

160^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF

Washington, D.C., ÉUA, du 26 au 30 juin 2017

CE160/FR
30 juin 2017
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 de réunions	7
Représentation du Comité exécutif à la 29 ^e Conférence sanitaire panaméricaine de l'OPS, 69 ^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques.....	7
Projet d'ordre du jour provisoire de la 29 ^e Conférence sanitaire panaméricaine de l'OPS, 69 ^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques.....	8
 Questions relatives au Comité	
Rapport sur la 11 ^e session du Sous-comité du programme, du budget et de l'administration	8
Prix de l'OPS en gestion et leadership dans le domaine des services de santé (2017)	9
Rapport sur la mise en œuvre du Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques.....	9
Acteurs non étatiques en relations officielles avec l'OPS	11
Rapport annuel du Bureau d'éthique (2016).....	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	
Plan stratégique de l'Organisation panaméricaine de la Santé 2014-2019 : projets d'amendement	18
Projet de Programme et budget de l'OPS 2018-2019.....	21
Nouveau barème des contributions fixées	24
Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques 2018-2030.....	26
Politique en matière d'ethnicité et de santé	29
Plan d'action pour la pérennité de l'élimination de la rougeole, de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale dans les Amériques 2018-2023	32
Plan d'action pour le renforcement des statistiques de l'état civil 2017-2022	34
Stratégie en matière de ressources humaines pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle	37
Stratégie et plan d'action visant à renforcer la lutte antitabac dans la Région des Amériques 2018-2022	40

TABLE DES MATIÈRES (suite)

	<i>Page</i>
Questions administratives et financières	
Rapport sur le recouvrement des contributions fixées.....	43
Rapport financier du Directeur et rapport du Commissaire aux comptes pour 2016.....	44
Programmation de l'excédent de recettes	48
Assurance maladie après cessation de service	49
Mise à jour au sujet du Fonds directeur d'investissement	49
Rapport du Bureau de la supervision interne et des services d'évaluation.....	50
Mise à jour sur la nomination du Commissaire aux comptes de l'OPS pour 2018-2019 et 2020-2021	51
Questions relatives au personnel	
Amendements au Statut et au Règlement du personnel du Bureau sanitaire panaméricain	52
Statistiques des effectifs du Bureau sanitaire panaméricain	53
Déclaration du représentant de l'Association du personnel de l'OPS/OMS	54
Questions pour information	
Mise à jour sur la réforme de l'OMS	55
Processus pour l'élection du Directeur du Bureau sanitaire panaméricain et la proposition de nomination du Directeur régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour les Amériques.....	57
Statut du Système d'information pour la gestion du BSP (PMIS).....	57
Centres collaborateurs de l'OPS/OMS	58
Répercussions de la violence sur la santé des populations des Amériques : rapport final.....	59
Stratégie et plan d'action régionaux pour la prévention et le contrôle du cancer du col de l'utérus : rapport final	62
Projet de plan décennal régional sur la santé bucco-dentaire pour les Amériques : rapport final	64
Rapports d'avancement sur les questions techniques :	
A. Plan d'action sur la Santé dans toutes les politiques : rapport d'avancement.....	65
B. L'insuffisance rénale chronique dans les communautés agricoles en Amérique centrale : rapport d'avancement	66
C. Plan d'action pour l'accès universel à la sécurité transfusionnelle : évaluation à mi-parcours.....	66
D. 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 : rapport d'avancement.....	66

TABLE DES MATIÈRES (suite)

	<i>Page</i>
Questions pour information (suite)	
Rapports d'avancement sur les questions techniques : (suite)	
E. La santé et les droits de l'homme : rapport d'avancement	67
F. Plan d'action en matière de vaccination : évaluation à mi-parcours	68
H. Plan d'action sur la santé mentale : évaluation à mi-parcours.....	69
I. Plan d'action sur le handicap et la réadaptation : évaluation à mi-parcours.....	70
J. Plan d'action pour la coordination de l'assistance humanitaire : évaluation à mi-parcours.....	70
K. Coopération pour le développement en matière de la santé dans les Amériques: rapport d'avancement	71
L. Examen de la commission prélevée sur les achats de fournitures de santé publique effectués pour le compte des États Membres : rapport d'avancement.....	71
M. Situation des centres panaméricains	72
Résolutions et autres actions d'organisations intergouvernementales revêtant un intérêt pour l'OPS :	
A. Soixante-dixième Assemblée mondiale de la Santé	72
B. Organisations sous-régionales	72
Clôture de la session.....	73
Résolutions et décisions	
Résolutions	73
CE160.R1 Recouvrement des contributions fixées	73
CE160.R2 Plan d'action pour la pérennité de l'élimination de la rougeole, de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale dans les Amériques 2018-2023	74
CE160.R3 Nomination d'un membre à la Commission de vérification de l'OPS.....	77
CE160.R4 Stratégie en matière de ressources humaines pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle	78
CE160.R5 Acteurs non étatiques en relations officielles avec l'Organisation panaméricaine de la Santé	81
CE160.R6 Plan stratégique de l'OPS 2014-2019: amendements proposés	82
CE160.R7 Nouveau barème des contributions fixées	84
CE160.R8 Projet de programme et budget de l'Organisation panaméricaine de la Santé 2018-2019	87

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

CE160.R9	Contributions fixées des Etats Membres, des états participants et des membres associés de l'Organisation panaméricaine de la Santé pour 2018	90
CE160.R10	Stratégie et plan d'action visant à renforcer la lutte antitabac dans la Région des Amériques 2018-2022.....	94
CE160.R11	Politique en matière d'ethnicité et de santé	96
CE160.R12	Prix de l'OPS en gestion et leadership dans le domaine des services de sante (2017).....	99
CE160.R13	Ordre du jour provisoire de la 29 ^e Conférence sanitaire panaméricaine, 69 ^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques	100
CE160.R14	Amendements au Statut du personnel et au Règlement du personnel du BSP	101
CE160.R15	Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques 2018-2030	112

Décisions

CE160(D1)	Adoption de l'ordre du jour	115
CE160(D2)	Représentation du Comité exécutif à la 29 ^e Conférence sanitaire panaméricaine, 69 ^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques	115
CE160(D3)	Plan d'action pour le renforcement des statistiques de l'état civil 2017-2022	115

Annexes

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

RAPPORT FINAL

Ouverture de la session

1. La 160^e session du Comité exécutif de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) s'est tenue au siège de l'Organisation à Washington, D.C., du 26 au 30 juin 2017. Des délégués des neuf membres suivants du Comité exécutif élus par le Conseil directeur ont participé à la session : Antigua-et-Barbuda, Argentine, Brésil, Chili, Colombie, États-Unis d'Amérique, Guatemala, Panama et Trinité-et-Tobago. Des délégués d'autres États Membres, États participants et États observateurs suivants ont assisté à titre d'observateurs : Canada, Équateur, Espagne, Mexique et Pérou. De plus, deux organisations intergouvernementales et sept organisations non gouvernementales étaient représentées.

2. Le Dr Rubén A. Nieto (Argentine, Président du Comité exécutif) a ouvert la session et souhaité la bienvenue aux participants. Il a présenté ses condoléances aux personnes affectées par le naufrage récent d'un bateau de passagers en Colombie.

3. Le Dr Carissa Etienne (Directrice du Bureau sanitaire panaméricain [BSP]), a également souhaité la bienvenue aux participants, notant que le monde avait connu des changements importants au cours des derniers mois. De nombreuses personnes étaient de plus en plus exposées aux risques économiques, environnementaux, géopolitiques, sociaux et technologiques dans un village mondial étroitement interconnecté. Les maladies infectieuses continuaient à se propager et les attaques terroristes et les attaques informatiques avaient augmenté. L'instabilité sociale et la migration à grande échelle avaient affecté négativement la santé dans de nombreux pays, tout comme les événements climatiques extrêmes et les catastrophes naturelles. Malgré des améliorations dans la capacité collective à lutter contre les maladies, les besoins en santé au niveau mondial n'étaient pas entièrement satisfaits. En outre, plus de la moitié de la population mondiale vivait avec moins de deux dollars par jour, et près de 30 000 enfants mouraient chaque jour de conditions liées à la pauvreté.

4. Dans ce contexte d'événements mondiaux interconnectés, le Bureau avait travaillé diligemment en collaboration avec les États Membres pour faire progresser les objectifs partagés de santé dans la Région. Il avait continué à soutenir les États Membres pour accomplir des progrès tangibles en matière d'accès universel à la santé et de couverture sanitaire universelle, construire des systèmes de santé résilients, renforcer la capacité de préparation et de réponse aux urgences nationales et réduire les inégalités en santé, en particulier parmi les populations vivant dans des conditions de vulnérabilité.

5. Les États Membres eux aussi, avaient entrepris des efforts considérables lors de l'année précédente afin d'élaborer un nouveau Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques pour 2018-2030. Le programme, que le Comité examinerait au cours de cette session, offrirait une orientation et une vision politique pour le développement de la

santé dans la Région sur les 13 prochaines années. La Directrice a conclu en remerciant les États Membres de leur engagement indéfectible à l'OPS et a exprimé sa gratitude au Comité pour ses conseils essentiels et ses perspectives judicieuses sur le travail de l'Organisation.

Questions relatives au Règlement

Bureau

6. Les membres suivants élus à la 159^e session du Comité continueront à servir dans leurs capacités respectives pendant la 160^e session :

<i>Président :</i>	Argentine	(Dr Rubén A. Nieto)
<i>Vice-président :</i>	Trinité-et-Tobago	(Dr Vishwanath Partapsingh)
<i>Rapporteur :</i>	Guatemala	(Dr Lucrecia Hernández Mack)

7. La Directrice a rempli le rôle de Secrétaire de droit et le Dr Isabella Danel (Directrice adjointe du BSP) celui de Secrétaire technique.

Adoption de l'ordre du jour et du programme de réunions (documents CE160/1, Rev. 2, et CE160/WP/1)

8. En présentant l'ordre du jour provisoire (contenu dans le document CE160/1, Rev. 1), la Directrice a indiqué que la nomination pour la position de Commissaire aux comptes ayant été reçue depuis l'approbation de l'ordre du jour provisoire par le Sous-comité du programme, du budget et de l'administration en mars 2017, il serait nécessaire d'ajouter un point concernant la nomination du Commissaire aux comptes à l'ordre du jour du Comité.

9. Le Comité a adopté l'ordre du jour provisoire, tel qu'amendé dans le document CE160/1, Rev. 2 (décision CE160[D1]); le Comité a également adopté un programme provisoire des réunions (CE160/WP/1).

Représentation du Comité exécutif à la 29^e Conférence sanitaire panaméricaine de l'OPS, 69^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques (document E160/2)

10. Conformément à l'article 54 de son Règlement intérieur, le Comité exécutif a nommé l'Argentine et la Trinité-et-Tobago, son Président et Vice-président respectivement, pour représenter le Comité à la 29^e Conférence sanitaire panaméricaine, 69^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques. La Colombie et le Panama ont été élus représentants suppléants (décision CE160[D2]).

Projet d'ordre du jour provisoire de la 29^e Conférence sanitaire panaméricaine de l'OPS, 69^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques (document CE160/3, Rev. 1)

11. Mme Piedad Huerta (Conseillère principale du Bureau des Organes directeurs du BSP) a présenté l'ordre du jour provisoire de la 29^e Conférence sanitaire panaméricaine de l'OPS, 69^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques (document CE160/3, Rev. 1), notant que le point 8.6, « Mise en œuvre du Règlement sanitaire international (2005) », avait été ajouté conformément à la décision WHA70(11) de la Soixante-Dixième Assemblée mondiale de la Santé qui avait recommandé des consultations régionales sur ce sujet.

12. La Directrice a noté que la Conférence aurait un programme chargé, qui comprendrait l'élection du Directeur pour la période 2018-2023, la présentation de la publication phare de l'Organisation, *La Santé dans les Amériques*, et l'adoption du nouveau Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques. Le travail préparatoire entrepris par le Comité serait par conséquent très important pour assurer que les résolutions concernant les questions relatives à la politique des programmes seraient prêtes à être adoptées.

13. Le Comité a adopté l'ordre du jour provisoire (résolution CE160.R13).

Questions relatives au Comité

Rapport sur la 11^e session du Sous-comité du programme, du budget et de l'administration (document CE160/4)

14. Le Dr Lucrecia Hernández Mack (Représentante du Sous-comité du programme, du budget et de l'administration) a informé que le Sous-comité du programme, du budget et de l'administration (SPBA) avait tenu sa 11^e session du 22 au 24 mars 2017. Le Sous-comité avait discuté d'un certain nombre de questions financières, administratives et d'autres questions importantes, y compris : un aperçu du Rapport financier du Directeur pour 2016, une ébauche du projet de Programme et budget de l'OPS pour 2018-2019, des amendements proposés au Plan stratégique de l'OPS 2014-2019, une mise à jour sur l'élaboration du Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques 2018-2030, un rapport sur le processus d'élection du Directeur pour la périodes des cinq prochaines années et les rapports sur les acteurs non étatiques en relations officielles avec l'OPS ainsi que sur la mise en œuvre du Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques.

15. Le Dr Hernández Mack a noté que, du fait que toutes les questions discutées par le Sous-comité étaient également inscrites à l'ordre du jour du Comité exécutif, elle en ferait état au fur et à mesure qu'elles seraient examinées par le Comité.

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

17. La Directrice a également exprimé sa gratitude au Sous-comité, notant que les discussions fructueuses qu'il avait eues faciliteraient grandement la tâche du Comité exécutif.

Prix de l'OPS en gestion et leadership dans le domaine des services de santé (2017) (documents CE160/5 et Add. I)

18. Le Dr Miguela Pico (Argentine) a informé que le Comité du prix de l'OPS en gestion et leadership dans le domaine des services de santé (2017), composé des représentant de l'Argentine, du Brésil, des États-Unis d'Amérique, du Panama et de la Trinité-et-Tobago, s'était réuni le 27 juin 2017 et avait examiné l'information sur les candidats nommés par les États Membres. À la suite de discussions et reconnaissant les mérites des cinq candidats, le Comité du prix avait décidé de recommander que le prix de l'OPS en gestion et leadership dans le domaine des services de santé (2017), soit attribué au Dr Stella Bolaños Varela, du Costa Rica, pour sa carrière professionnelle distinguée et son engagement de longue durée envers la qualité et la gestion des services de santé au niveau national, ses contributions remarquables dans le domaine de l'éducation en santé et la gestion des services de santé pour la population âgée, ainsi que son leadership dans la mise en œuvre de modèles de soins axés sur les personnes.

19. Le Comité exécutif a adopté la résolution CE160.R12, conférant le Prix de l'OPS en gestion et leadership dans le domaine des services de santé (2017) au Dr Stella Bolaños Varela du Costa Rica

Rapport sur la mise en œuvre du Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques (document CE160/6)

20. Le Dr Lucrecia Hernández Mack (Représentante du Sous-comité du programme, du budget et de l'administration) a indiqué que le Sous-comité avait été informé des mesures prises par l'OPS à partir de mars 2017 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. Ces mesures comportaient la publication d'un bulletin d'information générale expliquant la nouvelle politique au personnel et des notes d'information à l'occasion de diverses réunions du personnel régionales et infrarégionales. Le Sous-comité avait également été informé que l'OMS continuait à développer certains des outils requis pour la pleine exécution du cadre, y compris le registre des acteurs non étatiques, un guide à l'usage du personnel et un manuel pour les acteurs non étatiques.

21. Le Sous-comité a fait un accueil favorable aux mesures prises pour mettre en œuvre le Cadre de collaboration, qui était considéré comme un moyen d'assurer la transparence dans les relations avec les acteurs non étatiques, d'éviter les conflits d'intérêt et de protéger l'intégrité et l'indépendance de l'OPS et de l'OMS. Il a également encouragé le Secrétariat à poursuivre ses efforts pour mettre en œuvre le cadre rapidement et intégralement aux trois niveaux de l'Organisation.

22. Le Comité exécutif a également bien accueilli les progrès accomplis dans la mise en œuvre du Cadre de collaboration au niveau régional, plusieurs délégués notant que les Amériques avaient été la première des régions de l'OMS à le mettre en pratique. Les délégués ont également affirmé que le Cadre de collaboration aiderait à éviter que des acteurs non étatiques exercent une influence indue lors de la formulation et de la mise en œuvre des politiques de santé publique, à préserver l'intégrité et l'indépendance de l'OPS et de l'OMS et à renforcer la confiance publique dans les deux organisations. Il a encouragé le Bureau à poursuivre une étroite collaboration avec le Secrétariat de l'OMS afin d'assurer l'application uniforme du Cadre de collaboration aux niveaux régional et mondial. Des mises à jour ont été demandées sur les progrès de l'OMS dans la préparation du guide à l'usage du personnel et du manuel pour les acteurs non étatiques. Les délégués ont également demandé des informations sur les progrès du Bureau concernant la formation du personnel à l'application du Cadre de collaboration, la contribution de l'OPS à l'élaboration du registre mondial des acteurs non étatiques, la participation des bureaux des représentants de l'OPS/OMS à la mise en œuvre du Cadre de collaboration et tout défi spécifique rencontré dans la mise en œuvre du Cadre de collaboration au niveau régional.

23. M. Scott Shauf (Conseiller juridique principal du BSP) a informé que l'OMS avait lancé le registre des acteurs non étatiques peu de temps avant la soixante-dixième Assemblée mondiale de la Santé en mai 2017. Le Bureau collaborait avec le Secrétariat de l'OMS pour déterminer comment et quand les acteurs non étatiques avec lesquels l'OPS collaborait seraient incorporés au registre. Une ébauche initiale du guide à l'usage du personnel avait été émise pour examen par les points focaux du Cadre de collaboration en avril 2017 et le Bureau venait de revoir une deuxième version révisée. L'OMS espérait que le guide serait parachevé et prêt à être utilisé en août. Le Bureau entendait commencer à utiliser le guide pour former le personnel, y compris le personnel des bureaux de terrain, durant le deuxième semestre. Une ébauche du manuel pour les acteurs non étatiques devait être mise en circulation dans un avenir proche.

24. La Directrice a rappelé qu'elle avait promis que le BSP serait le premier des bureaux régionaux de l'OMS à mettre en œuvre le Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques, ce qui était le cas. Le Bureau avait commencé à mettre en œuvre le Cadre de collaboration en pleine coopération avec les acteurs non étatiques, bien que l'OMS n'ait pas terminé la préparation de tous les outils requis pour le mettre pleinement en œuvre. Elle souhaitait préciser toutefois que, bien que l'un des objectifs prétendus du Cadre de collaboration ait été de faciliter le travail de l'Organisation avec les acteurs non étatiques, il l'avait de fait rendu plus difficile, non pas en raison de la façon dont le Cadre de collaboration était mis en œuvre mais à cause des contraintes imposées par le Cadre de collaboration, qui allaient bien au-delà de la politique antérieure de l'OPS concernant son travail avec le secteur privé.

25. Le Comité a pris note du rapport.

Acteurs non étatiques en relations officielles avec l'OPS (document CE160/7)

26. Le Dr Lucrecia Hernández Mack (Représentante du Sous-comité du programme, du budget et de l'administration) a indiqué que le Sous-comité avait examiné un rapport et des informations confidentielles fournies par le Bureau sur huit organisations non gouvernementales dont le statut en tant qu'acteurs non étatiques en relations officielles avec l'OPS devait faire l'objet d'un nouvel examen. Ce dernier avait été mené en conformité avec le Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques, alors que par le passé, le Sous-comité avait examiné les relations de l'OPS avec les organisations non gouvernementales (ONG) en fonction des principes régissant les relations entre l'Organisation panaméricaine de la Santé et les ONG.

27. Le Bureau avait recommandé que les relations officielles avec six organisations soient poursuivies. Il avait également recommandé qu'une décision soit reportée sur la poursuite des relations avec la Fédération latino-américaine de l'industrie pharmaceutique (FIFARMA) afin de donner du temps à FIFARMA d'établir un plan de collaboration plus robuste, et qu'il soit mis fin aux relations officielles avec la Fédération internationale du diabète en raison d'un manque de collaboration pendant les deux années antérieures. Il fallait noter que la cessation des relations avec la Fédération n'empêcherait pas une coopération future avec elle ou avec les associations au niveau national qu'elle représentait.

28. Après avoir considéré l'information soumise, le Sous-comité avait décidé de recommander que le Comité exécutif approuve la poursuite des relations officielles entre l'OPS et l'*American Public Health Association*, l'*American Society for Microbiology*, l'*Inter-American Association of Sanitary and Environmental Engineering*, la *March of Dimes*, l'*United States Pharmacopeial Convention* et la *World Association for Sexual Health*. Il avait également recommandé que le Comité reporte une décision sur la poursuite des relations officielles avec FIFARMA jusqu'à 2018 et mette fin aux relations officielles avec la Fédération internationale du diabète.

29. Le Comité exécutif a approuvé les recommandations du Sous-comité. Des informations supplémentaires sur les ressources de diverses organisations et sur leur travail ont été demandées.

30. Une représentante de l'*Inter-American Association of Sanitary and Environmental Engineering* (AIDIS) a exprimé la gratitude de son organisation concernant le renouvellement des relations officielles, soulignant son engagement à continuer à travailler avec l'OPS au renforcement de l'accès à l'eau potable sans risque sanitaire et de l'assainissement comme contribution vers la réalisation des objectifs de développement durable dans les Amériques.

31. M. Scott Shauf (Conseiller juridique principal auprès du BSP) a indiqué que l'information confidentielle distribué aux membres du Sous-comité, qui contenait des renseignements détaillés sur les ressources et le travail des diverses organisations, pouvait également être mise à la disposition des membres du Comité exécutif.

32. La Directrice a affirmé que la collaboration avec les acteurs non étatiques, y compris le secteur privé, serait essentielle pour promouvoir le travail de l'Organisation vers la réalisation des objectifs de développement durable. L'objectif du Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques était de faciliter cette collaboration tout en sauvegardant également le rôle de l'Organisation dans la définition de normes et de critères. Il fallait que le Bureau trouve de nouveaux moyens de travailler avec le secteur privé, qui à son tour devait avoir conscience de ce que les organisations internationales et intergouvernementales pouvaient et ne pouvaient pas faire. À condition que toutes les parties comprennent leurs rôles respectifs, il était possible de travailler ensemble pour garantir que les objectifs de développement durable soient atteints et que le monde soit non seulement plus sain mais aussi plus prospère, avec un développement durable pour tous.

33. Le Comité exécutif a adopté la résolution CE160.R5, renouvelant les relations officielles entre l'OPS et les six organisations mentionnées ci-dessus, reportant à 2018 une décision sur le maintien des relations officielles avec FIFARMA et mettant fin aux relations officielles avec la Fédération internationale du diabète.

Rapport annuel du Bureau d'éthique (2016) (document CE160/8)

34. M. Philip MacMillan (responsable du Bureau d'éthique du BSP) a présenté les activités entreprises par le Bureau d'éthique en 2016 dans cinq domaines clés : conseils et orientations donnés au personnel de l'OPS sur les questions d'éthique, activités de formation et de sensibilisation, rapports sur d'éventuelles préoccupations éthiques, cas de fraude, de vol ou de perte de biens ou de ressources et application des nouvelles politiques et initiatives pour améliorer la culture éthique à l'OPS, encourager un environnement de travail respectueux et réduire le niveau de conflits interpersonnels. Il y avait eu un total de 91 consultations demandées par le personnel, couvrant des préoccupations générales portant sur le lieu de travail, l'emploi extérieur, la participation à des conseils ou des comités, la réception de cadeaux et l'emploi de membres de la famille. Ce nombre représentait une légère baisse des consultations par rapport à l'année antérieure, mais continuait à être supérieur à la moyenne de la plupart des organisations.

35. Dans le domaine de la formation et la sensibilisation, le Bureau avait mis en œuvre un programme de formation spécifiquement adapté aux hauts fonctionnaires sur l'importance d'un personnel en mesure de soulever des préoccupations de bonne foi sans peur de représailles. Le programme avait couvert les principes généraux de représailles et de protection, et la façon dont les hauts fonctionnaires pouvaient éviter les faux pas pouvant mener à des plaintes pour conduite inappropriée. De plus, le Bureau d'éthique avait aidé le bureau du médiateur à développer un cours en ligne pour aider à promouvoir un environnement de travail sain dans lequel tout le personnel était traité avec dignité et respect.

36. Il y a eu 49 rapports concernant les conduites soulevant d'éventuelles préoccupations éthiques, un chiffre légèrement inférieur à celui des trois années antérieures. De ce total, 18 rapports ont été reçus par le biais de la ligne d'assistance pour l'éthique, dont 17 anonymement. Le Bureau a reçu plusieurs rapports sur des allégations de

harcèlement sur le lieu de travail, et a également prêter assistance au Secrétariat de l'OMS sur le traitement de deux de ces cas. Un membre du personnel avait été licencié pour faute grave, après enquête. Il a rappelé qu'à la réunion du Comité exécutif de 2016, il avait informé que le Bureau d'éthique avait reçu des rapports anonymes sur des responsables du BSP. Ces rapports avaient fait l'objet d'une enquête et avaient été jugés sans fondement. Par la suite, quelqu'un utilisant un pseudonyme avait envoyé des communications anonymes à l'OMS, au Bureau d'éthique des Nations Unies et à des membres du Comité d'audit de l'OPS, entre autres. En raison du besoin de protéger la réputation de l'Organisation et de son personnel, la Directrice avait chargé un cabinet d'avocats réputé à Washington, D.C., de procéder à un examen externe. En décembre 2016, ayant conclu que les allégations étaient infondées parce que sans preuves, le cabinet avait recommandé de clore le cas.

37. Dans les domaines de la fraude, du vol et de la perte de biens et de ressources appartenant à l'OPS, 29 rapports ont été faits en 2016, et les pertes totales encourues par l'Organisation s'élevaient à US\$ 9,522,¹ le niveau le plus bas de pertes signalées sur les neuf années antérieures. La plupart des cas impliquait le vol d'ordinateurs portables et de téléphones.

38. Les nouvelles politiques et initiatives mises en place incluaient la mise en œuvre d'une nouvelle ligne d'assistance, offrant un système de gestion des cas plus sophistiqué et de meilleurs outils analytiques pour suivre le statut des cas et générer des statistiques. Sous le leadership du Bureau d'éthique, un nouveau règlement intérieur pour le Comité d'appel de l'OPS avait été approuvé et publié. Le Bureau avait également publié deux bulletins d'information générale pour le personnel du Bureau, l'un sur le signalement des préoccupations d'éthique et l'autre sur la participation à des activités politiques qui pourraient être considérées comme des critiques d'un gouvernement. Enfin, en 2016 le Bureau d'éthique avait créé deux fonctions séparées, l'une portant sur son rôle de conseil et l'autre sur son rôle d'investigation. Le Bureau avait ainsi été en mesure de renforcer son attention sur la prévention et la sensibilisation et de réduire le risque de conduite inappropriée.

39. Conformément à un rapport détaillé publié en 2016 par le Corps commun d'inspection des Nations Unies (CCI), la prévention de la fraude, la détection et la réponse feraient l'objet d'efforts importants en 2017. Au titre de ces efforts, le Bureau d'éthique dirigerait l'élaboration d'une stratégie de sensibilisation à la fraude ainsi qu'une formation dédiée sur la détection et la lutte contre la fraude et la corruption. Le Bureau mettrait également en place un programme de formation en ligne au niveau de l'ensemble de l'Organisation sur la conduite appropriée sur le lieu de travail et lancerait une campagne pour mettre en relief le fait que les membres du personnel avaient le droit de s'exprimer lorsqu'ils se trouvaient face à une situation sur le lieu de travail qui soulevait des préoccupations éthiques.

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

40. La campagne serait complétée par un cours de formation en ligne obligatoire sur la protection des personnes qui dénoncent des abus et la prévention des représailles. Le Bureau entendait également se lancer dans une campagne plus vaste pour minimiser les risques de conflits d'intérêt qui pourraient nuire à la réputation de l'Organisation. De plus, il mènerait une enquête dans l'ensemble de l'Organisation sur le climat éthique et l'environnement de travail dans les différentes unités, les bureaux de terrain et les centres. Le Code des principes éthiques de l'OPS, datant de onze ans, fera l'objet d'un examen complet et les ajustements nécessaires seront apportés pour tenir compte des dernières pratiques et tendances.

41. Dans la discussion qui a suivi, les délégués ont reconnu le rôle précieux du Bureau d'éthique qui encourage une culture d'intégrité dans l'Organisation et ont salué les efforts pour mettre en œuvre un programme de formation en ligne détaillé pour le personnel. La fonction de conseil du Bureau était jugée très utile pour favoriser un comportement éthique et éviter les conflits d'intérêt. L'intention de mener une enquête sur le climat éthique était bienvenue, tout comme le plan du Bureau de prévenir la fraude et de la combattre au cours de son travail en 2017. D'autres informations ont été demandées sur la façon dont ces efforts se rattacheraient aux recommandations du rapport du Corps commun d'inspection des Nations Unies. La formation prévue sur la protection des personnes dénonçant des abus et la prévention de représailles ont également été bien accueillies. On a souligné que toutes les plaintes et allégations de violations de l'éthique dans tous les bureaux devraient faire l'objet d'une enquête.

42. Répondant à une question, M. MacMillan a confirmé que le programme de formation en ligne serait obligatoire pour tout le personnel. Il serait répété tous les trois ou quatre mois. Le Bureau avait l'intention d'élargir la formation aux consultants, au personnel recruté localement, aux prestataires de services contractuels et autres qui travaillaient pour l'Organisation sans être membres du personnel. Toute personne engagée par l'OPS était assujettie à son Code de principes d'éthique et règles de conduite. Il fallait prévoir des dispositions spécifiques dans les contrats concernant la conduite attendue des personnes travaillant pour l'Organisation.

43. À son avis, la notification de la fraude était insuffisante dans l'ensemble du système des Nations Unies. Du fait que la première forme d'identification de la fraude et de fautes graves se faisait à travers le rapport de membres du personnel, il était nécessaire d'assurer que le personnel était conscient des différents moyens de faire un rapport et de préciser clairement qu'il n'y aurait pas de représailles contre le personnel qui faisait état de fraude ou de corruption. Cette information serait comprise dans la nouvelle formation sur la détection et la prévention de la fraude. Il a noté que tous les documents sur le site web du Bureau étaient disponibles dans les quatre langues officielles de l'OPS de sorte que tous les personnels pouvaient clairement comprendre quelles étaient leurs options pour signaler des préoccupations et quels étaient leurs droits au cas où ils faisaient l'objet d'une enquête.

44. Le Dr Francisco Becerra-Posada (Sous-directeur du BSP) a indiqué que le Bureau était clairement intéressé à maintenir la transparence et à prévenir la fraude et la corruption, pour lesquelles il avait une politique de tolérance zéro. Le Bureau continuerait à souligner

la responsabilité de tous pour maintenir une conduite éthique sur le lieu de travail et se comporter avec transparence et responsabilité dans les activités journalières.

45. Le Comité exécutif a pris note du rapport.

Rapport du Comité d'audit de l'OPS (document CE160/9, Rev 1.)

46. M. John Fox (Président du Comité d'audit de l'OPS) a présenté le rapport du Comité d'audit, soulignant certains des thèmes discutés aux réunions du Comité en octobre 2016 et en avril 2017. Il a informé que les membres du Comité avaient été impressionnés par les progrès réalisés sur le projet de système d'information pour la gestion du BSP (PMIS), notant que les efforts pour installer des systèmes similaires dans d'autres organisations avaient souvent été désastreux, alors que le projet PMIS avait été achevé dans les limites du budget et du temps imparti. Le Comité d'audit avait recommandé qu'un rapport soit produit sur l'installation et l'utilisation du PMIS après son utilisation pour un exercice biennal entier. Le Comité voulait particulièrement connaître la façon dont le développement du PMIS renforcerait les capacités du Bureau en termes de supervision interne et le fonctionnement du processus du programme et budget.

47. Il a rappelé que le Comité d'audit avait précédemment souligné le besoin d'une approbation formelle d'une charte d'audit interne et a noté qu'un examen récent des activités d'audit du Bureau des services de contrôle et d'évaluation internes (IES) par les services de qualité de l'Institut international des Auditeurs (IIA) n'avait noté qu'une conformité partielle aux normes internationales. Cette observation ne devait pas être prise comme une critique de l'IES, mais comme une réflexion sur le fait que la charte de l'audit interne approuvée par la direction exécutive en 2002 n'avait jamais été approuvée par les États Membres par le biais du Comité exécutif ou du Conseil directeur.

48. Passant au Bureau d'éthique, il a dit que le Comité d'audit était devenu de plus en plus préoccupé par l'éventualité d'un conflit d'intérêt provenant de la combinaison des fonctions d'éthique et d'investigation dans le même bureau. Cette situation pourrait compromettre l'impartialité requise pour les investigations professionnelles et pourrait également réduire le temps disponible pour que le Bureau puisse répondre aux préoccupations éthiques importantes. L'année antérieure, sur la recommandation du Comité d'audit, la Directrice avait organisé un examen des pairs en la matière par un expert extérieur. Le rapport de cet examen appuyait fortement la séparation complète des investigations du Bureau d'éthique, afin de permettre à ce dernier de se concentrer sur son rôle d'éthique et assurer l'objectivité requise pour la performance professionnelle de la fonction d'investigation.

49. Le Comité d'audit était satisfait des rapports concernant l'efficiencia croissante du projet *Mais Médicos*. Ses recommandations en ce qui concernait *Mais Médicos* cherchaient à assurer que l'Organisation ne deviendrait pas dépendante des coûts de soutien très élevés dérivant de ce projet, qui constituaient une source importante de revenu mais une source qui était destinée à disparaître à un moment ou à un autre.

50. Dans le domaine de la vérification extérieure, le Comité d'audit notait que les états financiers pour 2016 et le rapport du Commissaire aux comptes n'avaient reçu l'approbation finale qu'à la fin avril. Par conséquent, le Comité d'audit n'avait pas été en mesure d'assumer sa fonction clé consistant à examiner et faire un rapport sur ces documents. En termes de contrôles internes, le Comité d'audit avait reçu une ébauche de mode opératoire normalisé concernant la conformité, mais il était arrivé trop tard pour recevoir la considération voulue dans l'année en cours, et serait par conséquent examiné à la prochaine réunion du Comité en septembre 2017.

51. Les priorités pour le Comité d'audit dans l'année à venir consisteraient essentiellement à assurer le suivi des questions soulevées dans son rapport, à savoir : garantir l'indépendance des activités d'audit interne, renforcer la culture de l'évaluation dans le Bureau, et poursuivre les améliorations à la gestion des risques institutionnels. Le Comité avait également l'intention d'examiner la planification du programme et le processus budgétaire. Pour ce qui concernait les questions internes au Comité, une de ces questions portait sur le non-renouvellement du mandat de M. Nicholas Treen. Le Comité reconnaissait pleinement la prérogative des États Membres de nommer les membres du Comité d'audit et comprenait que la décision de sélectionner un autre expert plutôt que de renouveler le mandat de M. Treen ne signifiait en aucune sorte un manque d'appréciation pour l'excellent service qu'il avait fourni. Toutefois, le Comité souhaitait également souligner l'importance de la continuité pour les membres du Comité comme un moyen d'assurer qu'une majorité de ses membres connaisse bien la façon dont l'Organisation fonctionne.

52. Dans la discussion qui a suivi, les délégués ont exprimé leur appréciation pour la contribution du Comité d'audit au renforcement de la gouvernance, la transparence et la responsabilisation de l'Organisation, et ont encouragé le Bureau à appliquer toutes les recommandations du Comité. Ils ont demandé des clarifications sur la recommandation consistant à séparer les fonctions d'éthique et d'investigation, et ont demandé d'autres informations sur les résultats de l'examen des pairs du Bureau d'éthique et sur la façon dont les deux fonctions seraient structurées. Concernant la nomination des membres du Comité d'audit, l'importance de maintenir la continuité et la connaissance institutionnelle de l'Organisation a été reconnue et ils ont suggéré que peut-être un processus différent ou des critères supplémentaires pourraient être appliqués dans la considération d'un membre en place pour réélection. Ils ont également suggéré que cette question soit soumise au Sous-comité du programme, du budget et de l'administration pour un examen plus approfondi.

53. M. Fox a exprimé son appréciation pour le soutien du Comité exécutif aux recommandations du Comité d'audit.

54. M. Dean Chambliss (Directeur du Département de la planification et budget du BSP) a expliqué que les coûts de soutien au programme prélevés sur toutes les contributions volontaires étaient considérés comme un financement souple et a confirmé que le projet *Mais Médicos* était devenu une source importante de ce financement dans les dernières années. Des efforts étaient en cours pour assurer un profil de financement

différent et durable pour l'Organisation, car il fallait certainement prévoir la fin de *Mais Médicos* et mettre des mécanismes en place pour trouver un substitut à cette source de financement dans les années à venir.

55. M. Gerald Anderson (Directeur de l'administration du BSP), a clarifié que l'ébauche de mode opératoire normalisé mentionné par M. Fox permettait un maintien et une mise à jour électronique permanents des modes opératoires normalisés chaque fois qu'il y avait un changement de système. Il prévoyait également le recueil de commentaires de toutes les parties affectées. L'Organisation se réjouissait d'entendre l'opinion du Comité d'audit sur le document en octobre.

56. La Directrice adjointe a rappelé que trois options avaient été mises en avant dans le rapport de l'examen des pairs du Bureau d'éthique. L'une avait été de ne rien changer, la seconde de séparer complètement les fonctions d'éthique et d'investigation et la troisième de laisser le Bureau d'éthique continuer en quelque sorte son rôle de gardien en ce qui concernait la fonction d'investigation. Le Bureau examinait maintenant les formes potentielles que les trois options pouvaient prendre, y compris les détails tels que le personnel et les coûts potentiels. Il saisissait également cette opportunité pour examiner la fonction d'éthique dans l'Organisation et incorporer toute idée nouvelle dans le travail du Bureau d'éthique. Le Bureau espérait que l'examen serait terminé en août ou septembre et que certaines des conclusions seraient donc présentées au Comité exécutif lors de sa prochaine session en septembre.

57. La Directrice a remercié le Comité d'audit, le Commissaire aux comptes et le Chef de l'IES de leur assistance pour rendre l'Organisation plus transparente et responsable. Elle a également remercié les États Membres de leur vigilance pour vérifier si le Bureau appliquait les recommandations et a noté que le principal mécanisme à cet effet consistait en ses réunions semestrielles avec la direction exécutive, qui examinaient chaque recommandation, en déterminant ce qu'il y avait à faire et dans quels délais.

58. Le Comité exécutif a pris note du rapport.

Nomination d'un membre au Comité d'audit de l'OPS (document CE160/10)

59. Le Dr Lucrecia Hernández Mack (Représentante du Sous-comité du programme, du budget et de l'administration) a indiqué que le Sous-comité avait été informé que le mandat d'un membre du Comité d'audit venait à expiration en juin 2017, rendant nécessaire que le Comité exécutif nomme un nouveau membre du Comité d'Audit durant la 160^e session. Le Sous-comité avait établi un groupe de travail pour examiner la liste des candidats proposés par la Directrice. Le groupe de travail avait évalué les cinq candidats en fonction des critères pour les membres stipulés à la section 4 des termes de référence du Comité d'audit et avait décidé de recommander que Mme Kumiko Matsuura-Mueller soit nommée au Comité d'audit. Le Sous-comité avait approuvé la recommandation du groupe de travail.

60. Le Comité exécutif a avalisé la recommandation du Sous-comité, plusieurs délégués remerciant M. Nicholas Treen pour son service au Comité d'audit.

61. Le Comité exécutif a adopté la résolution CE160.R3, remerciant M. Nicholas Treen pour ses années de service au Comité d'audit de l'OPS et nommant Mme Kumiko Matsuura-Mueller comme membre du Comité d'audit pour un mandat de trois ans de juin 2017 à juin 2020.

Questions relatives à la politique des programmes

Plan stratégique de l'Organisation panaméricaine de la Santé 2014-2019 : projets d'amendement (documents CE160/11 et Add. I)

62. Le Dr Lucrecia Hernández Mack (Représentante du Sous-comité du programme, du budget et de l'administration) a informé que le Sous-comité avait examiné les amendements proposés au Plan stratégique de l'OPS 2014-2019, qui avaient pour but d'aligner le Plan stratégique sur les changements de la structure du programme et des résultats de l'OMS et également d'incorporer de nouvelles priorités pour la Région. Le Sous-comité avait été informé que le nombre de domaines programmatiques passerait de 30 à 34 et que la Catégorie 5 avait été restructurée conformément au nouveau programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire. En outre, les programmes sur la salubrité des aliments et la résistance aux antimicrobiens avaient été déplacés de la Catégorie 5 à la Catégorie 1. La résistance aux antimicrobiens avait été établie en tant que nouveau domaine programmatique et les hépatites virales avaient été incorporées à la Catégorie 1.

63. Le Sous-comité avait exprimé son appui aux amendements proposés, accueillant favorablement en particulier l'attention accrue portée à la résistance aux antimicrobiens et à la salubrité des aliments. L'alignement de la Catégorie 5 sur le programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire avait également été bien accueilli. En ce qui concernait la résistance aux antimicrobiens, le besoin de formuler et mettre en œuvre des plans d'action nationaux conformément au plan d'action mondial de l'OMS sur la résistance aux antimicrobiens avait été souligné, et plusieurs autres amendements avaient été proposés dans le but de mettre en relief l'importance essentielle de l'action au niveau des pays. Il avait observé que le champ de la Catégorie 5 avait été rétréci pour mettre l'accent sur le renforcement des capacités seulement dans le secteur de la santé. Étant donnée l'importance reconnue de l'action par d'autres secteurs dans la préparation et la réponse aux urgences, le Bureau avait été fortement encouragé à retirer la référence au secteur de la santé.

64. M. Dean Chambliss (Directeur du Département de la planification et du budget du BSP) a résumé les amendements proposés, qui étaient cités au tableau 2 du document CE160/11. Certains étaient des additions, alors que d'autres étaient des changements dans l'emplacement du texte dans le document, qui illustraient le passage de certains domaines programmatiques à différentes catégories. Les mises à jour du cadre de stratification des priorités programmatiques conformément à la méthodologie OPS-Hanlon

affinée approuvée par le 55^e Conseil directeur,² avaient été prises en compte dans la préparation des amendements proposés, tout comme les résultats des exercices de priorisation menés dans les États Membres. Il avait noté que 11 pays supplémentaires avaient effectué ces exercices depuis la session de mars du Sous-comité du programme, du budget et de l'administration.

65. Le document avait été révisé pour incorporer les suggestions faites par le Sous-comité ou soumises par les États Membres. En conséquence, la référence à la définition de la composante iniquité de la méthode OPS-Hanlon avait été mise à jour, et le champ de la Catégorie 5 avait été élargi pour inclure le renforcement de la capacité au-delà du secteur de la santé, étant donné le besoin d'une approche multisectorielle. Le domaine programmatique pour la réduction du risque de catastrophe, une priorité spécifique pour les Amériques, avait été retenu dans cette catégorie. Les références et cibles des indicateurs de résultat intermédiaires avaient été incorporés pour les hépatites virales et la résistance aux antimicrobiens. Certains indicateurs de résultat intermédiaire, en particulier dans la Catégorie 5, manquaient encore de références et de cibles ; ceux-ci étaient approuvés par le personnel technique et seraient incorporés dans le document à soumettre à la 29^e Conférence sanitaire panaméricaine. Le Plan stratégique incorporait les objectifs de développement durable (ODD) dans toutes les catégories et domaines programmatiques.

66. Faisant référence au rapport final sur le plan décennal régional sur la santé bucco-dentaire pour les Amériques (voir paragraphes 268 à 274 ci-dessous), il a noté qu'à la lumière des progrès accomplis dans la Région et la capacité accrue des États Membres pour répondre aux besoins de la santé bucco-dentaire, il avait été décidé que la santé bucco-dentaire pouvait être intégrée dans la Catégorie 2 (Maladies non transmissibles et facteurs de risque), la Catégorie 3 (Déterminants de la santé et promotion de la santé à toutes les étapes de la vie) et la Catégorie 4 (Systèmes de santé – spécifiquement domaine programmatique 4.2, Services de santé de qualité, intégrés et centrés sur la personne).

67. Le Comité exécutif a accueilli favorablement les amendements proposés et le meilleur alignement programmatique sur l'OMS. L'alignement de l'OPS sur le programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire, en particulier, a été applaudi. Les amendements étaient considérés nécessaires afin de tenir compte des priorités nouvelles et émergentes, telles que la couverture sanitaire universelle et les objectifs de développement durable liés à la santé. Le Comité estimait également que le programme amendé témoignait avec précision des priorités régionales identifiées à l'aide de l'usage de la méthodologie OPS-Hanlon. Les délégués ont exprimé leur soutien aux propositions d'ajouter la résistance aux antimicrobiens comme nouveau domaine programmatique dans la Catégorie 1 et de déplacer la salubrité des aliments à cette catégorie, plusieurs délégués remarquant que ces domaines constituaient des priorités pour leurs pays. La prévention et le contrôle des maladies non transmissibles étaient également considérés comme un domaine de priorité élevée. Un soutien a été exprimé au renforcement et à la rationalisation de la fonction de leadership et de gouvernance de l'OPS pour assurer que la coopération

² Voir document [CD55/7](#) et résolution [CD55.R2](#) (2016).

technique était conforme aux actions envisagées pour atteindre les objectifs de développement durable.

68. En ce qui concernait la résistance aux antimicrobiens, on a souligné le besoin de formuler et de mettre en œuvre des plans d'action nationaux alignés sur le plan d'action mondial de l'OMS sur la résistance aux antimicrobiens. Il a été suggéré que l'indicateur concernant la résistance aux antimicrobiens pouvait être renforcé en notant que la capacité de surveillance d'un pays devrait être conforme au système mondial de surveillance de la résistance aux antimicrobiens de l'OMS (GLASS). Les délégués étaient satisfaits de voir que le champ de la Catégorie 5 avait été élargi pour tenir compte du besoin d'une approche multisectorielle de la préparation et la réponse aux urgences et ont bien accueilli l'accent mis sur le renforcement des capacités des pays dans ce domaine. Ils ont suggéré que l'indicateur 5.5 dans cette catégorie soit reformulé, du fait qu'il semblait destiné à mesurer le financement pour les services essentiels pour l'action d'urgence plutôt que l'existence ou l'efficacité de ces services.

69. On a souligné que le Plan stratégique ne pouvait être mis en œuvre avec succès que par les efforts conjoints faits par le Bureau et les États Membres. Le besoin de méthodes efficaces de suivi et évaluation a été mis en relief, une déléguée notant que ces méthodes devraient être décrites dans le document du Plan stratégique. Plusieurs délégués ont demandé des clarifications sur la façon dont les ressources budgétaires seraient redistribuées afin de refléter les changements dans les priorités et les domaines programmatiques. Une déléguée notant qu'il restait des lacunes et des iniquités appréciables dans le domaine de la santé bucco-dentaire, a également demandé des clarifications concernant les ressources qui seraient affectées à ce domaine.

70. M. Chambliss a indiqué qu'il n'y avait pas eu de changement dans les allocations budgétaires pour la période biennale en cours. Toutefois, les États Membres verraient les changements dans les priorités reflétés dans le projet de programme et budget pour 2018-2019 (voir paragraphes 74 à 87 ci-dessous). Le Bureau avait pris note des commentaires sur les indicateurs concernant la résistance aux antimicrobiens et les services essentiels pour l'action d'urgence et étudierait la meilleure façon de répondre aux préoccupations exprimées.

71. La Directrice a affirmé que le Plan stratégique et tous les plans d'action de l'Organisation, devaient être des documents vivants et en évolution qui pouvaient être amendés pour tenir compte des nouvelles priorités et des nouveaux développements scientifiques. Elle a remercié les États Membres de leur engagement à prendre la responsabilité conjointe pour la planification et les résultats et a reconnu le besoin d'un leadership solide du Bureau. L'approche ascendante de la planification et de la mise en œuvre avait bien servi la Région, et certaines des méthodologies développées dans la Région – plus particulièrement la méthode OPS-Hanlon – constituaient des bonnes pratiques qui avaient été partagées avec l'OMS.

72. Elle a remarqué que les États Membres continuaient à inviter le Bureau à entreprendre de nombreuses tâches, mais elle aimerait également entendre leurs points de

vue sur ce qu'il ne devrait pas faire ou les domaines où il devrait réduire ses activités de coopération technique. Dans le domaine de la santé bucco-dentaire par exemple, si les États Membres souhaitaient que le Bureau en fasse plus que ce qu'il faisait déjà à travers l'approche intégrée décrite par M. Chambliss, ils devraient alors décider des endroits où il devrait réduire ses activités.

73. Le Comité a adopté la résolution CE160.R6, recommandant que la 29^e Conférence sanitaire panaméricaine approuve les amendements proposés au Plan stratégique 2014-2019.

Projet de Programme et budget de l'OPS 2018-2019 (documents CE160/12, Add. I et Add. II, Rev. 1)

74. Le Dr Lucrecia Hernández Mack (Représentante du Sous-comité du programme, du budget et de l'administration) a informé que le Sous-comité avait examiné un avant-projet du programme et budget proposé pour 2018-2019, qui pour la première fois, avait été présenté au Sous-comité comme un programme et budget préliminaire complet, plutôt que comme une ébauche. Le Sous-comité avait été informé que le programme et budget total augmenterait quelque peu, le gros de l'augmentation allant à des programmes spécifiques et à la réponse aux flambées et aux crises. Toutefois, les contributions fixées demeureraient inchangées à \$210,6 millions. L'augmentation serait financée par une augmentation attendue de l'allocation de l'OMS à la Région.

75. Le Sous-comité a exprimé son appréciation des efforts du Bureau pour assurer la faisabilité du budget et a applaudi les mesures qu'il avait prises pour améliorer les efficacités et l'ajustement à l'inflation afin d'éviter toute augmentation des contributions fixées des États Membres. Des préoccupations ont été exprimées concernant la proportion importante du budget alloué à la gestion et l'administration au titre de la Catégorie 6, et il été suggéré que certains de ces fonds devraient peut-être être redistribués à des domaines de haute priorité tels que les maladies non transmissibles et les urgences en santé. Les délégués étaient également préoccupés par les réductions dans divers domaines programmatiques, dont la santé des femmes et des enfants, la préparation aux urgences et le Règlement sanitaire international (2005).

76. M. Dean Chambliss (Directeur du Département de la planification et budget du BSP) a mis en lumière les aspects clés du projet de programme et budget pour 2018-2019, la dernière période biennale couverte par le Plan stratégique 2014-2019. Il a noté que la proposition incorporait les enseignements tirés des deux périodes biennales antérieures et incluait, pour la première fois, un chapitre sur les risques et la gestion du risque. La proposition témoignait d'un calcul des coûts ascendant entrepris au niveau des pays et dans les unités individuelles au siège de l'OPS. Il incorporait également l'exercice de stratification des priorités entrepris par les États Membres et couvrait divers mandats régionaux et mondiaux, notamment les objectifs de développement durable.

77. La proposition avait été révisée depuis la session de mars du Sous-comité pour tenir compte de la réduction de \$1,5 million dans l'allocation attendue de l'OMS, avec pour

résultat une réduction du budget pour les programmes de base de \$621,1 millions à \$619,6 millions. Elle avait également été révisée pour tenir compte des suggestions faites par le Sous-comité. En particulier, \$11,7 millions avaient été déplacés de la Catégorie 6 à diverses catégories techniques, grâce en partie à l'efficacité administrative et opérationnelle accrue. De plus, le Bureau avait examiné les rubriques chiffrées sous la Catégorie 6 à l'OPS et celles chiffrées sous la même catégorie à l'OMS, et avait décidé d'adopter la pratique de budgétisation de l'OMS pour les dépenses d'investissement extérieures au programme et budget. Certains coûts de technologie de l'information avaient également été déplacés.

78. Les budgets au niveau des pays, qui n'étaient pas disponibles en mars, avaient été ajoutés au projet de programme et budget et les résultats additionnels des exercices nationaux de priorisation avaient été incorporés et figuraient au tableau 4 du document CE160/12. Les niveaux supérieurs reflétaient les domaines programmatiques sur lesquels les États Membres attendaient collectivement qu'un plus grand accent soit placé durant la période biennale. Toutefois, le fait qu'un domaine programmatique se trouve dans un niveau inférieur ne signifiait pas qu'il était moins important ou que le BSP cesserait la coopération technique dans ce domaine. Certains produits programmatiques avaient été révisés pour s'aligner sur la version du Budget programme de l'OMS approuvée par l'Assemblée mondiale de la Santé en mai 2017. Les domaines où l'accent était mis particulièrement en 2018-2019 comprendraient l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle, la santé de la mère et de l'enfant, les maladies non transmissibles et facteurs de risque associés, les urgences en santé et le Règlement sanitaire international (2005), les maladies vectorielles et l'élimination des maladies tropicales négligées prioritaires, la résistance aux antimicrobiens et les systèmes d'information en santé.

79. Le budget global total augmenterait de \$27,8 millions, l'entièreté de l'augmentation pour les programmes de base provenant de l'augmentation de l'allocation de l'OMS à la Région. Toutes les catégories techniques recevraient des augmentations, la plus importante d'entre elles dans la Catégorie 4 (systèmes de santé) et la Catégorie 5 (urgences en santé). Les contributions fixées des États Membres n'augmenteraient pas. L'allocation chiffrée de l'OMS à la Région passerait de \$178,1 millions à \$190,1 millions ; toutefois, le Bureau ne s'attendait pas à recevoir l'intégralité du montant chiffré. Dans les périodes biennales récentes, 80% seulement avaient été reçus et un pourcentage similaire était prévu pour 2018-2019.

80. Le Comité exécutif a bien accueilli l'alignement du programme et budget sur celui de l'OMS, le Plan stratégique de l'OPS et les priorités identifiées à travers les exercices de stratification prioritaire menés au niveau des pays. Le Comité avait également félicité les efforts du Bureau pour contrôler les coûts et améliorer l'efficacité afin d'éviter une augmentation des contributions fixées des États Membres. Il a encouragé le Bureau à poursuivre ses efforts pour réduire les coûts administratifs, de fonctionnement et de déplacements. Il était également prié de continuer à se battre pour élargir la base des donateurs de l'Organisation et mobiliser le financement volontaire souple qui pourrait être utilisé pour des activités dans des domaines programmatiques qui avaient été identifiés

comme des priorités élevées. Des informations plus détaillées ont été demandées sur la proposition du Bureau de créer un fonds de contribution volontaire souple et de convoquer une conférence avec les partenaires de financement.

81. Les délégués ont exprimé leur appréciation pour les efforts du Bureau destinés à réduire l'allocation à la Catégorie 6, mais ont noté qu'elle restait la plus grande catégorie en termes d'allocation des ressources. Le Bureau était invité à préciser si la réduction dans cette catégorie était effectivement une réduction ou simplement un déplacement de fonds d'une catégorie à une autre. Les délégués ont également noté que les allocations destinées à plusieurs domaines identifiés comme hautement prioritaires par les États Membres restaient relativement faibles ou avaient été réduites par rapport à la période biennale actuelle, notamment les maladies non transmissibles, les maladies évitables par la vaccination, la préparation des pays aux urgences en santé et le Règlement sanitaire international (2005), ainsi que la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant. Le Bureau était prié d'expliquer quelles étaient les activités qu'il ne serait pas en mesure d'entreprendre en résultat de ces réductions. Alors qu'il était reconnu que la réduction dans le domaine de la santé de la femme, de la mère, du nouveau-né, de l'enfant, de l'adolescent et de l'adulte, et la santé sexuelle et reproductive n'était pas aussi importante qu'elle ne l'avait été dans la proposition soumise au Sous-comité du programme, du budget et de l'administration, ils ont également noté que des ressources appropriées seraient nécessaires pour atteindre les cibles établies dans ce domaine dans le cadre des ODD et du nouveau Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques.

82. M. Chambliss a expliqué que les allocations budgétaires proposées étaient le résultat d'un exercice chiffré ascendant et détaillé, entrepris par toutes les unités du BSP. Elles témoignaient également de la décision de passer d'une approche trop ambitieuse de la budgétisation à une approche réaliste. Dans le domaine programmatique 3.1 (santé de la femme, de la mère, du nouveau-né, de l'enfant, de l'adolescent et de l'adulte, et santé sexuelle et reproductive), par exemple, il avait été historiquement difficile de financer l'entièreté de l'enveloppe budgétaire. Pour les deux périodes biennales antérieures, l'espace budgétaire pour le domaine programmatique 3.1 avait été loin d'être entièrement financé. En 2014-2015, l'enveloppe budgétaire allouée avait été de \$42,7 millions, alors que le financement réel reçu avait été de \$26 millions. Pour 2016-2017, l'enveloppe budgétaire avait été établie à \$44,8 millions, mais jusqu'à présent, un financement d'environ \$32,6 millions avait été mobilisé. Alors que l'enveloppe proposée pour ce domaine en 2018-2019 avait été réduite de \$2,2 millions par rapport à 2016-2017, elle demeurerait néanmoins l'une des plus importantes du budget. De plus, les dépenses réelles pour ce domaine pourraient être plus élevées que le montant budgétisé si le montant de financement reçu était plus élevé que prévu.

83. Le fonds proposé de contributions volontaires souples ne serait pas une nouvelle source séparée de financement. Il s'agirait d'un mécanisme qui permettrait aux États Membres de fournir des contributions volontaires n'étant pas affectées à un but spécifique, semblables aux contributions volontaires de base de l'OMS. Le fonds serait géré de la même manière que tous les autres fonds souples reçus.

84. La Catégorie 6 avait été réduite de \$11,7 millions par rapport à la proposition soumise au Sous-comité et de \$12,4 millions par rapport à l'enveloppe budgétaire 2016-2017. Ces réductions étaient le résultat du déplacement de certaines dépenses à l'extérieur du programme et budget et d'économies imputables aux efficacités accrues se rapportant en particulier à la mise en œuvre du PMIS, mais aussi aux réductions dans les coûts de déplacements et autres dépenses. Sur les fonds retirés à la Catégorie 6, \$5,5 millions avaient été réaffectés à la Catégorie 1 pour les maladies vectorielles et la résistance aux antimicrobiens, \$1 million avait été déplacé à la Catégorie 2 pour les maladies non transmissibles et les facteurs de risque, \$0,5 million avait été transféré à la Catégorie 3 pour la santé de la mère, de l'enfant et de l'adolescent et la santé sexuelle et reproductive, \$2 millions transférés à la Catégorie 4 pour les systèmes et les services de santé et \$2,7 millions transférés à la Catégorie 5 pour les activités liées aux urgences en santé et au Règlement sanitaire international (2005).

85. La Directrice adjointe a indiqué qu'un dialogue avec les partenaires de financement était prévu pour la fin de 2017. Le Bureau informerait les États Membres dès que la date serait fixée.

86. La Directrice a dit qu'elle était reconnaissante aux États Membres d'aider le Bureau à identifier les priorités et établir un projet de programme et budget pour le prochain exercice biennal. Il fallait se rappeler toutefois que les montants indiqués dans la proposition représentaient « l'espace budgétaire », et non de l'argent réel et que le financement pouvait être déplacé quand l'argent devenait disponible. Elle aussi était préoccupée par la Catégorie 3. Cependant, comme M. Chambliss l'avait noté, cette catégorie avait été considérablement surchiffrée dans le passé. Les chiffres indiqués dans la proposition pour 2017-2018 représentaient une tentative de réduire le budget à un niveau plus réaliste. Le Bureau s'efforçait néanmoins d'assurer que des ressources appropriées étaient disponibles pour les domaines qui étaient considérés des priorités particulièrement élevées. Par exemple, il avait été décidé de rendre un professionnel de catégorie P4 disponible dans chacun des 10 pays accusant la mortalité maternelle la plus élevée.

87. Le Comité a adopté la résolution CE160.R8, recommandant que la 29^e Conférence sanitaire panaméricaine approuve le projet de programme et budget et la résolution CE160.R9, établissant les contributions fixées des États Membres, des États participants et des Membres associés de l'OPS conformément au barème provisoire des contributions fixées approuvé par l'Organisation des États Américains pour 2018 (voir paragraphes 88 à 93 ci-dessous).

Nouveau barème des contributions fixées (documents CE160/13, Rev. 1 et Add. I, Rev. 1)

88. M. Dean Chambliss (Directeur du Département de la planification et budget du BSP) a présenté ce point, notant qu'une récente décision prise par l'Organisation des États Américains (OEA) avait eu pour résultat des révisions au nouveau barème proposé des contributions fixées, qui avait été incorporé à une version révisée du document de travail sur ce point (document CE160/13, Rev. 1). Il a noté que le barème actuel des contributions

de l'OEA couvrait la période 2016-2017. Le Secrétariat de l'OEA avait soumis un nouveau barème pour la période 2018-2020 au Comité de l'OEA pour les affaires administratives et budgétaires le 29 mars 2017, mais il n'avait pas été approuvé. Au contraire, le Comité avait été prié de réduire le taux de contribution maximum (59,47%, payé par les États-Unis) et de présenter des scénarios d'application, tenant compte de la capacité à payer des États Membres. Un groupe de travail avait été établi pour évaluer plusieurs options pour le barème des contributions et les scénarios d'application. Les recommandations du groupe de travail seraient présentées à la session spéciale de l'Assemblée générale de l'OEA en octobre 2017.

89. Parallèlement, l'OEA avait décidé d'adopter un barème temporaire à n'être appliqué qu'en 2018. Il avait par conséquent été proposé que la Conférence sanitaire panaméricaine adopte également le barème temporaire pour 2018. Après son adoption par l'OEA pour 2018-2020, le nouveau barème serait présenté au Sous-comité du programme, du budget et de l'administration en mars 2018.

90. Parlant en qualité de Président du groupe de travail de l'OEA pour les affaires administratives et budgétaires chargé de réviser le barème des contributions, le délégué du Mexique a clarifié que le nouveau barème pour 2018-2020 avait en fait été adopté. Toutefois une résolution avait été adoptée³ recommandant la révision du système actuel du barème, dans le but de réduire progressivement le pourcentage payé par le plus gros contributeur sur une période de cinq ans ; dans le même temps, les contributions des contributeurs les plus faibles seraient examinées afin d'équilibrer le barème. Une règle prévoyant que le pourcentage de contribution de chaque État Membre ne pouvait augmenter ou diminuer de plus de 25% d'une année à l'autre, serait également revue. Le barème à appliquer en 2018 serait donc un barème temporaire, le barème définitif pour le restant de la période 2018-2020 devant être adopté en octobre 2017.

91. D'autres délégués ont souligné la nature temporaire du barème 2018 des contributions fixées et ont noté que leurs gouvernements suivaient attentivement les consultations en cours sur le nouveau barème au sein de l'OEA. Ils ont souligné que la réduction de la contribution fixée du plus grand contributeur ne devrait pas être compensée par une augmentation proportionnée des contributions des contributeurs des plus faibles, ce qui créerait des difficultés économiques pour ces pays et entraverait leur capacité de s'acquitter de leurs obligations financières envers l'Organisation et d'y participer sur un pied d'égalité avec les autres pays. Ils ont également noté qu'alors que le secteur de la santé n'était pas directement impliqué dans les négociations sur le nouveau barème, les budgets du secteur de la santé pourraient être négativement affectés par le résultat de ces discussions.

92. La Directrice a affirmé qu'alors que le Bureau ne souhaitait certainement pas créer des difficultés économiques pour les États Membres, l'OPS était obligée d'adopter et d'appliquer le barème des contributions de l'OEA.

³ AG/RES. 2911 (XLVII-O/17).

93. Le Comité a adopté la résolution CE160.R7, recommandant que la Conférence sanitaire panaméricaine approuve le barème temporaire proposé des contributions fixées pour 2018.

Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques 2018-2030 (documents CE160/14, Rev. 1 et Add. I)

94. Le Dr Lucrecia Hernández Mack (Représentante du Sous-comité du programme, du budget et de l'administration) a informé que le Sous-comité avait écouté une présentation sur l'élaboration du Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques pour la période 2018-2030, qui remplacerait le programme actuel d'action sanitaire pour les Amériques pour la période 2008-2017. Le Sous-comité avait été informé que le programme était établi par un groupe de travail composé de représentants de 16 pays et présidé par l'Équateur.

95. Le Sous-comité a exprimé son soutien à l'ébauche proposée du programme. Il avait été jugé important que le programme mette l'accent sur les déterminants sociaux et environnementaux de la santé et le renforcement des systèmes de santé. Dans le même temps, il avait été noté que l'axe principal du programme devrait porter sur l'amélioration de la santé des personnes et non sur le renforcement des structures ou des systèmes. L'approche proposée fondée sur les droits fondamentaux avait été bien accueillie, mais le groupe de travail avait été exhorté à assurer que le langage du programme était cohérent avec le langage convenu précédemment concernant les divers droits. Les efforts pour aligner le nouveau programme d'action sanitaire sur le Programme pour le développement durable à l'horizon 2030 avaient également été accueillis favorablement.

96. Dr. María Verónica Espinosa Serrano (Équateur, Présidente du groupe de travail des pays) a résumé le contenu du projet de Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques pour la période 2018-2030 et a décrit le processus de son élaboration, notant que le groupe de travail des pays s'était réuni en Équateur après la session de mars du Sous-comité et avait ensuite envoyé un projet du programme à tous les États Membres pour commentaires. Une présentation du programme avait également été faite en marge de la Soixante-Dixième Assemblée mondiale de la Santé en mai 2017. Le groupe de travail des pays se composait de 16 États Membres représentant toutes les sous-régions des Amériques. Il avait tenu deux réunions traditionnelles et six réunions virtuelles jusqu'à présent et tiendrait une réunion en face à face en juillet pour incorporer les recommandations reçues du Comité exécutif et d'autres consultations avec les États Membres. Le programme serait alors soumis à la 29^e Conférence sanitaire panaméricaine pour son approbation.

97. L'intention du programme était un appel à l'action collective pour atteindre le meilleur état de santé et de bien-être dans la Région. Il reflétait la réponse du secteur de la santé aux engagements assumés par les États Membres dans le programme pour le développement durable à l'horizon 2030, ainsi que le programme inachevé des objectifs du Millénaire pour le développement et le Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017. En formulant des cibles pour la réalisation des ODD dans les Amériques, le

groupe avait pris en compte le contexte régional, les contributions reçues des programmes techniques du BSP et l'information disponible dans les documents directifs et les stratégies et plans d'action régionaux. Il avait également tenu compte de l'évaluation à moyen terme du programme actuel d'action sanitaire pour les Amériques. Le programme fixait 11 objectifs et plus de 150 cibles qui aideraient à guider les stratégies et les interventions sanitaires dans les pays de la Région sur les 13 prochaines années. Il serait mis en œuvre par le biais des stratégies et plans de l'OPS et de plans adoptés aux niveaux infrarégional et national. Les mécanismes existants de suivi et d'évaluation seraient utilisés dans la mesure du possible pour éviter la duplication des efforts et alléger la charge des rapports sur les États Membres.

98. Elle a remercié les membres du groupe de travail des pays et tous les pays qui avaient fourni des contributions au travail du groupe sur le programme, ce qui démontrait l'engagement des gouvernements de la Région à transformer les déclarations de politique en actions concrètes et en résultats pour les populations des Amériques.

99. Le Comité exécutif a loué le travail du groupe de travail des pays et exprimé sa gratitude à son Président, l'Équateur, et ses deux vice-présidents, la Barbade et le Panama. Le Comité a également remercié le Bureau pour son appui au groupe de travail. Le processus participatif d'élaboration du programme était vu comme un excellent exemple de coopération et de panaméricanisme. Les délégués ont convenu que le programme sera un instrument stratégique qui offrirait des orientations et une vision politique pour le développement de la santé dans la Région pour les 13 prochaines années et qu'il devra guider la formulation des plans stratégiques de l'OPS et l'élaboration de plans aux niveaux infrarégional et national.

100. Les délégués ont accueilli favorablement l'alignement du programme sur le Programme de développement durable à l'horizon 2030 et le Plan stratégique de l'OPS. L'incorporation des enseignements tirés de la mise en œuvre du Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017 et du travail entrepris pour réaliser les objectifs du Millénaire pour le développement a également été bien accueillie. Les délégués ont applaudi l'accent mis par le programme sur la coordination intersectorielle et son appel pour une approche pangouvernementale et de toute la société concernant l'exécution du programme. Ils ont également exprimé leur appui à l'objectif 6 (renforcement des systèmes d'information pour la santé pour appuyer le développement de politiques et de décisions reposant sur des bases factuelles).

101. Plusieurs préoccupations ont été soulevées concernant les objectifs et les cibles proposés du programme. Un délégué était d'avis que l'inclusion de cibles spécifiques pourrait diminuer l'efficacité du programme comme un appel politique à l'action, du fait qu'il se pourrait que les cibles soient modifiées dans le temps. Une autre déléguée a noté toutefois qu'il s'avèrerait extrêmement difficile de mener l'évaluation à moyen terme du programme actuel d'action sanitaire pour les Amériques parce qu'il ne comportaient pas de cibles spécifiques par rapport auxquelles les progrès pouvaient être mesurés. Une troisième déléguée a demandé que le groupe de travail des pays donne des informations sur la méthode qu'il avait utilisée pour établir les cibles du programme, dont certaines étaient

considérablement plus ambitieuses que les cibles correspondantes des ODD, reflétant le fait que la Région était plus avancée dans certains domaines que d'autres régions du monde.

102. Il a été noté qu'alors que des instruments existants de l'OPS spécifiaient en général un certain nombre de pays qui pourrait atteindre les cibles, le programme invitait tous les pays à atteindre toutes les cibles, ce qui pourrait s'avérer problématique pour certains d'entre eux. Pour faciliter l'acceptation du programme, il a été suggéré que l'énoncé de sa vision précise clairement qu'il avait pour but d'être un document d'orientation visionnaire ambitieux. Il a également été suggéré que la cible 2.1 comporte une référence spécifique à l'accès aux contraceptifs, ainsi qu'à l'information et aux services de santé sexuelle et génésique, et on a encouragé le Bureau à assurer que les rapports sur le programme comprendraient une évaluation de l'accès à ces services, qui seraient essentiels pour réduire le taux régional de mortalité maternelle.

103. Deux délégués ont estimé que du fait que le programme serait adopté au moyen d'une résolution à la Conférence sanitaire panaméricaine, il ne serait pas nécessaire que les autorités sanitaires signent une déclaration d'engagement à une cérémonie séparée de signature comme celle tenue pour lancer le programme actuel d'action sanitaire pour les Amériques. Ils ont rappelé que le dernier document avait été préfacé par une déclaration d'intention et non une déclaration d'engagement, et ont suggéré que la même approche soit suivie pour le Programme d'action sanitaire durable.

104. Le Dr Espinosa Serrano a souligné que grâce à la large participation des États Membres à la formulation du programme, il reflétait la voix de tous. Le groupe de travail des pays avait pris soin d'écouter les perspectives de tous les pays et de rédiger le programme de telle manière qu'il accorde l'attention voulue aux objectifs partagés et aux problèmes d'importance particulière pour les pays individuels. L'une des principales préoccupations du groupe de travail avait été d'assurer que le programme serait un outil utile qui faciliterait le travail aux niveaux infrarégional et national.

105. Le groupe de travail des pays avait tenu de nombreux débats sur l'inclusion ou non de cibles mesurables et avait conclu que ces cibles étaient essentielles afin de mesurer les progrès et de déterminer si la mise en œuvre des politiques sanitaires produisait les résultats voulus. De plus, la mesure des résultats s'était avérée être le seul véritable moyen de mesurer l'engagement des pays envers les priorités qu'ils avaient établies. Elle convenait qu'il était important pour tous les États Membres de comprendre comment les cibles avaient été conçues et s'engageait à ce que l'information sur les méthodes techniques appliquées soit accessible. À cet égard, elle croyait qu'il était important que le programme soit accompagné d'une déclaration d'engagement plutôt que d'une simple déclaration d'intention. Si les intentions étaient de donner lieu à des résultats concrets, elles devaient être étayées par un engagement politique ferme à la prise d'actions collectives pour le bien commun.

106. La Directrice a affirmé que l'évaluation à moyen terme du programme actuel d'action sanitaire pour les Amériques avait été difficile du fait qu'il n'avait pas de cibles et

de références. L'évaluation avait également révélé que bien que l'intention ait été que le Programme d'action sanitaire serve de vision devant guider le travail aux niveaux régional, infrarégional et national, cela ne s'était pas produit. Le Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques deviendrait un mandat de l'OPS une fois qu'il serait approuvé par la Conférence sanitaire panaméricaine : le Bureau le traiterait comme tel et serait pleinement engagé à sa mise en œuvre. Elle n'était pas sûre, toutefois, que l'engagement régional soit suffisant pour assurer l'engagement nécessaire aux niveaux national et infrarégional. Les États Membres pourraient se poser la question et considérer s'il fallait ou non organiser une cérémonie de signature séparée.

107. La résolution proposée contenue dans le document CE160/14, Add. I, était amendée pour tenir compte des avis exprimés au cours de la discussion et adoptée comme résolution CE160.R15, qui recommandait que la 29^e Conférence sanitaire panaméricaine approuve le nouveau Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques.

Politique en matière d'ethnicité et de santé (document CE160/15)

108. Le Dr Luis Andrés de Francisco Serpa (Directeur du Département de la famille, du genre et du cycle de vie du BSP) a présenté ce point, rappelant que depuis les années 1990, l'OPS avait approuvé les axes stratégiques et appuyé les interventions impliquant une approche interculturelle de la santé des populations autochtones de la Région. La politique proposée dans le document CE160/15 reconnaissait la nécessité d'élargir les efforts de l'Organisation pour répondre aux besoins d'autres groupes ethniques. Des consultations nationales et régionales sur le document d'orientation avaient été tenues avec les représentants de ministères nationaux de la Santé et des organisations de populations autochtones, d'ascendance africaine et roms. L'un des plus grands défis pour atteindre un consensus sur le document avait été le grand nombre de parties prenantes consultées.

109. La politique proposée reconnaissait que les pays différaient en ce qui concernait leur composition ethnique et avaient des normes différentes concernant l'identification des groupes ethniques. Elle avait été développée dans le cadre de consensus et d'initiatives majeurs au niveau mondial qui reconnaissaient le besoin d'assurer le respect des droits individuels et, le cas échéant, collectifs, dont le droit à la possession du meilleur était de santé possible, ainsi que de réorienter les systèmes de santé à travers une approche interculturelle. La Région disposait d'une variété de modèles interculturels de soins de santé primaires qui pouvaient servir de référence.

110. La politique était inscrite dans le Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017, qui reconnaissait que la Région était diverse et que sa population avait différents besoins qui appelaient des approches socioculturelles différenciées pour améliorer la santé. Elle répondait également à l'engagement pris dans le cadre du Programme pour le développement durable à l'horizon 2030 pour assurer que personne ne soit laissé pour compte dans les efforts pour réaliser le développement durable. Cet engagement était conforme aux engagements régionaux reflétés dans la Stratégie pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle et le Plan d'action sur la

santé dans toutes les politiques.⁴ Les instruments internationaux pertinents approuvés par les États Membres étaient également pris en compte.

111. Le BSP proposait de fournir la coopération technique aux États Membres pour la mise en œuvre des cinq axes stratégiques prioritaires décrites dans le document CE160/15. La coopération technique apporterait son aide aux pays pour renforcer la capacité des systèmes de santé à aborder l'ethnicité comme un déterminant social de la santé. Afin de faciliter la compréhension de la question complexe de l'ethnicité et la santé, le document contenait un glossaire des termes clés.

112. Le Comité exécutif a noté la pertinence du document d'orientation, reconnaissant l'importance de l'association entre ethnicité et santé et les inégalités en santé, en particulier à la lumière des populations très diverses dans de nombreux pays de la Région. Les délégués ont décrit les efforts nationaux et infranationaux et les réalisations dans ce domaine. Un délégué a applaudi l'inclusion spécifique des populations roms dans le document, notant qu'il s'agissait d'un groupe vulnérable rarement mentionné dans les forums internationaux. Il y avait un large consensus sur le besoin d'aborder les déterminants sociaux de la santé et de réorienter les services de santé à travers une approche interculturelle mettant l'accent sur le respect des droits individuels et collectifs. De nombreux délégués ont reconnu la discrimination subie par les populations autochtones, d'ascendance africaine, roms et membres d'autres groupes ethniques, situant le problème directement dans l'approche des droits de l'homme inscrite dans une vaste série de conventions et d'initiatives internationales. Plusieurs délégués ont également cité le besoin d'une approche transversale, de données plus nombreuses et de meilleure qualité et le renforcement institutionnel.

113. Alors que le soutien pour la politique était général, le Comité estimait que le document pourrait bénéficier d'un travail supplémentaire. Plusieurs délégués ont exprimé l'opinion que la médecine traditionnelle devrait être considérée comme faisant partie du système de santé plus vaste et que des liens devaient être établis entre les systèmes de santé institutionnels et autochtones. Plusieurs délégués ont souligné que le respect pour les pratiques de santé et les visions du monde de la part des groupes autochtones devrait être instillé dans la formation des agents de santé.

114. Plusieurs délégués ont recommandé l'inclusion d'un plus grand nombre d'expériences nationales dans le document d'orientation et l'alignement de la politique sur la stratégie de médecine traditionnelle de l'OMS 2014-2023. À cet égard, une déléguée a noté que la stratégie de l'OMS ne faisait pas référence à la connaissance ancestrale et n'indiquait pas la médecine traditionnelle et complémentaire comme base pour une politique nationale. La même déléguée a suggéré de supprimer les références à des groupes ethniques particuliers dans la politique, utilisant plutôt le terme générique de « groupes ethniques ». À ses yeux, l'amalgame entre populations autochtones, d'ascendance africaine et roms n'était pas approprié parce que ces populations avaient des besoins différents et affrontaient des problèmes différents. De plus, des différences profondes

⁴ Voir documents [CD53/5, Rev. 2](#) (2014) et [CD53/10, Rev.1](#) (2014).

existaient au sein des groupes et, selon le contexte national ou historique, certains groupes pouvaient ne pas se considérer comme appartenant à une catégorie vulnérable confrontée à la discrimination et à l'exclusion. D'autres délégués étaient en désaccord sur ce point de vue et estimaient que les groupes spécifiques devaient être nommés, précisément parce qu'ils avaient des histoires différentes et faisaient face à de défis différents.

115. Dans la discussion concernant la résolution proposée sur ce point (contenue dans le document CE160/15), plusieurs délégués ont proposé que le Comité exécutif recommande que la 29^e Conférence sanitaire panaméricaine « appuie » plutôt qu'elle « adopte » la politique. Une déléguée a noté des incohérences dans l'usage de ces termes dans les résolutions de l'OPS et a suggéré que la terminologie soit clarifiée.

116. Mme Piedad Huerta (Conseillère principale du Bureau des Organes directeurs du BSP) a expliqué qu'à l'exception de certains cas exceptionnels, la pratique de l'OPS était « d'adopter » une politique ou une stratégie mais « d'approuver » un plan d'action ou une stratégie et un plan d'action combinés. Elle a ajouté que le Bureau des Organes directeurs pourrait produire un glossaire ou un guide terminologique à une date ultérieure pour aider les délégués dans les discussions futures.

117. Le Dr. de Francisco Serpa a expliqué que les consultations nationales avaient révélé des parallèles en termes d'inégalités et d'inclusion parmi les populations autochtones, d'ascendance africaine et roms. Il a convenu de l'importance de considérer les visions du monde différentes des divers groupes et a noté qu'elles avaient été prises en compte dans la politique.

118. La Directrice était heureuse de voir que les États Membres reconnaissaient la centralité de l'ethnicité pour réaliser l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle, la réalisation des ODD et assurer que nul ne soit laissé pour compte. Quand la résolution sur l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle avait été adoptée, il avait été clair qu'il était essentiel d'atteindre les personnes qui n'avaient jusque là pas été atteintes. Une partie du problème était que de nombreux groupes ethniques étaient essentiellement invisibles dans les sociétés et les cultures dominantes, et les normes culturelles devaient par conséquent considérer si ces sociétés devaient être atteintes. L'incapacité des agents de santé de communiquer avec les patients dans leur langue était un obstacle, tout comme un manque de compréhension des perceptions de la santé des populations ethniques et de la façon dont les problèmes de santé étaient abordés à travers la médecine traditionnelle et complémentaire.

119. En conformité avec l'accent mis par l'OPS sur une approche centrée sur la personne, il était essentiel d'identifier leurs questions et problèmes et de formuler des solutions, tenant compte de leurs normes culturelles. Il fallait en apprendre beaucoup plus sur le travail avec les populations autochtones dans la Région, et les expériences des États Membres à cet égard seraient des contributions appréciables.

120. Les systèmes d'information en santé étaient fondamentaux. Les naissances dans les populations ethniques n'étaient souvent pas enregistrées dans les systèmes de statistiques

d'état civil, et les personnes dont les naissances n'étaient pas enregistrées n'avaient pas accès aux avantages des citoyens. De plus, les membres des groupes ethniques n'étaient souvent pas comptés dans les recensements, parfois parce qu'ils hésitaient à faire état de leur ethnicité par peur de la discrimination. Il était essentiel de ventiler l'information sur l'ethnicité dans les systèmes d'information en santé pour offrir une meilleure compréhension de la situation des populations ethniques. Ces populations ne pouvaient pas être traitées comme un seul grand groupe ; leur différenciation était essentielle pour comprendre les problèmes particuliers de chaque groupe et formuler des solutions appropriées. Les populations de minorité ethnique, où l'inégalité était brutalement évidente, étaient celles les moins performantes en termes de variables économiques et sociaux. Si les ODD et la couverture de la santé universelle devaient être réalisés, ces groupes nécessiteraient une attention particulière.

121. Un groupe de travail était formé pour réviser le langage du document et de la résolution proposée et incorporer les divers amendements proposés au cours de la discussion. Le Comité exécutif a adopté la résolution telle que révisée par le groupe de travail (résolution CE160.R11), recommandant que la 29^e Conférence sanitaire panaméricaine adopte la politique sur l'ethnicité et la santé.

Plan d'action pour la pérennité de l'élimination de la rougeole, de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale dans les Amériques 2018-2023 (document CE160/16)

122. Le Dr Luis Andrés de Francisco Serpa (Directeur du Département de la famille, du genre et du cycle de vie du BSP) a présenté ce point, notant que le plan d'action contenait une feuille de route détaillée avec des axes stratégiques d'intervention, des objectifs et des indicateurs qui aideraient à prévenir la réintroduction des virus de la rougeole et de la rubéole dans tout les pays de la Région. Les Amériques avaient été la seule région de l'OMS à être déclarée exempte de rubéole (en 2015) et de rougeole (en 2016). Néanmoins, maintenir la Région exempte de ces maladies resterait un défi pour les années à venir car les pays faisaient face à un risque continu de cas importés.

123. Au titre du plan d'action mondial de la vaccination, toutes les six régions de l'Organisation mondiale de la Santé s'étaient engagées à éliminer la rougeole pour 2020 et deux régions s'étaient engagées à éliminer la rubéole pour la même date. Les progrès avaient été lents toutefois. Aucune des cibles établies pour 2015 n'avait été atteinte, sauf dans les Amériques. L'examen à mi-parcours du plan stratégique mondial de la rougeole et la rubéole de l'OMS 2012-2020 avait recommandé une évaluation en 2020 pour savoir si une cible mondiale pouvait être établie pour l'éradication de ces deux maladies, mais elle ne pouvait pas avoir lieu si les cinq autres régions ne réalisaient pas les objectifs d'élimination régionaux.

124. Le plan d'action qui avait été discuté largement dans des groupes de travail avec les autorités nationales chargées de la lutte contre la rougeole et la rubéole dans les États Membres proposait quatre axes d'intervention avec leurs objectifs et indicateurs respectifs, qui étaient décrits dans le document CE160/16. Le Bureau appuierait les pays dans leurs efforts dans ces quatre domaines.

125. Le Comité exécutif a accueilli favorablement le plan d'action, notant qu'il était bien aligné sur la politique existante sur la question. Il y avait consensus sur l'urgence de maintenir l'élimination face à l'importation éventuelle de cas. Les délégués ont félicité le BSP pour son leadership mondial dans la campagne d'élimination, citant le rôle essentiel du Programme élargi de vaccination et du Fonds renouvelable de l'OPS à cet égard. Ils ont souligné l'importance des quatre piliers du plan, mettant en relief en particulier le besoin d'une surveillance épidémiologique et d'une couverture vaccinale soutenues. Plusieurs ont exprimé des préoccupations à propos de l'influence du mouvement anti-vaccination et ont recommandé des campagnes de communication et d'éducation pour combattre les hésitations en matière de vaccination, une déléguée notant que les individus avaient oublié le mal que la rougeole et la rubéole pouvaient causer. Une autre déléguée a exprimé son appréciation pour la flexibilité du langage inclus dans la résolution proposée sur ce point (contenu dans le document CE160/16), qui faciliterait la mise en œuvre dans les États fédérés et a demandé qu'un langage semblable soit utilisé dans le plan d'action.

126. Les délégués appréciaient l'engagement du BSP envers une réponse rapide aux flambées et ont affirmé que ce dévouement avait permis de maintenir l'élimination de la rougeole et de la rubéole dans les Amériques. Il y avait des opinions divergentes sur la faisabilité d'établir une date pour l'éradication mondiale de la rougeole et de la rubéole, un délégué estimant que cette tentative était prématurée étant donné le manque de progrès dans les cinq autres régions de l'OMS. Une mise à jour sur le résultat d'une réunion récente du groupe de travail de l'OMS sur la rougeole et la rubéole tenue en juin 2017, a été demandée.

127. Le Dr de Francisco Serpa a remercié les États Membres pour leur appui au plan d'action et leur reconnaissance du fait que l'élimination de la rougeole et la rubéole était un effort régional, observant que le maintien de l'élimination exigerait un effort énorme, étant donné le manque de progrès dans les autres régions de l'OMS. La Région des Amériques avait servi de leader pour les autres régions et s'était engagée à poursuivre ce rôle.

128. Le Dr Cuauhtémoc Ruiz-Matus (Chef de l'Unité de vaccination intégrale de la famille du BSP) a informé que les discussions lors de la récente réunion de l'OMS avaient porté sur la possibilité ou non d'établir une date cible pour l'éradication de la rougeole. Il avait été noté dans le rapport du plan d'action mondial de la vaccination présenté à l'occasion de la Soixante-Dixième Assemblée mondiale de la Santé que des six régions de l'OMS, la seule qui avait atteint la cible d'élimination était la Région des Amériques. Le groupe de travail avait fait un appel à tous les pays et toutes les régions pour intensifier les efforts afin de respecter l'engagement concernant l'élimination et ensuite l'éradication. Aucune date cible n'avait été fixée pour cette dernière. En 2020, les données factuelles seraient examinées pour voir s'il serait possible de fixer une date.

129. La Directrice a indiqué que les États Membres avaient démontré leur engagement concernant l'élimination de la rougeole et de la rubéole, comme en témoignaient les ressources financières et humaines et le temps consacrés à atteindre cette étape importante. Le défi maintenant consistait à maintenir l'élimination. Alors qu'il y avait des risques provenant de l'extérieur de la Région, il y avait également des défis intérieurs. L'hésitation

par rapport à la vaccination était l'un de ces défis, mais les récentes diminutions de la couverture du vaccin contre la rougeole, les oreillons et la rubéole étaient un défi encore plus important. La variation considérable de la couverture entre municipalités avait pour résultat un nombre élevé de personnes susceptibles capables de maintenir la transmission de la rougeole. Pour conserver l'élimination, les États Membres devraient s'engager à maintenir des taux élevés de vaccination au niveau national.

130. Le Comité a adopté la résolution CE160.R2, recommandant que la 29^e Conférence sanitaire panaméricaine approuve le plan d'action.

Plan d'action pour le renforcement des statistiques de l'état civil 2017-2022 (document CE160/17, Rev. 2)

131. Le Dr Marcos Espinal (Directeur du Département des maladies transmissibles et de l'analyse en santé du BSP) a présenté le plan d'action proposé, notant que l'inscription à l'état civil était un droit humain reconnu et la base de l'établissement d'une identité formelle pour chaque personne individuelle. Il a noté qu'environ 400 000 décès dans la Région n'étaient pas enregistrés chaque année. Le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) avait estimé que près de 3,2 millions d'enfants de moins de cinq ans n'étaient pas enregistrés. Il était probable qu'ils appartenaient aux populations les plus vulnérables de la Région et qui avaient le plus besoin d'accès aux services de santé.

132. La Région avait fait de grandes avancées sur la voie de la réalisation des objectifs du Plan régional pour le renforcement des statistiques de l'état civil et sanitaires 2008-2013. Le plan d'action proposé s'appuyait sur ces réalisations antérieures et établissait des objectifs pour que les Amériques progressent sur la voie de l'enregistrement universel des naissances et des décès. Il incluait cinq axes stratégiques avec des cibles et des engagements pour la période 2017-2023. Ces axes stratégiques complèteraient les initiatives mondiales, telles que l'initiative de l'OMS/Banque mondiale *Global Civil Registration and Vital Statistics: A Scaling Up Investment Plan 2016-2024*. Conformément aux divers engagements régionaux et mondiaux, tels que le Programme pour le développement durable à l'horizon 2030 et ses ODD, le plan d'action proposé établissait des cibles pour promouvoir l'élaboration d'informations et d'analyse nationale et infranationale ventilées. Le plan complétait également l'initiative des indicateurs de base de l'OPS qui rassemblait des données des États Membres depuis 20 ans.

133. Le Comité exécutif reconnaissait l'importance des statistiques de l'état civil pour les décisions, la planification et la réalisation des programmes de santé publique. Toutefois, alors que certains délégués exprimaient leur soutien au plan d'action proposé comme moyen de soutenir les systèmes de statistiques de l'état civil et de leur accorder un rang prioritaire dans les programmes des gouvernements, d'autres estimaient que le plan était trop restreint et qu'il devrait également viser à améliorer d'autres aspects des systèmes d'information en santé. Un délégué a noté que le plan proposé n'était pas fondé sur un consensus entre pays, et plusieurs autres ont remarqué qu'il différait d'une version initiale circulée précédemment dans l'année qui abordait intégralement la question des statistiques

de l'état civil et sanitaires. Un autre délégué a noté que même si le plan d'action avait pour but de s'appuyer sur le plan antérieur et d'assurer sa continuité, l'impact de ce plan n'avait pas été évalué. D'autres délégués ont souligné que d'autres sous-systèmes d'information en santé avaient également besoin d'être renforcés et que l'approche réductrice du plan d'action proposé ne répondait pas à la résolution proposée (contenue dans le document CE160/17, Rev. 2), dont le champ était plus large. Certains estimaient également que l'adoption du plan tel que proposé dans le document CE160/17, Rev.2 serait un pas en arrière et pourrait remettre en cause certains des gains accomplis concernant le renforcement des systèmes d'information en santé.

134. Toutefois, un délégué n'était pas d'accord et a déclaré que le ciblage des statistiques de l'état civil dans le cadre de la question plus vaste des systèmes d'information en santé serait plus susceptible de produire des résultats sur le court terme. Il a souligné le besoin de statistiques viables précises pour informer les décisions et les politiques sur une série de problèmes sanitaires. Partageant son opinion, une déléguée a souligné que l'action pour aborder les faiblesses durables des systèmes de statistiques de l'état civil ne devait pas être retardée.

135. Il y avait consensus sur le besoin d'une plus grande interopérabilité des statistiques de l'état civil et des systèmes d'information en santé, de la normalisation des données, de systèmes électroniques d'information et de l'usage de la technologie telle que les identifiants personnels uniques, d'un plus grand partage des expériences et des bonnes pratiques et d'une meilleure formation dans le codage des décès. Il a été noté qu'il fallait clarifier certains indicateurs dans le plan, par exemple dans le cas de l'indicateur 1.4.2 (nombre d'États Membres qui mettent en œuvre un système d'analyse des décès néonataux), il n'apparaissait pas clairement ce qui devait être mesuré, et dans le cas de l'indicateur 4.1.1 (nombre d'États Membres qui identifient des pratiques efficaces à disséminer dans la Région), il n'apparaissait pas clairement qui serait responsable de l'identification et de la dissémination des pratiques réussies.

136. Notant que l'OPS avait une longue histoire de suivi et de renforcement de l'information en santé dans la Région, le Dr Espinal, a indiqué que le lien entre le plan d'action et d'autres initiatives de l'OPS devrait être spécifié plus clairement dans le document. Il veillerait à ce qu'il soit remédié à ces lacunes dans le document révisé à soumettre à la Conférence sanitaire panaméricaine. Il a expliqué que le plan était centré sur les statistiques de l'état civil parce que dans de nombreux États Membres ces statistiques ne dépendaient pas du ministère de la Santé mais d'autres agences. L'idée était de les présenter aux ministères de la Santé sans toutefois que l'effort pour renforcer les statistiques de l'état civil ne détournent des efforts visant d'autres initiatives parallèles. Par exemple, le but des systèmes d'information pour l'initiative de la santé présentée aux États Membres des Caraïbes anglophones était de travailler avec les pays pour rendre tous leurs systèmes d'information interopérables et interconnectés car le problème principal dans de nombreux pays était l'existence de bases de données multiples dans différents systèmes qui n'étaient pas liées les unes aux autres. L'initiative serait également présentée aux États Membres mésoaméricains à une réunion qui se tiendrait à la fin août.

137. Le renforcement des systèmes d'information en santé était un mandat de l'OPS et le Bureau travaillait avec les États Membres dans ce domaine à travers l'initiative des indicateurs de base, le Plan stratégique 2014-2019, qui avait un indicateur spécifique pour renforcer les systèmes d'information en santé, et le programme spécial de l'Organisation sur le développement durable et l'équité en santé. Le Bureau serait guidé par le Comité exécutif, mais si le plan d'action était élargi pour aborder les systèmes d'information en santé de manière exhaustive, les efforts pour renforcer les statistiques de l'état civil pourraient être dilués.

138. La Directrice a affirmé que le besoin de renforcer les systèmes d'information en santé était évoqué chaque année depuis qu'elle avait commencé à participer aux sessions des Organes directeurs en 2003. Elle estimait que les États Membres continuaient à considérer ce sujet parce qu'il y avait des questions fondamentales à prendre en compte. L'une d'elles était l'enregistrement inadéquat des naissances et des décès. Le problème de l'enregistrement des naissances était particulièrement critique parce que si les naissances des individus n'étaient pas enregistrées, leur existence n'était pas officiellement reconnue et donc ils n'avaient pas accès aux soins de santé, à l'éducation et à d'autres déterminants de la santé.

139. Si les États Membres le souhaitaient, le Bureau préparerait un document plus complet sur les systèmes d'information en santé. Toutefois, ce document ne pourrait être prêt pour la 29^e Conférence sanitaire panaméricaine car il faudrait un temps considérable pour les consultations avec les États Membres. Il faudrait par conséquent reporter la présentation du document à 2018. Elle a suggéré que le Bureau révise le contenu du document CE160/17, Rev. 2, pour clarifier le lien entre le plan d'action proposé et la question plus vaste des systèmes d'information en santé. Dans le même temps, il pourrait entamer le processus de préparation d'un plan général complet pour les systèmes d'information en santé, qui serait considéré par les Organes directeurs en 2018.

140. Le Comité a décidé de réunir un groupe de travail pour discuter les prochaines étapes proposées. Le groupe de travail examinait et approuvait une proposition par le Bureau pour entreprendre des consultations avec les États Membres sur le plan d'action proposé pour le renforcement des statistiques de l'état civil dans le but de le présenter à la 29^e Conférence sanitaire panaméricaine en septembre 2017. Simultanément, le Bureau lancerait l'élaboration et des consultations sur une stratégie et un plan d'action sur les systèmes d'information en santé. Le Bureau proposait la feuille de route suivante pour les consultations avec les États Membres :

- juillet 2017 : consultations sous-régionales virtuelles sur le projet de plan d'action sur les statistiques de l'état civil pour obtenir une rétroaction sur un document mis à jour.
- août 2017 : consultation avec les États Membres des sous-régions méso-américaine et andine concernant le cadre des systèmes d'information en santé, à présenter aux Organes directeurs en 2018.

- septembre 2017 : présentation du plan d'action proposé sur les statistiques de l'état civil pour approbation par la 29^e Conférence sanitaire panaméricaine.
- février 2018 : consultation sur le cadre pour les systèmes d'information en santé avec les États Membres du bloc MERCOSUR.
- juin 2018 : présentation d'un projet de stratégie et de plan d'action sur les systèmes d'information en santé pour approbation par le Comité exécutif.
- septembre 2018 : présentation du projet de stratégie et de plan d'action au 56^e Conseil directeur.

141. Le Comité exécutif a adopté la décision CE160(3), convenant que des consultations régionales seraient convoquées conformément à la feuille de route proposée par le Bureau et approuvée par le groupe de travail, dans le but de présenter une version révisée du plan d'action sur les statistiques de l'état civil à la 29^e Conférence sanitaire panaméricaine en septembre 2017. Le Comité a également décidé qu'une stratégie et un plan d'action séparés pour les systèmes d'information en santé seraient préparés pour être soumis à la considération des Organes directeurs en 2018.

Stratégie en matière de ressources humaines pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle (document CE160/18)

142. Le Dr James Fitzgerald (Directeur du Département des systèmes et services de santé du BSP), a présenté la stratégie proposée, notant que même si les estimations différaient selon les méthodes appliquées, il y avait consensus sur le fait que la Région continuait à connaître des pénuries sévères de ressources humaines pour la santé. Les faibles taux de rétention dans les zones rurales et mal desservies, les taux élevés de mobilité et de migration du personnel, la spécialisation excessive des services de soins tertiaires et les conditions de travail précaires associées à une faible productivité, empêchaient les progrès dans l'expansion des services de santé, en particulier au premier niveau de soins.

143. La stratégie proposée identifiait une série d'axes stratégiques d'intervention interdépendants pour relever ces défis dans le contexte spécifique des Amériques. La stratégie, qui était alignée sur la stratégie mondiale de l'OMS sur les ressources humaines pour la santé à l'horizon 2030 et les recommandations de la Commission de haut niveau des Nations Unies sur l'emploi dans le secteur de la santé et la croissance économique, était le produit de nombreuses consultations tenues aux niveaux national, infrarégional et régional depuis 2015. Elle reconnaissait que la transition à la couverture sanitaire universelle exigeait une série de politiques, réglementations et interventions apparentées à la formation, l'emploi et les conditions de travail, à la mobilité des professionnels de la santé, à l'éducation et la pratique professionnelle et à la distribution du personnel.

144. La stratégie préconisait la mise en œuvre de politiques intersectorielles qui aborderaient les besoins futurs des systèmes et services de santé, avec la contribution des secteurs du travail et de l'éducation, ainsi que des secteurs sociaux et financiers. Elle exhortait les pays à renforcer la réglementation, la planification et la gestion des ressources humaines pour la santé afin d'améliorer la disponibilité, la rétention et la distribution des équipes interprofessionnelles, en particulier au premier niveau de soins. Elle soulignait l'importance des conditions de travail et d'autres facteurs qui affectaient la disponibilité du personnel et recommandait que les secteurs de la santé et de l'éducation travaillent main dans la main pour aborder la formation, l'accréditation et la performance des professionnels de la santé et pour assurer un dosage approprié de compétences.

145. Le Comité exécutif a exprimé son ferme soutien à la stratégie proposée, et de nombreux délégués ont souligné que leurs pays entreprenaient déjà des activités envisagées par les trois axes stratégiques. Les délégués étaient satisfaits du processus de consultation sur la stratégie et étaient heureux de constater que de nombreux résultats de ces discussions avaient été incorporés dans la proposition contenue dans le document CE160/18. Ils considéraient que la stratégie appuierait l'élaboration de politiques et de plans au niveau national et aiderait à remédier aux inégalités dans la disponibilité, la distribution et la qualité des ressources humaines. Les délégués ont reconnu que des investissements adéquats seraient requis à cette fin, mais ont remarqué que les ressources requises pour cet investissement pouvaient être mobilisées d'une variété de sources. L'accent mis par la stratégie sur la collaboration intersectorielle, en particulier entre les secteurs de la santé et de l'éducation, a été bien accueillie, et le besoin d'incorporer l'instruction en matière de nouvelles technologies de la santé dans la formation des professionnels de la santé a été souligné. Les délégués ont également applaudi la reconnaissance par la stratégie de l'impact de la migration du personnel de santé. Ils ont demandé des clarifications toutefois sur la signification de la réglementation de l'impact de la mobilité professionnelle dans l'axe stratégique d'intervention 2.

146. Les délégués ont reconnu le besoin d'incitations – incluant les incitations économiques et les opportunités de développement professionnel – pour attirer et retenir les agents de santé dans les zones rurales et mal desservies. L'importance d'une formation culturellement appropriée pour les professionnels de la santé servant dans ces zones a été mise en relief. Les délégués ont également appuyé l'accent de la stratégie mis sur la mise en place d'équipes interprofessionnelles au premier niveau de soins et sur l'élaboration de systèmes d'information pour identifier les lacunes en ressources humaines. Ils ont suggéré que ces systèmes devraient inclure des informations sur une vaste série d'agents de santé, dont, par exemple, les accoucheuses et les agents de santé communautaires. L'importance d'une information précise pour la planification et le développement du personnel fondée sur données factuelles a également été soulignée.

147. Le lien de la stratégie à la stratégie mondiale sur les ressources humaines pour la santé et le travail de la Commission de haut niveau des Nations Unies sur l'emploi dans le secteur de la santé et la croissance économique a été applaudi. On a remarqué que la soixante-dixième Assemblée mondiale de la Santé avait adopté le *Plan d'action*

*quinquennal pour l'emploi en santé et la croissance économique inclusive*⁵ et que la coordination de la mise en œuvre de la stratégie avec celle du plan d'action quinquennal aiderait à accélérer les progrès sur les ressources humaines dans la Région. Il a également été suggéré que la stratégie mentionne l'initiative de l'OMS visant à établir des comptes nationaux du personnel de santé, qui pourrait aider les États Membres lors de la planification, du suivi et de l'établissement de rapports concernant le personnel de santé. Le Bureau était encouragé à appuyer les efforts des États Membres en la matière.

148. Le Dr Fitzgerald a indiqué que le Bureau avait identifié deux facteurs critiques qui entravaient la réalisation de l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle : les facteurs économiques liés à l'affectation de ressources publiques pour la santé et le manque de ressources humaines pour la santé adéquatement qualifiées et distribuées. Il a rappelé que quand les États Membres avaient adopté la stratégie pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle, ils avaient reconnu le besoin d'augmenter progressivement les dépenses publiques pour la santé et avaient établi une valeur de référence de 6% du produit intérieur brut (PIB). Alors que certains pays avaient atteint ou dépassé cette valeur de référence et avaient été en mesure de corriger les iniquités dans l'accès aux services de santé, d'autres continuaient à avoir des difficultés pour atteindre les populations mal desservies. Les données factuelles disponibles indiquaient que l'augmentation de l'investissement privé ne répondrait pas aux besoins en santé pour ces groupes : il fallait un investissement public. L'accent mis sur l'investissement public constituait donc un des liens importants entre la stratégie proposée sur les ressources humaines et la stratégie pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle.

149. L'importance fondamentale d'une information fiable sur le personnel de santé avait été soulignée à de nombreuses reprises au cours des consultations tenues sur la stratégie. De nombreux pays travaillaient à l'élaboration de systèmes d'information nécessaires pour guider le développement stratégique des ressources humaines afin de répondre aux besoins des systèmes de santé, qui recommandaient également une coordination efficiente entre les secteurs de la santé et de l'éducation. Le Dr Fitzgerald convenait que les comptes nationaux du personnel de santé de l'OMS pouvaient être un outil utile pour la planification future des personnels de santé et notait que le Bureau avait récemment tenu une réunion dans le but d'adapter les indicateurs de comptes nationaux du personnel de santé de façon à aider les pays de la Région à progresser vers l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle.

150. La réglementation de la mobilité professionnelle comportaient trois aspects : la reconnaissance que la migration allait se produire et sa planification stratégique, tout en travaillant également sur des incitations pour encourager la rétention, la réglementation de l'accréditation des professionnels de la santé pour faciliter une migration plus structurée et organisée au sein des pays et entre les pays et la mise en œuvre de normes internationales pour la pratique professionnelle.

⁵ Voir résolution [WHA70.6](#) (2017).

151. La Directrice a affirmé que les objectifs de la stratégie pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle ne pouvaient pas être réalisés sans des changements stratégiques radicaux concernant les ressources humaines en santé. Il fallait examiner avec attention la formation des agents de santé, de même que le nombre et la combinaison des compétences requises. Dans ce but, comme noté, la coordination entre les secteurs de la santé et de l'éducation était fondamentale.

152. La distribution des agents de santé constituait une autre considération importante. Il fallait prêter attention aux conditions de travail, en particulier au premier niveau de soins, et il fallait faire des efforts pour rendre les emplois d'agents de santé plus attrayants dans les communautés rurales et éloignées. Il était également essentiel d'accroître la capacité des agents de santé du premier niveau à résoudre la majorité des problèmes rencontrés en matière de santé. Face aux changements épidémiologiques et démographiques, des compétences différentes seraient requises. Des psychologues, assistants sociaux et nutritionnistes, par exemple, devraient travailler avec le personnel médical et infirmier afin d'aider les populations à adopter des modes de vie sains. Il était clair que de bons systèmes d'information seraient requis pour la planification stratégique des personnels de santé.

153. La migration était un problème critique pour les pays des Caraïbes en particulier. La majorité du personnel infirmier formés dans ces pays finissaient par travailler en Amérique du Nord et en Europe. Le Code de pratique mondial de l'OMS sur le recrutement international du personnel de santé abordait la question dans une certaine mesure. Mais l'adhésion au Code était entièrement volontaire. La migration des personnels de santé était difficile à contrôler, à la fois pour les pays d'origine et les pays d'accueil, en particulier dans le cas d'États fédérés. L'Organisation continuerait à travailler avec les États Membres pour concevoir des moyens de traiter la migration et les pénuries concomitantes d'agents de santé.

154. Plusieurs amendements ont été suggérés à la résolution proposée sur ce point (contenue dans le document CE160/18) dans le but de faciliter sa mise en œuvre dans divers contextes nationaux. Le Comité a par la suite approuvé la résolution amendée CE160.R4, recommandant que la 29^e Conférence sanitaire panaméricaine adopte la stratégie.

Stratégie et plan d'action visant à renforcer la lutte antitabac dans la Région des Amériques 2018-2022 (document CE160/19)

155. Le Dr Anselm Hennis (Directeur du Département des maladies non transmissibles et de la santé mentale du BSP) a présenté la stratégie et le plan d'action proposés, notant que l'impact négatif de l'usage du tabac sur la santé publique était bien connu. Mondialement, le tabac tuait plus de 7 millions de personnes chaque année, dont 900 000 décès dans les Amériques dus à l'exposition à la fumée secondaire. Les décès par le tabac dans la Région représentaient 14% de tous les décès dus aux maladies non transmissibles. L'usage du tabac non seulement affectait la santé mais exerçait aussi un impact négatif substantiel sur la croissance économique, l'éducation et le développement social.

En Amérique latine, les coûts directs attribués au tabagisme avaient été estimés à \$34 milliards, soit près d'1% du PIB régional par an. Il y avait maintenant de nombreuses données factuelles démontrant une association directe entre pauvreté et usage du tabac, les groupes défavorisés étant les plus affectés.

156. Suite à l'entrée en vigueur de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac en 2005, il y avait maintenant une plus grande sensibilisation aux menaces que posait l'épidémie du tabagisme en termes de santé et de développement durable. Les cibles de réduction du tabagisme avaient été incluses dans de nombreuses déclarations et initiatives de haut niveau, dont la déclaration politique de 2007 de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles et le Programme pour le développement durable à l'horizon 2030. Bien que la Région des Amériques ait fait des progrès dans la réduction de l'usage du tabac sur les 12 années antérieures, de plus grands efforts étaient requis pour atteindre les cibles de réduction de la mortalité prématurée. Alors qu'il y avait 30 États Parties à la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte anti-tabac dans la Région, dont un certain nombre étaient des leaders mondiaux reconnus dans la lutte antitabac, 15 pays n'avaient encore mis en application les quatre mandats de la Convention-cadre ; 11 de ces pays étaient parties à la Convention.

157. Par conséquent, la proposition pour une stratégie et un plan d'action pour renforcer la lutte antitabac dans la Région des Amériques était à la fois opportune et nécessaire, alors qu'un plan clair était requis pour mettre en œuvre les engagements pris par les États Membres. Le plan d'action cherchait à renforcer les axes d'intervention reposant sur des données factuelles qui avaient été mis en œuvre avec succès par plusieurs pays, démontrant que la réalisation de ces mesures était faisable et aurait pour résultat une réduction de l'usage du tabac et, en dernier recours, à une amélioration des résultats sanitaires.

158. Le Bureau continuerait à fournir sa coopération aux États Membres pour faire de la Région le chef de file mondial non seulement dans la lutte antitabac mais aussi dans la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles et pour qu'elle s'acquitte de sa mission visant à protéger la santé et promouvoir le meilleur état de santé que ses communautés peuvent atteindre.

159. Le Comité exécutif a exprimé son soutien général à la stratégie et au plan d'action, convenant que l'usage du tabac imposait un lourd tribut à la santé publique et à l'économie. Les délégués ont reconnu la forte corrélation entre l'usage du tabac et la mortalité et le handicap imputables à des maladies non transmissibles, ainsi que l'impact économique des dépenses en santé publique et dépenses directes accrues et la perte de productivité de la main-d'œuvre. Ils ont également noté que l'usage des pesticides et engrais pour la culture du tabac remettait en cause le développement durable.

160. Le Comité a approuvé quatre axes stratégiques d'intervention, notant le besoin de contrôler l'offre et la demande des produits du tabac et la conformité du plan à la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. Une déléguée a indiqué que les efforts globaux de lutte antitabac, dont l'éducation publique et les efforts de sensibilisation et les

interventions de sevrage tabagique, s'étaient avérés efficaces et d'un bon rapport qualité prix. Une préoccupation générale concernait les défis continus pour l'exécution de la Convention-cadre et la réduction de l'usage du tabac, en particulier au vu de l'interférence de l'industrie du tabac. Les délégués ont recommandé un engagement plus fort pour éliminer les barrières de l'exécution de la Convention-cadre.

161. Plusieurs délégués ont mis en relief le besoin de donner la priorité à la santé sur les intérêts commerciaux, en particulier ceux de l'industrie du tabac et ont demandé au BSP d'aider les États Membres à renforcer leur capacité à cet égard, y compris à travers la coopération technique pour soutenir l'élaboration d'instruments légaux et renforcer la compréhension des accords commerciaux internationaux. Dans le même temps, on a souligné que les interventions de lutte antitabac devaient tenir compte des contextes nationaux et locaux et être conformes aux obligations commerciales internationales des États. Notant que les maladies non transmissibles causées par l'usage du tabac affectaient en particulier les populations vulnérables, plusieurs délégués considéraient la lutte antitabac comme une question de droit humain. Une déléguée toutefois, a posé une objection à une phrase du paragraphe 23 du document CE160/19 qui avançait l'idée que la protection des personnes contre l'exposition à la fumée du tabac était implicite dans le droit à la vie. Sa délégation ne croyait pas que l'obligation des États de protéger le droit à la vie au titre du Pacte international relatif aux droits civils et politiques s'étendait aux menaces à la vie imputables à l'environnement ou à des actions d'acteurs non étatiques.

162. Les délégués avaient un nombre de questions regardant la stratégie et le plan d'action et des suggestions sur les façons de les améliorer. Une déléguée a demandé d'autres informations sur ce qui serait requis pour réaliser l'indicateur 4.1.1, qui se rapportait à des mécanismes pour l'identification et la gestion de conflits d'intérêt entre autorités gouvernementales et employés chargés des politiques de lutte antitabac. La même déléguée a préconisé un plus grand accent sur les disparités liées au tabac et sur des interventions ciblées fondées sur des données factuelles pour corriger ces disparités. Il a été noté que des données ventilées étaient nécessaires pour identifier les disparités et évaluer l'efficacité des interventions. Un délégué a demandé plus de détails sur la façon dont le BSP travaillerait avec les pays pour réaliser l'indicateur 1.2.2 sur l'emballage neutre ou standardisé, ajoutant que la stratégie et le plan d'action auraient été de meilleure qualité si les États Membres avaient été consultés. Ce sentiment était confirmé par d'autres délégués qui demandaient des consultations supplémentaires. Il a été noté avec appréciation que la plupart des informations requises pour mesurer les progrès des divers indicateurs dans le plan d'action avait déjà été rassemblées de sorte que le plan ne pèserait pas sur la charge des rapports pour les pays.

163. Le Dr Hennis a expliqué que l'indicateur de conflits d'intérêts était lié à l'article 5(3) de la Convention-cadre et a reconnu qu'il bénéficierait d'une élaboration ultérieure. Concernant l'indicateur sur l'emballage neutre ou standardisé, il a informé qu'un pays avait déjà mis en œuvre les mesures préconisées dans cet indicateur. Le Bureau travaillait avec les États Membres sur cette question et estimait que la cible établie pour 2022 était

réalisable. Il continuerait à travailler avec les États Membres pour affiner la stratégie et le plan d'action avant la 29^e Conférence sanitaire panaméricaine.

164. La Directrice a souligné que l'exposition à la fumée du tabac était l'un des facteurs de risque fondamentaux pour les maladies chroniques non transmissibles. Elle estimait qu'il était important d'examiner sérieusement la raison pour laquelle, 12 ans après l'adoption de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, les pays de la Région continuaient à avoir des difficultés à mettre en œuvre ses axes stratégiques d'intervention. Il était également essentiel de demander pourquoi l'industrie du tabac continuait à exercer une aussi grande influence. Une riposte provenant de tous les secteurs du gouvernement était requise pour lutter contre l'usage du tabac et organiser une réponse à l'industrie du tabac. Par exemple, il était contreproductif qu'un ministère de la Santé d'un pays préconise la réduction de l'exposition à la fumée du tabac, alors que le ministère du Commerce recommandait la construction d'une usine de tabac et que le chef d'État insistait sur le fait que l'usine était nécessaire pour créer des emplois. Il s'agissait là d'un problème fondamental qu'il fallait régler au plus haut niveau de gouvernance.

165. La résolution proposée contenue dans le document CE160/19 a été révisée pour incorporer les nombreux amendements suggérés dans la discussion du Comité sur ce point et a été ensuite adoptée en tant que résolution CE160.R10, qui recommandait que la 29^e Conférence sanitaire panaméricaine approuve la stratégie et le plan d'action.

Questions administratives et financières

Rapport sur le recouvrement des contributions fixées (documents CE160/20 et Add. I)

166. M. Xavier Puente Chaudé (Directeur du Département de la gestion des ressources financières du BSP) a informé que l'Organisation avait reçu \$26,8 millions des arriérés se rapportant aux contributions fixées d'années antérieures, ce qui représentait 66% du montant total en suspens. Ce chiffre laissait un solde impayé de \$13,7 millions correspondant aux années antérieures. Aucun État Membre n'était sujet à l'Article 6.B de la Constitution. En ce qui concernait l'année actuelle, à la fin juin, \$30,9 millions avaient été reçus, ce qui équivalait à 30,2% du total des contributions fixées pour 2017. Même si ce chiffre était faible, étant donné que la moitié de l'année s'était déjà écoulée, c'était le montant le plus élevé de contributions fixées pour l'année en cours qui avait été perçu dans la dernière décennie. Un total de 12 États Membres s'était acquitté de l'intégralité de leurs contributions pour 2017 et un pays avait également versé une portion de sa contribution fixée de 2018.

167. Il a remercié les États Membres qui s'étaient déjà acquittés de leurs obligations envers l'Organisation pour l'année et a appelé les autres à en faire de même afin d'assurer l'exécution efficace et performante du programme et budget de l'OPS.

168. La Directrice a également remercié les États Membres qui s'étaient acquittés de leurs contributions fixées pour 2017, appelant les autres à en faire de même.

169. Le Comité exécutif a adopté la résolution CE160.R1, remerciant les États Membres qui s'étaient acquittés de leurs contributions pour 2017 et les années antérieures et priaient instamment les autres États Membres à s'acquitter de leurs arriérés dès que possible.

Rapport financier du Directeur et rapport du Commissaire aux comptes pour 2016 (document officiel 353)

170. Le Dr Lucrecia Hernández Mack (Représentante du Sous-comité du programme, du budget et de l'administration) a informé sur l'examen par le Sous-comité d'une version préliminaire non auditée du Rapport financier, notant que le Sous-comité avait été informé que les contributions fixées de l'OPS pour 2016 s'étaient élevées à un total de \$66,4 millions. Au cours de l'année, 29 États Membres, États associés et États participants s'étaient acquittés de l'intégralité de leurs contributions, 5 avaient fait des versements partiels et 8 n'avaient fait aucun versement. Les arriérés des contributions fixées s'étaient élevés à \$40,5 millions à la fin de 2016. Le Sous-comité avait félicité le Bureau pour sa transparence dans les rapports des résultats financiers pour l'année et son efficacité dans la gestion des ressources. Les difficultés causées par le non versement des contributions fixées avaient été reconnues, et tous les États Membres avaient été encouragés à s'acquitter de leurs obligations financières envers l'Organisation sur une base ponctuelle.

171. M. Xavier Puente Chaudé (Directeur du Département de la gestion des ressources financières du BSP) a présenté une vue d'ensemble du Rapport financier du Directeur, incluant les chiffres des recettes et des dépenses totales, le recouvrement des contributions fixées, les contributions volontaires et les activités d'achat au nom des États Membres. Il a noté que pour la première fois, le nouveau système d'information pour la gestion du BSP avait été utilisé pour clôturer les comptes financiers pour l'exercice biennal se terminant en 2016. Les recettes totales consolidées pour l'année s'étaient élevées à \$1,4 milliard, chiffre légèrement inférieur à celui de 2015. La réduction était imputable principalement à une baisse des recettes des contributions volontaires, en particulier les contributions volontaires nationales, qui à leur tour était le résultat de la dépréciation des monnaies de certains pays par rapport au dollar américain.

172. Les recettes des contributions volontaires nationales étaient passées de \$554,7 millions en 2015 à \$511,9 millions en 2016, alors que les recettes d'autres contributions volontaires s'étaient élevées à \$53,9 millions en 2016 contre \$61,0 millions en 2015. Dans le même temps, les recettes différées des contributions volontaires de l'OPS avaient plus que doublé, passant de \$65,6 millions en 2015 à \$145,6 millions en 2016, principalement à cause de deux accords majeurs que le Bureau avait signé avec l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) et avec le Département pour le développement international (DFID) du Royaume-Uni. Les recettes provenant des activités d'achat au nom des États Membres avaient augmenté de 6%, passant de \$638,6 millions en 2015 à \$678,5 millions en 2016. Les recettes diverses avaient augmenté de \$30 millions par rapport à 2015.

173. Les dépenses totales en 2016 s'étaient élevées à \$1,426 milliard, par rapport à \$1,468 milliard en 2015. L'année s'était terminée avec un excédent de \$21,8 millions, qui

était similaire au chiffre de l'excédent à la fin de l'année 2014, également la première année de la période biennale, quand les dépenses tendaient à être plus faibles que dans la deuxième année. Les contributions fixées versées en 2016 s'étaient élevées à \$106,1 millions, chiffre qui avait inclus \$39,7 millions de contributions fixées de l'année antérieure. Le recouvrement des contributions de l'année en cours avait augmenté légèrement, passant de \$64,8 millions en 2015 à \$66,4 millions en 2016. Les arriérés des contributions fixées avaient baissé de \$44,2 millions en 2015 à \$40,5 millions en 2016.

174. Le Commissaire aux comptes n'avait émis aucune réserve quant à la présentation des états financiers de l'Organisation pour 2016, ce qui signifiait que le Commissaire aux comptes avait conclu que les états financiers reflétaient avec précision la position financière et les résultats des opérations et des flux de trésorerie pour la période financière se terminant le 31 décembre 2016.

Rapport du Commissaire aux comptes pour 2016

175. En présentant le rapport du Commissaire aux comptes, Mme Karen Ortiz Finnemore (Cour d'Audit d'Espagne), a indiqué que, dans son travail en cours en tant que Commissaire aux comptes de l'Organisation, la Cour d'Audit d'Espagne avait continué à se familiariser avec l'OPS et s'était efforcée d'adapter ses recommandations de façon à aider l'Organisation à réaliser ses objectifs en matière de transparence et de gestion financière saine. Une équipe composée de neuf auditeurs avait effectué deux visites au siège de l'OPS au cours de 2016 et s'était rendue également dans les bureaux des représentants de l'OPS/OMS en Argentine, au Brésil et en Uruguay. Les membres de l'équipe avaient également participé aux treizième et quatorzième sessions du Comité d'audit de l'OPS. En résultat de ce travail, le Commissaire aux comptes avait préparé les documents comprenant le rapport du Commissaire aux comptes contenu dans le *document officiel* 353. Les conclusions les plus importantes du travail du Commissaire aux comptes se trouvaient dans l'opinion du Commissaire aux comptes et le rapport détaillé concernant l'audit des états financiers pour 2016.

176. En faisant ressortir les chiffres de l'examen financier contenu dans le rapport détaillé, M. Alfredo Campos Lacoba (Cour des comptes d'Espagne) a noté que l'Organisation avait terminé l'année 2016 avec un excédent de \$21,8 millions, alors qu'en 2015 elle avait affiché un déficit de \$8,8 millions. Les recettes totales avaient baissé de 0,8% par rapport à 2015 et les dépenses totales avaient chuté de 2,9%. Les deux réductions étaient liées à une baisse des contributions volontaires, qui représentaient une source importante de financement pour l'Organisation. Les recettes diverses avaient augmenté considérablement, essentiellement en résultat de la croissance dans la valeur des investissements hors dollars et d'une augmentation des taux d'intérêt. Les coûts du personnel et autres coûts liés au personnel avaient chuté de 6,3%, et les avantages et passifs du personnel avaient baissé de 1,1%. En termes généraux, l'OPS avait des ressources suffisantes pour couvrir ses obligations financières actuelles et le passif des prestations du personnel sur le court terme, même si le financement futur de ce passif resterait un défi.

177. Il a ensuite résumé les recommandations figurant dans le rapport, qui comprenaient diverses mesures destinées à renforcer la base de données des médecins cubains participant au projet *Mais Médicos* et à atténuer les impacts négatifs éventuels des procès intentés par certains médecins, à corriger les faiblesses du système d'information pour la gestion du BSP (PMIS) et à améliorer sa fiabilité, et assurer le financement intégral de l'assurance maladie après cessation de service. Le Bureau avait pris des mesures sur toutes les recommandations passées du Commissaire aux comptes, y compris celles concernant le projet *Mais Médicos* et le PMIS, ce qui démontrait son engagement à améliorer ses systèmes et procédures.

178. Le Comité exécutif a accueilli favorablement l'opinion d'audit sans réserve et a félicité le Bureau pour sa gestion des ressources efficace et transparente et son approche intégrée de la budgétisation, qui avaient facilité la disponibilité des ressources et permis une plus grande flexibilité de leur usage. L'excédent était également accueilli favorablement, les délégués notant qu'un tel excédent était rare dans une organisation internationale et qu'il avait été réalisé malgré la baisse des recettes en 2016. Il a été toutefois noté que l'exécution du budget semblait avoir baissé également et que certaines contributions volontaires avaient été retournées aux donateurs, ce qui était une préoccupation du fait de la dépendance croissante de l'Organisation par rapport à ces contributions. Le Bureau a été encouragé à prendre des mesures pour assurer que le financement des donateurs était pleinement exécuté. Les délégués ont demandé des clarifications sur la façon dont l'excédent serait utilisé et pourquoi les contributions volontaires nationales n'étaient pas comptées au titre des recettes de l'Organisation.

179. On a noté l'augmentation du taux de recouvrement des contributions fixées, mais il a été remarqué que le taux était encore faible, ce qui pourrait affecter les opérations de l'Organisation. Les délégués ont demandé au Bureau de poursuivre ses efforts pour accroître le taux de recouvrement et aux États Membres de s'acquitter de leurs contributions fixées de manière ponctuelle. Le Bureau a été instamment prié de mettre en œuvre toutes les recommandations du Commissaire aux comptes mais en particulier, celles ayant trait à la performance du PMIS et à l'amélioration des contrôles internes. Le Bureau a été également encouragé à mettre en place des plans de succession et des mécanismes efficaces de transition pour réduire le risque de perte de connaissance institutionnelle en conséquence du départ à la retraite des cadres dirigeants.

180. Le délégué du Brésil a exprimé sa gratitude au Bureau et au gouvernement de Cuba pour leur participation au projet *Mais Médicos*, notant que le projet avait été bien accueilli par la population brésilienne et avait eu un impact positif majeur sur la santé publique dans le pays. Il a également noté qu'en septembre 2016, le projet avait été prolongé de trois ans. Il a affirmé que le gouvernement du Brésil approuvait entièrement les recommandations du Commissaire aux comptes concernant le projet et veillerait à ce qu'elles soient exécutées. En ce qui concernait les procès mentionnés dans le rapport du Commissaire aux comptes, Il appelait le Bureau à appuyer le gouvernement du Brésil dans l'application des termes de l'accord de coopération pour le projet, qui prévoyait que les médecins cubains participant

au projet resteraient au Brésil pour une période maximum de trois ans. Enfin, il a demandé pourquoi le rapport financier n'avait pas été traduit en portugais.

181. M. Puente Chaudé a expliqué qu'il n'était pas inhabituel d'avoir un excédent après la première année d'une période biennale. L'existence de cet excédent ne témoignait pas d'un échec à exécuter les fonds du programme, et ne signifiait pas que la période biennale se terminerait avec un excédent. Le Bureau cherchait toujours à exécuter l'entièreté du programme et budget. S'il y avait toutefois un excédent budgétaire à la fin de la période biennale, les États Membres décideraient de la façon dont ces fonds seraient utilisés. S'il y avait un excédent de recettes – qui se produisait quand les gains des revenus divers étaient plus élevés que budgétisés – l'usage de ces fonds serait décidé dans la période biennale suivante. L'Organisation avait une politique d'investissement bien définie et suivait une approche prudente visant à protéger l'investissement et à maximiser l'intérêt crédité.

182. M. Campos Lacoba a affirmé que les résultats financiers de la première année d'une période biennale n'indiquaient pas nécessairement le niveau véritable d'exécution, car de nombreuses activités étaient généralement terminées au cours de la deuxième année.

183. M. Dean Chambliss (Directeur du Département de la planification et du budget du BSP) a expliqué que les contributions volontaires nationales n'étaient pas comprises dans le programme et budget de l'Organisation en partie à cause du volume de ces contributions, qui dans la période biennale 2016-2017 devaient atteindre environ \$1,2 milliard. De plus, les contributions volontaires nationales étaient négociées bilatéralement : elles étaient spécifiques aux pays et toutes les décisions sur la manière dont les fonds seraient utilisés étaient prises au niveau national.

184. La Directrice a ajouté que les contributions volontaires nationales provenaient d'un nombre restreint de pays et étaient destinées à des projets spécifiques au niveau national. Dans les dernières années, la grande majorité d'entre elles provenait du Brésil pour le projet *Mais Médicos*. Quant à la raison pour laquelle le rapport financier n'était pas disponible en portugais, traditionnellement le rapport avait été produit uniquement en anglais et espagnol. Le Bureau toutefois était disposé à collaborer avec le Brésil afin de produire une version en portugais.

185. Elle estimait que la réduction dans l'exécution du budget pour 2016 était imputable en partie au volume de temps du personnel qui avait dû être investi dans la mise en œuvre du PMIS et à apprendre comment utiliser le système. Dans le même temps, il avait été fait appel au personnel pour répondre à l'épidémie de grande ampleur du virus Zika et à de nombreuses autres situations d'urgence. Le Bureau s'efforçait à intensifier l'exécution en 2017.

186. Elle a assuré le Comité que le Bureau prenait au sérieux les recommandations du Commissaire aux comptes et examinait leur mise en application tous les six mois.

187. À la demande de la Directrice, M. Gerald Anderson (Directeur de l'Administration du BSP) a décrit les mesures prises pour la mise en œuvre des recommandations se

rapportant au PMIS, qui incluait l'établissement d'une unité de conformité chargée d'établir une liste de rapports à être utilisés par les centres de coût au siège et dans les bureaux des pays afin de suivre leur conformité et de valider les données dans le système. Assurer la précision des données que le personnel entrait dans le système était d'une importance fondamentale. Un moyen de vérification était d'utiliser les rapports qui comparaient diverses vues des données. Le personnel connaissait de mieux en mieux la façon d'utiliser ces rapports. Un travail était également en cours pour répondre à la recommandation concernant la manipulation manuelle des données en dehors du système, qui avait été courante dans le système antérieur. Le Bureau avait fait des progrès considérables dans l'automatisation des tâches. Il avait également acquis une expérience importante dans l'usage de la catégorisation des transactions (*worktags*) et appliquerait les enseignements tirés dans la planification pour la période biennale 2018-2019.

188. Le Comité exécutif a pris note du rapport.

Programmation de l'excédent de recettes (document CE160/21)

189. Le Dr Lucrecia Hernández Mack (Représentante du Sous-comité du programme, du budget et de l'administration) a informé que le Sous-comité avait considéré une proposition par le Bureau d'utiliser \$7,8 millions résultant de recettes diverses plus élevées que prévu durant la période biennale 2014-2015. Elle a rappelé qu'en mai 2015, le Bureau avait présenté un rapport sur les projets immobiliers sous le plan d'investissement directeur,⁶ qui citait les travaux de réparation qu'il faudrait effectuer au bâtiment du siège et dans les bureaux de terrain, avec les estimations de coûts qui s'élevaient à environ \$50 millions. Le Sous-comité avait été informé que comme mesure visant à accumuler les fonds requis pour ces projets immobiliers, la Directrice proposait d'affecter le total de l'excédent de revenus au sous-fonds d'entretien et d'amélioration de l'immobilier du Fonds directeur d'investissement.

190. Dans la discussion qui a suivi, on a reconnu le besoin des réparations et rénovations et l'usage proposé de l'excédent a été approuvé. Il a été noté que le montant de l'excédent était loin des \$50 millions requis et qu'il serait par conséquent nécessaire de fixer des priorités pour les réparations. On a considéré que les travaux visant à renforcer la sûreté et la sécurité du personnel devaient être prioritaires, comme devraient l'être les réparations qui, si elles étaient retardées, auraient probablement pour conséquence des coûts de maintenance encore plus élevés.

191. La Directrice a indiqué que le Bureau avait un plan prioritaire pour les réparations et les améliorations et a affirmé qu'il n'était pas raisonnable de continuer à retarder les travaux qui devaient être faits afin d'éviter d'autres détériorations des bâtiments appartenant à l'OPS, en particulier le bâtiment du siège. Elle a déclaré que dans le prochain cycle de réunions des Organes directeurs, elle ferait des propositions pour mobiliser les fonds supplémentaires nécessaires.

⁶ Voir document [CE156/24, Rev. 1](#) (en anglais).

192. Le Comité exécutif a pris note du rapport.

Assurance maladie après cessation de service (document CE160/22)

193. Le Dr Lucrecia Hernández Mack (Représentante du Sous-comité du programme, du budget et de l'administration) a indiqué que le Sous-comité avait été informé qu'en 2016 le BSP et le Secrétariat de l'OMS avait formulé un plan à long terme pour financer l'obligation de l'assurance maladie après cessation de service (ASHI) pour les personnels à la retraite de l'OPS et leurs familles, selon lequel les deux organisations combindraient leurs actifs dans le Fonds d'assurance maladie du personnel. Selon les estimations actuarielles, l'OMS aurait intégralement financé son obligation ASHI d'ici 2038 et l'OPS d'ici 2052. Comme autre partie du plan, des efforts seraient entrepris pour endiguer les coûts des soins de santé pour le personnel aux États-Unis d'Amérique. Le Sous-comité a bien accueilli les progrès vers le financement de l'obligation ASHI et les plans pour l'avenir. La coopération avec l'OMS était considérée comme une mesure positive. Le Sous-comité a avalisé une proposition selon laquelle les rapports futurs sur le statut de l'obligation ASHI ne seraient pas présentés comme un point séparé de l'ordre du jour mais seraient au contraire inclus dans le rapport financier du Directeur.

194. Dans la discussion du Comité exécutif sur ce thème, les délégués ont appuyé la combinaison des actifs de l'OPS avec ceux de l'OMS de façon à promouvoir les efficacités et maximiser les rendements. Ils ont également bien accueilli le suivi attentif de la situation par l'OPS et attendaient des mises à jour lors des futures réunions des Organes directeurs sur le statut de la part de l'OPS des actifs combinés. De plus, ils ont apprécié la proposition selon laquelle cette question devait par la suite être couverte par le rapport financier du Directeur.

195. M. Gerald Anderson (Directeur de l'Administration du BSP) a indiqué que le Bureau était satisfait des progrès accomplis jusqu'à présent vers la réduction de l'obligation au titre de la prestation ASHI.

196. Le Comité exécutif a pris note du rapport.

Mise à jour au sujet du Fonds directeur d'investissement (document CE160/23)

197. Le Dr Lucrecia Hernández Mack (Représentante du Sous-comité du programme, du budget et de l'administration) a informé que le Sous-comité avait examiné un rapport sur le Fonds directeur d'investissement et ses différents sous-fonds et avait approuvé une proposition pour transférer l'excédent de revenus de \$7,8 millions au sous-fonds d'entretien et d'amélioration de l'immobilier du Fonds directeur d'investissement. En réponse aux questions sur la stratégie des ressources humaines, le Bureau a expliqué que le sous-fonds pour la stratégie des ressources humaines avait été créé en 2015. Des deux principaux projets à être financés par ce fonds, la plateforme de recrutement avait été mise en fonctionnement en février 2017 et le travail sur la plateforme d'apprentissage électronique était presque achevé et des cours de formation pour les nouveaux employés prévus dans un avenir proche.

198. Dans la discussion qui a suivi, un délégué a demandé comment et quand il serait possible de réaliser toutes les rénovations des bâtiments requises et si un plan existait, avec des priorités, pour répondre à ces besoins.

199. Mme Maria Teresa Angulo (Directrice des opérations des services généraux du BSP) a dit que le Bureau continuait à être guidé par le document CE156/24, Rev. 1, soumis au Conseil exécutif en 2015. Ce document détaillé établissait les diverses priorités à prendre en compte.

200. La Directrice a observé que les rénovations du bâtiment du siège pouvaient être accélérées si d'autres fonds étaient disponibles. Une possibilité s'était présentée pour mobiliser des fonds supplémentaires qui, malheureusement, ne s'était pas matérialisée. Les rénovations requises aux deuxième et dixième étages étaient des priorités élevées, mais il était encore plus important d'améliorer la sûreté et la sécurité à l'entrée principale du bâtiment.

201. Le Comité exécutif a pris note du rapport.

Rapport du Bureau de la supervision interne et des services d'évaluation (document CE160/24)

202. M. David O'Regan (Auditeur général auprès du Bureau de la supervision interne et des services d'évaluation du BSP) a présenté le rapport sur le travail du Bureau de la supervision interne et des services d'évaluation (IES). Il a attiré l'attention sur les différentes sections du rapport, contenues dans le document CE160/24, notant en particulier que le rapport, dans ses paragraphes 41 à 45, offrait l'opinion de l'IES selon laquelle l'environnement de supervision interne du Bureau continuait à fournir une assurance raisonnable sur la précision et l'opportunité de la comptabilisation des transactions financières, actifs et passifs, de la sauvegarde des actifs et de l'atténuation des risques liés à la réalisation des objectifs de l'Organisation. Le rapport affirmait également l'indépendance de la fonction de supervision interne de la direction, notant que l'IES n'avait pas rencontré d'obstacles dans la performance de ses tâches.

203. Il a expliqué que la modernisation des systèmes d'information pour la gestion par le biais du projet PMIS avait eu pour résultat un affaiblissement temporaire de la supervision interne durant le premier semestre de 2016, mais ce fait n'était pas inhabituel dans la mise en œuvre de ces projets majeurs d'information pour la gestion. Pendant le deuxième semestre de 2016, le PMIS avait commencé à se stabiliser et les données factuelles à ce jour indiquaient un renforcement conséquent de l'environnement de supervision interne.

204. Dans la discussion qui a suivi, les délégués ont souligné l'importance des fonctions de supervision interne afin d'assurer la transparence et la responsabilisation et ils ont bien accueilli l'information fournie concernant les audits thématiques et de pays. Les délégués étaient heureux de noter que le Bureau prenait au sérieux les recommandations de l'IES. Ils ont observé toutefois que deux recommandations prioritaires de 2011 étaient toujours en suspens et ont encouragé le Bureau à assurer une mise en œuvre opportune de toutes les

recommandations. Le fait que l'audit interne des processus budgétaires du BSP n'avait pas jugé la supervision interne satisfaisante était considéré comme une source de préoccupation, et il a été demandé des informations sur les progrès dans la mise en œuvre des recommandations de cet audit.

205. M. O'Regan a répondu que les recommandations de l'IES faisaient l'objet d'un suivi trois fois par an, avec des communications écrites aux responsables individuels auxquels les recommandations avaient été assignées pour suivi, qui étaient tenus de fournir des commentaires écrits sur leur statut. De plus, les réunions semestrielles du Directeur examinaient toutes les recommandations en suspens et établissait les dates de mise en œuvre et toute action future requise.

206. En ce qui concernait les deux recommandations en suspens depuis 2011, il a mentionné le paragraphe 40 du rapport de l'IES. Une recommandation préconisait que la Direction produise une analyse des dépenses de voyages au niveau de l'ensemble de l'Organisation. Cette tâche avait été effectuée et achevée par le biais du PMIS. La deuxième recommandation concernait la gestion des projets, en particulier dans le cas de contributions volontaires, et la mise en œuvre de cette recommandation était maintenant à environ 90% terminée. Les conclusions insatisfaisantes de l'audit interne des processus budgétaires se rapportaient à la mise en œuvre du PMIS durant le premier semestre de 2016. Il s'agissait là d'une période de transition et il y avait eu des améliorations depuis. Avec le renforcement continu du système, on pouvait s'attendre à ce que la qualité des contrôles internes s'améliore également.

207. Le Comité exécutif a pris note du rapport.

Mise à jour sur la nomination du Commissaire aux comptes de l'OPS pour 2018-2019 et 2020-2021 (document CE160/28)

208. M. Xavier Puente Chaudé (Directeur du Département de la gestion des ressources financières du BSP) a indiqué qu'en août 2016, une note verbale avait été envoyée à tous les États Membres, les États participants et les Membres associés, décrivant en détail le processus à suivre afin de nommer un Commissaire aux comptes pour les périodes biennales 2018-2019 et 2020-2021. La date butoir pour la réception des nominations avait été fixée au 31 janvier 2017, mais aucune nomination n'avait été reçue à cette date. Afin de donner aux États Membres du temps supplémentaire pour participer au processus, la Directrice avait par conséquent prolongé la date au 19 juin 2017.

209. À la mi-juin, le BSP avait reçu une communication du gouvernement du Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande, nommant son Bureau d'audit national. Toute la documentation relative à la nomination avait été transmise au Comité d'audit de l'OPS pour examen et conseil. La proposition, avec les commentaires faits par le Comité d'audit, serait soumise à la 29^e Conférence sanitaire panaméricaine en septembre 2017. Pendant la Conférence, un représentant du Bureau d'audit national serait invité à faire une brève présentation. La sélection du Commissaire aux comptes serait faite à bulletin secret.

210. M. John Fox (Président du Comité d'audit de l'OPS) a indiqué que, sur la base de son examen de la candidature du Bureau national d'audit et de son expérience avec le Bureau et d'autres organisations qui avaient assumé la fonction de Commissaire aux comptes, le Comité d'audit recommandait vivement que le Bureau national d'audit soit sélectionné comme Commissaire aux comptes de l'OPS.

211. Le Comité exécutif a pris note du rapport.

Questions relatives au personnel

Amendements au Statut et au Règlement du personnel du Bureau sanitaire panaméricain (document CE160/25)

212. Le Dr Lucrecia Hernández Mack (Représentante du Sous-comité du programme, du budget et de l'administration) a informé que le Sous-comité avait considéré plusieurs amendements au Statut et au Règlement du personnel, qui avaient pour but de maintenir la cohérence dans les conditions d'emploi du personnel de l'OPS et les autres organes du système des Nations Unies, conformément à la résolution 70/244 de l'Assemblée générale des Nations Unies, qui mandatait les changements dans les prestations du personnel de la catégorie professionnelle à compter du 7 janvier 2017.

213. Les amendements proposés devaient produire des économies financières de l'ordre de \$113,2 millions par an dans l'ensemble du système des Nations Unies, en réduisant légèrement les coûts du personnel sur le long terme. Les changements comprenaient l'élimination du double barème des salaires pour le personnel avec et sans dépendants, et son remplacement par un barème unique. Une autre source importante d'économie serait l'élimination ou la réduction des prestations liées à l'éducation des enfants. Un changement majeur couvert par la résolution 70/244 était l'augmentation de l'âge de la retraite dans le système des Nations Unies à l'âge de 65 ans. Ce changement affecterait les personnels engagés avant le 1^{er} janvier 2014, même s'ils avaient également l'option de prendre leur retraite à l'âge applicable lors de leur entrée en service.

214. Dans la discussion qui a suivi, on a exprimé des préoccupations sur l'impact que l'augmentation de l'âge de la retraite pourrait avoir sur l'écart entre personnel plus jeune et plus âgé, en particulier les femmes, dont la plupart étaient P2 ou P3. Leur chance d'arriver au niveau P4 serait réduite si des personnes plus âgées restaient dans ces positions.

215. Le Dr Luz Marina Barillas (Directrice du département de la gestion des ressources humaines du BSP) a expliqué que le Bureau avait entamé un plan de succession afin d'atténuer tout impact négatif de l'augmentation de l'âge de la retraite et avait pris des mesures pour assurer que les femmes pourraient progresser dans leur carrière. Par exemple, une condition figurait dans le nouveau système de recrutement, qui stipulait qu'au moins un candidat sur la liste restreinte pour une position soit une femme. L'Organisation avait aussi institué une formation visant à permettre aux femmes d'acquérir les compétences de gestion et de leadership dont elles avaient besoin pour atteindre des niveaux plus élevés.

216. Le Sous-directeur a indiqué que le plan de succession serait mis à la disposition du Comité exécutif dans sa prochaine session. Il a clarifié qu'alors que le Bureau prenait des mesures pour permettre aux femmes de progresser dans leur carrière, elle ne pourrait pas passer automatiquement de P2 à P3 à P4, parce que tous les postes exigeaient un processus de sélection compétitive. La planification de la succession rendrait possible de retenir l'expertise que le Bureau avait déjà et également d'offrir une opportunité de voir si les postes et compétences actuellement en place étaient les plus appropriés pour répondre aux besoins nouveaux et émergents. Une option pourrait être d'avoir des contrats de plus courte durée pour répondre à des besoins spécifiques. La stratégie des ressources humaines du BSP aidait le Bureau à planifier pour l'avenir tout en satisfaisant les demandes du présent.

217. Le Comité exécutif a adopté la résolution CE160.R14, confirmant les amendements stipulés dans le document CE160/25.

Statistiques des effectifs du Bureau sanitaire panaméricain (document CE160/26)

218. Le Dr Lucrecia Hernández Mack (Représentante du Sous-comité du programme, du budget et de l'administration) a indiqué que le Sous-comité avait été informé que le volume global du personnel en 2016 était resté virtuellement inchangé depuis 2015. Les femmes occupaient un nombre légèrement supérieur à la moitié des postes dans les catégories professionnelles et hors classes, mais la plupart d'entre elles étaient concentrées dans les postes professionnels de niveau inférieur. Le Sous-comité avait également été informé que les personnes âgées de 50 à 59 ans composaient la portion la plus importante dans toutes les catégories de personnel ayant des contrats à durée déterminée et que le Bureau avait entrepris une série de mesures pour faire face à la prochaine vague de départs à la retraite, dont un processus visant à assurer le transfert des connaissances et la sauvegarde de la mémoire institutionnelle. Elle a expliqué qu'un plan de succession approuvé par la direction exécutive en 2016 était entré en action.

219. Le Sous-comité a félicité le Bureau de ses progrès constants vers la parité hommes-femmes dans les catégories professionnelles et supérieures et a demandé des informations sur toutes les nouvelles initiatives qui étaient mises en œuvre pour accroître la mobilité ascendante pour les femmes dans les positions professionnelles inférieures. Il a encouragé le Bureau à continuer à promouvoir la mobilité géographique comme un moyen de permettre au personnel d'acquérir diverses aptitudes et compétences, renforçant ainsi l'excellence technique de l'Organisation dans son ensemble.

220. Dans la discussion du Comité exécutif sur ce point, on a noté que les défis futurs pourraient exiger que le Bureau recrute du personnel doté d'expertise dans de nouveaux domaines, tels que le financement des soins de santé, la médecine personnalisée et les questions concernant le marché pharmaceutique.

221. Le Comité exécutif a pris note du rapport.

Déclaration du représentant de l'Association du personnel de l'OPS/OMS (document CE160/27)

222. Mme Pilar Vidal (Présidente de l'Association du personnel de l'OPS/OMS) a souligné les questions que l'Association du personnel de l'OPS/OMS souhaitait porter à l'attention du Comité exécutif. Elle a commencé par réaffirmer l'engagement de l'OPS aux mandats et à la mission de l'Organisation et a noté que les relations entre le personnel et la direction continuaient à être constructives. Le personnel avait l'opportunité de présenter ses perspectives sur les décisions qui affectaient l'environnement de travail, la productivité et le bien-être. L'Association du personnel était heureuse de noter la décision d'augmenter l'âge de la retraite à 65 ans pour le personnel recruté avant le 1^{er} janvier 2014, conformément à la résolution 70/244 de l'Assemblée générale des Nations Unies ; dans le même temps, elle continuerait à travailler pour assurer que les mesures nécessaires seraient mises en place pour atténuer tout impact négatif possible de l'âge de la retraite plus élevé sur le personnel plus jeune.

223. L'approbation du règlement intérieur du Comité d'appel et la formalisation du Comité, avec l'élection de membres par le personnel, représentaient une étape bienvenue concernant l'administration de la justice au sein du Bureau. L'Association du personnel continuerait à recommander un système de justice plus structuré, en particulier dans le domaine de l'investigation, et participerait activement à l'examen du protocole d'investigation.

224. L'Association du personnel a apprécié les efforts pour aligner les processus de recrutement et de sélection du BSP sur ceux de l'OMS. Cet alignement simplifierait le processus de sélection et assurerait la participation des représentants du personnel à ce processus. L'Association du personnel suivrait attentivement l'impact des changements récemment approuvés par l'Assemblée générale des Nations Unies concernant les prestations offertes au personnel des catégories professionnelles, qui pourraient entraver la capacité du Bureau de recruter les meilleurs professionnels en santé publique.

225. L'Association du personnel a apprécié les efforts de la direction de renforcer la parité hommes-femmes dans la sélection du personnel, tout en reconnaissant également le besoin d'assurer le recrutement des personnels les mieux qualifiées en termes d'efficacité, de compétence technique et d'intégrité. Toutefois, un plus grand effort était requis pour accroître la représentation des femmes aux postes professionnels et améliorer les opportunités de promotion professionnelle pour le personnel féminin. L'Association a invité le Département de la gestion des ressources humaines à mettre en place un programme efficace conçu pour aider les femmes à acquérir les connaissances et les compétences requises pour leur permettre de rivaliser pour les postes de niveau supérieur. Il était important pour l'Organisation d'investir dans le développement du personnel, qui était son plus grand atout.

226. Enfin, elle a rendu hommage à la Directrice, la félicitant pour son leadership et ses accomplissements sur les cinq dernières années et son engagement clair à maintenir l'excellence dans l'Organisation et protéger son intégrité et sa réputation.

227. La Directrice a exprimé ses remerciements à l'Association du personnel pour sa collaboration avec la direction et sa volonté de partager sa vaste mémoire institutionnelle. Elle était bien consciente de l'importance d'améliorer la parité hommes-femmes, en particulier aux niveaux les plus élevés. Le Bureau examinait les processus de sélection pour voir comment la préférence pourrait être donnée aux candidates, tout en maintenant l'excellence. Le personnel était effectivement le plus grand atout de l'Organisation, et elle était engagée à assurer que le personnel était traité avec respect et avait les meilleures conditions de travail possibles.

228. Le Comité exécutif a pris note du rapport.

Questions pour information

Mise à jour sur la réforme de l'OMS (document CE160/INF/1)

229. Le Dr Lucrecia Hernández Mack (Représentante du Sous-comité du programme, du budget et de l'administration) a indiqué que le Sous-comité avait reçu une mise à jour en mars 2017 sur les principales actions et réalisations concernant la réforme de l'OMS depuis le rapport antérieur sur ce thème en 2016. Il avait été informé, notamment, que l'OPS et l'OMS avaient continué à appliquer une approche ascendante de planification pour l'élaboration de leurs budgets programmes et que l'OPS développait un portail web similaire au portail web du budget programme de l'OMS. Le Bureau avait proposé de mettre fin à la présentation des rapports annuels sur la réforme de l'OMS aux Organes directeurs et de fournir à la place les mises à jour requises au moyen de rapports sur les points individuels de l'ordre du jour.

230. Dans la discussion du rapport par le Sous-comité, suggestion a été faite qu'au lieu de mettre fin aux rapports annuels, le Bureau présente des mises à jour sur la coordination de l'OPS et de l'OMS concernant les programmes, la gouvernance, la réponse aux urgences, la gestion et les ressources humaines et d'autres domaines. On a demandé des assurances que le portail web de l'OPS serait lié électroniquement au portail de l'OMS et assurerait le même niveau de transparence et d'accessibilité des données. Le Bureau avait expliqué que le portail de l'OPS ne pouvait pas être lié directement au portail de l'OMS en raison du statut de l'OPS en tant qu'entité légale séparée, mais que la plateforme de l'OPS serait virtuellement identique à celle de l'OMS et présenterait le même niveau d'information, selon la même structure et le même format et avec le même niveau de transparence et d'accessibilité.

231. M. Dean Chambliss (Directeur du Département de la planification et du budget du BSP) a souligné certaines des actions clés entreprises par rapport à la réforme de l'OMS durant l'année précédente, notant que la majorité des résultats de la réforme avait été réalisée et que l'OMS n'avait pas inclus de résultats spécifiques de la réforme dans le budget programme adopté par l'Assemblée mondiale de la Santé en mai 2017. Il a informé que l'OPS avait continué à appliquer une approche ascendante dans la formulation de son programme et budget et avait également appliqué la méthodologie affinée du cadre de

stratification des priorités programmatiques approuvée par le Conseil directeur en 2016.⁷ Le travail sur le portail web de l'OPS s'était poursuivi et le portail devrait commencer à fonctionner et être accessible par les États Membres en septembre. L'OMS avait commencé à participer à l'initiative internationale pour la transparence de l'aide (IATI) ; l'OPS y participait en tant que Bureau régional de l'OMS pour les Amériques (AMRO).

232. Le Bureau continuait à travailler pour limiter le nombre de points des ordres du jour des Organes directeurs et améliorer la qualité des rapports soumis pour considération. Le Cadre d'engagement avec les acteurs non étatiques, adopté en 2016, avait remplacé les directives de l'OPS pour la collaboration avec les entreprises commerciales et les organisations non gouvernementales. Le programme de gestion des situations d'urgence sanitaires de l'OMS avait été établi d'une manière coordonnée aux niveaux mondial et régional. Le Secrétariat de l'OMS et le Bureau avaient tous deux lancé un nouvel outil de recrutement du personnel et assuré l'alignement des profils du personnel sur les exigences fonctionnelles. En outre, la transition au PMIS au sein de l'OPS avait été achevée.

233. M. Chambliss a présenté un prototype du portail web concernant le programme et budget de l'OPS et a décrit ses diverses caractéristiques. Le portail permettrait aux États Membres de suivre le montant de financement disponible pour les six catégories au titre du Plan stratégique de l'OPS 2014-2019 par source de financement, y compris le montant reçu de l'OMS. Il montrerait également les résultats par pays et par type de dépense.

234. Le Comité exécutif a salué les efforts entrepris aux niveaux mondial et régional pour mettre en œuvre la réforme de l'OMS et a reconnu que certaines des réformes à l'OPS étaient antérieures à celles de l'OMS. Les délégués considéraient que les efforts de réforme devraient se poursuivre comme moyen de renforcer la performance, la transparence et la responsabilisation et ont apprécié les plans du Bureau pour continuer à renforcer avec les États Membres le suivi et l'évaluation conjoints du Plan stratégique de l'OPS et du programme et budget de l'Organisation. Ils ont souligné que dans l'intérêt d'une plus grande transparence, tous les hauts responsables de l'OPS, y compris les représentants de l'OPS/OMS, devraient être tenus de signer des déclarations de conflit d'intérêt. L'alignement de l'OPS sur le programme de gestion des situations d'urgence sanitaire de l'OMS a également été bien accueilli, et on a encouragé le Bureau de continuer à assister les États Membres à renforcer leur capacité de réponse aux situations d'urgence et à créer des systèmes de santé résilients.

235. Suggestion a été faite que les futurs rapports concernant la réforme de l'OMS prennent la forme de rapports sur les questions de l'OPS et de l'OMS d'importance stratégique pour les États Membres et comprennent des informations sur de nouveaux domaines d'intérêt et sur les progrès concernant les activités en cours telles que le nouveau portail web de l'OPS, le programme des situations d'urgence sanitaire et les discussions concernant l'OPS aux sessions des Organes directeurs de l'OMS.

⁷ Voir document [CD55/7](#) et résolution [CD55.R2](#) (2016).

236. Mr. Chambliss a suggéré que le Bureau pourrait présenter une proposition pour les futurs rapports sur ce thème au cours de la session de mars 2018 du Sous-comité du programme, du budget et de l'administration.

237. Le Comité a pris note du rapport.

Processus pour l'élection du Directeur du Bureau sanitaire panaméricain et la proposition de nomination du Directeur régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour les Amériques (document CE160/INF/2)

238. Le Dr Lucrecia Hernández Mack (Représentante du Sous-comité du programme, du budget et de l'administration) a indiqué que le Sous-comité avait été informé de la procédure pour l'élection du Directeur, qui aurait lieu durant la 29^e Conférence sanitaire panaméricaine. En mars 2017, tous les États Membres, les États participants et les Membres associés avaient été invités à soumettre des proposition de nomination. La période de proposition de nomination avait été clôturée le 1^{er} mai, date après laquelle toutes les propositions avaient été compilées, traduites dans les quatre langues officielles de l'Organisation et transmises par le Président du Comité exécutif aux États Membres, États participants et Membres associés. Le Sous-comité avait également été informé que les candidats seraient invités à faire une présentation au cours d'un forum des candidats qui se tiendrait durant la semaine de la 160^e session du Comité exécutif.

239. M Scott Shauf (Conseiller juridique principal auprès du bureau du Conseiller juridique du BSP) avait informé qu'une seule proposition de nomination avait été reçue à la date butoir du 1^{er} mai 2017. Le nom du Dr Carissa Etienne avait été proposé pour assumer un deuxième mandat en tant que Directrice du Bureau. Elle aurait l'opportunité de faire une présentation lors du forum des candidats qui se tiendrait le 30 juin, après laquelle les États Membres seraient invités à soumettre des questions. Des comptes rendus du forum seraient envoyés à tous les États Membres.

240. Le Comité exécutif a pris note du rapport.

Statut du Système d'information pour la gestion du BSP (PMIS) (document CE160/INF/3)

241. Le Dr Lucrecia Hernández Mack (Représentante du Sous-comité du programme, du budget et de l'administration) avait informé que le Sous-comité avait reçu une mise à jour en mars 2017 sur les progrès du projet PMIS, dont la première phase avait commencé à fonctionner en février 2015, couvrant les ressources humaines et les salaires. La phase 2, qui comprenait les finances, les achats et le budget, était entrée en fonctionnement en janvier 2016. L'année 2016 avait été consacrée à la stabilisation du système, la résolution des problèmes de gouvernance, les améliorations au système, la création de rapports personnalisés, la clôture financière du projet et la transition de l'équipe du projet au Département des services de technologie de l'information du BSP. Le système avait été utilisé pour la clôture financière de l'année 2016, mais la clôture financière de l'exercice

biennal 2016-2017 constituerait un nouveau défi, qui serait un processus plus complexe qu'un exercice de clôture en milieu de période biennale.

242. Dans la discussion du Sous-comité sur ce point, demande avait été faite que, puisque la clôture biennale serait un exercice difficile, des mises à jour sur la performance du PMIS continuent à être fournies au Sous-comité et au Comité exécutif.

243. Le Comité exécutif a pris note du rapport.

Centres collaborateurs de l'OPS/OMS (document CE160/INF/4)

244. Le Sous-directeur a présenté ce point, notant que les centres collaborateurs de l'OPS/OMS contribuaient à la coopération technique de l'Organisation et facilitaient l'expertise dans une série de domaines dans lesquels l'OPS manquait de capacité technique ou de ressources humaines suffisantes pour répondre aux besoins des États Membres. Les centres collaborateurs avaient fourni une assistance précieuse dans les domaines de la santé mentale et de la bioéthique par exemple. L'expertise disponible dans ces centres contribuait aux décisions fondées sur des données factuelles qui se traduisaient dans les politiques et les programmes. Les activités des centres étaient alignées sur le programme de travail général de l'OMS, le Plan stratégique de l'OPS et le Programme pour le développement durable à l'horizon 2030.

245. Il y avait actuellement 182 centres collaborateurs dans la Région, distribués entre 15 pays. Les centres étaient sélectionnés par le biais d'un processus rigoureux qui impliquait divers domaines techniques au sein de l'OPS et l'OMS. Au sein de chaque Organisation, une autorité était chargée de coordonner et de suivre les activités des centres qui relevaient de sa sphère de responsabilité. Les centres étaient tenus d'exécuter leurs plans de travail convenus et leur travail était régulièrement évalué pour déterminer s'ils continuaient ou non leur fonction de centres collaborateurs de l'OPS/OMS.

246. Le Comité exécutif a affirmé l'importance des centres collaborateurs dans le renforcement de la coopération technique de l'OPS et de l'OMS avec les États Membres et dans la facilitation du partage de l'expérience et des enseignements tirés. On a noté que les centres offraient des connaissances et une expérience spécialisées qui contribuaient au renforcement de la capacité et au développement dans leur pays hôte comme dans les pays avoisinants, y compris à travers la coopération sud-sud, nord-sud et la coopération triangulaire. Néanmoins, plusieurs délégués ont noté le besoin d'une plus grande transparence et d'une meilleure coordination et communication entre les centres collaborateurs et les gouvernements des pays dans lesquels ils étaient situés, et ont recommandé un soutien et une surveillance accrues du BSP pour assurer que le travail des centres collaborateurs avait un impact plus étendu dans le pays hôte. Ils ont demandé des informations sur la façon dont la rémunération des centres collaborateurs était gérée.

247. On a exprimé un appui aux activités proposées dans le document CE160/INF/4 pour renforcer les centres collaborateurs dans la Région, en particulier la création de réseaux nationaux de centres et l'établissement d'une plateforme web pour disséminer les

résultats et partager les expériences et les enseignements tirés. En ce qui concernait la possibilité d'organiser une réunion de tous les centres collaborateurs, une planification stratégique soigneuse était conseillée, étant donné le grand nombre de centres et la diversité de leurs domaines d'expertise.

248. Le Sous-directeur a noté que plusieurs réunions très productives de centres collaborateurs travaillant dans des domaines spécifiques avaient déjà été tenues. Quant à la rémunération des centres collaborateurs, il a clarifié que les centres finançaient leurs activités au moyen de leurs budgets propres; ils ne recevaient pas de compensation directe de l'Organisation, bien que l'OPS puisse les assister à couvrir les frais de voyage et dépenses associées pour des projets spécifiques ou des études qu'elle leur avait demandé d'effectuer.

249. Il a expliqué qu'afin de recevoir la désignation de centre collaborateur, une institution devait avoir travaillé avec l'OPS ou l'OMS pendant au moins deux ans, et qu'après avoir reçue cette désignation elle devait mener à bien son plan de travail pour pouvoir recevoir à nouveau cette désignation. Les gouvernements étaient toujours consultés et leur approbation était demandée avant qu'une institution ne soit désignée centre collaborateur de l'OPS/OMS. Les gouvernements savaient donc quelle institution avait été désignée et pouvaient travailler directement avec elle pour renforcer la coordination au niveau national. Les réseaux nationaux de centres collaborateurs pouvaient également contribuer à une meilleure coordination.

250. La Directrice a exprimé son appréciation pour la contribution des centres collaborateurs de l'OPS/OMS au partage des connaissances et de l'expertise dans la Région et pour leur appui au travail de l'OPS, en particulier dans la réponse aux urgences sanitaires et aux flambées de maladies.

251. Le Comité exécutif a pris note du rapport.

Répercussions de la violence sur la santé des populations des Amériques : rapport final (document CE160/INF/5)

252. Le Dr Kira Fortune (Chef par intérim du programme spécial sur le développement durable et l'équité en santé du BSP) a présenté ce point, affirmant que la violence dans toutes ses manifestations était un problème majeur de santé publique dans les Amériques et un obstacle au développement. L'homicide était la forme la plus visible de violence et souvent la seule forme pour laquelle les données étaient systématiquement collectées dans les statistiques nationales. La région d'Amérique latine et des Caraïbes avait le taux le plus élevé d'homicides parmi les enfants et les adolescents de toutes les régions du monde, alimenté par des niveaux alarmants de violence armée, d'activités de gangs et de crime organisé. Toutefois, la violence se produisait souvent dans les foyers et au sein des familles : elle était souvent invisible dans les statistiques nationales. Cinquante-huit pour cent des garçons et des filles dans la région d'Amérique latine et des Caraïbes subissaient une forme ou une autre d'abus physique, sexuel ou émotionnel chaque année. De plus, une

femme sur trois dans la Région subirait des abus de la part d'un partenaire ou des violences sexuelles de la part d'un non partenaire.

253. L'impact de cette violence était incommensurable. Ses effets pouvaient être immédiats, mais pouvaient également durer toute une vie, avec des problèmes de santé mentale, des grossesses non désirées et un usage nocif du tabac, de la drogue et de l'alcool. De plus, des études montraient que la violence impliquait des coûts économiques élevés en termes de coûts médicaux et légaux et de productivité réduite, et pouvait en fait ralentir le développement économique et social d'un pays. Par conséquent, empêcher la violence était une priorité pour la Région, et le secteur de la santé avait un rôle clé à jouer.

254. L'expérience régionale dans ce domaine avait permis à l'OPS d'appuyer l'élaboration et l'approbation du Plan d'action mondial de l'OMS visant à renforcer le rôle du système de santé dans une riposte nationale multisectorielle à la violence interpersonnelle, en particulier à l'égard des femmes et des filles et à l'égard des enfants, approuvé par l'Assemblée mondiale de la Santé en 2016. Le Rapport de situation mondial sur la prévention de la violence 2014 était la première fois que des données systématiques sanctionnées par les gouvernements avaient été rassemblées. Le rapport révélait que la majorité des pays et des territoires de la Région avaient pris des mesures pour élaborer des plans et des programmes d'intervention au niveau national et infranational pour lutter contre différentes formes de violence. Quatre pays de la Région avaient également développé des observatoires globaux. De plus, la plupart des pays avaient investi dans les programmes de prévention primaire qui incluaient les sept stratégies « les plus rentables » de prévention de la violence recommandées par l'OMS en 2010. Sur les 10 années antérieures, le BSP avait intensifié la coopération avec les États Membres pour appuyer les efforts destinés à empêcher la violence contre les femmes, les filles, les enfants et les jeunes, et avait produit des analyses, des directives et des modules techniques en collaboration avec l'OMS et d'autres agences internationales et nationales.

255. Malgré la visibilité accrue de la prévention de la violence dans les programmes politiques, la reconnaissance de la violence et des traumatismes en tant que problème majeur de santé publique restait encore limitée. En outre, moins de la moitié des pays et territoires ayant notifié des données avait abordé les principaux facteurs de risque de violence par des mesures politiques sociales et pédagogiques. Le rapport mondial de 2014 montrait également une variation marquée dans la disponibilité des services pour identifier, signaler, protéger et appuyer les victimes de la violence. Par conséquent, la prévention de la violence exigerait une collaboration multisectorielle accrue et un investissement à long terme. Les États Membres ont été encouragés à continuer leur plaidoyer pour la reconnaissance de la violence comme priorité de santé publique, et pour des investissements accrus en matière de prévention, ainsi qu'à continuer à mettre en œuvre la Stratégie et le Plan d'action régionaux sur le renforcement du système de santé pour lutter contre la violence contre les femmes et le Plan d'action mondial visant à renforcer le rôle du système de santé dans une riposte nationale multisectorielle à la violence interpersonnelle, en particulier à l'égard des femmes et des filles et à l'égard des enfants.

256. Le Comité exécutif a applaudi les progrès faits par les pays dans la lutte contre la violence comme problème de santé publique. Toutefois, le consensus était qu'il restait beaucoup à faire, car la violence dans la Région augmentait, ce qui faisait des Amériques la plus violente des régions de l'OMS. Il fallait donc intensifier avec urgence les efforts de prévention et de riposte à l'aide de programmes et d'initiatives nationaux. On a encouragé le Bureau à chercher des moyens pour maximiser l'impact des investissements en matière de prévention, programmes, pratiques et politiques et de s'efforcer d'aborder l'interconnexion entre les différentes formes de violence. Il y avait également un consensus sur le fait que la violence était un problème sociétal qui exigeait des mesures concernant l'éducation, y compris l'éducation sexuelle, et la coordination entre les secteurs. Les délégués ont exprimé l'engagement de leur pays à mettre en œuvre les plans d'action régional et mondial.

257. De nombreux délégués ont noté la prévalence élevée de la violence domestique et sexuelle ; ils ont indiqué que ces problèmes étaient une priorité nationale et décrit les efforts de leur pays pour combattre la violence contre les femmes, les filles et les enfants en général. Une déléguée a souligné que la violence contre les femmes était à la fois un problème de santé publique et une violation des droits humains avec des conséquences considérables non seulement pour les femmes et les familles, mais pour les économies nationales. La consommation d'alcool et de substances psychoactives était mentionnée comme un facteur contribuant à la violence interpersonnelle, plusieurs délégués la liant à la disponibilité des armes à feu. La violence des gangs et des jeunes et l'abus envers les personnes âgées étaient également des domaines de préoccupation.

258. Le Dr Fortune a noté qu'un changement était perceptible vers une plus grande reconnaissance de la violence comme problème de santé publique. Toutefois, il fallait intensifier les efforts pour prévenir la violence. L'absence de données continuait à entraver l'élaboration de plans et d'initiatives nationaux, mais on s'attaquait au problème et des efforts étaient en cours pour ventiler les données afin de comprendre la réalité dans les pays. Il fallait une approche multisectorielle, et le BSP travaillait main dans la main avec les autres secteurs et des organisations apparentées pour aborder ce problème. Il était également important de connaître, suite aux expériences dans les pays, ce qui avait fonctionné et ce qui constituaient des défis afin de mettre en avant les modèles réussis, en particulier pour lutter contre la violence des gangs, les homicides, la violence des jeunes et l'abus des personnes âgées.

259. La Directrice a affirmé qu'en dépit des améliorations qui avaient été mentionnées, la violence sous toutes ses formes demeurait un problème sociétal majeur dans la Région, qui dépassait largement le domaine de la santé publique. La violence contribuait non seulement à l'accroissement de la mortalité, de la morbidité et du handicap, mais avait aussi des implications sociales et économiques. La violence était la cause majeure de décès parmi les jeunes, faisant perdre à la Région de nombreuses années d'espérance de vie. Elle affectait même le tourisme, un contributeur majeur aux économies d'Amérique centrale et des Caraïbes. Néanmoins, la réponse au problème avait été limitée. Le secteur de la santé devait engager les chefs d'État et autres secteurs pour mettre fin à la violence.

Le BSP collaborerait pleinement à cette tâche. L'OEA pourrait également contribuer en soulignant le fait que la Région ne pouvait pas progresser économiquement et profiter d'un développement durable si le problème croissant de la violence n'était pas traité.

260. Le Comité a pris note du rapport.

Stratégie et plan d'action régionaux pour la prévention et le contrôle du cancer du col de l'utérus : rapport final (document CE160/INF/6)

261. Le Dr Anselm Hennis (Directeur du Département des maladies non transmissibles et de la santé mentale du BSP) a présenté le rapport, notant que l'objectif de la stratégie et du plan d'action régionaux pour la prévention et le contrôle du cancer du col de l'utérus avait été de développer et de renforcer la prévention et les programmes de contrôle du cancer du col de l'utérus dans la Région. Le plan avait été conçu pour combattre le fardeau du cancer du col de l'utérus, qui était encore élevé et qui affectait de manière disproportionnée les populations vulnérables. Bien que des cibles et des indicateurs n'aient pas été incorporés au plan, la résolution qui l'adoptait (résolution CD48.R10) avait préconisé des actions spécifiques par les États Membres et le Bureau.

262. Tous les pays de la Région avaient fait des progrès importants en améliorant leurs stratégies de santé publique pour la prévention et le contrôle du cancer du col de l'utérus. À compter de décembre 2016, 23 pays et territoires avaient introduit le vaccin contre le virus du papillome humain (VPH) pour les filles âgées de 9 à 13 ans, aidés en cela par le Fonds renouvelable de l'OPS. Neuf pays avaient incorporé le test contre le VPH comme stratégie de dépistage primaire, bien que le test de Papanicolaou traditionnel continue à être la principale stratégie de dépistage. Aucune information provenant des programmes nationaux n'était disponible sur la proportion de femmes traitées, même si le taux de traitement était un indicateur important de réussite. Il fallait par conséquent incorporer les indicateurs du cancer du col de l'utérus dans les systèmes d'information en santé. Presque tous les pays indiquaient qu'ils disposaient de services de radiothérapie pour le traitement du cancer, à l'exception de plusieurs pays des Caraïbes, où ces services n'étaient pas largement disponibles. Le coût élevé du traitement du cancer et les limitations dans la capacité du système de santé pour la chirurgie du cancer, la radiothérapie et la chimiothérapie demeuraient un défi pour améliorer les soins. L'accès aux soins palliatifs était lui aussi un défi : neuf pays seulement indiquaient qu'ils disposaient de ces services.

263. Les efforts pour réduire le fardeau du cancer du col de l'utérus dans les Amériques continuaient à faire face à des défis considérables. Le contrôle du cancer du col souvent n'était pas considéré comme une priorité dans les pays disposant de budgets limités de santé, et la manière de gérer les coûts élevés associés aux nouvelles technologies, telles que les vaccins contre le VPH et le traitement du cancer, continuait d'être une priorité majeure pour améliorer l'accès à ces technologies d'importance vitale. Le Bureau continuerait à appuyer les États Membres dans leurs efforts pour renforcer la capacité pour la mise en œuvre du vaccin contre le VPH, le dépistage du cancer du col de l'utérus et le traitement, ainsi que pour améliorer le suivi et l'évaluation du programme.

264. Le Comité exécutif a apprécié les progrès accomplis dans la prévention et le contrôle du cancer du col de l'utérus, tout en reconnaissant également qu'il restait beaucoup à faire. Un délégué a noté que le cancer du col affectait d'une manière disproportionnée les femmes des communautés vulnérables et a mentionné les nombreux défis auxquels se heurtent les pays, dont l'accès limité au dépistage et aux services de traitement, la capacité restreinte des ressources humaines et l'infrastructure limitée. Il y avait un consensus général sur l'importance du partage de l'information, des enseignements tirés et des bonnes pratiques. Le besoin de partenariats et de la coopération sud-sud a également été mis en relief, et le Bureau était invité à faciliter cette coopération. Une déléguée a remarqué que les récents développements de vaccination contre le VPH pour les garçons et les filles, le diagnostic du VPH et le traitement du cancer du col de l'utérus offraient une véritable opportunité pour renforcer les progrès dans la prévention et le contrôle du cancer du col de l'utérus. Plusieurs délégués ont mentionné l'importance de l'éducation du public et de l'appel aux agents de santé et à la société civile, y compris les groupes religieux, dans des efforts pour favoriser l'introduction du vaccin contre le VPH. D'autres délégués ont parlé du besoin d'amélioration des systèmes d'information en santé et de registres du cancer du col de l'utérus et de tirer parti du Fonds renouvelable pour acheter le vaccin contre le VPH à des prix abordables.

265. Le Dr Hennis a indiqué que les progrès dans la prévention et le contrôle du cancer du col de l'utérus n'auraient pas été possibles sans le haut niveau d'implication des États Membres. Il a noté les progrès considérables faits dans les Caraïbes en particulier, et a souligné l'importance de la détection précoce, du dépistage, de la prévention et du contrôle ainsi que de l'accès au vaccin contre le VPH, qui continuait à être un problème malgré sa disponibilité par le biais du Fonds renouvelable. Le Bureau travaillait pour identifier les facteurs qui limitaient l'accès par les populations les plus vulnérables. Le partage des enseignements concernant ce qui avait fonctionné ou non était essentiel. Il a encouragé les pays à créer des registres du cancer pour suivre les résultats et évaluer l'efficacité des interventions de santé publique et a affirmé que le Bureau se réjouissait de continuer à travailler avec les États Membres pour chercher à éliminer le cancer du col de l'utérus.

266. La Directrice a reconnu les efforts et l'engagement des États Membres pour la prévention et le contrôle du cancer du col de l'utérus. Néanmoins, la Région avait un long chemin à parcourir car les projections indiquaient que l'incidence et la mortalité du cancer du col de l'utérus en Amérique latine et dans les Caraïbes augmenteraient. Les États Membres devaient par conséquent redoubler leurs efforts pour accroître l'accès aux vaccins contre le VPH et garantir que même les populations des zones les plus reculées et dans des conditions de vulnérabilité seraient atteintes. Un plus grand accès au dépistage était également impératif. Dans le même temps, il était important de comprendre pourquoi certaines femmes ne profitaient pas des possibilités de dépistage et d'aborder ces questions. Elle convenait qu'il était nécessaire de renforcer l'éducation et la dissémination d'information publique sur le cancer du col de l'utérus. Des mesures devaient également être prises pour assurer l'accès au traitement pour tous, y compris les populations à faible revenu. Le BSP chercherait des moyens de faciliter l'accès à la chimiothérapie et la radiothérapie à travers le Fonds stratégique.

267. Le Comité a pris note du rapport.

Projet de plan décennal régional sur la santé bucco-dentaire pour les Amériques : rapport final (document CE160/INF/7)

268. Le Dr Luis Andrés de Francisco Serpa (Directeur du Département de la famille, du genre et du cycle de vie du BSP) a présenté ce point, indiquant que la santé bucco-dentaire dans la Région s'était considérablement améliorée pour trois raisons principales. La première était la mise en œuvre de programmes de fluoration de l'eau et du sel d'un bon rapport coût-efficacité dans tous les pays des Amériques, avec pour résultat une réduction importante de la prévalence des caries dentaires communiquée par les pays, en fonction des enquêtes sur la santé bucco-dentaire utilisant un indice dents cariées, absentes et obturées (CAOD). Les programmes de fluoration ont apporté des données factuelles selon lesquelles la prévention était la clé pour poursuivre l'amélioration de la santé bucco-dentaire et ils avaient offert également une meilleure compréhension de la façon d'intégrer la santé bucco-dentaire dans les programmes de soins de santé primaires.

269. Deuxièmement, les services bucco-dentaires s'étaient améliorés. La mise en œuvre de traitement d'un bon rapport coût-efficacité pour les caries dentaires, utilisant la technique du traitement réparateur non traumatique, reconnue par tous les pays comme modèle de bonne pratique, avait été intensifiée dans toute la Région. Troisièmement, le lien direct entre santé bucco-dentaire et facteurs de risque pour les maladies non transmissibles a été clairement démontré à travers, entre autres, l'inclusion de la santé bucco-dentaire dans la Déclaration politique de la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles en 2011. Le plan SOFAR multi-pays (facteurs de risque de la santé bucco-dentaire) avait été mis en œuvre dans neuf pays pour poursuivre l'amélioration de la santé bucco-dentaire des enfants et réduire les facteurs de risque communs pour les maladies non transmissibles à travers des approches multidisciplinaires.

270. Afin de continuer à améliorer la santé bucco-dentaire et la santé dans son ensemble dans la Région, la santé bucco-dentaire doit être reconnue comme importante pour la santé générale et comme un facteur ayant un impact direct sur la qualité de vie de la population vieillissante. Les pays devraient continuer à renforcer la capacité des agents de soins de santé primaires pour améliorer la santé bucco-dentaire et intégrer durablement la santé bucco-dentaire dans les soins de santé primaires. En outre, l'état de la science en ce qui concerne le lien entre l'infection par le VPH et cancer de la cavité buccale et ses implications pour la recherche future et la politique de santé publique dans la Région devrait être considéré.

271. Le Comité exécutif a bien accueilli le rapport et a applaudi les progrès accomplis. Il y avait consensus sur l'importance de la santé bucco-dentaire pour la santé globale et la prévention de maladies systémiques tout au long du cycle de vie. Les délégués ont décrit les programmes de santé bucco-dentaire de leurs pays et les réalisations dans ce domaine, soulignant le besoin d'efforts intégrés et intersectoriels qui incluaient des programmes d'éducation, des partenariats avec les universités, des programmes de santé bucco-dentaire

dans les installations de soins de santé primaires, la fluoration de l'eau et du sel et des programmes de nutrition, entre autres mesures. Une déléguée a souligné l'importance d'une intervention précoce à travers les programmes scolaires. Une autre déléguée a noté que le Bureau travaillait sur un nouveau plan intitulé « Faire progresser les politiques publiques de santé bucco-dentaire tout au long du cycle de vie et renforcer le personnel de santé, » devant être terminé en décembre 2017, et a demandé s'il avait pour but d'être un nouveau plan régional de santé bucco-dentaire.

272. Le Dr de Francisco Serpa a affirmé que la santé commençait dans la bouche et devrait être comprise dans les programmes de santé familiale de sorte que l'éducation et l'action correctrice pouvaient être entreprises tôt dans la vie. En plus d'améliorer la santé bucco-dentaire, cette éducation contribue à une alimentation plus saine, une réduction de la consommation de sucre et la prévention de la malnutrition et des maladies non transmissibles. Le nouveau plan avait pour but d'intégrer la santé bucco-dentaire tout au long du cycle de vie et d'élaborer des moyens d'encourager la santé nutritionnelle et les programmes de santé familiale par le biais des services de santé ; ce n'était pas un plan d'action en soi.

273. La Directrice a félicité les États Membres pour les progrès accomplis dans la santé bucco-dentaire. Elle a noté que l'exercice de stratification des priorités programmatiques mené par les États Membres avait révélé que la santé bucco-dentaire n'était pas véritablement une priorité de coopération technique de l'OPS. Une conclusion que l'on pouvait tirer de ce résultat était que les États Membres reconnaissent leur propre capacité à traiter la santé bucco-dentaire. En gardant ceci à l'esprit, il serait nécessaire de continuer à réévaluer l'allocation des ressources au programme de santé bucco-dentaire, qui étaient déjà minimales.

274. Le Comité a pris note du rapport.

Rapports d'avancement sur les questions techniques (document CE160/INF/8, A-M)

A. Plan d'action sur la Santé dans toutes les politiques : rapport d'avancement

275. Il était reconnu que les déterminants sociaux de la santé et les décisions prises par des secteurs autres que le secteur de la santé pouvaient positivement ou négativement affecter la santé des populations, et le besoin d'approches intersectorielles des problèmes de santé publique a été mis en relief. Notant que son pays avait récemment lancé un observatoire des inégalités en santé, le délégué du Mexique a demandé si le Mexique était compris parmi les pays qui formaient la référence pour les indicateurs 1.1.1, 1.1.2, et 2.1.1 du plan d'action.

276. Le Dr Kira Fortune (Chef par intérim du programme spécial sur le développement durable et l'égalité en santé du BSP) a reconnu le travail exemplaire que le Mexique avait fait concernant la santé dans toutes les politiques et confirmé qu'il faisait partie de la référence pour l'indicateur 2.1.1 et qu'il était prévu qu'il réalise les deux autres indicateurs.

277. Le Comité a pris note du rapport.

B. *L'insuffisance rénale chronique dans les communautés agricoles en Amérique centrale : rapport d'avancement*

278. Les progrès accomplis ont été notés mais il a été souligné qu'il existait des lacunes et des défis persistants en matière de surveillance épidémiologique, professionnelle et environnementale. Le besoin de mesures concernant l'éducation et la prévention ciblant les jeunes en âge de travailler, les familles et les communautés a été souligné ainsi que le besoin de surveillance de l'environnement professionnel. Il a été suggéré que la législation adoptée au Panama sur la réglementation de l'usage des pesticides pourrait s'avérer une orientation utile pour le travail futur dans ce domaine.

279. Le Dr James Fitzgerald (Directeur du Département des systèmes et services de santé du BSP) a affirmé que le travail sur l'insuffisance rénale dans les communautés agricoles demeurerait une priorité, en particulier pour les pays d'Amérique centrale. Il a convenu qu'il était essentiel d'aborder les facteurs environnementaux et professionnels qui faisaient courir des risques aux individus.

280. Le Comité a pris note du rapport.

C. *Plan d'action pour l'accès universel à la sécurité transfusionnelle : évaluation à mi-parcours*

281. Le Comité a pris note du rapport.

D. *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 : rapport d'avancement*

282. Les délégués ont apprécié le rapport. Ils ont convenu que les obstacles à l'accès aux services de santé et la discrimination pourraient avoir des conséquences négatives sur la santé pour les personnes LGBT et affirmé que chaque personne, indépendamment de son orientation sexuelle ou de son identité sexuelle, a le droit à la possession du meilleur état de santé physique et mentale. Une déléguée a exhorté les gouvernements à décriminaliser le comportement homosexuel, à appuyer le travail des organisations LGBT et à combattre la violence et la discrimination contre les personnes en fonction de leur orientation sexuelle ou identité sexuelle. Une autre déléguée a souligné le besoin d'une formation qui permettrait aux prestataires de soins de santé de comprendre comment les stéréotypes en matière de genre et la discrimination peuvent affecter la santé. Les deux déléguées ont mis en relief le besoin d'une analyse intersectionnelle et de données qui tiennent compte du fait que les personnes LGBT pourraient faire face à la discrimination non seulement sur la base de l'identité ou de l'orientation sexuelle, mais aussi en fonction de la race ou de l'ethnicité, la religion, l'âge, le statut socioéconomique ou le statut d'immigration.

283. Le Dr Nancy Machado (Conseillère juridique auprès du bureau du Conseiller juridique du BSP) a affirmé que les commentaires des délégués étaient conformes au travail interprogrammatique en cours sur ce thème.

284. Le Dr Amalia del Riego (Chef de l'unité des services et de l'accès à la santé du BSP) a noté le lien étroit entre le travail visant à éliminer les disparités à l'accès aux services de santé pour les personnes LGBT et le travail visant à réaliser l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle. Elle a ajouté que d'autres informations découlaient de l'évaluation et que l'examen de la littérature mentionnée dans le rapport d'avancement (document CE160/INF/8) serait incorporé dans le rapport à soumettre à la Conférence sanitaire panaméricaine.

285. Le Comité a pris note du rapport.

E. La santé et les droits de l'homme : rapport d'avancement

286. Les progrès accomplis au niveau de l'intégration d'une approche de droits de l'homme dans les politiques et les initiatives en santé ont été bien accueillis. On a noté que le cadre conceptuel pour la santé et les droits de l'homme prenait en compte de nombreux déterminants importants qui avaient un impact sur la santé et le bien-être, mais ne reconnaissait pas explicitement l'égalité des sexes comme déterminant de la santé. On a encouragé le BSP à intégrer l'égalité des sexes comme une priorité clé dans tous les aspects de sa coopération technique sur la santé et les droits de l'homme. On l'a également encouragé à mettre en œuvre les recommandations du groupe de travail de haut niveau récemment établi pour la santé et les droits de l'homme des femmes, des enfants et des adolescents.⁸

287. Rappelant que les négociations sur le cadre conceptuel sur la santé et les droits de l'homme avaient été acharnées, une déléguée a dit que son gouvernement continuait à voir le droit à la possession du meilleur état de santé possible comme un droit qui n'était pas justiciable et un droit qui devait être réalisé progressivement. Elle a suggéré que la version révisée du rapport d'avancement à soumettre à la Conférence sanitaire panaméricaine devrait renforcer l'idée que la décision d'adhérer aux instruments internationaux était une décision souveraine et que tous les instruments n'étaient pas applicables à tous les États Membres. Elle devrait également identifier les six domaines spécifiques de coopération technique sur le thème et clarifier le nombre d'États Membres participant à la Commission sur l'équité et les inégalités en santé dans la Région des Amériques.

288. Le Dr Nancy Machado (Conseillère juridique auprès du bureau du Conseiller juridique du BSP) a indiqué que le Bureau avait pris note des suggestions faites et s'efforcerait d'ajuster le langage du document pour exprimer l'idée que toute action prise par les États Membres relative à la santé et aux droits de l'homme devait s'inscrire dans le contexte et le cadre juridique actuels applicables à ces États.

⁸ Plus d'information disponible sur le site suivant (en anglais):
<http://www.who.int/life-course/news/human-rights-working-group-for-women-children-adolescents/en/>

289. Le Comité a pris note du rapport.

F. Plan d'action en matière de vaccination : évaluation à mi-parcours

290. Les progrès limités vers les cibles établies dans le plan d'action ont été notés et on a souligné le besoin pour les États Membres de réaffirmer leur engagement à maintenir un niveau élevé de vaccination. Il a également été souligné qu'en dépit du succès concernant l'élimination de la rougeole et de la rubéole, les cibles pour ces deux maladies devaient être maintenues, en particulier car la migration et d'autres facteurs posaient un risque de réintroduction de cas. Il a été suggéré qu'il fallait songer à ajouter un indicateur correspondant à l'investissement dans les systèmes de santé, à la chaîne du froid et aux systèmes d'information. Un délégué a fait valoir que le renforcement des programmes nationaux de vaccination et de surveillance aiderait à prévenir les flambées de maladies, mais faciliterait également la mise en œuvre du Règlement sanitaire international (2005), contribuerait au contrôle de la résistance antimicrobienne et aiderait à faire progresser le développement durable.

291. Le Dr Luis Andrés de Francisco Serpa (Directeur du Département de la famille, du genre et du cycle de vie du BSP) a indiqué qu'il était important de comprendre la relation entre systèmes de santé, les investissements et la vaccination et a affirmé que l'investissement était essentiel pour maintenir une couverture vaccinale élevée parmi tous les groupes de population.

292. Le Dr Cuauhtémoc Ruiz-Matus (Chef de l'Unité de vaccination intégrale de la famille du BSP) a observé qu'alors que le plan d'action n'incluait pas un indicateur spécifique concernant l'investissement dans la chaîne du froid, il incluait un indicateur sur la proportion d'investissement public dans les programmes de vaccination, qui établissait une cible de plus de 90% de financement national pour ces programmes.

293. Le Comité a pris note du rapport.

G. Stratégie et plan d'action sur l'épilepsie : évaluation à mi-parcours

294. Les délégués ont accueilli favorablement les progrès accomplis dans l'application de la stratégie et du plan d'action et exprimé leur soutien aux ajustements proposés pour les indicateurs 1.1.1, 1.2.1 et 1.2.3. Ils ont suggéré que les États Membres considèrent l'établissement d'un ou plusieurs indicateurs pour l'objectif 3.2 qui pourraient être utilisés pour suivre la mise en œuvre de programmes normalisés d'éducation en matière d'épilepsie pour le public. Il était essentiel de combattre la stigmatisation apparentée à la maladie pour assurer l'allocation adéquate des ressources afin de combattre le fardeau de l'épilepsie. Il était aussi important que les gouvernements, le secteur privé et le secteur social continuent de s'efforcer à mettre en place et évaluer des programmes efficaces de prévention et de traitement dans les établissements de santé, la communauté et au foyer. On a remarqué que la création de services spécifiques pour les soins aux personnes souffrant d'épilepsie pourrait éventuellement mener à la discrimination contre ces

personnes et on a souligné l'importance d'une approche globale pour la prestation des soins tout au long du parcours de vie.

295. Le Dr Anselm Hennis (Directeur du Département des maladies non transmissibles et de la santé mentale du BSP) a observé que le problème de l'épilepsie n'était pas aussi visible qu'il le méritait si l'on considérait que la maladie était une cause importante de mauvaise santé. Il a noté que les indicateurs établis à l'origine dans la stratégie et le plan d'action avaient été un peu trop ambitieux et il a apprécié l'appui des États Membres à la proposition du Bureau de ramener ces indicateurs à des niveaux plus réalistes. Il a également apprécié la suggestion faite relative à l'objectif 3.2. L'éducation sur l'épilepsie était en fait importante, en particulier pour combattre la discrimination et la stigmatisation.

296. Le Comité a pris note du rapport.

H. Plan d'action sur la santé mentale : évaluation à mi-parcours

297. Les délégués ont noté avec satisfaction les efforts pour prévenir la maladie mentale et promouvoir le bien-être mental, et ont attiré l'attention sur les coûts économiques et sociaux des problèmes de santé mentale. Un soutien ferme a été exprimé pour les modèles de soins communautaires destinés aux personnes souffrant de problèmes de santé mentale, et l'importance de l'incorporation des services de santé mentale dans les soins de santé primaires a été mise en relief. On a également souligné le lien entre les problèmes de santé mentale et les autres problèmes de santé, ainsi que l'importance d'une approche intégrée de la santé mentale. La sensibilisation aux problèmes de santé mentale a été considérée essentielle, tout comme l'accès accru aux services de santé mentale et le combat contre la stigmatisation qu'elle engendre. Un délégué a attiré l'attention sur le besoin de services de santé pour combattre le fardeau croissant des problèmes de santé mentale associés au vieillissement de la population, notamment la maladie d'Alzheimer et d'autres formes de démence.

298. On a exprimé un soutien pour les actions recommandées dans le rapport d'avancement, en particulier celles se rapportant au renforcement de l'information et des systèmes de surveillance et à l'amélioration de la précision de l'information sur le suicide dans la Région. En ce qui concernait ce dernier, la déléguée du Panama a noté que la sous-région d'Amérique centrale et la République dominicaine était en train d'établir un observatoire sur le comportement suicidaire et d'élaborer une série d'indicateurs de base normalisés sur la santé mentale.

299. Le Dr Anselm Hennis (Directeur du Département des maladies non transmissibles et de la santé mentale du BSP) a indiqué qu'il était réconfortant de voir que l'importance de la santé mentale et son impact sur la santé globale avait été reconnue à travers son incorporation dans l'ODD 3. Alors que certains défis demeuraient en termes de lutte contre la stigmatisation et la discrimination et de l'amélioration de l'accessibilité des services de santé mentale, dans le même temps des progrès considérables avaient été accomplis en matière de soins de santé mentale. Il fallait particulièrement louer les États Membres qui

avaient pris des mesures pour incorporer les services de santé mentale dans les soins de santé primaires.

300. Le Comité a pris note du rapport.

I. Plan d'action sur le handicap et la réadaptation : évaluation à mi-parcours

301. Une déléguée a indiqué qu'alors que sa délégation était d'accord en général avec la métrologie utilisée dans l'évaluation à mi-parcours pour évaluer les progrès, elle aurait aimé voir l'inclusion d'information sur l'investissement au niveau des pays pour former et recruter des professionnels de santé compétents pour s'occuper des personnes souffrant de handicaps. Elle espérait que les futurs rapports accorderaient une plus grande attention au problème important de la formation des agents sanitaires. Il serait également utile d'inclure des exemples de bonnes pratiques concernant les interventions du système de santé pour améliorer les vies et le bien-être de personnes souffrant de handicaps.

302. Le Dr Anselm Hennis (Directeur du Département des maladies non transmissibles et de la santé mentale du BSP) a dit que le Bureau avait pris note des commentaires concernant l'investissement requis pour recruter et former des professionnels de santé compétents. Il a noté que le problème du handicap et de la réadaptation n'était pas classé comme une priorité particulièrement élevée dans les exercices de priorisation récents menés au niveau des pays, ce qui était préoccupant, en particulier à la lumière du fardeau important du handicap lié aux maladies non transmissibles dans la Région.

303. La Directrice a observé que les rapports d'avancement sur l'épilepsie, la santé mentale, le handicap et la vaccination mettaient en relief l'importance du renforcement des systèmes de santé fondés sur les soins de santé primaires et d'assurer une formation adéquate du personnel. Ils illustraient également le besoin d'une action communautaire et de dispositions légales pour lutter contre la discrimination et la stigmatisation apparentées aux problèmes de santé mentale, aux handicaps et à l'épilepsie. En ce qui concernait la vaccination, elle a recommandé aux États Membres d'assurer l'équité en matière de couverture vaccinale. Les données disponibles montraient qu'il existait un nombre de municipalités où la couverture était plus faible que la moyenne nationale globale. Une faible couverture pourrait donner lieu à des poches de personnes susceptibles, qui pourraient réintroduire la transmission de maladies qui avaient été éliminées ou étaient sur le point de l'être.

304. Le Comité a pris note du rapport.

J. Plan d'action pour la coordination de l'assistance humanitaire : évaluation à mi-parcours

305. La déléguée de l'Équateur a décrit le travail que son pays avait entrepris, tirant parti des enseignements tirés du récent séisme en Équateur, pour renforcer la collaboration avec d'autres pays de la Région concernant l'assistance humanitaire. Ces activités incluaient l'organisation d'un réseau régional pour l'assistance humanitaire, la participation à

l'initiative d'équipes médicales d'urgence de l'OMS et l'élaboration de procédures pour la gestion des fournitures et des médicaments. Le délégué du Mexique a indiqué que sa délégation soumettrait des commentaires écrits détaillés sur l'évaluation à mi-parcours.

306. Le Comité a pris note du rapport.

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

307. Les délégués ont exprimé un soutien ferme aux efforts de l'Organisation pour encourager la coopération pour le développement de la santé dans la Région et ont décrit les initiatives de coopération de leurs pays. Ils ont souligné la valeur du partage des expériences réussies et des enseignements tirés ainsi que du rôle important que le BSP pourrait jouer en facilitant ces échanges. La déléguée d'Antigua-et-Barbuda a informé que son pays avait été en mesure de renforcer sa capacité en matière de diplomatie et de relations internationales dans le domaine de la santé grâce à sa participation au Programme de renforcement de la coopération pour le développement de la santé dans les Amériques offert par l'OPS et le Centre pour les relations internationales en santé de FIOCRUZ au Brésil.

308. Il a été suggéré que les rapports futurs devraient offrir des exemples concrets de coopération pour le développement de la santé et des informations sur les résultats obtenus. Il a également été suggéré qu'il fallait se concentrer en particulier sur l'impact de cette coopération sur les populations les plus vulnérables. Une déléguée a exprimé un intérêt particulier concernant l'impact de la coopération pour le développement de la santé sur les femmes et les filles et leurs droits sexuels et reproductifs.

309. Mme Ana Solís-Ortega Treasure (Chef du Bureau de la coordination entre les pays et les sous-régions du BSP) a observé qu'il avait été difficile de cataloguer le nombre énorme des efforts de coopération entre les pays de la Région. Le Bureau menait des enquêtes pour présenter une information plus complète dans les rapports futurs. La nature de la coopération sud-sud et de la coopération triangulaire rendait difficile la mesure de l'impact. Alors que le travail se poursuivait, des indicateurs et des mécanismes de suivi seraient élaborés, qui faciliteraient l'évaluation de l'impact de cette coopération. Le Bureau avait l'intention de mettre en place une plateforme pour partager les bonnes pratiques.

310. Le Comité a pris note du rapport.

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

311. Le Comité a pris note du rapport.

M. Situation des centres panaméricains

312. Le Comité a pris note du rapport.

Résolutions et autres actions d'organisations intergouvernementales revêtant un intérêt pour l'OPS (document CE160/INF/9, A-B)

A. Soixante-dixième Assemblée mondiale de la Santé

313. Mme Piedad Huerta (Conseillère principale du Bureau des Organes directeurs du BSP) a résumé les résultats de la Soixante-Dixième Assemblée mondiale de la Santé et souligné le rôle essentiel joué dans les délibérations par divers représentants de la Région des Amériques. La Région s'est distinguée par un niveau élevé de préparation pour les réunions et a présenté au moins 11 positions régionales unifiées sur des questions prioritaires, qui avaient eu des répercussions majeures sur le contenu des politiques mondiales de santé publique approuvées par l'Assemblée mondiale de la Santé. L'Assemblée a adopté 16 résolutions et 24 décisions. Parce que l'Assemblée s'était terminée quelques semaines seulement avant l'ouverture de la session du Comité exécutif, le Bureau n'avait eu le temps de préparer qu'une analyse préliminaire des implications des résolutions pour la Région. Des informations plus détaillées seraient fournies à la 29^e Conférence sanitaire panaméricaine.

314. Soulignant plusieurs des résolutions et décisions adoptées, elle a noté que la résolution WHA70.6, sur les Ressources humaines pour la santé et mise en œuvre des conclusions de la Commission de haut niveau des Nations Unies sur l'emploi dans le secteur de la santé et la croissance économique, aurait certainement un impact sur le document de stratégie de l'OPS sur les ressources humaines pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle. En conséquence de la décision WHA70(11), sur l'Application du Règlement sanitaire international (2005), ce thème avait été incorporé à l'ordre du jour de la Conférence sanitaire panaméricaine. La décision WHA70(20) visant à Renforcer les synergies entre l'Assemblée mondiale de la Santé et la Conférence des Parties à la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac avait clairement des implications concernant la considération par l'OPS de la stratégie et plan d'action visant à renforcer la lutte antitabac.

315. La Directrice a félicité les États Membres pour leur participation active à l'Assemblée mondiale de la Santé et pour le rôle de leadership que la Région jouait au niveau mondial.

B. Organisations sous-régionales

316. Mme Ana Solís-Ortega Treasure (Chef du Bureau de la coordination entre les pays et les sous-régions du BSP) a décrit plusieurs résolutions et accords sur des questions liées à la santé adoptées par les organisations d'intégration sous-régionales en Amérique centrale, aux Caraïbes et en Amérique latine. Elle a attiré l'attention sur le document CE160/INF/9(B), qui citait ces organisations sous-régionales et certains des événements

dans lesquels elles avaient été impliquées l'année antérieure. Soulignant que cette coopération était fondamentale pour améliorer la situation de la santé dans la Région, elle a dit que le Bureau restait engagé à appuyer les processus sous-régionaux dans la mesure du possible. Les domaines particuliers dans lesquels il avait un rôle à jouer étaient les négociations conjointes sur le prix des médicaments à coût élevé, la coordination des politiques sur la formation des ressources humaines pour la santé et la riposte aux maladies vectorielles.

317. La déléguée du Panama a noté que son pays venait de remplacer le Costa Rica à la présidence du Conseil des ministres de la Santé d'Amérique centrale et de la République dominicaine (COMISCA). À la réunion la plus récente du COMISCA, les pays avaient convenu d'établir un mécanisme pour des négociations conjointes sur les prix des médicaments à coût élevé, chaque pays contribuant sur la base des économies qu'il avait réalisées à l'aide du mécanisme. Elle a ajouté que le Panama lui-même poursuivait une stratégie d'achat diversifiée, utilisant les divers mécanismes disponibles, dont le Fonds stratégique de l'OPS. Elle a également noté que la réunion du secteur de la santé d'Amérique centrale et de la République dominicaine (RESSCAD) était récemment devenue le Forum régional intersectoriel pour la Santé d'Amérique centrale et de République dominicaine : sa première session serait organisée au Panama. L'appui de l'OPS à cet événement serait crucial.

318. Mme Solís-Ortega Treasure a remercié le Panama pour l'information, réitérant que le Bureau était engagé à travailler avec les divers mécanismes sous-régionaux.

319. Le Comité exécutif a pris note des rapports.

Clôture de la session

320. Suivant l'échange habituel de politesses, le Président a déclaré la clôture de la 160^e session du Comité exécutif.

Résolutions et décisions

321. Les résolutions et décisions suivantes ont été adoptées par le Comité exécutif lors de sa 160^e session :

Résolutions

CE160.R1 : RECOUVREMENT DES CONTRIBUTIONS FIXÉES

LA 160^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné le *Rapport sur le recouvrement des contributions fixées* (documents CE160/20 et Add. I) ;

Notant qu'aucun État Membre n'est en arriéré de paiement de ses contributions fixées dans la mesure où il peut être assujéti à l'application de l'article 6.B de la Constitution de l'Organisation panaméricaine de la Santé ;

Notant que 18 États Membres ne se sont acquittés d'aucun paiement correspondant à leurs contributions fixées pour 2017,

DÉCIDE :

1. De prendre note du *Rapport sur le recouvrement des contributions fixées* (documents CE160/20 et Add. I).
2. De féliciter les États Membres pour leur engagement à s'acquitter de leurs obligations financières envers l'Organisation en faisant des efforts pour régler leurs contributions impayées.
3. De remercier les États Membres qui se sont déjà acquittés de leurs paiements pour 2017 et de prier instamment les autres États Membres de 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 à la 29^e Conférence sanitaire panaméricaine sur la situation du recouvrement des contributions fixées.

(Première réunion, le 26 juin 2017)

CE160.R2 : *Plan d'action pour la pérennité de l'élimination de la rougeole, de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale dans les Amériques 2018-2023*

LA 160^e SESSION DU COMITÉ EXECUTIF,

Ayant examiné le projet de *Plan d'action pour la pérennité de l'élimination de la rougeole, de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale dans les Amériques 2018-2023* (document CE160/16),

DÉCIDE :

De recommander à la 29^e Conférence sanitaire panaméricaine d'approuver une résolution selon les termes suivants:

**PLAN D'ACTION POUR LA PÉRENNITÉ DE L'ÉLIMINATION DE LA
ROUGEOLE, DE LA RUBÉOLE ET DU SYNDROME DE RUBÉOLE
CONGÉNITALE DANS LES AMÉRIQUES 2018-2023**

LA 29^e CONFÉRENCE SANITAIRE PANAMÉRICAINE,

Ayant examiné le Plan d'action pour la pérennité de l'élimination de la rougeole, de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale dans les Amériques 2018-2023 (document CSP29/___) ;

Ayant pris note de la déclaration de l'élimination de la rougeole, de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale dans les Amériques qui figure dans le rapport présenté par la Présidente du Comité international d'experts chargé de documenter et vérifier l'élimination de la rougeole, de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale dans les Amériques à la Directrice et aux États Membres au cours du 55^e Conseil directeur de l'OPS (68^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques) de septembre 2016 ;

Ayant examiné les recommandations du Comité international d'experts tendant à ce que la Région des Amériques reste exempte de transmission endémique de la rougeole, de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale ;

Prenant acte de l'énorme travail réalisé par les États Membres pour achever de documenter et vérifier l'interruption de la transmission endémique de la rougeole et de la rubéole dans la Région des Amériques, conformément à la demande formulée dans la résolution CSP28.R14 de septembre 2012 ;

Constatant avec préoccupation que l'initiative en faveur de l'élimination de la rougeole et de la rubéole dans les autres régions du monde n'a pas beaucoup progressé et que, dans la mesure où on ne parvient pas à interrompre la transmission des deux virus à l'échelle mondiale, ces virus peuvent être importés et remettre en cause les acquis dans la Région des Amériques ;

Tenant compte du fait que, pour être durable, l'élimination de la rougeole et de la rubéole doit s'appuyer sur l'engagement politique des États Membres et de l'OPS au plus haut niveau pour relever les défis liés aux programmes de vaccination et aux systèmes de surveillance, afin de ne pas mettre en péril l'élimination de ces maladies ;

Reconnaissant la nécessité d'élaborer un plan d'action pour protéger les acquis de notre Région, en maintenant définitivement l'élimination et en évitant le risque de reprise de la transmission endémique de ces virus à la suite de de l'importation de cas d'autres régions du monde,

DÉCIDE :

1. De féliciter les États Membres et leur personnel de santé d'avoir remporté un succès historique en éliminant la rougeole, la rubéole et le syndrome de rubéole congénitale dans la Région des Amériques.
2. D'approuver et de mettre en œuvre le *Plan d'action pour la pérennité de l'élimination de la rougeole, de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale dans les Amériques 2018-2023* (document CSP29/___), compte tenu de la situation de chaque pays.
3. De prier instamment tous les États Membres :
 - a) de promouvoir la mise en œuvre des objectifs et indicateurs qui figurent dans le *Plan en matière de vaccination* (document CD54/7, Rev. 2 [2015]) de l'OPS pour 2015-2019, afin d'obtenir, aux niveaux national et municipal, une couverture de 95 % au moins pour la première et la deuxième dose de vaccin contre la rougeole, les oreillons et la rubéole et une couverture de 95 % au moins, aux niveaux national et municipal, lors des campagnes de vaccination de suivi contre la rougeole et la rubéole ;
 - b) de renforcer la surveillance épidémiologique de la rougeole, de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale afin de pouvoir détecter correctement tous les cas suspects ou confirmés de ces maladies, dans le cadre de l'émergence de nouvelles affections prioritaires du point de vue de la santé publique, telles que les arboviroses ;
 - c) de développer les capacités nationales et opérationnelles des pays afin que l'élimination de la rougeole et de la rubéole soit durable, moyennant la création ou le maintien des commissions nationales afin de suivre les plans pour la pérennité de l'élimination et grâce à l'utilisation d'outils régionaux et nationaux pour former les agents de santé du secteur public et du secteur privé et actualiser leurs connaissances ;
 - d) d'établir les mécanismes standard permettant une riposte rapide face aux cas importés de rougeole, de rubéole et de syndrome de rubéole congénitale en vue d'éviter la reprise de la transmission endémique de ces maladies dans les pays, en créant ou en activant des groupes de riposte rapide formés à cette fin et en appliquant des plans nationaux de riposte rapide aux cas importés.

4. De prier la Directrice :
- a) de continuer à assurer la coopération technique avec les États Membres pour renforcer les capacités nationales qui contribuent à la mise en œuvre des activités nécessaires à la vaccination de la population et à la surveillance épidémiologique de qualité de la rougeole, de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale, suivant ce qui est décrit dans ce plan d'action pour la pérennité de l'élimination de ces virus ;
 - b) de continuer à mobiliser le financement supplémentaire nécessaire pour soutenir les États Membres dans la préparation de la riposte aux flambées de rougeole et de rubéole liées à des cas importés et dans l'organisation de campagnes de vaccination de suivi et des autres activités décrites dans le plan d'action ;
 - c) de continuer à promouvoir au plus haut niveau politique, avec les autres régions du monde et les partenaires, les efforts destinés à progresser rapidement vers les cibles définies par l'OMS pour l'élimination de la rougeole et de la rubéole au niveau mondial en vue d'éradiquer les deux virus à l'avenir.

(Première réunion, 26 juin 2017)

CE160.R3 : Nomination d'un membre à la Commission de vérification de l'OPS

LA 160^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Considérant que le 49^e Conseil directeur, par la résolution CD49.R2 (2009), a créé la Commission de vérification de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) en tant qu'organe consultatif spécialisé et indépendant auprès du Directeur du Bureau sanitaire panaméricain (BSP) et des États Membres de l'OPS ;

Guidée par les attributions de la Commission de vérification, qui établissent le processus à suivre pour l'évaluation et la nomination par le Comité exécutif des membres de la Commission de vérification de l'OPS ;

Notant que les attributions de cette Commission stipulent que les membres ne peuvent effectuer que deux mandats complets de trois ans chacun ;

Considérant qu'un poste sera vacant au sein de la Commission de vérification de l'OPS,

DÉCIDE :

1. De remercier le Directeur du BSP et le Sous-comité du programme, du budget et de l'administration pour leur travail approfondi afin d'identifier et de proposer la nomination de candidats hautement qualifiés pour siéger à la Commission de vérification de l'OPS.
2. De remercier M. Nicholas Treen pour ses années de service au sein de la Commission de vérification de l'OPS.
3. De nommer Mme Kumiko Matsuura-Mueller pour siéger à titre de membre du Comité de vérification de l'OPS pour un mandat de trois ans de juin 2017 à juin 2020.

(Troisième réunion, le 27 juin 2017)

CE160.R4 : Stratégie en matière de ressources humaines pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle

LA 160^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné le document intitulé *Stratégie en matière de ressources humaines pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle* (document CE160/18),

DÉCIDE :

De recommander à la Conférence sanitaire panaméricaine d'approuver une résolution selon les termes suivants :

STRATÉGIE EN MATIÈRE DE RESSOURCES HUMAINES POUR L'ACCÈS UNIVERSEL À LA SANTÉ ET LA COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE

LA 29^e CONFÉRENCE SANITAIRE PANAMÉRICAINNE,

Ayant examiné la *Stratégie en matière de ressources humaines pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle* (document CSP29/__) présentée par la Directrice ;

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

Conscient du fait que la mise en œuvre de la *Stratégie pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle* approuvée par le 53^e Conseil directeur de l'OPS

en 2014 nécessite des ressources humaines en quantité suffisante, réparties équitablement et disposant de capacités adéquates, suivant les besoins des communautés ;

Sachant que la Soixante-neuvième Assemblée mondiale de la Santé a approuvé en mai 2016 la *Stratégie mondiale sur les ressources humaines pour la santé à l'horizon 2030*, et qu'en novembre 2016 la Commission de haut niveau sur l'emploi en santé et la croissance économique convoquée par l'Organisation des Nations Unies a affirmé que l'investissement en faveur de l'emploi dans le secteur de la santé peut favoriser la croissance économique et contribuer au développement des pays ;

Reconnaissant que, malgré les progrès accomplis, des problèmes demeurent, notamment en ce qui concerne la disponibilité et la répartition du personnel, la planification, la gouvernance, l'articulation entre les secteurs et la formation selon les besoins du système de santé s'agissant de l'accès universel à la santé et de la couverture sanitaire universelle,

DÉCIDE :

1. D'approuver la *Stratégie en matière de ressources humaines pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle* (document CSP29/___).
2. De prier instamment les États Membres :
 - a) de mettre en place des mécanismes officiels pour renforcer la direction du développement des politiques nationales de ressources humaines pour la santé, y compris la collaboration et la coordination des hautes autorités pour favoriser les synergies dans la réglementation, la planification stratégique et la prise de décisions fondées sur les besoins du système de santé ;
 - b) d'accroître les investissements publics et d'améliorer l'efficacité du financement en favorisant la qualité de l'enseignement et de l'emploi dans le secteur de la santé afin d'accroître la disponibilité des ressources humaines, de motiver les équipes sanitaires, de promouvoir leur fidélisation, d'améliorer les résultats en matière de santé et de contribuer au développement économique ;
 - c) de renforcer les processus de planification stratégique, la prévision des besoins actuels et futurs ainsi que le suivi de la qualité de la performance grâce à la mise au point de systèmes d'information sur les ressources humaines pour la santé ;
 - d) de favoriser la création d'équipes interprofessionnelles dans les réseaux de services grâce à la formation interprofessionnelle et à la diversification des contextes d'apprentissage, en adaptant les profils professionnels aux modalités d'organisation du travail (délégation des tâches et roulement) afin d'insérer ces équipes dans les réseaux intégrés de services de santé ;
 - e) de mettre en œuvre des stratégies de fidélisation des ressources humaines pour la santé, notamment dans les zones mal desservies et suivant les caractéristiques

- interculturelles de chaque communauté, qui associent des incitations économiques mais aussi ayant trait au développement professionnel, au projet de vie, aux conditions de travail et à l'infrastructure ;
- f) de prôner la transformation de la formation des professionnels de la santé afin d'y intégrer les principes de la mission sociale, les questions de santé publique et les déterminants sociaux de la santé comme piliers de la formation des ressources humaines pour la santé ;
 - g) de promouvoir des accords de haut niveau entre le secteur de l'éducation et celui de la santé pour que la formation des ressources humaines corresponde aux besoins actuels et futurs des systèmes de santé et pour progresser dans les processus d'évaluation et d'homologation des programmes de formation en sciences de la santé, en tenant compte de la pertinence sociale dans les normes de qualité de l'enseignement ;
 - h) de mettre au point des stratégies de formation permanente pour les professionnels de la santé, en y intégrant les nouvelles technologies de l'information et de la communication, la télésanté, l'éducation virtuelle et les réseaux d'apprentissage afin d'améliorer la capacité à résoudre les problèmes et la qualité des services dans les réseaux intégrés de services de santé ;
 - i) de renforcer la gouvernance de la planification et de la réglementation de la formation des spécialistes, en fixant des cibles progressives pour l'attribution de places en médecine générale et communautaire et dans les spécialités essentielles ;
 - j) de tenir compte du genre ainsi que des besoins des travailleuses dans les nouveaux modèles d'organisation et d'embauche dans les services de santé, étant donné la féminisation croissante des ressources humaines dans le secteur.
3. De prier la Directrice :
- a) de promouvoir le dialogue politique intersectoriel pour faciliter la mise en œuvre de la *Stratégie en matière de ressources humaines pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle* dans les États Membres et, en particulier, l'augmentation des investissements en faveur des ressources humaines pour la santé ;
 - b) d'élaborer d'ici à 2018 un plan d'action régional comportant des objectifs précis et des indicateurs afin de mettre en œuvre plus rapidement cette stratégie ;
 - c) de soutenir les pays dans le renforcement des capacités de planification stratégique et de gestion des ressources humaines et dans le développement des systèmes d'information pour étayer l'analyse des scénarios actuels et futurs concernant l'extension progressive de l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle ;
 - d) de favoriser la recherche, le partage d'expériences et la coopération entre les pays sur des sujets tels que les équipes sanitaires interprofessionnelles, la qualité d'une

- éducation socialement pertinente et les stratégies de fidélisation des ressources humaines ;
- e) de promouvoir la coordination entre les institutions des Nations Unies et d'autres organismes internationaux qui s'intéressent aux questions liées aux ressources humaines pour la santé et de créer une commission technique de haut niveau chargée d'évaluer les tendances, les capacités et la mobilité des professionnels de la santé dans la Région des Amériques.

(Quatrième réunion, le 27 juin 2017)

CE160.R5 : Acteurs non étatiques en relations officielles avec l'Organisation panaméricaine de la Santé

LA 160^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant considéré le rapport du Sous-Comité du programmes, du budget, et de l'administration *Acteurs non étatiques en relations officielles avec l'OPS* (document CE160/7) ;

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

DÉCIDE :

1. De renouveler les relations officielles entre l'OPS et les acteurs non étatiques suivants pour une période de trois ans :
 - a) l'*American Public Health Association* (APHA),
 - b) l'*American Society for Microbiology* (ASM),
 - c) l'*Inter American Association of Sanitary and Environmental Engineering* (AIDIS),
 - d) la *March of Dimes*,
 - e) la *United States Pharmacopeial Convention* (USP),
 - f) l'Association mondiale pour la santé sexuelle (WAS).
2. De reporter à 2018 la prise d'une décision relative au maintien de relations officielles avec l'Association latino-américaine de l'industrie pharmaceutique (FIFARMA).
3. De mettre fin aux relations officielles avec la Fédération internationale du diabète (FID).

4. De demander au directeur :
 - a) d'informer les acteurs non étatiques respectifs des décisions prises par le Comité exécutif ;
 - b) de continuer à développer des relations de travail dynamiques avec des acteurs non étatiques interaméricains d'intérêt pour l'Organisation dans des domaines qui entrent dans le cadre des priorités que les Organes directeurs ont adoptées pour l'OPS ;
 - c) de continuer à favoriser les relations avec les États Membres et les acteurs non étatiques travaillant dans le domaine de la santé.

(Quatrième réunion, le 27 juin 2017)

CE160.R6 : Plan stratégique de l'OPS 2014-2019: amendements proposés

LA 160^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné le *Plan stratégique de l'OPS 2014-2019 : amendements proposés* (document CE160/11), qui modifie la version 2014 du Plan stratégique (*Document officiel* 345) ;

Reconnaissant les changements programmatiques introduits par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) par le document *Réforme de l'action de l'OMS dans la gestion des situations d'urgence sanitaire* (document A69/30 [2016]) présenté à la 69^e Assemblée mondiale de la Santé ;

Rappelant les priorités établies par les États Membres, y compris dans le Plan d'action sur la résistance aux antimicrobiens (document CD54/12, Rev. 1 [2015]) et le Plan d'action pour la prévention et le contrôle des hépatites virales (document CD54/13, Rev. 1 [2015]) ;

Reconnaissant les résultats des exercices de hiérarchisation programmatique menés avec les États Membres sur la base de l'utilisation de la méthode affinée OPS-Hanlon, établie dans le document *Méthodologie du cadre de stratification des priorités programmatiques du Plan stratégique de l'OPS* (document CD55/7 [2016]) adopté par le 55^e Conseil directeur,

DÉCIDE :

De recommander que la Conférence sanitaire panaméricaine adopte une résolution rédigée selon les termes suivants :

PLAN STRATÉGIQUE DE L'OPS 2014-2019 (AMENDÉ)

LA 29^e CONFÉRENCE SANITAIRE PANAMÉRICAINNE,

Ayant examiné les amendements proposés au *Plan stratégique de l'Organisation panaméricaine de la Santé 2014-2019 (document officiel 345)*, qui modifie la version 2014 du Plan stratégique ;

Accueillant avec satisfaction l'alignement programmatique et fonctionnel sur la réforme de l'OMS pour la gestion des situations d'urgence sanitaire dans la Région des Amériques ;

Reconnaissant l'importance du processus de hiérarchisation programmatique en consultation avec les États Membres sur la base de l'utilisation d'une méthodologie rigoureuse et systématique,

DÉCIDE :

1. D'approuver la version amendée proposée du *Plan stratégique de l'Organisation panaméricaine de la Santé 2014-2019 (document officiel 345)*.
2. De remercier les autorités sanitaires nationales qui ont mené les exercices de hiérarchisation programmatique en utilisant la méthode affinée OPS-Hanlon.
3. De demander à la Directrice :
 - a) de mettre en œuvre les changements programmatiques pour l'exercice biennal 2018-2019 avec les ajustements correspondants au Programme et budget 2018-2019 suite à la révision des catégories et résultats intermédiaires du Plan stratégique de l'OPS 2014-2019 ;
 - b) de mettre à jour le recueil des indicateurs de résultat intermédiaire et le système de suivi du Plan stratégique de l'OPS pour faciliter l'évaluation conjointe avec les États Membres des résultats intermédiaires du Plan stratégique et des résultats immédiats du Programme et budget ;
 - c) de présenter un deuxième rapport intermédiaire sur la mise en œuvre du Plan stratégique de l'OPS 2014-2019 en 2018 et un rapport final en 2020.

(Cinquième réunion, 28 juin 2017)

CE160.R7 : Nouveau barème des contributions fixées

LA 160^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné le rapport du Bureau sanitaire panaméricain sur le *Nouveau barème des contributions fixées* à appliquer aux États Membres, États participants et Membres associés de l'Organisation panaméricaine de la Santé pour l'exercice financier 2018-2019 (document CE160/13) ;

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

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

Considérant que l'Assemblée générale de l'Organisation des États Américains a adopté un barème temporaire des contributions fixées pour l'exercice financier 2018 pendant que le Comité des affaires administratives et budgétaires continue à examiner le système et la méthodologie actuels des contributions, dont les résultats seront présentés pour approbation à la session spéciale de l'Assemblée générale en octobre 2017,

DÉCIDE :

De recommander à la 29^e Conférence sanitaire panaméricaine d'approuver le barème suivant des contributions fixées de l'OPS, qui est basé sur le barème temporaire des contributions de l'OEA pour l'exercice financier 2018, et d'adopter une résolution rédigée selon les termes suivants :

NOUVEAU BARÈME DES CONTRIBUTIONS FIXÉES

LA 29^e CONFÉRENCE SANITAIRE PANAMÉRICAINE,

Ayant examiné le rapport du Comité exécutif sur le *Nouveau barème des contributions fixées* pour les États Membres, les États participants, et les Membres associés de l'Organisation panaméricaine de la Santé (document CSP29/___) ;

Considérant que les gouvernements membres de l'Organisation panaméricaine de la Santé sont imposés en conformité à l'article 60 du Code sanitaire panaméricain et l'article 24 (a) de la Constitution de l'Organisation panaméricaine de la Santé ;

Notant que près de 34 % du Programme et budget de l'OPS 2018-2019, considéré dans le document officiel ___, seront financés par les contributions fixées des États Membres, États participants et Membres associés ;

Considérant que l'Assemblée générale de l'Organisation des États Américains (OEA) a adopté un barème temporaire des contributions pour l'exercice financier 2018 pendant que le système et la méthodologie actuels des contributions font l'objet d'un examen,

DÉCIDE :

1. d'approuver le barème proposé des contributions fixées pour les États Membres, États participants et Membres associés de l'Organisation panaméricaine de la Santé pour application durant l'exercice financier 2018 comme indiqué dans le tableau ci-dessous.
2. de soumettre à la considération des Organes directeurs de l'OPS un barème révisé des contributions pour l'exercice financier 2019, sur la base du barème des contributions fixées de l'OEA 2019, une fois le barème adopté.

État Membre	Taux de contribution (%)
Antigua-et-Barbuda	0,022
Argentine	3,000
Bahamas	0,047
Barbade	0,026
Belize	0,022
Bolivie	0,070
Brésil	12,457
Canada	9,801
Chili	1,415
Colombie	1,638
Costa Rica	0,256
Cuba	0,132
Dominique	0,022

État Membre	Taux de contribution (%)
El Salvador	0,076
Équateur	0,402
États-Unis d'Amérique	59,445
Grenade	0,022
Guatemala	0,171
Guyana	0,022
Haïti	0,022
Honduras	0,043
Jamaïque	0,053
Mexique	6,470
Nicaragua	0,022
Panama	0,191
Paraguay	0,087
Pérou	1,005
République dominicaine	0,268
Saint-Kitts-et-Nevis	0,022
Saint-Vincent-et-les-Grenadines	0,022
Sainte-Lucie	0,022
Suriname	0,022
Trinité-et-Tobago	0,129
Uruguay	0,298
Venezuela	1,940
État participant	Taux de contribution (%)
France	0,203
Pays-Bas	0,022
Royaume-Uni	0,022
Membre associé	Taux de contribution (%)
Aruba	0,022
Curaçao	0,022
Porto Rico	0,025
Sint Maarten	0,022
TOTAL	100,00

(Cinquième réunion, 28 juin 2017)

CE160.R8 : *Projet de programme et budget de l'Organisation panaméricaine de la Santé 2018-2019*

LA 160^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné le *Projet de programme et budget de l'Organisation panaméricaine de la Santé 2018-2019* (document CE160/12) ;

Ayant examiné le *Rapport de la onzième session du Sous-comité du programme, du budget, et de l'administration* (document CE160/4) ;

Prenant note des efforts déployés par le Bureau sanitaire panaméricain (BSP) pour proposer un Programme et budget qui utilise une approche ascendante et tient compte des priorités des États Membres ainsi que des objectifs de développement durable,

DÉCIDE :

De recommander à la 29^e Conférence sanitaire panaméricaine d'adopter une résolution rédigée selon les termes suivants :

**PROGRAMME ET BUDGET DE
L'ORGANISATION PANAMÉRICAIN DE LA SANTÉ 2018-2019**

LA 29^e CONFÉRENCE SANITAIRE PANAMÉRICAIN,

Ayant examiné le *Programme et budget de l'Organisation panaméricaine de la Santé 2018-2019* (document officiel ____) ;

Ayant examiné le rapport de la 160^e session du Comité exécutif (document CSP29/__) ;

Prenant note des efforts déployés par le Bureau sanitaire panaméricain (BSP) pour proposer un Programme et budget qui tient compte du climat financier mondial et régional et de ses implications pour les États Membres ainsi que de la réalisation par les États Membres et l'Organisation de leurs engagements en matière de santé publique ;

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

DÉCIDE :

1. D'approuver le programme de travail de l'Organisation panaméricaine de la Santé avec un budget d'US\$ 619,6 millions pour les programmes de base et de \$56,0 millions pour les programmes spécifiques et la réponse aux situations d'urgence, tel que décrit dans le Programme et budget de l'OPS 2018-2019.
2. D'encourager les États Membres à continuer de payer leurs contributions dans les délais impartis en 2018 et 2019 ainsi que les arriérés de contributions qu'ils pourraient avoir accumulés au cours des périodes budgétaires précédentes.
3. D'encourager les États Membres à continuer de plaider en faveur d'une répartition équitable des ressources de l'OMS et en particulier pour que l'OMS finance pleinement l'espace budgétaire alloué à la Région des Amériques.
4. D'encourager les États Membres, les États participants et les Membres associés à faire des contributions volontaires alignées sur le Programme et budget 2018-2019 et, dans la mesure du possible, à envisager de rendre ces contributions pleinement flexibles et de les assigner à un groupe de fonds non affectés.
5. D'affecter le budget pour la période budgétaire 2018-2019 parmi les six catégories programmatiques suivantes :

Catégorie	Montant
1. Maladies transmissibles	114 600 000
2. Maladies non transmissibles et facteurs de risque	59 100 000
3. Déterminants de la santé et promotion de la santé à toutes les étapes de la vie	81 400 000
4. Systèmes de santé	118 400 000
5. Urgences sanitaires	56 400 000
6. Leadership, gouvernance et fonctions d'appui	189 700 000
Programmes de base – Total (catégories 1-6)	619 600 000
Programmes spécifiques et réponse aux situations d'urgence	56 000 000
Programme et budget - Total	675 600 000

6. De financer le budget approuvé pour les programmes de base de la manière suivante et à partir des sources de financement indiquées :

Source de financement	Montant
a) Contributions fixées des États Membres, des États participants et des Membres associés de l'OPS	210 640 000
Moins crédit provenant du Fonds de péréquation des impôts	(16 340 000)
b) Recettes diverses inscrites au budget	20 000 000
c) Autres sources	215 200 000
d) Allocation de fonds à la Région des Amériques provenant de l'Organisation mondiale de la Santé	190 100 000
TOTAL	619 600 000

7. De demander à la Directrice de s'assurer qu'en fixant les contributions des États Membres, des États participants et des Membres associés, les contributions sont réduites du montant inscrit à leur crédit au Fonds de péréquation des impôts, sauf que les crédits des États qui prélèvent des impôts sur les émoluments reçus du BSP par leurs ressortissants et résidents seront réduits des montants de tels remboursements d'impôts par le BSP.

8. D'autoriser la Directrice à utiliser les contributions fixées, les recettes diverses, d'autres sources, telles que les contributions volontaires, et l'allocation de fonds de l'Organisation mondiale de la Santé à la Région des Amériques pour financer le budget tel qu'alloué ci-dessus, sous réserve de la disponibilité des fonds.

9. D'autoriser également la Directrice à effectuer des transferts budgétaires, au besoin, dans les six catégories susmentionnées, jusqu'à un montant qui ne dépasse pas 10 % du budget approuvé dans la catégorie réceptrice ou la catégorie source. Les dépenses résultant de tels transferts sont à rapporter dans la catégorie finale dans les rapports financiers pour les années 2018 et 2019.

10. De demander à la Directrice de déclarer aux Organes directeurs les montants de dépenses de chaque source de financement par rapport aux catégories et secteurs de programme décrits dans le Programme et budget 2018-2019.

(Cinquième réunion, 28 juin 20

CE160.R9 : Contributions fixées des Etats Membres, des états participants et des membres associés de l'Organisation panaméricaine de la Santé pour 2018

LA 160^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné le *Projet de programme et budget de l'Organisation panaméricaine de la Santé 2018-2019* (document CE160/12), et ayant adopté la résolution CE160.R7 ;

Ayant examiné le Rapport de la onzième session du Sous-comité du programme, du budget, et de l'administration (document CE160/4),

DÉCIDE :

De recommander à la 29^e Conférence sanitaire panaméricaine d'adopter une résolution selon les termes suivants :

CONTRIBUTIONS FIXÉES DES ÉTATS MEMBRES, DES ÉTATS PARTICIPANTS ET DES MEMBRES ASSOCIÉS DE L'ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ POUR 2018

LA 29^e CONFÉRENCE SANITAIRE PANAMÉRICAINNE,

Considérant que la 29^e Conférence sanitaire panaméricaine a approuvé, par la résolution CSP29.R__, le *Programme et budget de l'Organisation panaméricaine de la Santé 2018-2019* (document officiel __) ;

Considérant l'article 60 du Code sanitaire panaméricain, qui stipule que « dans le but de s'acquitter des fonctions et responsabilités imposées au Bureau sanitaire panaméricain, un fonds de non moins de \$50 000 sera rassemblé par l'Union panaméricaine, réparti parmi les gouvernements signataires sur la même base que le sont les dépenses de l'Union panaméricaine » ;

Gardant à l'esprit que la 29^e Conférence sanitaire panaméricaine, par la résolution CSP29.R__, a adopté le barème de contributions pour les Membres de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) et pour 2018,

DÉCIDE :

1. De fixer les contributions des États Membres, des États participants et des Membres associés de l'Organisation panaméricaine de la Santé pour application durant l'exercice financier 2018 conformément au barème de contributions indiqué ci-après et pour les montants correspondants, qui représentent une croissance nominale zéro en contributions brutes par rapport à l'exercice financier 2017.

2. D'exhorter le Bureau sanitaire panaméricain à réviser les contributions fixées des États Membres, des États participants et des Membres associés de l'Organisation panaméricaine de la Santé pour la période financière 2019, lorsque l'Organisation des États Américains (OEA) adoptera un nouveau barème de contributions pour la même période. Le barème de contributions révisé pour les États Membres de l'OPS en 2019 devra être soumis à la première réunion des Organes directeurs de l'OPS une fois qu'il aura été adopté par l'OEA.

CONTRIBUTIONS FIXÉES DES ÉTATS MEMBRES, DES ÉTATS PARTICIPANTS ET DES MEMBRES ASSOCIÉS DE L'ORGANISATION PANAMÉRICAINE DE LA SANTÉ POUR 2018										
Membres	Taux de contribution (%)		Contributions brutes (dollars US)		Crédit provenant du Fonds de péréquation des impôts (dollars US)		Ajustements pour impôts imposés par les États Membres sur les émoluments du personnel du BSP (dollars US)		Contributions nettes (dollars US)	
	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019
États Membres										
Antigua-et-Barbuda	0.022		23 170		1 797				21 373	
Argentine	3.000		3 159 600		245 100				2 914 500	
Bahamas	0.047		49 500		3 840				45 661	
Barbade	0.026		27 383		2 124				25 259	
Belize	0.022		23 170		1 797				21 373	
Bolivie	0.070		73 724		5 719				68 005	
Brésil	12.457		13 119 712		1 017 737				12 101 976	
Canada	9.801		10 322 413		800 742		40 000		9 561 672	
Chili	1.415		1 490 278		115 606				1 374 673	
Colombie	1.638		1 725 142		133 825				1 591 317	
Costa Rica	0.256		269 619		20 915				248 704	
Cuba	0.132		139 022		10 784				128 238	
Dominique	0.022		23 170		1 797				21 373	
El Salvador	0.076		80 043		6 209				73 834	
Équateur	0.402		423 386		32 843				390 543	
États-Unis	59.445		62 607 474		4 856 657		6 000 000		63 750 818	
Grenade	0.022		23 170		1 797				21 373	
Guatemala	0.171		180 097		13 971				166 127	
Guyana	0.022		23 170		1 797				21 373	
Haïti	0.022		23 170		1 797				21 373	
Honduras	0.043		45 288		3 513				41 775	
Jamaïque	0.053		55 820		4 330				51 490	
Mexique	6.470		6 814 204		528 599				6 285 605	
Nicaragua	0.022		23 170		1 797				21 373	
Panama	0.191		201 161		15 605				185 557	

CONTRIBUTIONS FIXÉES DES ÉTATS MEMBRES, DES ÉTATS PARTICIPANTS ET DES MEMBRES ASSOCIÉS DE L'ORGANISATION PANAMÉRICAINE DE LA SANTÉ POUR 2018										
Membres	Taux de contribution (%)		Contributions brutes (dollars US)		Crédit provenant du Fonds de péréquation des impôts (dollars US)		Ajustements pour impôts imposés par les États Membres sur les émoluments du personnel du BSP (dollars US)		Contributions nettes (dollars US)	
	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019
Paraguay	0.087		91 628		7 108				84 521	
Pérou	1.005		1 058 466		82 109				976 358	
République dominicaine	0.268		282 258		21 896				260 362	
Saint-Kitts-et-Nevis	0.022		23 170		1 797				21 373	
Saint-Vincent-et-les Grenadines	0.022		23 170		1 797				21 373	
Sainte-Lucie	0.022		23 170		1 797				21 373	
Suriname	0.022		23 170		1 797				21 373	
Trinité-et-Tobago	0.129		135 863		10 539				125 324	
Uruguay	0.298		313 854		24 347				289 507	
Venezuela	1.940		2 043 208		158 498		35 000		1 919 710	
<i>États participants</i>										
France	0.203		213 800		16 585				197 215	
Pays-Bas	0.022		23 170		1 797				21 373	
Royaume-Uni	0.022		23 170		1 797				21 373	
<i>Membres associés</i>										
Aruba	0.022		23 170		1 797				21 373	
Curaçao	0.022		23 170		1 797				21 373	
Porto Rico	0.025		26 330		2 043				24 288	
Sint-Maarten	0.022		23 170		1 797				21 373	
TOTAL	100.000		105 320 000		8 170 000		6 075 000		103 225 000	

(Cinquième réunion, 28 juin 2017)

CE160.R10 : Stratégie et plan d'action visant à renforcer la lutte antitabac dans la Région des Amériques 2018-2022

LA 160.^a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Ayant examiné le projet de *Stratégie et plan d'action visant à renforcer la lutte antitabac dans la Région des Amériques 2018-2022* (document CE160/19) ;

DÉCIDE :

De recommander que la Conférence sanitaire panaméricaine adopte une résolution rédigée selon les termes suivants :

**STRATÉGIE ET PLAN D'ACTION VISANT À RENFORCER LA LUTTE
ANTITABAC DANS LA RÉGION DES AMÉRIQUES 2018-2022**

LA 29.^e CONFÉRENCE SANITAIRE PANAMÉRICAINNE,

Ayant examiné la *Stratégie et le plan d'action visant à renforcer la lutte antitabac dans la Région des Amériques 2018-2022* (document CSP29/11) ;

Reconnaissant que le tabagisme et l'exposition à la fumée du tabac représentent toujours un grave problème de santé publique et sont un facteur de risque commun aux principales maladies non transmissibles ;

Reconnaissant que les maladies non transmissibles sont la principale cause de mortalité dans la Région, et que près d'un tiers des décès dus aux maladies non transmissibles sont des décès prématurés, survenant chez des personnes âgées de 30 à 70 ans ;

Reconnaissant que les coûts élevés que les maladies liées au tabagisme occasionnent pour les familles et les systèmes de santé des États Membres, en aggravant la pauvreté et les inégalités en matière de santé et en rendant difficile la réalisation de l'objectif de la couverture sanitaire universelle dans la Région ;

Reconnaissant que, bien que la Convention-cadre de l'Organisation mondiale de la Santé pour la lutte antitabac soit en vigueur depuis 12 ans déjà au niveau international et que 30 des États Membres de la Région soient des États Parties à la Convention-cadre, les avancées dans l'application des mesures qu'elle prévoit ont été inégales, tant d'un pays à l'autre que pour ce qui est du type de mesures adoptées, et qu'un ralentissement du rythme d'application des mesures a pu être observé ;

Reconnaissant également que les circonstances qui ont rendu difficile l'application au niveau national des mesures par les États Parties à la Convention-cadre sont nombreuses, mais soulignant que le défi commun majeur auquel se trouvent confrontés

tous les pays est l'interférence de l'industrie du tabac et de ceux qui travaillent pour défendre ses intérêts ;

Observant que la présente stratégie et le plan d'action établissent des priorités dans les interventions préconisées par la Convention-cadre et figurant parmi les interventions pour la lutte contre les maladies non transmissibles que l'OMS a défini comme très avantageuses et aisément applicables y compris dans des contextes où les ressources sont limitées, et par conséquent, que leur application est d'une importance majeure pour tous les États Membres, indépendamment de leur qualité d'État Partie ou non à la Convention-cadre,

DÉCIDE :

1. D'approuver la *Stratégie et le plan d'action visant à renforcer la lutte antitabac dans la Région des Amériques 2018-2022* (document CSP29/11) en fonction des conditions propres à chaque pays ;
2. De prier instamment les États Membres, compte tenu de leur contexte national :
 - a) de promouvoir des pratiques de santé publique qui protègent la population en général, et les enfants et les adolescents en particulier, des dangers du tabac et de l'exposition à la fumée du tabac pour, en définitive, réduire le fardeau de morbidité et de mortalité qu'ils entraînent ;
 - b) de considérer comme prioritaires l'adoption d'une réglementation intégrale relative aux espaces non-fumeurs et à l'utilisation de mises en garde sanitaires sur le conditionnement du tabac, ainsi que le renforcement et l'éventuelle amélioration de la réglementation existante dans ces domaines et son observation, dans le but de protéger, par ces mesures, l'ensemble de la population de la Région des Amériques ;
 - c) de considérer l'adoption ou le renforcement de l'application du reste des mesures figurant dans la Convention-cadre, en mettant en particulier l'accent sur l'interdiction de la publicité en faveur du tabac, de la promotion et du parrainage en accord avec l'article 13, ainsi que sur les mesures fiscales visant à réduire la demande de tabac ;
 - d) de considérer les taxes sur le tabac comme une source de recettes qui, en accord avec la législation nationale, pourraient être utilisées comme une source interne de financement de la santé en particulier, et du développement en général ;
 - e) de renforcer leurs systèmes nationaux de surveillance afin de pouvoir évaluer non seulement la prévalence du tabagisme, mais aussi l'efficacité des mesures appliquées, et pouvoir obtenir des informations ventilées par sexe, genre et groupe ethnique, entre autres, dans la mesure du possible et utiliser cette information pour mener des interventions basées sur des données probantes visant à la réduction des disparités;

- f) de s'opposer aux tentatives de l'industrie du tabac et des groupes qui lui sont associés d'interférer dans l'application des mesures de lutte antitabac visant à protéger la santé de la population, de la retarder, de l'empêcher ou d'y faire obstacle ; et de reconnaître la nécessité, dans le respect de la législation nationale en vigueur, de suivre les activités de l'industrie, de se tenir informé de celles-ci et de les rendre publiques afin de pouvoir mettre en évidence ses stratégies et d'en réduire l'efficacité ;
- g) de prendre en compte la nécessité de disposer d'instruments juridiques pour aborder la question des conflits d'intérêts chez les fonctionnaires et les employés de l'État en ce qui concerne la lutte antitabac ;
- h) d'envisager, lorsqu'ils sont parties à la Convention-cadre, de ratifier le *Protocole pour éliminer le commerce illicite des produits du tabac*, afin de garantir son entrée en vigueur au plus tôt au niveau international.

3. De prier la Directrice :

- a) d'apporter son soutien aux États Membres en vue de l'élaboration, la révision et l'application de la réglementation et des politiques de lutte antitabac, indépendamment de leur qualité d'État Partie ou non à la Convention ;
- b) de promouvoir la coopération technique avec les pays et entre ceux-ci pour échanger les meilleures pratiques et les enseignements tirés ;
- c) de renforcer la coopération technique visant à l'amélioration des capacités des États Membres pour encourager la cohérence entre les politiques en matière de commerce et de santé publique dans le contexte de la lutte antitabac et protéger la santé de l'interférence de l'industrie du tabac ;
- d) d'encourager les alliances avec d'autres organismes internationaux et instances infrarégionales, ainsi qu'avec les membres de la société civile aux niveaux national et international en vue de la mise en œuvre de la stratégie et du plan d'action.

(Sixième réunion, 28 juin 2017)

CE160.R11 : Politique en matière d'ethnicité et de santé

LA 160^e SESSION DU COMITÉ EXECUTIF,

Ayant examiné la *Politique en matière d'ethnicité et de santé* (document CE160/15),

DÉCIDE :

De recommander à la 29^e Conférence sanitaire panaméricaine d'approuver une résolution selon les termes suivants :

POLITIQUE EN MATIÈRE D'ETHNICITÉ ET DE SANTÉ

LA 29^e CONFÉRENCE SANITAIRE PANAMÉRICAINNE,

Ayant examiné la *Politique en matière d'ethnicité et de santé* (document CSP29/___) ;

Tenant compte du besoin existant de promouvoir une approche interculturelle dans le domaine de la santé pour éliminer les inégalités en santé que subissent les peuples autochtones, les personnes d'ascendance africaine, les Roms et les membres d'autres groupes ethniques, en fonction du contexte national ;

Reconnaissant les différences existant entre les groupes ethniques distincts, d'un pays à l'autre comme à l'intérieur des pays, et reconnaissant les différences au niveau des défis, des besoins et des contextes historiques respectifs ;

Rappelant les principes inscrits dans la Déclaration et le Programme d'action de Durban (2001), la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones (2007), la Déclaration de Rio sur les déterminants sociaux de la santé (2011), le Sommet mondial des personnes d'ascendance africaine (2011), la Décennie des personnes d'ascendance africaine 2015-2024 (2013), la Conférence mondiale sur les peuples autochtones (2014) et le Programme de développement durable à l'horizon 2030 (2015), ainsi que les principes figurant dans d'autres instruments internationaux concernant l'ethnicité et la santé ;

Se référant au cadre des missions de l'OPS concernant la santé des peuples autochtones, à l'intégration de l'ethnicité en tant qu'axe transversal dans le Plan stratégique de l'OPS et aux enseignements tirés de l'expérience ;

Reconnaissant qu'il importe que l'OPS dans son ensemble (le Bureau et les États Membres) mette l'accent sur les efforts visant à renforcer l'optique interculturelle en matière de santé pour parvenir au meilleur état de santé susceptible d'être atteint par les peuples autochtones, les personnes d'ascendance africaine, les Roms et les membres d'autres groupes ethniques, conformément au contexte national de chacun ;

Tenant compte de la nécessité d'adopter les mesures nécessaires pour garantir l'approche interculturelle dans le domaine de la santé et l'égalité de traitement entre les peuples autochtones, les personnes d'ascendance africaine, les Roms et les membres d'autres groupes ethniques, dans un souci d'égalité et de respect mutuel, et prenant en

considération l'importance de leurs pratiques culturelles, parmi lesquelles figurent les modes de vie, les systèmes de valeurs, les traditions et les visions du monde,

DÉCIDE :

1. D'adopter la *Politique en matière d'ethnicité et de santé* (document CSP29/7) ;
2. De prier instamment tous les États Membres, selon qu'il convient et compte tenu de leur contexte national, de leurs cadres normatifs, de leurs priorités et de leurs possibilités financières et budgétaires :
 - a) de promouvoir des politiques publiques qui considèrent l'ethnicité comme un déterminant social de la santé dans la perspective des peuples autochtones, des personnes d'ascendance africaine, des Roms et des membres d'autres groupes ethniques ;
 - b) d'encourager l'amélioration de l'accès à des services de santé de qualité, entre autres, en favorisant des modèles de santé interculturels qui incluent, par le dialogue, les perspectives des savoirs et des pratiques ancestrales et spirituelles des peuples autochtones, des personnes d'ascendance africaine, des Roms et des membres d'autres groupes ethniques, selon la réalité nationale propre à chacun ;
 - c) de renforcer les capacités institutionnelles et communautaires dans les États Membres pour disposer de données suffisantes et de qualité, et produire des données factuelles sur les inégalités et les injustices dans le domaine de la santé que connaissent les peuples autochtones, les personnes d'ascendance africaine, les Roms et les membres d'autres groupes ethniques, en vue de la prise de décisions politiques intersectorielles dans le domaine de la santé ;
 - d) de renforcer les capacités institutionnelles et communautaires à tous les niveaux pour mettre en œuvre une approche interculturelle dans les systèmes et services de santé qui contribue, entre autres, à garantir l'accès à des services de santé de qualité ;
 - e) d'élargir, de promouvoir et d'assurer la participation sociale de tous les peuples autochtones, des personnes d'ascendance africaine, des Roms et des membres d'autres groupes ethniques, selon une démarche soucieuse d'équité entre les sexes, et englobant le parcours de vie, dans la transposition normative de la politique de santé et sa mise en œuvre ;
 - f) de promouvoir la production de connaissances et d'espaces propres à la médecine et aux savoirs ancestraux dans le cadre du renforcement de l'optique interculturelle en matière de santé ;
 - g) d'intégrer l'approche ethnique et la vision des peuples autochtones, des personnes d'ascendance africaine, des Roms et des membres d'autres groupes ethniques dans l'application du *Plan d'action sur la santé dans toutes les politiques* (document CD53/10, Rev. 1 [2014]), conformément aux réalités nationales ;

- h) de promouvoir la coopération intersectorielle pour le développement durable des peuples autochtones, des personnes d'ascendance africaine, des Roms et des membres d'autres groupes ethniques.
- 3. De prier la Directrice, dans le cadre des possibilités financières de l'Organisation :
 - a) de défendre l'introduction des composantes stratégiques relatives à l'ethnicité et à la santé dans le Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques 2008-2030 et le Plan stratégique de l'OPS 2020-2025 ;
 - b) de considérer comme prioritaire la coopération technique en vue d'encourager les pays à renforcer les capacités des systèmes de santé pour intégrer l'ethnicité en tant que déterminant social de la santé dans la perspective des peuples autochtones, des personnes d'ascendance africaine, des Roms et des membres d'autres groupes ethniques, en harmonie avec les objectifs de développement durable (ODD) et dans le cadre des instruments internationaux et régionaux relatifs aux droits humains applicables ;
 - c) de continuer à considérer l'ethnicité comme un axe transversal, en harmonie avec les questions de genre, l'équité et les droits humains, dans le cadre de la coopération technique de l'OPS ;
 - d) de renforcer les mécanismes de coordination et de collaboration institutionnels pour tirer parti des synergies et faire preuve d'efficacité dans la coopération technique au sein du système des Nations Unies et du système interaméricain, ainsi qu'avec d'autres entités intéressées par le travail relatif à l'ethnicité dans le domaine de la santé, en particulier avec les mécanismes d'intégration infrarégionale et les institutions financières internationales pertinentes.

(Sixième réunion, 28 juin 2017)

CE160.R12 : Prix de l'OPS en gestion et leadership dans le domaine des services de santé (2017)

LA 160^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 (2017)* (document CE160/5, 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, telles qu'approuvées par le Comité Exécutif lors de sa 158^e session (résolution CE158.R14 [2016]),¹

DÉCIDE :

1. De féliciter les candidats au Prix de l'OPS en gestion et leadership dans le domaine des services de santé (2017) pour l'excellent niveau professionnel et le travail remarquable qu'ils ont 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 (2017) au Dr Stella Bolaños Varela, du Costa Rica, pour sa remarquable trajectoire professionnelle et son engagement de longue date en faveur de la qualité et de la gestion des services de santé au niveau national. Le Dr Bolaños Varela est reconnue pour ses contributions exceptionnelles dans le domaine de l'éducation en santé et de la gestion des services de santé destinés aux personnes âgées, ainsi que pour le leadership dont elle a fait preuve dans la mise en œuvre de modèles de soins axés sur la personne.
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 (2017)* (document CE160/5, Add. I) à la 29^e Conférence sanitaire panaméricaine.

(Sixième réunion, le 28 juin 2017)

CE160.R13 : Ordre du jour provisoire de la 29^e Conférence sanitaire panaméricaine, 69^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques

LA 160^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné l'ordre du jour provisoire (document CSP29/1) préparé par la Directrice pour la 29^e Conférence sanitaire panaméricaine, 69^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques, présenté à l'annexe A du document CE160/3, Rev. 1 ;

Ayant à l'esprit les dispositions de l'article 7.F de la Constitution de l'Organisation panaméricaine de la Santé et de l'article 8 du Règlement intérieur de la Conférence,

¹ Le Prix de l'OPS pour l'administration (nom original de ce prix) a été approuvé par la 18^e Conférence sanitaire panaméricaine (résolution CSP28.R18 [1970]). Par la suite, des modifications ont été approuvées dans le cadre de la 20^e Conférence sanitaire panaméricaine (CSP20.R17 [1978]), du 27^e Conseil directeur (CD27.R5 [1980]), de la 24^e Conférence sanitaire panaméricaine (CSP24.R10 [1994]) et du Comité exécutif à ses sessions suivantes : 124^e (CE124.R10 [1999]), 135^e (CE135[D6] [2004]), 140^e (CE140.R12 [2007]), 146^e (CE146.R11 [2010]) et 158^e (CE158.R14 [2016]).

DÉCIDE :

D'adopter l'ordre du jour provisoire (Document CSP29/1) préparé par la Directrice pour la 29^e Conférence sanitaire panaméricaine, 69^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques.

(Sixième réunion, le 28 juin 2017)

CE160.R14 : Amendements au Statut du personnel et au Règlement du personnel du BSP

LA 160^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné les amendements apportés aux articles du Règlement du personnel du Bureau sanitaire panaméricain soumis par la Directrice à l'annexe A du document CE160/25 ;

Prenant acte des mesures prises par la Soixante-dixième Assemblée mondiale de la Santé relatives à la rémunération des Directeurs régionaux, des Sous-directeurs généraux et du Directeur général adjoint basées sur l'approbation par l'Assemblée générale des Nations Unies du barème modifié des traitements de base minima pour le personnel de la catégorie professionnelle et de rang supérieur ;

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

Reconnaissant la nécessité d'uniformité dans les conditions d'emploi du personnel du Bureau sanitaire panaméricain et des institutions appartenant au système commun des Nations Unies,

DÉCIDE :

1. De confirmer, conformément à l'article 020 du Règlement du personnel, les amendements au Règlement du personnel qui ont été apportés par la Directrice, en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2017, concernant les questions suivantes : définitions, traitements, allocations pour personnes à charge, régime de mobilité et de sujétion, prime d'affectation, allocation de rapatriement, versement de fin de service, principes régissant le recrutement, affectation, augmentation à l'intérieur de la classe, congé dans les foyers, voyages des membres du personnel, voyages du conjoint et des enfants, déménagement du mobilier, non-exercice des droits, dépenses en cas de décès, ainsi que les amendements relatifs à l'allocation pour frais d'études et à la retraite.

2. De fixer le traitement annuel du Sous-directeur du Bureau sanitaire panaméricain, à compter du 1^{er} janvier 2017, à US\$ 172 858 avant imposition, avec pour résultat un salaire net modifié de \$129 586.
3. De fixer le traitement annuel du Directeur adjoint du Bureau sanitaire panaméricain, à compter du 1^{er} janvier 2017, à \$174 373 avant imposition, avec pour résultat un salaire net modifié de \$130 586.
4. De fixer le traitement annuel du Directeur du Bureau sanitaire panaméricain, à compter du 1^{er} janvier 2017, à \$192 236 avant imposition, avec pour résultat un salaire net modifié de \$142 376.

Annexe

Annexe

**PROPOSED AMENDMENTS TO THE STAFF RULES OF THE
PAN AMERICAN SANITARY BUREAU¹**

310. DEFINITIONS

...

310.5.2 a child as defined by the Bureau and for whom the staff member certifies that he provides the main and continuing support, provided that the child is under 18 years of age or, if in full-time attendance at a school or university, under the age of 21 years. Age and school attendance requirements shall not apply if the child is physically or mentally incapacitated for substantial gainful employment either permanently or for a period expected to be of long duration. If both parents are staff members of international organizations applying the common system of salaries and allowances, the children, if determined dependent, will be recognized as the dependants of the parent whose annual gross occupational earnings yield the higher amount, unless the concerned staff members request otherwise;

...

310.7 A “single parent” is a staff member who meets the following criteria:

310.7.1 The staff member does not have a spouse;

310.7.2 The staff member has a dependent child as defined under Rule 310.5.2;

310.7.3 The staff member provides main and continuing support to the child.

330. SALARIES

330.1 Gross base salaries shall be subject to the following assessments:

330.1.1 For professional and higher graded staff:

Assessable income	Staff assessment rates (%)
US\$	%
First 50,000	17
Next 50,000	24
Next 50,000	30
Remaining assessable payments	34

¹ Le Règlement du personnel n'existe qu'en anglais et en espagnol. Ci-contre la version en anglais.

340. DEPENDANTS' AND SINGLE PARENT'S ALLOWANCES

Staff members appointed to the professional or higher categories, except those holding temporary appointments as defined in Rule 420.4, are entitled to an allowance, as follows:

340.1 For a dependent child, as defined in Staff Rule 310.5.2. The entitlement shall be reduced by the amount of any benefit paid from any other public source by way of social security payments, or under public law, by reason of such child.

340.2 For a child who is physically or mentally disabled, as defined in Staff Rule 310.5.2, an amount equivalent to double the dependent child allowance. The entitlement shall be reduced by the amount of any benefit paid from any other public source by way of social security payments, or under public law, by reason of such child.

340.3 For a dependent father, mother, brother or sister, as defined in Staff Rule 310.5.3.

340.4 For a dependent spouse, as defined in Staff Rule 310.5.1.

340.5 For being recognized as a single parent, as defined in Staff Rule 310.7.

340.6 The amount of the allowances to be paid under this Staff Rule shall be consistent with the conditions of service established for the United Nations Common System.

350. EDUCATION GRANT

...

350.1.1 the education grant shall be paid starting with the school year in which a dependent child, as defined under Staff Rule 310.5.2, is five years of age or older at the beginning of the school year, or when the child reaches the age of five within three months of the beginning of the school year, if it can be shown that the child is attending a full-time program that contains the basic elements of formal education as a major part of its curriculum. The grant shall extend up to the end of the school year in which a staff member's child reaches the age of 25, completes four years of post-secondary studies or is awarded the first post-secondary degree, whichever is earlier;

...

350.2 This grant is payable for:

...

350.2.2 the cost of full-time attendance at an educational institution outside the country or area of the duty station. An additional lump sum of \$5,000 is payable, to a staff member assigned to a non-Headquarters duty station, for boarding-related expenses incurred at the primary and secondary education levels outside the country or commuting area of the duty station.

350.2.5 tuition for teaching the mother tongue to a child, in respect of whom the staff member is entitled to the grant under Rule 350.1.1, who is attending a local school in which the instruction is given in a language other than the child's own, when the staff member is serving at an official station in a country whose language is different from his own and where satisfactory school facilities for learning the latter are not available.

...

350.4 "Cost of attendance" is defined as the cost of tuition, including mother tongue tuition, and enrolment-related fees only.

...

350.6 Capital assessment fees charged by education institutions shall be reimbursed, outside the education grant scheme, under conditions prescribed by the Bureau.

360. MOBILITY INCENTIVE, HARDSHIP ALLOWANCE AND NON-FAMILY SERVICE ALLOWANCE

The following non-pensionable allowances are paid to staff members, except those hired under Staff Rule 1310 or 1330, who are appointed or reassigned to ICSC-designated categories of duty stations for a period of one year or more. These allowances are determined by the Bureau on the basis of conditions and procedures established by the International Civil Service Commission (ICSC):

360.1 Mobility Incentive: In order to provide incentives for mobility, an allowance is paid to staff members holding fixed-term or service appointments.

360.2 Hardship Allowance: In order to recognize varying degrees of hardship at different duty stations, a hardship allowance is paid to staff members holding fixed-term, service or temporary appointments.

360.3 Non-Family Service Allowance: In order to recognize service in duty stations with family restrictions, a non-family service allowance is paid to staff members holding fixed-term, service or temporary appointments.

365. SETTLING-IN GRANT

365.1 On authorized travel upon appointment or upon reassignment to an official station for a period of at least one year, a fixed-term staff member will be paid settling-in grant. (See, Staff Rule 365.6 with respect to temporary staff.)

365.2 The amount of the settling-in grant shall be the equivalent of the travel per diem applicable on the date the individual arrives at the duty station:

365.2.1 for the staff member for a period of 30 days;

365.2.2 for the spouse and/or dependant child(ren) accompanying or joining the staff member at the Organization's expense under Rule 820, for 15 days.

365.3 Subject to conditions established by the Bureau on the basis of conditions and procedures approved by the United Nations General Assembly for the United Nations System, the settling-in grant shall also include a lump sum calculated and payable on the basis of one month of the staff member's net base salary and, as applicable, the post adjustment at the duty station to which the staff member is assigned and at the rate applicable from the date of arrival at the duty station.

365.3.1 The lump sum shall be recovered proportionately under conditions established by the Bureau if a staff member resigns from the Bureau within six months of the date of his appointment or reassignment.

365.4 If both spouses are staff members of international organizations applying the common system of salaries and allowances at the same official station, each staff member will receive the per diem portion of the settling-in grant specified under Staff Rule 365.2.1. With respect to the per diem portion of the grant payable under Staff Rule 365.2.2, payment will be made to the staff member in respect of whom a child has been recognized by the Organization as a dependent. The lump sum portion of the grant payable under Rule 365.3 will be paid to the spouse whose entitlement yields the higher amount.

365.5 The settling-in assignment grant will not be paid:

365.5.1 for children born, or for any other dependent acquired, after the arrival of the staff member at the duty station;

365.5.2 to a staff member who is separated from service and subsequently offered a new appointment at the same duty station within one year.

365.6 On authorized travel upon appointment, a staff member holding a temporary appointment will be paid the settling-in grant under Rule 365.2.1 only with respect of himself or herself. Temporary staff are not eligible to receive the lump sum portion of the settling-in grant. Any payment made under Staff Rule 365.2.1 may not be inconsistent with Staff Rule 365.5.2.

370. REPATRIATION GRANT

370.1 A staff member who on leaving the service of the Bureau, other than by summary dismissal under Rule 1075.2, has performed at least five years of continuous service outside the country of his recognized place of residence under a fixed-term or service appointment shall be entitled to a repatriation grant in accordance with the following schedules and with Rule 380.2. Payment in respect of entitlements shall be subject to receipt from the former staff member of documentary evidence, in accordance with established criteria, of relocation outside the country of the staff member's last duty station or residence during the last assignment, with due regard to the provisions of Rule 370.4. This part of the grant is payable if it is claimed within two years of the effective date of separation.

370.1.1 Repatriation grant for staff members of the professional and higher categories:

Years of qualifying service	Weeks of salary	
	Without spouse or dependent children	With spouse or dependent children
5	8	14
6	9	16
7	10	18
8	11	20
9	13	22
10	14	24
11	15	26
12 or more	16	28

370.1.2 Repatriation grant for staff members in the general service category:

Years of Qualifying service	Weeks of salary	
	Without spouse or dependent children	With spouse or dependent children
5	7	14
6	8	16
7	9	18
8	10	20
9	11	22
10	12	24
11	13	26
12 or more	14	28

375. END-OF-SERVICE GRANT

375.1 Staff members holding a fixed-term appointment, including staff members in posts of limited duration with five or more years of service, will be entitled to a grant based on their years of service provided that:

- 375.1.1** their appointment is not renewed after completing five years of continuous qualifying service;
- 375.1.2** they did not receive or decline an offer of renewal of appointment;
- 375.1.3** the staff member has not reached age 65 or, alternatively, his or her elected retirement date as notified to the Organization pursuant to Staff Rule 1020.1; and

...

410. RECRUITMENT POLICIES

...

410.2 Candidates under 20 or over 65 years of age shall not be considered for appointment.

510. ASSIGNMENT TO DUTY

...

510.2 An assignment for the purpose of entitlement to settling-in grant, mobility incentive and relocation shipment is an assignment requiring the installation of the staff member in the duty station for a period of at least one year.

550. WITHIN-GRADE INCREASE

...

550.2 The unit of service time is defined as the minimum length of time which must be served at a step in order to achieve a within-grade increase under the terms of Staff Rule 550.1. The unit of service time is as follows:

- 550.2.1** one year of full-time service at all levels and steps except at those in Staff Rule 550.2.2;
- 550.2.2** two years of full-time service for grades P-1 to P-5 beyond step VII, P-6/D 1 beyond step IV, and D-2 beyond step I;

...

640. HOME LEAVE

...

640.4 Staff members shall be eligible for home leave as follows:

- (a) Upon completion of 12 months of qualifying service at a D or E duty station that does not fall under the Rest and Recuperation Scheme (these duty stations are known for purposes of their home leave cycles as “12-month stations”); or
- (b) Upon completion of 24 months of qualifying service at any other duty station (these duty stations are known for purposes of their home leave cycles as “24-month stations”).
- (c) In cases of reassignment or reclassification of a duty station, upon completion of the period of qualifying service determined by the Director in accordance with established criteria.

810. TRAVEL OF STAFF MEMBERS

The Bureau shall pay the travel expenses of a staff member as follows:

...

810.5 Once in each interval between home leave eligibility dates (or once during an appointment of equivalent duration) from the official station to the place where the staff member's spouse and children, as defined in Rule 820.1, are residing, and return to the official station, provided that:

810.5.1 the staff member has waived his entitlements to the travel of his spouse and children under Rules 820 and 825, except for education grant travel under Staff Rule 820.2.5.2;

820. TRAVEL OF SPOUSE AND CHILDREN

820.1 Family members recognized as eligible for purposes of travel at the Bureau's expense are:

...

820.1.3 each such child for whom travel expenses have previously been paid by the Bureau, to the extent of the final one way passage either to join the staff member at the official station or to return to the country of the recognized place of residence within one year after ceasing to qualify as a dependant. The Organization's financial responsibility shall be limited to the cost of one way travel between the official station and the recognized place of residence. However, if a round trip to which the child may be entitled under Rule 820.2.5.2 is completed after the end of the scholastic year in which the child reaches the age of 21, this travel shall not be authorized;

820.1.4 a child entitled to the education grant under Rule 350.1.2, for purposes of travel under Rules 820.2.5.1, 820.2.5.2 and 820.2.5.5.

820.2 Except for staff members holding temporary appointments as defined in Rule 420.4, the Bureau shall pay the travel expenses of a staff member's spouse and dependent children as defined in Rule 820.1 under the following circumstances:

820.2.1 on appointment for a period of not less than one year, from the recognized place of residence or, at the option of the Bureau, the place of recruitment, to the official station, or from some other place, provided that the cost to the Bureau does not exceed that for the travel from the recognized place of residence, and subject to the requirement that in any case the spouse remains at the official station at least six months;

...

820.2.5 for a child for whom there is an entitlement to boarding under an education grant in accordance with Rule 350 for study outside the commuting distance of the duty station, provided Rule 655.4 does not apply:

...

820.2.5.3 return travel on home leave between the place of study and the place to which the staff member is authorized to travel under Rule 640.5 (provided that the cost to the Bureau is limited to the cost of return travel between the official station and the staff member's recognized place of residence) if:

- 1) the travel coincides with the staff member's travel on home leave;
- 2) the child is under the age of 21 years; and
- 3) the travel is reasonably timed in relation to other authorized travel under Rule 820;

820.2.5.4 the final one-way passage defined in Rule 820.1.3 within one year after ceasing to qualify for education grant under Rule 350.1.2, provided that such entitlement has not already been exercised under Rule 820.1.3. The Bureau's financial responsibility shall be limited to the cost of one-way travel between the official station and the recognized place of residence. However, if a round trip to which the child may be entitled under Rule 820.2.5.2 is completed after the child ceases to qualify for an education grant under Rule 350.1.2, this travel shall not be authorized;

855. RELOCATION SHIPMENT

855.1 Staff members holding a fixed-term or service appointment who are installed for at least one year at a duty station that is not their recognized place of residence are entitled to reimbursement, within established limits, for the cost of moving their household goods. Reimbursement is made when a staff member is assigned to a duty station (see Staff Rule 510.2) and when a staff member is separated from service, except as specified in Staff Rule 1010.2.

855.2 If both spouses are staff members of international organizations applying the common system of salaries and allowances, this entitlement shall be governed by terms and conditions set forth in the PAHO/WHO Manual.

860. FAILURE TO EXERCISE ENTITLEMENT

Any entitlement to repatriation travel or relocation shipment must be exercised within two years of the date of the staff member's separation.

870. EXPENSES ON DEATH

...

870.2 A deceased staff member's spouse and child(ren) shall be entitled to travel and relocation shipment to any place, provided that the Bureau had an obligation to repatriate them under Rule 820.2.7 and that the cost to the Bureau does not exceed that for travel and transportation to the deceased staff member's recognized place of residence. Entitlement to relocation shipment is determined by Rule 855.1.

1020. RETIREMENT

1020.1 Except as specified below, staff members must retire on the last day of the month in which they reach age 65.

1020.1.1 Staff members who became participants in the United Nations Joint Staff Pension Fund before 1 January 1990 may elect to retire on the last day of the month in which they reach age 60, or between the ages of 60 and 65, by giving at least three months' written notice of the elected date of retirement.

1020.1.2 Staff members who became participants in the United Nations Joint Staff Pension Fund between 1 January 1990 and 31 December 2013 inclusive may elect to retire on the last day of the month in which they reach age 62, or between the ages of 62 and 65, by giving at least three months' written notice of the elected date of retirement.

1020.1.3 Staff members shall not change their elected date of retirement once they have given three months' notice pursuant to Staff Rule 1020.1.1 or 1020.1.2.

1020.2 In exceptional circumstances, a staff member's appointment may be extended beyond the age of 65 provided that the extension is in the best interest of the Bureau and that no more than a one year extension is granted at a time and not beyond the staff member's 68th birthday.

(Septième réunion, le 29 juin 2017)

CE160.R15 : Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques 2018-2030

LA 160^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné le projet de *Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques 2018-2030 : un appel à l'action pour la santé et le bien-être dans la Région des Amériques* (document CE160/14, Rev. 1);

Prenant note de la décision prise lors de la réunion tenue le 28 septembre 2016 entre les ministres et les délégués des États Membres en ce qui concerne la nécessité d'élaborer un nouveau Programme d'action sanitaire pour les Amériques qui exprime la vision partagée des pays pour le développement de la santé dans les Amériques;

Reconnaissant l'importance de disposer d'un programme d'action sanitaire régional qui réponde aux engagements du Programme de développement durable à l'horizon 2030 dans le contexte régional ainsi qu'aux priorités des pays de la Région pour continuer de progresser vers le plus haut niveau possible de santé et de bien-être pour tous;

Reconnaissant l'effort et l'engagement des 16 États Membres du Groupe de travail des pays en vue de l'élaboration du Programme au moyen d'une démarche élargie et participative, ainsi que le leadership du ministère de la Santé publique de l'Équateur, qui a assumé la présidence, et des ministères de la santé de la Barbade et du Panama, qui ont assumé la vice-présidence, de même que l'appui du Bureau sanitaire panaméricain en sa qualité de secrétariat technique,

DÉCIDE :

De recommander à la 29^e Conférence sanitaire panaméricaine d'approuver une résolution conformément aux dispositions suivantes :

**PROGRAMME D'ACTION SANITAIRE DURABLE
POUR LES AMÉRIQUES 2018-2030**

LA 29^e CONFÉRENCE SANITAIRE PANAMÉRICAINNE,

Ayant examiné le *Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques 2018-2030 : un appel à l'action pour la santé et le bien-être dans la Région des Amériques* (document CSP29/__);

Observant que le Programme d'action sanitaire durable constitue le cadre de politique et de planification stratégique en matière de santé dans la Région des Amériques, qui servira d'orientation pour les plans stratégiques de l'OPS et les plans nationaux des États Membres;

Prenant note de la décision des autorités sanitaires de la Région que ce Programme représente un appel à l'action collective pour l'atteinte du plus haut niveau possible de santé et de bien-être dans le nouveau contexte régional et mondial, et qu'il représente également la réponse du secteur de la santé aux engagements pris par les États Membres de l'OPS dans le cadre du Programme de développement durable à l'horizon 2030 ainsi qu'aux points inachevés des objectifs du Millénaire pour le développement et du Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017, et aux défis régionaux émergents en matière de santé publique;

Reconnaissant que le Groupe de travail des pays, formé de délégués des ministères et secrétariats de la Santé des 16 États Membres en représentation de chaque sous-région du continent américain et avec l'appui du Bureau sanitaire panaméricain en sa qualité de Secrétariat technique, a réalisé un processus de travail intensif et a tenu des consultations avec les États Membres en la matière pour élaborer, au moyen d'une démarche élargie et participative, une proposition pour le nouveau Programme,

DÉCIDE :

1. D'approuver le *Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques 2018-2030 : un appel à l'action pour la santé et le bien-être dans la Région des Amériques* (document CSP29/___).
2. De remercier le Groupe de travail des pays, par l'entremise de sa Présidente, la ministre de la Santé publique de l'Équateur, et de ses vice-présidents, les ministres de la santé de la Barbade et du Panama, pour leur leadership et les contributions qu'ils ont faites à l'élaboration du Programme, et de remercier la Directrice pour le précieux appui fourni par le Bureau en sa qualité de Secrétariat technique du groupe.
3. De prier instamment les États Membres :
 - a) D'utiliser ce Programme comme un intrant stratégique essentiel pour la formulation des politiques de santé dans leurs pays, dans la mesure où ils le jugent approprié;
 - b) De déterminer les mesures et les ressources nécessaires pour atteindre les objectifs de ce Programme et pour le mettre en œuvre dans son intégralité, en tenant compte du contexte particulier de chaque pays, des priorités établies et des obligations internationales;

- c) D'échanger expériences et bonnes pratiques, et de promouvoir des alliances axées sur la réalisation des buts et objectifs, dans le respect du principe de la solidarité panaméricaine;
 - d) De déployer des efforts afin de promouvoir la coordination gouvernementale intersectorielle et la participation des organisations de la société civile pour assurer les progrès dans la mise en œuvre du Programme, tout en encourageant la reddition de comptes;
 - e) D'appuyer et de participer au suivi, à l'évaluation et à la présentation de rapports, au moyen de mécanismes standard, sur les progrès accomplis dans leurs pays pour la réalisation des buts et objectifs du Programme.
4. De demander à la Directrice :
- a) D'utiliser le Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques 2018-2030 comme cadre de politique et de planification stratégique de plus haut niveau dans la Région afin de guider la formulation des prochains plans stratégiques de l'OPS;
 - b) D'établir que les plans stratégiques de l'OPS seront les instruments pour mener à bien le nouveau Programme dans le contexte régional et que, par l'intermédiaire de ces plans stratégiques, il sera possible de guider les efforts et les stratégies de coopération de l'Organisation avec les États Membres;
 - c) D'établir les processus de définition des indicateurs pour l'exécution, le suivi, l'évaluation et la présentation de rapports sur le nouveau Programme, sur la base des systèmes qui existent actuellement au sein de l'Organisation;
 - d) D'assurer une coordination avec les instances pertinentes de l'Organisation des États Américains (OEA) et avec la Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes (CEPALC) pour le renforcement des mécanismes de coopération régionale dans l'exécution de ce Programme et du Programme à l'horizon 2030;
 - e) De promouvoir la diffusion du nouveau Programme parmi les organismes de coopération internationale et les forums d'intégration régionale et infrarégionale dans le domaine de la santé, dans le but d'obtenir une harmonisation et des synergies qui favorisent les contributions au succès des objectifs du Programme;
 - f) De faire rapport aux États Membres sur l'exécution du Programme, y compris les progrès accomplis en vue de la réalisation des objectifs, au moyen de rapports périodiques remis aux Organes directeurs de l'OPS.

(Septième réunion, 29 juin 2017)

Décisions

Décision CE160(D1) : Adoption de l'ordre du jour

Conformément à l'article 9 du Règlement intérieur du Comité exécutif, le Comité a adopté l'ordre du jour présenté par la Directrice, tel qu'amendé par le Comité (document CE160/1, Rev. 2).

(Première réunion, 26 juin 2017)

Décision CE160(D2) : Représentation du Comité exécutif à la 29^e Conférence sanitaire panaméricaine, 69^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques

Conformément à l'article 54 de son Règlement intérieur, le Comité exécutif a nommé l'Argentine et la Trinité-et-Tobago, son Président et Vice-président respectivement, pour représenter le Comité à la 29^e Conférence sanitaire panaméricaine, 69^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques. Le Comité a nommé la Colombie et le Panama comme suppléants.

(Sixième réunion, 28 juin 2017)

Décision CE160(D3) : Plan d'action pour le renforcement des statistiques de l'état civil 2017-2022

Après avoir examiné le plan d'action proposé pour le renforcement des statistiques de l'état civil, le Comité exécutif a décidé que des consultations régionales devaient être convoquées conformément à la feuille de route proposée par le Bureau et approuvée par un groupe de travail d'États Membres, dans le but de présenter une version révisée du plan d'action pour le renforcement des statistiques de l'état civil à la 29^e Conférence sanitaire panaméricaine en septembre 2017. Le Comité a également décidé qu'une stratégie et un plan d'action séparés sur les systèmes d'information pour la santé devraient être préparés pour la considération des Organes directeurs en 2018.

(Sixième réunion, 28 juin 2017)

EN FOI DE QUOI, le Président du Comité exécutif, délégué de l'Argentine, et le Secrétaire de droit, la Directrice du Bureau sanitaire panaméricain, signent le présent rapport final en langue espagnole.

FAIT à Washington, D.C., en ce trentième jour de juin de l'année deux mille dix-sept. Le Secrétaire déposera les documents originaux 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.

Dr Rubén A. Nieto
Président de la
160^e session du Comité exécutif
Délégué d'Argentine

Carissa Etienne
Secrétaire de droit de la 160^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 à la 29^e Conférence sanitaire panaméricaine de l'OPS, 69^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques
- 2.3 Projet d'ordre du jour provisoire lors de la 29^e Conférence sanitaire panaméricaine de l'OPS, 69^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques

3. QUESTIONS RELATIVES AU COMITE

- 3.1 Rapport de la 11^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 (2017)
- 3.3 Rapport sur la mise en œuvre du *Cadre de 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 (2016)
- 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 Plan stratégique de l'Organisation panaméricaine de la Santé : projets d'amendement
-

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

- 4.2 Projet de Programme et budget de l'OPS 2018-2019
- 4.3 Nouveau barème des contributions fixées
- 4.4 Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques 2018-2030
- 4.5 Politique en matière d'ethnicité et de santé
- 4.6 Plan d'action pour la pérennité de l'élimination de la rougeole, de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale dans les Amériques 2018-2023
- 4.7 Plan d'action pour le renforcement des statistiques vitales 2017-2022
- 4.8 Stratégie en matière de ressources humaines pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle
- 4.9 Stratégie et plan d'action visant à renforcer la lutte antitabac dans la Région des Amériques 2017-2022

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 2016
- 5.3 Programmation de l'excédent de revenus
- 5.4 Assurance maladie après cessation de service
- 5.5 Mise à jour au sujet du Fond directeur d'investissement
- 5.6 Rapport du Bureau de contrôle interne et services d'évaluation
- 5.7 Mise à jour sur la nomination du Commissaire aux comptes de l'OPS pour 2018-2019 et 2020-2021

6. QUESTIONS RELATIVES AU PERSONNEL

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

6. QUESTIONS POUR INFORMATION

- 7.1 Mise à jour sur la réforme de l'OMS
- 7.2 Processus pour l'élection du Directeur du Bureau sanitaire panaméricain et proposition de nomination du Directeur régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour les Amériques
- 7.3 Statut du Système d'information pour la gestion du Bureau sanitaire panaméricain (PMIS)
- 7.4 Centres collaborateurs de l'OPS/OMS
- 7.5 Répercussions de la violence sur la santé des populations des Amériques : rapport final
- 7.6 Stratégie et plan d'action régionaux pour la prévention et le contrôle du cancer du col de l'utérus : rapport final
- 7.7 Projet de plan décennal régional sur la santé bucco-dentaire pour les Amériques : rapport final
- 7.8 Rapports d'avancement sur les questions techniques :
 - A. Plan d'action sur la Santé dans toutes les politiques : rapport d'avancement
 - B. L'insuffisance rénale chronique dans les communautés agricoles en Amérique centrale : rapport d'avancement
 - C. Plan d'Action pour l'accès universel à la sécurité transfusionnelle : évaluation à mi-parcours

7. QUESTIONS POUR INFORMATION (cont.)

7.8 Rapports d'avancement sur les questions techniques : (cont.)

- D. 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 : rapport d'avancement
- E. La santé et les droits de l'homme : rapport d'avancement
- F. Plan d'action en matière de vaccination : évaluation à mi-parcours
- G. Stratégie et plan d'action sur l'épilepsie : évaluation à mi-parcours
- H. Plan d'action sur la santé mentale : évaluation à mi-parcours
- I. Plan d'action sur les incapacités et la réadaptation : évaluation à mi-parcours
- J. Plan d'action pour la coordination de l'assistance humanitaire : évaluation à mi-parcours
- K. La coopération pour le développement en matière de santé aux Amériques : rapport d'avancement
- L. Examen de la commission prélevée sur les achats de fournitures de santé publique effectués pour le compte des États Membres : rapport d'avancement
- M. Statut des Centres panaméricains

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

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

8. AUTRES QUESTIONS

9. CLOTURE DE LA SESSION

Annexe B

LISTE DES DOCUMENTS

Official Documents

Off. Doc. 353 Rapport financier du Directeur et rapport du Commissaire aux comptes pour 2016

Documents du travail

CE160/1, Rev. 2 Adoption de l'ordre du jour et du programme des réunions

CE160/2 Représentation du Comité exécutif à la 29e Conférence sanitaire panaméricaine de l'OPS, 69e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques

CE160/3, 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

CE160/4 Rapport de la 11e session du Sous-comité du programme, du budget et de l'administration

CE160/5 y Add. I Prix de l'OPS en gestion et leadership dans le domaine des services de santé (2017)

CE160/6 Rapport sur la mise en œuvre du Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques

CE160/7 Acteurs non étatiques en relations officielles avec l'OPS

CE160/8 Rapport annuel du Bureau d'éthique (2016)

CE160/9, Rev. 1 Rapport du Comité d'audit de l'OPS

CE160/10 Nomination d'un membre au Comité d'audit de l'OPS

CE160/11 y Add. I Plan stratégique de l'Organisation panaméricaine de la Santé 2014-2019 : projets d'amendement

CE160/12, Add. I y II, Rev. 1 Projet de Programme et budget de l'OPS 2018-2019

CE160/13, Rev. 1 y Add. I, Rev. 1 Nouveau barème des contributions fixées

Documents du travail (*cont.*)

CE160/14, Rev. 1 y Add. I	Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques 2018-2030
CE160/15	Politique en matière d'ethnicité et de santé
CE160/16	Plan d'action pour la pérennité de l'élimination de la rougeole, de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale dans les Amériques 2018-2023
CE160/17, Rev. 2	Plan d'action pour le renforcement des statistiques vitales et sanitaires 2017-2022
CE160/18	Stratégie en matière de ressources humaines pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle
CE160/19	Stratégie et plan d'action visant à renforcer la lutte antitabac dans la Région des Amériques 2018-2022
CE160/20 y Add. I	Rapport sur le recouvrement des contributions fixées
CE160/21	Programmation de l'excédent de revenus
CE160/22	Assurance maladie après cessation de service
CE160/23	Mise à jour au sujet du Fond directeur d'investissement
CE160/24	Rapport du Bureau de contrôle interne et services d'évaluation
CE160/28	Mise à jour sur la nomination du Commissaire aux comptes de l'OPS pour 2018-2019 et 2020-2021
CE160/25	Amendement au Statut et au Règlement du personnel du Bureau sanitaire panaméricain
CE160/26	Statistiques des effectifs du Bureau sanitaire panaméricain
CE160/27	Déclaration du représentant de l'Association du personnel de l'OPS/OMS

Documents d'information

CE160/INF/1	Mise à jour sur la réforme de l'OMS
CE160/INF/2	Processus pour l'élection du Directeur du Bureau sanitaire panaméricain et proposition de nomination du Directeur régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour les Amériques

Documents d'information (suite)

CE160/INF/3	Statut du Système d'information pour la gestion du Bureau sanitaire panaméricain (PMIS)
CE160/INF/4	Centres collaborateurs de l'OPS/OMS
CE160/INF/5	Répercussions de la violence sur la santé des populations des Amériques : rapport final
CE160/INF/6	Stratégie et plan d'action régionaux pour la prévention et le contrôle du cancer du col de l'utérus : rapport final
CE160/INF/7	Projet de plan décennal régional sur la santé bucco-dentaire pour les Amériques : rapport final
CE160/INF/8	Rapports d'avancement sur les questions techniques : A. Plan d'action sur la Santé dans toutes les politiques : rapport d'avancement B. L'insuffisance rénale chronique dans les communautés agricoles en Amérique centrale : rapport d'avancement C. Plan d'Action pour l'accès universel à la sécurité transfusionnelle : évaluation à mi-parcours D. 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 : rapport d'avancement E. La santé et les droits de l'homme : rapport d'avancement F. Plan d'action en matière de vaccination : évaluation à mi-parcours G. Stratégie et plan d'action sur l'épilepsie : évaluation à mi-parcours H. Plan d'action sur la santé mentale : évaluation à mi-parcours I. Plan d'action sur les incapacités et la réadaptation : évaluation à mi-parcours J. Plan d'action pour la coordination de l'assistance humanitaire : évaluation à mi-parcours

Documents d'information (suite)

- | | |
|-------------|--|
| CE160/INF/8 | Rapports d'avancement sur les questions techniques : <i>(suite)</i> <ul style="list-style-type: none">K. La coopération pour le développement en matière de santé aux Amériques : rapport d'avancementL. Examen de la commission prélevée sur les achats de fournitures de santé publique effectués pour le compte des États Membres : rapport d'avancementM. Statut des Centres panaméricains |
| CE160/INF/9 | Résolutions et autres actions d'organisations intergouvernementales revêtant un intérêt pour l'OPS : <ul style="list-style-type: none">A. Soixante-dixième Assemblée mondiale de la SantéB. Organisations sous-régionales |

Annexe C

LIST OF PARTICIPANTS/LISTA DE PARTICIPANTES

OFFICERS / MESA DIRECTIVA

President / Presidente:	Dr. Rubén A. Nieto (Argentina)
Vice-President / Vicepresidente:	Dr. Vishwanath Partapsingh (Trinidad and Tobago)
Rapporteur / Relator:	Dra. Lucrecia Hernández Mack (Guatemala)

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

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

Delegates – Delegados

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

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

Dra. Mariana Fernández Wiedmann
Profesional de la Subsecretaría de Relaciones Institucionales
Ministerio de Salud de la Nación
Buenos Aires

ARGENTINA

Delegates – Delegados (*cont.*)

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

BRAZIL/BRASIL

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Antônio Carlos Figueiredo Nardi
Secretário-Executivo
Ministério da Saúde
Brasília

Delegates – Delegados

Sr. Alexandre Fonseca Santos
Diretor, Programa de Secretaria Executiva
Ministério da Saúde
Brasília

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

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

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

BRAZIL/BRASIL (cont.)

Delegates – Delegados (cont.)

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

Sr. Rodrigo de Carvalho Dias Papa
Segundo Secretário, Representante Alterno
do Brasil junto à Organização dos Estados
Americanos
Washington, D.C.

CHILE

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

Sr. Francisco Adriaola
Coordinador de Asuntos Internacionales
Ministerio de Salud
Santiago

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

COLOMBIA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Sra. Carmen Vásquez Camacho
Ministra Consejera, Representante Alternata
de Colombia ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

GUATEMALA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

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

Lcda. Libna Elubina Bonilla Alarcón
Ministra Consejera, Representante Alternata
de Guatemala ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

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

PANAMA/PANAMÁ

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

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

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

PANAMA/PANAMÁ (cont.)

Delegates – Delegados (cont.)

Sr. José Luis Vásquez
Funcionario de la Dirección 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.

**TRINIDAD AND TOBAGO/TRINIDAD Y
TABAGO**

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Dr. Vishwanath Partapsingh
Principal Medical Officer
Ministry of Health
Port-of-Spain

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

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

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

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

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

Delegates – Delegados (cont.)

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

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

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

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

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

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

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

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

Delegates – Delegados (cont.)

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

Ms. Laura Olsen
Global Health Officer
Americas Region
Office of Global Affairs
Department of Health and Human Services
Washington, D.C.

Ms. Katie Qutub
Health Systems Officer
Bureau for Latin America and the Caribbean
Agency for International Development
Washington, D.C.

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

Delegates – Delegados (cont.)

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

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

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

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

CANADA/CANADÁ

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

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

CANADA/CANADÁ (cont.)

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

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

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

CANADA/CANADÁ (*cont.*)

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

Ms. Renukah Koilpillai
Intern
Permanent Mission of Canada to the
Organization of American States
Washington, D.C.

ECUADOR

Dra. María Verónica Espinosa Serrano
Ministra de Salud Pública
Ministerio de Salud Pública
Quito

MEXICO/MÉXICO

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

PERU/PERÚ

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

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

Sr. Julia Virna Ruiz
Tercera Secretaria, Representante Alternativa
de Perú ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

OBSERVER STATES / ESTADOS OBSERVADORES

SPAIN/ESPAÑA

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

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

SPAIN/ESPAÑA (*cont.*)

Sr. D. Fabián Gutiérrez
Becario, Misión Observadora Permanente de
España ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

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

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

Ms. Ideli Salvatti

**World Bank/
Banco Mundial**

Dr. Fernando Lavandez

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

**American Society for
Microbiology/Sociedad Americana de
Microbiología**

Dr. Prasad Kuduvali

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

Sr. Juan Carlos Trujillo de Hart

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

Mrs. Lily Waterston

Mundo Sano

Lic. Marcelo Abril

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

Ms. Vina HuLamm

U.S. Pharmacopeia

Mr. Damian Cairatti
Ms. Annie Toro

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

Dra. Carmen del Pilar Tello Espinoza

SPECIAL GUESTS / INVITADOS ESPECIALES

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

Mr. John Fox

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

Ms. Karen Linda Ortiz Finnemore
Mr. Alfredo Campos Lacoba

**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. Scott Shauf
Senior Legal Advisor, Office of the
Legal Counsel
Asesor Legal Senior, Oficina del Asesor
Jurídico

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

- - -