directeur du Département des maladies transmissibles et des déterminants environnementaux de la santé du BSP) a souligné qu'il importait de parachever les plans nationaux d'action dans ce domaine et d'allouer les ressources

nécessaires à leur exécution. Signalant que le principe « Une seule santé » englobait la santé animale, environnementale et humaine, il a informé le Comité que la Directrice avait renforcé l'équipe au Siège et au niveau des pays en créant un programme spécial sur la résistance aux antimicrobiens afin de mettre en œuvre le plan d'action mondial de l'OMS aussi bien que le plan régional. Il a signalé que le Centre panaméricain sur la fièvre aphteuse était le seul centre dans le réseau mondial de l'OMS qui se consacrait à la santé animale. De plus, l'OPS collaborait de près avec les bureaux régionaux de l'Organisation mondiale de la santé animale (OIE) et de l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO) et avec d'autres institutions compétentes. Tout en soulignant le caractère nécessaire de la recherche mondiale, il a rappelé aux délégués que les nouveaux antibiotiques n'avaient été introduits que depuis 50 ans et a appelé instamment à l'application des lois pour lutter contre l'utilisation sans restriction des antibiotiques.

361. La Directrice a convenu que la résistance aux antimicrobiens était une question complexe ayant des incidences graves dans les domaines de la santé publique et de la santé des personnes. Même si le BSP continuait de renforcer les interventions au niveau institutionnel, les mesures au niveau national et la mise en œuvre de plans nationaux relatifs à la résistance aux antimicrobiens étaient primordiales. Pour que les antibiotiques demeurent efficaces, il faudrait passer des lois et/ou des réglementations afin de stopper la vente libre de ces médicaments. Il était donc impératif de renforcer l'approche « Une seule santé » au niveau national. Soulignant l'importance d'un renforcement des capacités continu pour tous les prescripteurs dans les domaines de la santé humaine aussi bien que de la santé animale, la Directrice a appelé les États Membres eux aussi à intensifier les activités d'information du public et de promotion de la santé pour faire participer le grand public à la lutte contre la résistance aux antimicrobiens.

362. Le Comité a pris note du rapport.

E. Plan d'action pour la prévention et le contrôle des hépatites virales : évaluation à mi-parcours

363. Les délégués ont constaté que des progrès considérables avaient été accomplis sur la voie de l'atteinte des objectifs du plan d'action, du lancement et de l'exécution de l'initiative pour l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH, de la syphilis, de l'hépatite B et de la maladie de Chagas (EMTCT-Plus) et de la promotion du dépistage universel des dons de sang. Ils ont salué les progrès accomplis par l'OPS pour accroître la couverture vaccinale de l'hépatite B grâce au soutien fourni par l'Organisation en faveur de l'introduction de la dose de ce vaccin à la naissance dans les États Membres. Les délégués ont par ailleurs encouragé le soutien en faveur de stratégies à base factuelle pour la prévention, les soins et le contrôle de l'hépatite virale ainsi que le renforcement des capacités des pays employées à l'élaboration et à l'exploitation d'informations stratégiques et d'analyses de la rentabilité dans les processus décisionnels. Une déléguée a rapporté que son pays avait mis au point un modèle mathématique permettant d'estimer le nombre de personnes ayant besoin d'un traitement contre l'hépatite C et a déclaré que le modèle pourrait être utile dans d'autres pays à des fins de planification stratégique. Citant la

nécessité de promouvoir un accès équitable et universel aux médicaments, les délégués ont convenu que leur principale préoccupation portait sur la diminution des prix de médicaments antiviraux.

364. Le Dr Marcos A. Espinal (Directeur du Département des maladies transmissibles et des déterminants environnementaux de la santé du BSP) a annoncé au Comité que le Bureau avait effectué un exercice de simulation au Brésil qui employait différents scénarios d'intervention. Il a félicité ce pays pour avoir accueilli le Sommet mondial de lutte contre l'hépatite en 2017. Il a également annoncé que le BSP envisageait de trouver le meilleur moyen de travailler avec les États Membres pour assurer l'accès à des médicaments antiviraux abordables.

365. Le Comité a pris note du rapport.

F. Plan d'action pour la prévention et le contrôle de la tuberculose : évaluation à mi-parcours

366. Les délégués ont salué les progrès considérables accomplis par la Région dans les domaines de la prévention et du contrôle de la tuberculose et reconnu l'engagement souscrit par le Bureau pour soutenir les États Membres dans leurs efforts visant à éliminer la tuberculose, tant à l'intérieur de la Région qu'au niveau international. Ils ont souligné la nécessité d'entreprendre une action multisectorielle, des stratégies à base factuelle et un diagnostic et un traitement précoces ainsi que de privilégier la thérapie de prévention ainsi que le recensement des cas de tuberculose. Les effets disproportionnés de la tuberculose sur les populations vulnérables, surtout les groupes autochtones, ont été signalés. Il y a eu un consensus sur le fait que la stigmatisation associée à la maladie ainsi que la peur d'être rejetés par leurs proches et leurs employeurs pouvaient décourager les personnes malades de consulter pour obtenir un diagnostic et un traitement, ce qui exacerbait le problème. Une déléguée a signalé le rôle du diabète comme moteur de l'épidémie de tuberculose et encouragé l'OPS à accélérer et mettre en œuvre des activités réalisées en collaboration pour soigner et contrôler les co-infections tuberculose-diabète. Les délégués ont reconnu qu'il était nécessaire d'accomplir davantage pour atteindre l'objectif fixé pour 2019 et se sont réjouis par avance de la réalisation de la première réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies consacrée à l'élimination de la tuberculose, prévue pour le 26 septembre 2018, et ont formé l'espoir que cette réunion galvanise les interventions pour éliminer cette maladie aux niveaux mondial et régional.

367. Le Comité a pris note du rapport.

G. Plan d'action pour la prévention et la lutte contre le VIH et les infections sexuellement transmissibles 2016-2021 : évaluation à mi-parcours

368. Les délégués ont salué les progrès réalisés en matière de prévention et de lutte contre le VIH et les infections sexuellement transmissibles (IST) et ont rendu hommage au rôle de chef de file de l'OPS dans ce domaine. Dans le même temps, il a été signalé que des progrès limités avaient été accomplis sur la voie de l'atteinte des cibles établies pour le

dépistage et la couverture du traitement du VIH et des IST, en particulier au sein des populations vulnérables. Une déléguée a signalé l'importance de l'inscription d'objectifs spécifiques relatifs à la résistance aux antimicrobiens des IST et du VIH dans les stratégies et exhorté tous les États Membres à inclure l'agent pathogène de la gonorrhée, dont la résistance accrue avait été constatée, dans leurs stratégies nationales de prévention de la résistance aux antimicrobiens. Compte tenu de la préoccupation à l'égard de la résistance primaire aux médicaments, le travail ciblé de l'OPS en matière de suivi et de réduction au minimum de la résistance du VIH a été accueilli favorablement.

369. Les délégués ont félicité l'OPS pour son rôle de chef de file dans l'initiative mondiale pour l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis et ont salué le fait que six États Membres étaient parvenus à cette élimination. Toutefois, il a été signalé que les dernières données indiquaient une stagnation au niveau des progrès accomplis dans les domaines tant du dépistage prénatal du VIH que du dépistage de la syphilis ainsi que dans le traitement des femmes avec un résultat positif pour la syphilis, ce dernier cas étant causé par des pénuries de benzathine pénicilline. Il a été considéré nécessaire d'assurer une plus large couverture de dépistage et de prophylaxie contre le VIH et les IST ainsi que d'intensifier les efforts visant à répondre aux besoins des populations vulnérables, y compris les personnes lesbiennes, gay, bisexuelles, trans et intersexuées, les travailleurs du sexe et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Il a été proposé que le Fonds stratégique de l'OPS soit utilisé pour contribuer à l'achat des médicaments et fournitures de laboratoire nécessaires pour atteindre cet objectif.

370. Le Dr Marcos A. Espinal (Directeur du Département des maladies transmissibles et des déterminants environnementaux de la santé du BSP) a convenu que, malgré des progrès considérables, la Région avait beaucoup de chemin à parcourir dans le domaine de la prévention et de la lutte contre le VIH et les infections sexuellement transmissibles. L'accès aux médicaments antirétroviraux avait augmenté et la transmission mère-enfant avait chuté mais pas de manière suffisante. Surtout, les nouvelles infections ne diminuaient pas, et l'accès universel aux antirétroviraux n'était toujours pas une réalité. Les États Membres devaient continuer d'investir dans la prévention et la lutte contre le VIH et tirer avantage du Fonds stratégique pour acheter des antirétroviraux à des prix préférentiels. À l'heure actuelle, personne ne devrait mourir d'une infection au VIH.

371. La Directrice a exhorté les États Membres à renouveler leur engagement envers le programme de lutte contre le VIH et les IST, notant les revers constatés dans certains pays au niveau de certains acquis. Elle a souligné l'importance d'un engagement national envers la prévention, le dépistage et le traitement, signalant que le traitement était en soi une mesure de prévention.

372. Le Comité a pris note du rapport.

H. Plan d'action pour l'élimination du paludisme 2016-2020 : évaluation à mi-parcours

373. Les efforts en cours pour éliminer le paludisme dans la Région ont été reconnus, et le Paraguay a été félicité pour être le premier pays à recevoir le statut de pays exempt de paludisme. Les États Membres ont été exhortés à maintenir leurs efforts pour mettre en œuvre le plan d'action. Un délégué a exprimé une préoccupation quant à la forte hausse du nombre de cas de paludisme et de décès dus à cette maladie dans un sous-groupe de pays de la Région, et a appelé à une augmentation de leurs engagements en ressources au niveau intérieur afin d'éliminer le paludisme et ainsi inverser cette tendance inquiétante.

374. Le Dr Marcos A. Espinal (Directeur du Département des maladies transmissibles et des déterminants environnementaux de la santé du BSP) a affirmé la nécessité de mener des interventions soutenues ; il a déclaré que 18 pays étaient en mesure d'éliminer le paludisme dans un avenir proche et que, de ce nombre, 7 étaient sur le point de le faire.

375. Le Comité a pris note du rapport.

I. Plan d'action pour la réduction des risques liés aux catastrophes 2016-2021 : rapport d'avancement, Rev. 1

376. Les délégués ont réaffirmé leur engagement envers la mise en œuvre du plan d'action et ont déclaré qu'ils soutenaient des interventions internationales au bénéfice de la réduction des risques de catastrophe. La mise en œuvre du Règlement sanitaire international, de partenariats avec des parties prenantes des secteurs public et privé ainsi que la participation du public selon une approche de parité hommes-femmes, ont été considérées importantes pour renforcer des systèmes de santé publique durables qui soient en mesure de répondre efficacement aux événements de santé publique et à d'autres catastrophes.

377. Le Dr Ciro Ugarte (Directeur du Département des urgences sanitaires du BSP) a fait remarquer que la Région des Amériques était la seule Région de l'OMS dotée d'un plan de réduction des risques de catastrophe, les pays des Amériques étant ainsi mieux placés pour riposter à de tels événements. Toutefois, des difficultés subsistaient, et une mise en œuvre intégrale du plan d'action était nécessaire. Il a signalé que la plateforme régionale pour la réduction des risques de catastrophe offrait aux pays des Amériques une tribune leur permettant de discuter des progrès accomplis et des difficultés dans ce domaine.

378. La Directrice, soulignant l'importance de cette question, a fait remarquer que la saison des ouragans de 2018 avait commencé. De nombreuses îles des Caraïbes n'étaient pas encore en mesure d'entreprendre des interventions d'atténuation en raison des graves dégâts infligés par les ouragans en 2017. Il était impératif que tous les pays développent leurs capacités de réduction des risques de catastrophe et soient entièrement préparés à réagir face à la gravité croissante des ouragans et des tempêtes tropicales.

379. Le Comité a pris note du rapport.

J. Examen de la commission prélevée sur les achats de fournitures de santé publique effectués pour le compte des États Membres : rapport d'avancement

380. Le Comité a pris note du rapport.

K. Situation des Centres panaméricains

381. Une déléguée a fait part de sa préoccupation quant aux activités du Centre latino-américain de périnatalogie, santé de la femme et santé reproductive, notant que sa délégation avait déclaré à de nombreuses occasions que, en vertu du programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement, l'avortement n'était pas reconnu par la communauté mondiale comme une méthode de planification familiale. Son gouvernement n'était pas favorable à la prestation ou à la promotion de services d'avortement dans les activités soutenues par l'OPS.

382. Le Sous-directeur a déclaré que l'OPS ne faisait pas la promotion de l'avortement ni ne recommandait cette pratique en tant que méthode de planification familiale. Toutefois, l'hémorragie résultant de l'avortement, que celui-ci soit spontané ou provoqué, était la principale cause de mortalité maternelle dans la Région. Par conséquent, l'OPS soutenait les États Membres dans leurs efforts visant à traiter les suites de l'avortement, y compris par des conseils sur les méthodes de planification familiale après l'avortement, dans le but de réduire les décès maternels.

383. La Directrice a réaffirmé que l'OPS ne faisait pas la promotion de l'avortement comme une forme de planification familiale.

384. Le Comité a pris note du rapport.

Résolutions et autres actions d'organisations intergouvernementales revêtant un intérêt pour l'OPS (document CE162/INF/21, A-B)

A. Soixante et onzième Assemblée mondiale de la Santé

385. Mme Mônica Zaccarelli Davoli (Conseillère principale du Bureau des Organes directeurs du BSP) a présenté le document, expliquant qu'il donnait suite à la pratique courante au sein de l'Organisation de présenter un bref aperçu des questions débattues lors de l'Assemblée mondiale de la Santé qui présentaient un intérêt pour l'OPS. Ce document décrivait les opinions exprimées par les pays des Amériques durant l'Assemblée et résumait les résolutions et décisions adoptées. Les questions revêtant un intérêt particulier comprenaient le treizième programme général de travail 2019-2023, les préparatifs en prévision de la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur les maladies non transmissibles et les préparatifs en prévision d'une autre réunion de haut niveau sur la tuberculose. D'autres résolutions et décisions revêtant un intérêt majeur pour les pays de la Région concernaient l'alimentation des nourrissons et jeunes enfants, la

pénurie mondiale de médicaments et vaccins ainsi que l'accès à ceux-ci et la *Stratégie et le plan d'action mondiaux pour la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle*. Le rapport destiné au 56^e Conseil directeur contiendrait une analyse plus approfondie.

386. Une déléguée a demandé que le rapport qui serait présenté au Conseil directeur énonce précisément les résolutions qui avaient été proposées par les pays de la Région, par exemple celle proposée par son pays qui traitait de l'amélioration de l'accès aux aides techniques et une autre, coparrainée par plusieurs pays de la Région, sur la charge mondiale de l'envenimation par morsure de serpent. Elle a également demandé comment la résolution relative à la réforme du programme mondial de stages serait mise en œuvre dans la Région.

387. Mme Mônica Zaccarelli-Davoli a déclaré que les suggestions formulées par la déléguée seraient prises en compte durant l'élaboration du rapport destiné au Conseil directeur.

388. La Directrice a précisé que l'OPS gèrait son propre programme de stages et était en train d'envisager les moyens de le rendre plus équitable et plus accessible, particulièrement pour les candidats ayant des moyens financiers limités. Elle a proposé que la question soit débattue durant le prochain cycle de réunions des Organes directeurs.

B. Organisations sous-régionales

389. Mme Ana Solís-Ortega Treasure (Chef du Département de la coordination avec les pays et la coordination infrarégionale du BSP) a expliqué que l'objectif du rapport était d'informer les États Membres au sujet des réunions et activités pertinentes ayant un rapport avec la santé publique dans le contexte des processus d'intégration infrarégionale comme le Système d'intégration centraméricaine (SICA), la Communauté des Caraïbes (CARICOM), le Marché commun du Sud (MERCOSUR) et l'Union des nations sud-américaines (UNASUR). Le rapport contenait également des informations sur les progrès accomplis au titre des activités entreprises aux termes d'accords de coopération intervenus entre l'OPS et des organes d'intégration à l'échelle infrarégionale.

390. En bref, il était possible d'affirmer que les questions de santé demeuraient un thème privilégié dans les programmes d'action des organes d'intégration infrarégionale et constituaient une préoccupation dans un contexte plus large que celui des réunions des organes délibératoires spécialisés dans la santé. Un exemple de ce contexte plus large était la réunion tenue en 2017 par la Conférence des chefs de gouvernement de la CARICOM, qui avait accordé une attention considérable à la question des maladies non transmissibles. L'OPS avait pour mission d'officialiser la collaboration avec les organes des processus d'intégration qui se consacraient aux questions de santé et s'efforçait de mettre en œuvre des accords de coopération avec ces organes en favorisant les activités synergiques et en optimisant les ressources.

391. La coopération technique fournie par l'OPS venait en réponse aux priorités arrêtées par les divers mécanismes d'intégration et était fonction de la situation, du contexte et des dynamiques de chacun d'eux. Les domaines dans lesquels l'OPS pouvait apporter effectivement une valeur ajoutée comprenaient les négociations conjointes sur le coût des médicaments onéreux, la formulation de politiques de formation des personnels de santé et la riposte aux maladies à transmission vectorielle. L'OPS restait engagée envers l'apport d'un soutien aux mécanismes d'intégration infrarégionale comme illustré dans les interventions visant à renforcer les bureaux infrarégionaux dans les Caraïbes, en Amérique centrale et en Amérique du Sud.

392. Le Comité 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 CE162/INF/22)

393. Le Dr Ciro Ugarte (Directeur du Département des urgences sanitaires du BSP) a résumé le contenu du document CE162/INF/22, notant les flambées de diphtérie, de rougeole et de paludisme survenues en République bolivarienne du Venezuela. Ces maladies s'étaient propagées rapidement, en partie à cause d'une migration de la population à l'intérieur du pays et vers d'autres pays. Les pays voisins avaient eux aussi connu des flambées. Les groupes autochtones vivant dans des zones frontalières avaient été les populations les plus touchées.

394. Le gouvernement vénézuélien avait fait des efforts pour assurer l'accès à des soins de santé gratuits. L'état du système de santé du pays s'était toutefois détérioré au cours des cinq années précédentes, ce qui avait réduit l'accès à des soins de santé et des médicaments gratuits. La majorité des hôpitaux connaissaient des pénuries de médicaments et d'autres fournitures. Toutefois, le système de santé du Venezuela continuait de disposer de capacités en place en quantité considérable. Le gouvernement avait entamé une procédure visant à réhabiliter et à renforcer les services de santé. Dans ce contexte, plus de 200 projets étaient en cours.

395. Face à cette situation, le BSP avait intensifié ses interventions de coopération avec le Venezuela dans plusieurs domaines. La coopération avec les hôpitaux avait été privilégiée et les hôpitaux hautement spécialisés avaient reçu une aide sous la forme de formations et de livraison directe de fournitures. Le Bureau avait également fourni un soutien pour le renforcement du centre national d'opérations d'urgence. Une formation des personnels avait été dispensée dans les domaines de la logistique, de la gestion des situations d'urgence et de la notification des risques. Le Bureau soutenait les interventions nationales de vaccination de la population contre la rougeole, la diphtérie et d'autres maladies à prévention vaccinale et de détection et contrôle précoce du paludisme. Il soutenait par ailleurs des activités dans le domaine du VIH/sida, surtout pour la disponibilité de médicaments antirétroviraux, et dans celui de la lutte contre la tuberculose. La coopération dans le domaine des maladies non transmissibles, de la prévention du cancer, de la santé mentale, de la prévention de la violence, de la sécurité routière et

d'autres domaines s'était poursuivie mais de manière moins intensive. Les efforts déployés pour réduire la mortalité maternelle s'étaient poursuivis également.

396. Le BSP collaborait avec les autorités sanitaires des pays voisins pour endiguer les flambées de rougeole, vacciner tant les populations locales que les migrants, améliorer les capacités aux points d'entrée et renforcer les services de santé dans les zones frontalières, y compris par la formation des agents de santé. Un concours avait été fourni également dans les domaines de la surveillance épidémiologique, de la gestion des informations, ainsi que dans la détection, la vérification et l'évaluation des risques.

397. Le Dr Ugarte a conclu son intervention en faisant remarquer que le document contenait un certain nombre de recommandations à l'intention de la République bolivarienne du Venezuela et de tous les pays, qui visaient notamment à stopper la transmission de la rougeole et de la diphtérie et à prévenir les flambées d'autres maladies à prévention vaccinale, à réduire la morbidité et la mortalité dues au paludisme et à intensifier les interventions pour l'élimination du paludisme, à renforcer les systèmes et services de santé et à répondre aux besoins des migrants dans le domaine de la santé.

398. Dans les discussions qui ont suivi, un délégué a remercié le Bureau pour avoir apporté un concours dans les interventions de riposte à la situation de santé publique en République bolivarienne du Venezuela et dans les pays voisins qui avaient reçu un grand nombre de migrants vénézuéliens. Il a souligné la nécessité de continuer à répondre à la situation dans un esprit de solidarité et de collaboration afin de préserver les acquis de santé publique dans la Région et a appelé à une coopération accrue avec les pays de destination et de transit pour les migrants. Il a proposé que, outre les interventions recommandées dans le document, le Bureau et les États Membres s'efforcent de renforcer les échanges d'information sur les dynamiques migratoires et cherchent à trouver des possibilités de renforcer la coopération dans les zones frontalières et de gérer les ressources de la coopération internationale pour les mettre au service d'initiatives régionales conjointes.

399. La déléguée du Venezuela, notant que le document avait été transmis aux autorités nationales aussitôt publié, a exprimé ses remerciements au Bureau pour avoir aidé son pays à surmonter ces obstacles. Elle a fait remarquer par ailleurs que la Directrice avait récemment organisé une visite de haut niveau fructueuse dans son pays, qui avait inclus une réunion avec le Président Nicolás Maduro, qui avait approuvé la somme de \$250,0 millions pour l'achat de vaccins et d'autres fournitures et matériels par le biais du Fonds stratégique de l'OPS et du Fonds renouvelable de l'OPS pour l'achat de vaccins. La Constitution vénézuélienne reconnaissait le droit à la santé et son gouvernement accordait une grande importance à la santé. Malgré les contraintes subies en raison des sanctions imposées contre le Venezuela, le gouvernement ne s'était pas soustrait à ses devoirs et responsabilités à l'égard de la santé.

400. La Directrice, soulignant qu'il était nécessaire que tous les pays maintiennent un taux élevé de couverture vaccinale et renforcent leurs systèmes de surveillance, a déclaré que le Bureau prenait sa mission au sérieux et était engagé à travailler avec tous les pays. Par l'intermédiaire de ses divers fonds pour les achats, il continuerait de fournir un accès

aux vaccins et à d'autres fournitures médicales. Toutefois, si le niveau d'endettement d'un pays devenait trop élevé, comme c'était le cas de la République bolivarienne du Venezuela, le Bureau ne pouvait continuer d'agréer les demandes d'achats supplémentaires. Elle a exprimé sa reconnaissance aux États Membres pour l'esprit qui avait marqué le déroulement des discussions et a affirmé que la solidarité ainsi qu'une approche commune du règlement des problèmes de santé publique permettraient à la Région de garder sa place de chef de file pour le monde entier.

401. Le Comité a pris note du rapport.

Questions relatives au Comité

Changement des dates du 56^e Conseil directeur (document CE162/27)

402. Mme Mônica Zaccarelli Davoli (Conseillère principale du Bureau des Organes directeurs du BSP), notant que le 56^e Conseil directeur avait été programmé entre le 24 et le 28 septembre 2018, a rapporté qu'il avait été proposé que le Conseil directeur se déroule du 23 au 27 septembre et a invité le Comité exécutif à prendre une décision en la matière.

403. Le délégué du Panama a indiqué que la proposition avait été faite afin de permettre aux autorités sanitaires de la Région de participer à la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles, qui devait se tenir à New York les 26 et 27 septembre.

404. Les membres du Comité exécutif ont exprimé leur soutien en faveur de cette proposition, notant que les hauts responsables de la santé seraient par conséquent en mesure de participer à la première moitié du Conseil directeur et de se rendre ensuite à New York pour la réunion des Nations Unies. Un délégué a demandé si le fait que le Conseil directeur commence un dimanche ferait encourir des dépenses supplémentaires au Bureau.

405. Mme Zaccarelli Davoli a répondu qu'il y aurait certaines dépenses supplémentaires, principalement concernant le personnel général et logistique, bien que le personnel du Bureau travaillait régulièrement le week-end précédant une session des Organes directeurs.

406. Le Comité a adopté la décision CE162(D4) portant approbation de la proposition visant à changer les dates du 56^e Conseil directeur, qui se déroulerait du 23 au 27 septembre 2018.

Clôture de la session

407. Après l'échange habituel de politesses, le Président a déclaré que la 162^e session du Comité exécutif était close.

Résolutions et décisions

408. Suit la liste des résolutions et décisions adoptées par le Comité exécutif à sa 162^e session :

Résolutions

CE162.R1 : Recouvrement des contributions fixées

LA 162^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné le *Rapport sur le recouvrement des contributions fixées* (documents CE162/18 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 15 juin 2018, 21 États Membres ne se sont acquittés d'aucun versement au titre de leurs contributions fixées pour 2018,

DÉCIDE :

1. De prendre note du *Rapport sur le recouvrement des contributions fixées* (documents CE162/18 et Add. I) présenté par la Directrice.
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 2018 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 56^e Conseil directeur sur la situation du recouvrement des contributions fixées.

(Première réunion, 18 juin 2018)

CE162.R2 : *Plan d'action pour la prévention et la lutte contre le cancer du col de l'utérus 2018-2030*

LA 162.^a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Ayant examiné le Plan d'action pour la prévention et la lutte contre le cancer du col de l'utérus 2018-2030 (document CE162/15) ;

DÉCIDE :

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

LE 56^e CONSEIL DIRECTEUR,

(PP1) Ayant examiné le *Plan d'action pour la prévention et la lutte contre le cancer du col de l'utérus 2018-2030* (document CD56/9) ;

(PP2) Considérant que le plan est dans la ligne de la résolution WHA70.12 de l'Assemblée mondiale de la Santé, *Lutte contre le cancer dans le cadre d'une approche intégrée*, de la *Stratégie mondiale du secteur de la santé contre les infections sexuellement transmissibles 2016-2021* de l'OMS, du *Programme mondial commun pour la prévention du cancer du col de l'utérus* des Nations Unies, de la nouvelle *Stratégie mondiale pour éliminer le cancer du col de l'utérus* de l'OMS et des objectifs de développement durable (ODD), et que ce plan d'action offre un plan bien établi à long terme pour réduire d'ici à 2030 la charge du cancer du col de l'utérus dans les Amériques ;

(PP3) Conscient des répercussions de cette maladie sur les femmes, sur leurs familles et dans leurs communautés sur l'ensemble des Amériques, particulièrement parmi les populations prioritaires en situation de vulnérabilité ;

(PP4) Reconnaissant la nécessité de diminuer puis éliminer le fléau que constitue cette maladie, qui est évitable par la vaccination anti-VPH, par le dépistage et par le traitement des lésions précancéreuses, et curable si elle est détectée aux stades précoces de la maladie ;

(PP5) Conscient des interventions rentables et abordables qui sont offertes pour réduire l'incidence et la mortalité du cancer du col de l'utérus, et de l'urgence de l'action nécessaire pour mettre en œuvre ces interventions à l'échelle de la population, en cherchant à garantir un accès équitable aux préventions primaire, secondaire et tertiaire de ce cancer,

DÉCIDE :

(OP)1. D'approuver le *Plan d'action pour la prévention et la lutte contre le cancer du col de l'utérus 2018-2030* (document CD56/9).

(OP)2. De prier instamment les États Membres, en agissant d'une manière adéquate et en prenant en compte leur propre contexte et leurs besoins nationaux :

- a) de donner la priorité à la prévention et à la lutte contre le cancer du col de l'utérus dans leur programme national de santé publique ;
- b) de formuler et de réviser des stratégies et des plans nationaux complets sur le cancer du col de l'utérus, de les aligner sur les stratégies, plans et cibles mondiaux et régionaux qui s'y rapportent et de notifier systématiquement l'avancement obtenu dans ce domaine ;
- c) de renforcer la gouvernance, l'organisation et l'accès aux services de santé pour garantir que des services complets dédiés au cancer du col de l'utérus sont intégrés aux niveaux appropriés de soins, et que sont obtenus des taux élevés de couvertures par la vaccination anti-VPH, par le dépistage, par le traitement des lésions précancéreuses et par le traitement du cancer invasif ;
- d) de consolider les registres du cancer et les systèmes d'information pour suivre la couverture vaccinale anti-VPH, la couverture par le dépistage, les taux de traitement et faire notifier systématiquement ces indicateurs ;
- e) de mettre en œuvre des interventions d'impact élevé à l'échelle de la population tout au long du continuum de l'éducation et de la promotion en matière de santé, de la vaccination anti-VPH, du dépistage et du diagnostic du cancer du col de l'utérus, et du traitement des lésions précancéreuses et du cancer invasif, en déployant des interventions ajustées aux besoins des populations prioritaires en situation de vulnérabilité ;
- f) de faciliter la responsabilisation et la participation des organisations de la société civile pour offrir une approche multisectorielle à la prévention et au contrôle intégrés du cancer du col de l'utérus ;
- g) d'accroître et d'optimiser le financement public avec équité et efficience pour riposter durablement au cancer du col de l'utérus, et intégrer progressivement les interventions de prévention, de dépistage et de traitement à des services de santé complets, de qualité et universels ;
- h) d'élargir les services de santé selon les besoins et avec une approche centrée sur les personnes, en notant que dans la plupart des cas une dépense publique de 6 % du PIB pour le secteur de la santé est un point de repère utile ;

- i) de garantir un approvisionnement ininterrompu en vaccins anti-VPH, en tests de dépistage et en technologies fondées sur des données factuelles de qualité assurée et abordables pour le traitement des lésions précancéreuses et du cancer invasif, ainsi qu'en médicaments de soins palliatifs et autres fournitures stratégiques relatives au cancer du col de l'utérus, tout en renforçant les structures et les processus de gestion de la chaîne d'approvisionnement, incluant les prévisions, les achats, le stockage et la distribution ;
- j) de renforcer les capacités et les compétences techniques du personnel national de santé, particulièrement au premier niveau de soins, pour aborder la prévention du cancer du col de l'utérus.

(OP)3. De demander à la Directrice :

- a) d'appuyer la mise en œuvre de ce plan d'action dans le cadre d'une approche interprogrammatique et coordonnée de coopération technique pour une prévention et un contrôle intégrés du cancer du col de l'utérus ;
- b) de fournir un appui technique aux États Membres pour renforcer la couverture, la qualité et l'efficacité du programme de lutte contre le cancer du col de l'utérus, de manière coordonnée avec le plan de prévention et de lutte contre le cancer du col de l'utérus en Amérique latine du Réseau d'institutions et d'instituts nationaux contre le cancer (RINC)
- c) de fournir un soutien pour les systèmes d'information et d'enregistrement des cas de cancer afin de renforcer la capacité des pays de produire des informations de qualité, complètes et actualisées, et de faire des notifications systématiques de la couverture par la vaccination anti-VPH, de la couverture par le dépistage, des taux de traitement, ainsi que de l'incidence et de la mortalité du cancer du col de l'utérus ;
- d) d'offrir un appui technique aux États Membres pour l'élaboration et la révision de politiques, de normes et de directives afin de délivrer des interventions d'impact élevé tout au long du continuum de la prévention et du dépistage du cancer du col de l'utérus, ainsi que du diagnostic et du traitement des lésions précancéreuses et du cancer invasif, selon les recommandations les plus récentes de l'OMS et tout en cherchant à garantir la qualité et l'équité ;
- e) de plaider pour la responsabilisation des personnes et des communautés, et pour leur participation efficace, significative et durable à l'élaboration et à la prestation de services de vaccination anti-VPH et de dépistage, de traitement et de soins palliatifs du cancer du col de l'utérus ;
- f) d'appuyer le renforcement des capacités du personnel national de santé, particulièrement au niveau des soins primaires, pour offrir des services de santé de bonne qualité, accessibles, équitables et centrés sur les personnes ;
- g) d'offrir un soutien aux États Membres par le Fonds renouvelable régional de l'OPS pour les fournitures stratégiques de santé publique ou le Fonds renouvelable de

l'OPS pour l'achat de vaccins, afin d'améliorer les processus de gestion des achats, des approvisionnements et de la distribution et de garantir ainsi un accès ininterrompu à des vaccins anti-VPH, des tests VPH et des médicaments essentiels abordables et de qualité assurée pour la prise en charge du cancer et pour les soins palliatifs, conformément au système de préqualification de l'OMS ;

- h) de mobiliser des ressources et de respecter les règlements et les procédures du Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques, pour aider les États Membres à accroître les investissements dans la prévention et le contrôle intégrés du cancer du col de l'utérus.

(Deuxième réunion, 18 juin 2018)

CE162.R3 : Plan d'action en matière de ressources humaines pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle 2018-2023

LA 162^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné le document *Plan d'action en matière de ressources humaines pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle 2018-2023* (document CE162/16),

DÉCIDE :

De recommander au 56^e Conseil directeur d'approuver une résolution conformément aux dispositions suivantes :

**PLAN D'ACTION EN MATIÈRE DE RESSOURCES HUMAINES
POUR L'ACCÈS UNIVERSEL À LA SANTÉ ET
LA COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE 2018-2023**

LE 56^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant examiné le *Plan d'action en matière de ressources humaines pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle 2018-2023* (document CD56/___), présenté par la Directrice ;

Tenant compte du fait que la 29^e Conférence sanitaire panaméricaine a approuvé en septembre 2017 la *Stratégie en matière de ressources humaines pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle*, par une résolution dans laquelle elle a prié la Directrice d'élaborer d'ici à 2018 un plan d'action régional comportant des objectifs et des indicateurs précis afin de mettre en œuvre plus rapidement cette stratégie ;

Considérant que la 29^e Conférence sanitaire panaméricaine a adopté le Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques 2018-2030,

DÉCIDE :

1. D'approuver le *Plan d'action en matière de ressources humaines pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle 2018-2023* (document CD56/___).
2. De prier instamment les États Membres, conformément aux objectifs et indicateurs établis dans le plan en question et tout en tenant compte du contexte et des priorités qui leur sont propres :
 - a) de promouvoir 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 2018-2023* pour avancer de manière plus efficace dans sa mise en œuvre.
3. De demander à la Directrice :
 - a) de fournir un appui technique aux États Membres afin de renforcer les capacités nationales et les systèmes d'information pour les ressources humaines en santé afin de leur permettre de contribuer à la mise en œuvre du plan et à la réalisation de ses objectifs.

(Deuxième réunion, 18 juin 2018)

CE162.R4 : Plan d'action pour l'entomologie et la lutte antivectorielle 2018-2023

LA 162^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné le *Plan d'action pour l'entomologie et la lutte antivectorielle 2018-2023* (document CE162/17),

DÉCIDE :

De recommander que le 56^e Conseil directeur adopte une résolution dans les termes suivants :

**PLAN D'ACTION POUR L'ENTOMOLOGIE ET
LA LUTTE ANTIVECTORIELLE 2018-2023**

LE 56^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant examiné le *Plan d'action pour l'entomologie et la lutte antivectorielle 2018-2023* (document CD56/___), qui propose d'accélérer la prévention, le contrôle et l'élimination de certaines maladies à transmission vectorielle dans la Région, d'élargir la gestion intégrée des vecteurs, d'améliorer la surveillance et la gestion de la résistance aux insecticides, d'appuyer les possibilités d'enseignement et de formation en entomologie de santé publique, et de contribuer à la concrétisation des cibles proposées du *Plan stratégique*

2014-2019 de l'OPS et du *Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques 2018-2030* ;

Reconnaissant les réalisations importantes de la Région en matière de prévention, de contrôle et d'élimination des vecteurs et des maladies vectorielles, y compris le paludisme et les arboviroses transmises par les moustiques, l'élimination de la transmission de l'onchocercose dans quatre pays, l'élimination locale des principaux vecteurs de la maladie de Chagas dans plusieurs pays et l'élimination ou le contrôle d'autres maladies infectieuses à transmission vectorielle négligées, ou de leurs vecteurs, dans divers pays et territoires, depuis la publication en 2004 du *Cadre stratégique mondial pour la gestion intégrée des vecteurs* de l'OMS ;

Conscient que, malgré ces réalisations, les maladies à transmission vectorielle constituent toujours une grave menace pour la santé, le bien-être, et l'économie des personnes et des nations dans les Amériques et que, dans certains cas, l'une ou l'autre a pu réapparaître par le passé dans des zones où l'engagement et les efforts déployés contre sa présence avaient diminué, et notant par ailleurs qu'il est survenu des importations accidentelles de nouveaux vecteurs dans la Région au cours des dernières décennies, comme cela a été le cas pour *Aedes albopictus* ;

Conscient que les efforts de prévention, de contrôle et d'élimination de certains vecteurs et certaines maladies à transmission vectorielle nécessitera *a)* une meilleure coordination entre tous les partenaires et parties prenantes, *b)* un examen et une actualisation des politiques, des cadres stratégiques, et de l'enseignement et de la formation délivrés aux techniciens et aux spécialistes de la lutte antivectorielle, *c)* l'utilisation de nouveaux outils et techniques de la lutte antivectorielle, *d)* une amélioration et une constance de la surveillance des vecteurs et des maladies à transmission vectorielle à tous les niveaux du système de soins, *e)* un engagement durable des parties prenantes, *f)* des approches ajustées aux conditions environnementales et épidémiologiques locales et *g)* une préparation pour éliminer les vecteurs choisis et prévenir l'introduction de nouveaux vecteurs ;

Considérant que le document récent *Action mondiale pour lutter contre les vecteurs 2017-2030* de l'OMS, qui offre une approche stratégique mondiale, des activités prioritaires et des cibles pour renforcer les capacités locales et nationales, d'ici à 2030, et riposter plus efficacement à la présence des vecteurs, à la menace qu'ils constituent et aux maladies qu'ils transmettent, présente la vision audacieuse d'un monde exempt de souffrance humaine liée aux maladies à transmission vectorielle et a pour objectifs de réduire, d'ici à 2030 et au niveau mondial, la mortalité des maladies à transmission vectorielle d'au moins 75 % et l'incidence des cas de maladies à transmission vectorielle d'au moins 60 % comparativement à 2016, et de prévenir les épidémies de maladies à transmission vectorielle dans tous les pays ;

Reconnaissant que ce Plan d'action constitue la plateforme de mise en œuvre de l'*Action mondiale pour lutter contre les vecteurs 2017-2030* de l'OMS et de son approche stratégique dans la Région,

DÉCIDE :

1. D'approuver le *Plan d'action pour l'entomologie et la lutte antivectorielle 2018-2023* (document CD56/___).
2. De prier instamment les États Membres, tout en tenant compte de leurs contextes et besoins respectifs, ainsi que de leurs vulnérabilités et priorités propres :
 - a) de déclarer l'importance croissante de l'entomologie et de la lutte antivectorielle comme étant une priorité de santé publique pour les États Membres de la Région ;
 - b) de réviser et d'actualiser les stratégies et les plans opérationnels nationaux, ou en établir de nouveaux, pour la surveillance, la prévention, le contrôle et/ou l'élimination des vecteurs, en investissant dans les ressources humaines et financières adéquates, ainsi que dans les stratégies et les nouveaux outils appropriés, d'utiliser des approches ajustées qui abordent la transmission des maladies par les vecteurs dans le contexte des déterminants de la santé et des systèmes de soins de santé existants et de permettre d'intensifier la collaboration interprogrammatique et l'action intersectorielle ;
 - c) de renforcer la participation aux efforts déployés pour s'attaquer aux vecteurs et aux maladies à transmission vectorielle, incluant la coordination avec d'autres pays et avec des initiatives infrarégionales appropriées en matière de surveillance entomologique et épidémiologique, la surveillance de la résistance aux insecticides et les mesures adéquates pour gérer et prévenir/supprimer cette résistance, les efforts collaboratifs en matière de suivi et d'évaluation des nouvelles technologies et des nouveaux outils déployés dans la Région, et la diffusion des résultats de suivi et d'évaluation ;
 - d) de garantir la mise à disposition des fournitures essentielles à la lutte antivectorielle, y compris les moustiquaires à imprégnation durable, les insecticides et autres biocides, les pièges pour les vecteurs et autres outils de lutte recommandés par l'OMS, par une planification et des prévisions efficaces des besoins nationaux, et en faisant appel, le cas échéant, au Fonds stratégique régional de l'OPS pour les achats communs de fournitures de santé publique ;
 - e) de renforcer les services d'entomologie, d'épidémiologie ciblée et de santé publique, et de les aligner sur les directives et les recommandations fondées sur des données factuelles de l'OPS en matière de surveillance, de prévention et de contrôle des vecteurs, ainsi que de surveillance de la résistance aux insecticides ;
 - f) d'appuyer l'engagement des pays endémiques et non endémiques pour lutter contre des maladies à transmission vectorielle ciblées y compris, quand cela est réalisable,

- le partage des informations de surveillance vectorielle et le renforcement des secteurs appropriés (p. ex., agriculture, habitats, infrastructures, environnement) pour aider les ministères de la Santé à lutter contre les vecteurs et les maladies qu'ils transmettent, particulièrement en matière de planification collaborative et de maintien ou d'augmentation des investissements et de la fourniture des ressources nécessaires par ces secteurs ;
- g) d'établir des stratégies intégrées entomologiques, épidémiologiques, de santé publique et de lutte antivectorielle, et de renforcer les capacités de surveillance, de prévention et de contrôle quant à l'introduction ou la réintroduction de vecteurs et des maladies qu'ils transmettent, à l'aide d'une large participation de la communauté de manière à ce que le processus contribue à renforcer et à appuyer les systèmes nationaux de santé, les systèmes de surveillance, d'alerte et de riposte, et les programmes de contrôle et d'élimination des maladies, en portant attention à l'ethnicité, à l'équité sociale et aux facteurs liés au genre ;
 - h) de dialoguer régulièrement sur la collaboration en matière de lutte antivectorielle avec les gouvernements infranationaux et municipaux, les parties prenantes et les communautés locales vivant dans des conditions les rendant plus vulnérables à la survenue et à la transmission de maladies à transmission vectorielle, d'intensifier encore plus les efforts d'éducation des professionnels et des techniciens de santé publique en matière de prévention et de lutte antivectorielle, ainsi que les efforts d'éducation et de participation des populations et des groupes professionnels vivant dans des zones extrêmement sensibles ou vulnérables aux vecteurs et aux maladies qu'ils transmettent ;
 - i) de soutenir la participation à la réalisation de tests, à l'évaluation et à la surveillance des techniques et des outils entomologiques et de lutte antivectorielle, qu'ils soient nouveaux ou que leur utilisation soit élargie, dans le contexte d'un programme de recherche opérationnelle organisée qui cherche à combler d'importantes lacunes dans les connaissances, des lacunes opérationnelles et des lacunes technologiques en matière de contrôle et de lutte antivectorielle dans les divers contextes de travail de la Région.
3. De demander à la Directrice :
- a) d'appuyer la mise en œuvre du *Plan d'action pour l'entomologie et la lutte antivectorielle 2018-2023* et de fournir une coopération technique, incluant des efforts de renforcement des capacités de pays en fonction des besoins en entomologie et en lutte antivectorielle, d'élaborer et de mettre en œuvre des stratégies nationales ou des plans opérationnels, ou d'en établir de nouveaux, qui ciblent la surveillance, la prévention, le contrôle et/ou l'élimination des vecteurs, ainsi que la surveillance et la gestion de la résistance aux insecticides ;
 - b) de coordonner les efforts déployés sur l'ensemble de la Région pour éliminer certains vecteurs, ou les maladies qu'ils transmettent, et de prévenir l'introduction de nouveaux vecteurs où que ce soit dans la Région ou la réintroduction de vecteurs

- existants dans les zones exemptes de ces vecteurs, en collaboration avec les pays, les territoires et les partenaires ;
- c) de formuler des avis sur la mise en œuvre de plans stratégiques nationaux de lutte antivectorielle, de systèmes de surveillance de la résistance aux insecticides et de plans de gestion efficaces ;
 - d) de continuer à recommander une mobilisation et une allocation actives des ressources dans les pays, ainsi que dans le monde, et d'encourager une collaboration étroite pour établir des partenariats stratégiques appuyant la mise en œuvre d'efforts nationaux, infrarégionaux et régionaux, en incluant les populations et les groupes professionnels vivant dans des lieux d'accès difficile et dans des conditions de vulnérabilité ;
 - e) d'employer des approches ajustées sur les plans entomologique et épidémiologique, qui abordent les déterminants sociaux de la santé s'opposant à la progression du contrôle et de l'élimination des vecteurs, améliorent la collaboration interprogrammatique et favorisent l'action intersectorielle ;
 - f) de notifier aux Organes directeurs l'avancement de la mise en œuvre du Plan d'action et la concrétisation de ses cibles à mi-parcours (2021) et à la fin de la période de mise en œuvre (2024).

(Deuxième réunion, 18 juin 2018)

CE162.R5 : Nomination d'un membre au Comité d'audit de l'OPS

LA 162^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. John D. Fox pour ses années au service du Comité d'audit de l'OPS.
3. De nommer M. Martín Guozden comme membre du Comité d'audit de l'OPS pour un mandat de trois ans allant de juin 2018 à juin 2021.

(Troisième réunion, 19 juin 2018)

CE162.R6 : Amendements au Règlement financier et aux Règles de gestion financière de l'OPS

LA 162^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné les propositions d'amendement présentées par la Directrice concernant les Règles de gestion financière de l'Organisation panaméricaine de la Santé comme énoncé dans l'annexe A du document CE162/23 ainsi que la charte d'audit du Bureau des services de contrôle interne et d'évaluation comme énoncé dans l'annexe B du document CE162/23 ;

Prenant en compte le fait que ces amendements produiront une cohérence avec les Règles de gestion financière pour l'établissement des principes qui régiront les fonctions d'audit interne de l'OPS,

DÉCIDE :

1. De confirmer les amendements proposés par la Directrice du Bureau sanitaire panaméricain concernant les Règles de gestion financière de l'Organisation panaméricaine de la Santé comme énoncé dans l'annexe A du document CE162/23 et d'arrêter que ces amendements prendront effet le 1^{er} juillet 2018.
2. D'approuver la charte d'audit du Bureau des services de contrôle interne et d'évaluation de l'Organisation panaméricaine de la Santé comme énoncé dans l'annexe B du document CE162/23.
3. De transmettre les Règles de gestion financières amendées de l'Organisation panaméricaine de la Santé au 56^e Conseil directeur pour information.

(Troisième réunion, 19 juin 2018)

CE162.R7 : Prix de l'OPS en gestion et leadership dans le domaine des services de santé 2018

LA 162^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné le *Rapport du Jury d'octroi du Prix de l'OPS en gestion et leadership dans le domaine des services de santé 2018* (document CE162/5, Add. I) ;

Gardant à l'esprit les dispositions des procédures d'octroi du 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), telles qu'approuvées par le Comité exécutif lors de sa 158^e session (2016),¹

DÉCIDE :

1. De féliciter les candidats au Prix de l'OPS en gestion et leadership dans le domaine des services de santé 2018 pour leur professionnalisme et l'extraordinaire travail accompli en faveur de leur pays et de la Région.
2. Sur la base de la recommandation du Jury, d'octroyer le Prix de l'OPS en gestion et leadership dans le domaine des services de santé 2018 au Dr Natalia Largaespada Beer, du Belize, pour ses accomplissements exceptionnels dans le domaine de la santé maternelle et infantile, par lesquels elle a démontré un soutien indéfectible à l'utilisation des données pour la prise de décisions en matière de politiques et programmes. Le Dr Largaespada Beer est reconnue pour avoir fait du programme de santé maternelle et infantile l'un des programmes nationaux avec le plus grand nombre de projets utilisant une approche systémique. En outre, elle a contribué à l'introduction et au renforcement de stratégies de santé publique fondées sur des données probantes et axées sur la communauté pour améliorer la vie des personnes vivant dans des conditions de vulnérabilité.
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 2018* (document CE162/5, Add. I) au 56^e Conseil directeur.

(Sixième réunion, 20 juin 2018)

¹ Les procédures et modalités pour l'attribution du Prix ont été approuvées par la 18^e Conférence sanitaire panaméricaine (1970) puis modifiées la 24^e Conférence sanitaire panaméricaine (1994) et par le Comité exécutif à ses sessions suivantes : 124^e (1999), 135^e (2004), 140^e (2007), 146^e (2010) et 158^e (2016).

CE162.R8 : Amendements au Règlement du personnel du Bureau sanitaire panaméricain

LA 162^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 CE162/24 ;

Prenant en compte les mesures prises par la Soixante et Onzième 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 cadres et les catégories supérieures ;

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} juillet 2018 concernant les définitions, l'allocation pour frais d'études, l'indemnité d'installation, l'augmentation à l'intérieur de la catégorie, le congé spécial, la démission ainsi que les membres du personnel affectés aux services de conférence et d'autres membres du personnel de courte durée.
2. D'établir le traitement annuel du Sous-directeur du Bureau sanitaire panaméricain, à partir du 1^{er} janvier 2018, à \$174 777² avant déduction des contributions du personnel, donnant lieu à un traitement net modifié de \$130 853.
3. D'établir le traitement annuel du Directeur adjoint du Bureau sanitaire panaméricain, à partir du 1^{er} janvier 2018, à \$176 292 avant déduction des contributions du personnel, donnant lieu à un traitement net modifié de \$131 853.
4. D'établir le traitement annuel du Directeur du Bureau sanitaire panaméricain, à partir du 1^{er} janvier 2018, à \$194 329 avant déduction des contributions du personnel, donnant lieu à un traitement net modifié de \$143 757.

Annexe

¹ Sauf indication contraire, toutes les sommes indiquées dans le présent document sont exprimées en dollars des États-Unis.

Annexe

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

310. DÉFINITIONS

...

310.5 Aux fins de la détermination des prestations dues au titre du Règlement du personnel, à moins qu'il n'en soit disposé autrement, l'expression « personnes à charge » désigne :

310.5.1 le conjoint du membre du personnel dont le revenu, le cas échéant, ne dépasse pas au cours de toute année civile :

310.5.1.1 dans le cas des membres du personnel de la catégorie cadres ou catégorie supérieure, une limite équivalente au traitement de base brut afférent à l'échelon de début le plus bas dans la catégorie des services généraux en vigueur au 1^{er} janvier de l'année considérée dans la ville prise comme base pour le système des traitements de la catégorie cadres, c'est-à-dire G-2 échelon I pour New York ;

310.5.1.2 dans le cas des agents des services généraux, une limite équivalente au traitement de base brut afférent à l'échelon de début le plus bas dans la catégorie des services généraux en vigueur le 1^{er} janvier de l'année considérée au poste d'affectation du membre du personnel ;

350. INDEMNITÉ POUR FRAIS D'ÉTUDES

...

350.1.1 L'indemnité pour frais d'études est payée à partir de l'année scolaire durant laquelle un enfant, selon la définition qu'en donne le Bureau, est âgé d'au moins cinq ans au début de l'année scolaire, ou lorsque l'enfant atteint l'âge de cinq ans dans les trois mois suivant le début de l'année scolaire, s'il peut être donné la preuve que l'enfant fait des études à plein temps, durant lesquelles la majeure partie du programme d'enseignement contient les éléments essentiels d'un enseignement structuré. L'indemnité est payée jusqu'à la fin de l'année scolaire durant laquelle l'enfant du membre du personnel atteint l'âge de 25 ans, à l'issue de quatre ans d'études post-secondaires ou lorsqu'il reçoit le premier diplôme d'études post-secondaires, selon l'hypothèse qui se réalise en premier ;

...

350.1.3 le montant de l'indemnité due au titre du présent Règlement est précisé à l'appendice 2 dudit Règlement et s'applique aux dépenses directes effectivement encourues par le membre du personnel.

365. INDEMNITÉ D'INSTALLATION

...

365.2.3 pour un enfant à charge poursuivant des études en dehors du lieu d'affectation, une indemnité journalière en vertu de l'article 365.2.2 devant être payée en relation avec le premier voyage aller-retour à destination du lieu d'affectation officiel à condition que l'enfant réside avec le membre du personnel au lieu d'affectation durant les vacances scolaires. À l'âge de 21 ans, les enfants ne sont pas habilités à recevoir l'indemnité d'installation.

365.3.1 Sous réserve des conditions fixées par le Bureau, la somme forfaitaire est récupérée proportionnellement si un membre du personnel démissionne du Bureau dans les six mois à compter de la date de sa nomination ou de sa réaffectation ou si le membre du personnel est licencié ou licencié sommairement pour faute professionnelle grave dans l'année suivant la date de nomination ou de réaffectation.

...

365.5 L'indemnité d'installation n'est pas payée :

550. AUGMENTATION PÉRIODIQUE DE TRAITEMENT

...

550.2.2 deux années de service à plein temps pour les grades P-1 à P-5 à partir de l'échelon VII, P-6/D-1 à partir de l'échelon IV et D-2 à partir de l'échelon 1 ;

...

550.3 Cet article s'applique aux membres du personnel de la catégorie cadres et catégories supérieures au sens des articles 420.2 et 420.3 du Règlement du personnel. Ne sont pas concernés les membres du personnel nommés à titre temporaire au sens de l'article 420.4 et le personnel engagé pour des services de courte durée en vertu de l'article 1320 du Règlement du personnel.

650. CONGÉ SPÉCIAL

650.1 Un congé spécial, soit avec traitement intégral ou partiel, ou sans traitement, peut être accordé à la demande d'un membre du personnel pour une durée et dans les conditions fixées par le Bureau. Un tel congé peut être accordé pour des activités de formation ou de recherche dans l'intérêt de l'Organisation ou pour d'autres raisons importantes, y compris pour des raisons familiales, des raisons personnelles ou des raisons de santé.

650.2 Le Directeur peut, de sa propre initiative, mettre un membre du personnel en congé spécial avec traitement intégral ou partiel, ou sans traitement, s'il estime qu'un tel congé est dans l'intérêt de l'Organisation.

650.3 Normalement, le congé spécial est accordé sans traitement, pour une période ne dépassant pas un an.

650.4 Normalement, le congé spécial n'est accordé qu'après épuisement des jours de congé annuel.

650.5 Sauf dispositions contraires du présent Règlement, la continuité du service n'est pas considérée comme interrompue par un congé spécial et toute période de congé spécial est, à toutes fins utiles, comptée comme période de service normal.

650.6 La période de service augmente dans la même proportion que le taux de traitement partiel durant le congé spécial avec traitement partiel de plus de 30 jours.

650.7 Le congé de maladie, le congé annuel ou le congé dans les foyers, l'augmentation périodique de traitement, l'indemnité de cessation de service ou la prime de rapatriement durant le congé spécial sans traitement de plus de 30 jours ne sont pas comptés comme période de service normal.

650.8 Durant le congé spécial avec traitement intégral ou partiel, le membre du personnel et l'Organisation continuent de cotiser au taux intégral à la Caisse commune des pensions du personnel des Nations Unies, au régime d'assurance-maladie du personnel et au régime d'assurance-accidents et maladie.

650.9 Durant le congé spécial sans traitement, le membre du personnel peut continuer de cotiser à la Caisse commune des pensions du personnel des Nations Unies, au régime d'assurance-maladie du personnel et au régime d'assurance-accident et maladie en payant sa cotisation ainsi que celle de l'Organisation.

650.10 Le Directeur peut imposer d'autres conditions appelées à régir le congé spécial.

650.11 Le congé administratif est un type de congé spécial avec traitement intégral accordé par l'Organisation :

- lorsque des circonstances (par exemple des intempéries, des troubles civils, l'entretien de bâtiments) donnent lieu à la fermeture d'un bureau.
- En cas d'embauche, de réaffectation ou de cessation de service d'un membre du personnel, selon les conditions établies par le Bureau.

1010. DÉMISSION

1010.1 Sous réserve des conditions énoncées à l'article 1010.2, les membres du personnel titulaires d'un engagement d'un an ou plus peuvent donner leur démission sous préavis

de trois mois. Les membres du personnel titulaires d'engagements de nature probatoire à durée déterminée ou d'engagements temporaires supérieurs à 60 jours peuvent démissionner sous préavis d'un mois. Les membres du personnel temporaires nommés pour une période plus courte sont tenus d'observer la période de préavis prévue dans les conditions d'emploi les concernant. À sa discrétion, le Bureau peut écourter la période de préavis requise ou y déroger.

1320. PERSONNEL ENGAGÉ POUR DES SERVICES DE COURTE DURÉE - 60 JOURS OU MOINS

Le Bureau peut fixer les conditions de service du personnel engagé à titre temporaire pendant 60 jours ou moins sans tenir compte des dispositions des autres articles du présent Règlement.

(Septième réunion, 21 juin 2018)

CE162.R9 : Acteurs non étatiques en relations officielles avec l'OPS

LA 162^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'OPS* (document CE162/7) ;

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. D'autoriser les deux acteurs non étatiques dont les noms suivent à entretenir des relations officielles avec l'OPS pendant une période de trois ans :

- a) Action on Smoking and Health (ASH),
- b) Drugs for Neglected Diseases initiative (DNDi) – Latin America.

2. 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) American Speech-Language-Hearing Association (ASHA),
- b) Alliance pour la Convention-cadre,
- c) Fondation interaméricaine pour le cœur,

- d) Fédération latino-américaine de l'industrie pharmaceutique (FIFARMA),
 - e) Société latino-américaine de néphrologie et d'hypertension (SLANH),
 - f) Alliance nationale pour la santé des Hispano-Américains (NAHH),
 - g) Sabin Vaccine Institute (SABIN).
3. De reporter l'examen des dossiers des trois 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) American College of Healthcare Executives (ACHE),
 - b) EMBARQ, The World Resources Institute Ross Center for Sustainable Cities,
 - c) Confédération latino-américaine de biochimie clinique (COLABIOCLI).
4. De mettre fin aux relations officielles avec le Bureau régional pour l'Amérique latine et les Caraïbes de Consumers International (CI-ROLAC) en raison du manque de collaboration au cours des trois dernières années.
5. 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.

(Huitième réunion, 21 juin 2018)

CE162.R10 : Ordre du jour provisoire du 56^e Conseil directeur de l'OPS, 70^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques

LA 162^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné l'ordre du jour provisoire (document CD56/1) établi par la Directrice pour le 56^e Conseil directeur de l'OPS, 70^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques, qui fait l'objet de l'annexe A du document CE162/3, Rev. 1 ;

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 CD56/1) établi par la Directrice pour le 56^e Conseil directeur de l'OPS, 70^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques.

(Huitième réunion, 21 juin 2018)

Décisions

Décision CE162(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 tel qu'amendé par le Comité (document CE162/1, Rev. 2).

(Première réunion, 18 juin 2018)

Décision CE162(D2) : Composition du Groupe consultatif sur le Plan stratégique

Le Comité exécutif a entériné la procédure proposée pour l'élaboration du Plan stratégique de l'OPS 2020-2025 (document CE162/INF/2) et a décidé de nommer le Panama à la présidence du Groupe consultatif sur le Plan stratégique. Le Comité a décidé de nommer les États Membres suivants comme membres du Groupe consultatif sur le Plan stratégique : Antigua-et-Barbuda, le Guyana, Sainte-Lucie et Trinité-et-Tobago, représentants de la sous-région des Caraïbes ; la Bolivie, le Brésil, l'Équateur, le Paraguay et le Venezuela (République bolivarienne du), représentants de la région de l'Amérique du Sud ; le Costa Rica, El Salvador, le Guatemala et le Panama, représentants de la sous-région de l'Amérique centrale ; le Canada, les États-Unis d'Amérique et le Mexique, représentants de la sous-région de l'Amérique du Nord.

(Sixième réunion, 20 juin 2018)

Décision CE162(D3) : Représentation du Comité exécutif au 56^e Conseil directeur, 70^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 Panama et le Brésil comme président et vice-président respectivement pour représenter le Comité au 56^e Conseil directeur, 70^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques. Le Comité a nommé le Belize et le Canada comme représentants suppléants.

(Huitième réunion, 21 juin 2018)

Décision CE162(D4) : Changement des dates du 56^e Conseil directeur

Le Comité exécutif a décidé que le 56^e Conseil directeur, 70^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques 2018, se tiendrait du 23 au 27 septembre 2018.

(Huitième réunion, 21 juin 2018)

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

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

Miguel Antonio Mayo Di Bello
Président de la
162^e session du Comité exécutif Délégué
du Panama

Carissa F. Etienne
Secrétaire de droit de la
162^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 56^e Conseil directeur de l'OPS, 70^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques
- 2.3 Projet d'ordre du jour provisoire du 56^e Conseil directeur de l'OPS, 70^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques

3. QUESTIONS RELATIVES AU COMITE

- 3.1 Rapport sur la 12^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 2018
- 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 2017
- 3.6 Rapport du Comité d'audit de l'OPS
- 3.7 Nomination d'un membre au Comité d'audit de l'OPS

4. QUESTIONS RELATIVES A LA POLITIQUE DES PROGRAMMES

- 4.1 Rapport préliminaire de l'évaluation de fin de période biennale du Programme et budget de l'OPS 2016-2017/Deuxième rapport intérimaire du Plan stratégique de l'OPS 2014-2019
-

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

- 4.2 Évaluation de la politique budgétaire de l'OPS
- 4.3 Nouveau barème des contributions
- 4.4 Plan d'action concernant la santé des femmes, des enfants et des adolescents 2018-2030
- 4.5 Plan d'action pour la prévention et la lutte contre le cancer du col de l'utérus 2018-2030
- 4.6 Plan d'action en matière de ressources humaines pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle 2018-2023
- 4.7 Plan d'action pour l'entomologie et la lutte antivectorielle 2018-2023

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 2017
- 5.3 Programmation de l'excédent budgétaire
- 5.4 Programmation de l'excédent de revenus
- 5.5 Mise à jour concernant le Fond directeur d'investissement et la mise en œuvre du Plan directeur d'investissement
- 5.6 Rapport du Bureau de la surveillance interne et des services d'évaluation pour 2017
- 5.7 Amendements aux Règles de gestion financière et au Règlement financier de l'OPS

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

7. QUESTIONS POUR INFORMATION

- 7.1 Preliminary version of de l'évaluation finale du Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017
- 7.2 Procédure proposée pour l'élaboration du Plan stratégique de l'OPS 2020-2025
- 7.3 Rapport sur les enjeux stratégiques entre l'OPS et l'OMS
- 7.4 Cybersécurité à l'OPS
- 7.5 État d'avancement du Système d'information pour la gestion du Bureau sanitaire panaméricain (PMIS)
- 7.6 Rapport du Comité consultatif sur la recherche en santé
- 7.7 Rapport de la Commission sur l'équité et les inégalités en matière de santé dans les Amériques
- 7.8 Mise en œuvre du Règlement sanitaire international (RSI)
- 7.9 Mise à jour sur la situation et les défis en matière d'approvisionnement du vaccin antipoliomyélitique inactivé pour maintenir l'éradication de la maladie dans la Région des Amériques
- 7.10 Lutter contre les causes des disparités en matière d'accès et de recours aux services de santé par les personnes lesbiennes, gay, bisexuelles et trans
- 7.11 Plan d'action sur la sécurité routière : rapport final
- 7.12 Plan d'action pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et les cas graves de morbidité maternelle : rapport final
- 7.13 Stratégie et plan d'action pour la santé intégrale chez l'enfant : rapport final
- 7.14 Stratégie et plan d'action sur le changement climatique : rapport final

QUESTIONS POUR INFORMATION (suite)

- 7.15 Stratégie et plan d'action sur la cybersanté : rapport final
- 7.16 Stratégie et plan d'action sur la gestion des connaissances et la communication : rapport final
- 7.17 La santé et les relations internationales : leur lien avec la gestion du développement national de la santé : rapport final
- 7.18 Institutions nationales associées à l'OPS en matière de coopération technique : rapport final
- 7.19 Bioéthique : vers l'intégration de l'éthique dans la santé : rapport final
- 7.20 Rapports d'avancement sur les questions techniques :
 - A. Stratégie et plan d'action visant au renforcement du système de santé pour combattre la violence à l'égard des femmes : rapport d'avancement
 - B. Plan d'action pour la prévention de l'obésité chez les enfants et les adolescents : évaluation à mi-parcours
 - C. Stratégie et plan d'action sur la santé en milieu urbain : évaluation à mi-parcours
 - D. Plan d'action sur la résistance aux antimicrobiens : évaluation à mi-parcours
 - E. Plan d'action pour la prévention et le contrôle des hépatites virales : évaluation à mi-parcours
 - F. Plan d'action pour la prévention et le contrôle de la tuberculose : évaluation à mi-parcours
 - G. Plan d'action pour la prévention et la lutte contre le VIH et les infections sexuellement transmissibles 2016-2021 : évaluation à mi-parcours
 - H. Plan d'action pour l'élimination du paludisme 2016-2020 : évaluation à mi-parcours
 - I. Plan d'action pour la réduction des risques liés aux catastrophes 2016-2021 : rapport d'avancement
 - J. Examen de la commission prélevée sur les achats de fournitures de santé publique effectués pour le compte des États Membres : rapport d'avancement
 - K. Situation des Centres panaméricains

7. QUESTIONS POUR INFORMATION (cont.)

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

- A. Soixante et onzième Assemblée mondiale de la Santé
- B. Organisations sous-régionales

7.22 PAHO's Response to Maintaining an Effective Technical Cooperation Agenda in Venezuela and Neighboring Member States

8. QUESTIONS RELATIVES AU COMITE

8.1 Changement des dates du 56^e Conseil directeur

9. AUTRES QUESTIONS

10. CLOTURE DE LA SESSION

Annexe B

LISTE DES DOCUMENTS

Official Documents

Off. Doc. 356 Rapport financier du Directeur et rapport du Commissaire aux comptes pour 2017

Documents du travail

CE162/1, Rev. 2 et
CE162/WP, Rev. 2 Adoption de l'ordre du jour et du programme des réunions

CE162/2 Représentation du Comité exécutif à la 29e Conférence sanitaire panaméricaine de l'OPS, 69e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques

CE162/3, Rev. 1 Projet d'ordre du jour provisoire lors de la 29e Conférence sanitaire panaméricaine de l'OPS, 69e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques

CE162/4 Rapport sur la 12^e session du Sous-comité du programme, du budget et de l'administration

CE162/5 y Add. I Prix de l'OPS en gestion et leadership dans le domaine des services de santé 2018

CE162/6 Collaboration avec les acteurs non étatiques

CE162/7 Acteurs non étatiques en relations officielles avec l'OPS

CE162/8 Rapport annuel du Bureau d'éthique pour 2017

CE162/9, Rev. 1 Rapport du Comité d'audit de l'OPS

CE162/10 Nomination d'un membre au Comité d'audit de l'OPS

CE162/11 et Add. I Rapport préliminaire de l'évaluation de fin de période biennale du Programme et budget de l'OPS 2016-2017/Deuxième rapport intérimaire du Plan stratégique de l'OPS 2014-2019

CE162/12 et Add. I Évaluation de la politique budgétaire de l'OPS

CE162/13 Nouveau barème des contributions

Documents du travail (*cont.*)

CE162/14	Plan d'action concernant la santé des femmes, des enfants et des adolescents 2018-2030
CE162/15	Plan d'action pour la prévention et la lutte contre le cancer du col de l'utérus 2018-2030
CE162/16	Plan d'action en matière de ressources humaines pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle 2018-2023
CE162/17, Rev. 1	Plan d'action pour l'entomologie et la lutte antivectorielle 2018-2023
CE162/18 et Add. I	Rapport sur le recouvrement des contributions fixées
CE162/19	Programmation de l'excédent budgétaire
CE162/20	Programmation de l'excédent de revenus
CE162/21	Mise à jour concernant le Fond directeur d'investissement et la mise en œuvre du Plan directeur d'investissement
CE162/22	Rapport du Bureau de la surveillance interne et des services d'évaluation pour 2017
CE162/23	Amendements aux Règles de gestion financière et au Règlement financier de l'OPS
CE162/24	Amendements au Statut et au Règlement du personnel du Bureau sanitaire panaméricain
CE162/25	Gestion des ressources humaines du Bureau sanitaire panaméricain
CE160/26	Déclaration du représentant de l'Association du personnel de l'OPS/OMS
CE160/27	Changement des dates du 56 ^e Conseil directeur

Documents d'information

CE162/INF/1	Preliminary version of de l'évaluation finale du Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017
-------------	--

Documents d'information (suite)

CE162/INF/2	Procédure proposée pour l'élaboration du Plan stratégique de l'OPS 2020-2025
CE162/INF/3	Rapport sur les enjeux stratégiques entre l'OPS et l'OMS
CE162/INF/4	Cybersécurité à l'OPS
CE162/INF/5	État d'avancement du Système d'information pour la gestion du Bureau sanitaire panaméricain (PMIS)
CE162/INF/6	Rapport du Comité consultatif sur la recherche en santé
CE162/INF/7	Rapport de la Commission sur l'équité et les inégalités en matière de santé dans les Amériques
CE162/INF/8	Mise en œuvre du Règlement sanitaire international (RSI)
CE162/INF/9	Mise à jour sur la situation et les défis en matière d'approvisionnement du vaccin antipoliomyélitique inactivé pour maintenir l'éradication de la maladie dans la Région des Amériques
CE162/INF/10	Lutter contre les causes des disparités en matière d'accès et de recours aux services de santé par les personnes lesbiennes, gay, bisexuelles et trans
CE162/INF/11	Plan d'action sur la sécurité routière : rapport final
CE162/INF/12	Plan d'action pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et les cas graves de morbidité maternelle : rapport final
CE162/INF/13	Stratégie et plan d'action pour la santé intégrale chez l'enfant : rapport final
CE162/INF/14	Stratégie et plan d'action sur le changement climatique : rapport final
CE162/INF/15	Stratégie et plan d'action sur la cybersanté : rapport final
CE162/INF/16	Stratégie et plan d'action sur la gestion des connaissances et la communication : rapport final

Documents d'information (suite)

CE162/INF/17	La santé et les relations internationales : leur lien avec la gestion du développement national de la santé : rapport final
CE162/INF/18	Institutions nationales associées à l'OPS en matière de coopération technique : rapport final
CE162/INF/19	Bioéthique : vers l'intégration de l'éthique dans la santé : rapport final
CE162/INF/20	Rapports d'avancement sur les questions techniques : A. Stratégie et plan d'action visant au renforcement du système de santé pour combattre la violence à l'égard des femmes : rapport d'avancement B. Plan d'action pour la prévention de l'obésité chez les enfants et les adolescents : évaluation à mi-parcours C. Stratégie et plan d'action sur la santé en milieu urbain : évaluation à mi-parcours D. Plan d'action sur la résistance aux antimicrobiens : évaluation à mi-parcours E. Plan d'action pour la prévention et le contrôle des hépatites virales : évaluation à mi-parcours F. Plan d'action pour la prévention et le contrôle de la tuberculose : évaluation à mi-parcours G. Plan d'action pour la prévention et la lutte contre le VIH et les infections sexuellement transmissibles 2016-2021 : évaluation à mi-parcours H. Plan d'action pour l'élimination du paludisme 2016-2020 : évaluation à mi-parcours I. Plan d'action pour la réduction des risques liés aux catastrophes 2016-2021 : rapport d'avancement J. Examen de la commission prélevée sur les achats de fournitures de santé publique effectués pour le compte des États Membres : rapport d'avancement K. Situation des Centres panaméricains

Documents d'information (*suite*)

- | | |
|--------------|--|
| CE162/INF/21 | Résolutions et autres actions d'organisations
intergouvernementales revêtant un intérêt pour l'OPS :

A. Soixante et onzième Assemblée mondiale de la Santé

B. Organisations sous-régionales |
| CE162/INF/22 | PAHO's Response to Maintaining an Effective Technical
Cooperation Agenda in Venezuela and Neighboring
Member States |

Annexe C

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

President / Presidente:	Dr. Miguel Antonio Mayo Di Bello (Panama)
Vice-President / Vicepresidente:	Sr. Carlos Fernando Gallinal Cuenca (Brazil)
Rapporteur / Relator:	Sra. Carolina Schlesinger Faccini (Colombia)

MEMBERS OF THE EXECUTIVE COMMITTEE / MIEMBROS DEL COMITÉ EJECUTIVO

ANTIGUA AND BARBUDA/ANTIGUA Y BARBUDA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

ARGENTINA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Lic. Jorgelina Constanzi
Directora Nacional de Relaciones
Sanitarias Internacionales
Ministerio de Salud de la Nación
Buenos Aires

Delegates – Delegados

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

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

Sr. Yoel Rivas
Misión Permanente de Argentina ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

BELIZE

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Ramón Figueroa
Chief Executive Officer
Ministry of Health
Belmopan City

Delegates – Delegados

Mr. Emil Joseph Waight
Minister Counselor, Alternate
Representative
of Belize to the Organization of American
States
Washington, D.C.

BRAZIL/BRASIL

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Conselheira Marise Ribeiro Nogueira
Chefe da Divisão de Temas Sociais
Ministério de Relações Exteriores
Brasília

Delegates – Delegados

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

Sra. Luciani Martins Ricardi
Servidora da Assessoria Internacional
Ministério da Saúde

Brasília

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

BRAZIL/BRASIL (cont.)

Delegates – Delegados (cont.)

Sra. Indiara Meira Gonçalves
Servidora da Assessoria Internacional
Ministério das Relações Exteriores
Brasília

CANADA/CANADÁ

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

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

Ms. Lucero Hernandez
Manager, 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.

CHILE

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Sr. Jaime Alliende
Ministro Consejero, Representante Alterno
de Chile ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

Delegates – Delegados

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

Sr. Felipe Aravena
Segundo Secretario, Representante Alternata
de Chile ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

COLOMBIA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

Excmo. Sr. Andrés González Díaz
Embajador, Representante Permanente
de Colombia ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

Sr. Álvaro Calderón
Ministro Consejero, Representante Alternata
de Colombia ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

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

COLOMBIA (cont.)

Delegates – Delegados (cont.)

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

Sra. Stephanie Ashton
Tercera Secretaria, Representante Alterna
de Colombia ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

PANAMA/PANAMÁ

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

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

Sra. Maria Eugenia Arosemena
Asesora del Despacho Superior
Ministerio de Salud
Ciudad de Panamá

PANAMA/PANAMÁ (cont.)

Delegates – Delegados (cont.)

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

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

Lic. Sofía del Pilar Velásquez Portocarrero
Ejecutiva Adjunta
Ministerio de Salud
Lima

Delegates – Delegados

Excma. Ana Rosa Valdivieso Santa María
Embajadora, Representante Permanente
de
Perú ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

Sr. José Marco Rodríguez
Consejero, Representante Alterno
de Perú 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**

CUBA

Sr. Miguel Fraga
Primer Secretario
Embajada de Cuba
Washington, D.C.

ECUADOR

Excmo. Sr. Marcelo Vázquez-Bermúdez
Embajador, Representante Alterno del
Ecuador 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.)**

ECUADOR (cont.)

Mag. Cristina Luna Ribadeneira
Asesora Despacho Ministerial
Ministerio de Salud Pública
Quito

MEXICO/MÉXICO

Excmo. Sr. Jorge Lomónaco
Embajador, Representante Permanente de
México ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

Sra. Mariana Olivera West
Ministra, Representante Alternativa
de México ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

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

Sr. Gustavo Torres Cisneros
Segundo Secretario, Representante Alternativo
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.

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

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

Ms. Elisa Adelman
Health Officer
Bureau of Global Health
US Agency for International Development
Washington, D.C.

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

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

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

Ms. Jenifer Healy
Chief of Staff
Office of Global Affairs
Department of Health and Human Services
Washington, D.C.

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

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

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

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

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

Mr. Jose Fernandez
Deputy Director
Global Health Security, Pandemics and
Emerging Threats Office
Office of Global Affairs
Department of Health and Human Services
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.

Ms. Bethany Kozma
Senior Advisor for Women's Empowerment
Office of Gender Equality and Women's
Empowerment Bureau for Economic
Growth,
Education, and Environment
U.S. Agency for International Development
Washington, D.C.

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

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

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

Ms. Dianna Lightfoot
Advisor
Bureau for Global Health
U.S. 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.

URUGUAY

Lic. Alicia Arbelbide
Ministra Consejera, Representante Altern
del Uruguay ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

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

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

Sra. Sara Lambertini
Primera Secretaria, Representante Altern
de la República Bolivariana de Venezuela
ante la Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

Sr. Cristian Romo
Personal de Apoyo
Misión Permanente de la República
Bolivariana de Venezuela ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

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

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

Dr. Lemmietta McNeilly
Mrs. Lily Waterston

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

Sr. Juan Carlos Trujillo de Hart

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

Dra. Carmen del Pilar Tello Espinoza

March of Dimes

Dr. Salimah Walani

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

Sr. Rubén Abete

U.S. Pharmacopeia

Dr. Katherine Bond
Mr. Damian Cairatti

**Latin-American Confederation of Clinical
Biochemistry/
Confederación Latinoamericana de
Bioquímica Clínica**

Prof. Dra. Stella Raymondo

SPECIAL GUESTS / INVITADOS ESPECIALES

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

Mr. Claus Andreasen
Mr. John Fox

**External Auditor, Court of Audit of
Spain/Auditor Externo, Tribunal de Cuentas
de España**

Sr. Ramón Álvarez de Miranda García
Presidente del Tribunal de Cuentas

**External Auditor, Court of Audit of
Spain/Auditor Externo, Tribunal de Cuentas
de España (cont.)**

Sr. José Luis Cea Claver
Director Técnico de la Presidencia del
Tribunal de Cuentas

Sra. Karen Ortíz Finnemore
Directora de Relaciones Internacionales del
Tribunal de Cuentas

Sr. Alfredo Campos Lacoba
Subdirector Técnico del Tribunal de Cuentas

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

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

Dr. Carissa F. Etienne

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

Dr. Isabella Danel
Deputy Director
Directora Adjunta

Dr. Francisco Becerra
Assistant Director
Subdirector

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

Mr. Gerald Anderson
Director of Administration
Director de Administración

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

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

- - -