



Organisation
panaméricaine
de la Santé



Organisation
mondiale de la Santé
BUREAU RÉGIONAL DES
Amériques

56^e CONSEIL DIRECTEUR

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

Washington, D.C., ÉUA, du 23 au 27 septembre 2018

CD56/FR
27 septembre 2018
Original : anglais

RAPPORT FINAL

TABLE DES MATIÈRES

	<i>Page</i>
Ouverture de la session	7
Questions relatives au Règlement	
Constitution de la Commission de vérification des pouvoirs	7
Élection du Bureau.....	7
Constitution d'un groupe de travail pour étudier l'application de l'Article 6.B de la Constitution de l'OPS.....	8
Constitution de la Commission générale	8
Adoption de l'ordre du jour.....	8
Questions relatives à la Constitution	
Rapport annuel du Président du Comité exécutif	8
Rapport annuel du Directeur du Bureau sanitaire panaméricain	9
Élection de trois États Membres au Comité exécutif au terme des mandats d'Antigua-et-Barbuda, de l'Argentine et du Chili.....	11
Questions relatives à la politique des programmes	
Rapport de l'évaluation de fin de période biennale du Programme et budget de l'OPS 2016-2017/Deuxième rapport intérimaire du Plan stratégique de l'OPS 2014-2019	11
Évaluation de la politique budgétaire de l'OPS	13
Barème des contributions et des contributions fixées des États Membres, des États participants et des Membres associés de l'Organisation panaméricaine de la Santé pour 2019	15
Plan d'action pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent 2018-2030.....	15
Plan d'action pour la prévention et la lutte contre le cancer du col de l'utérus 2018-2030.....	18
Plan d'action en matière de ressources humaines pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle 2018-2023.....	21
Plan d'action pour l'entomologie et la lutte antivectorielle 2018-2023.....	24
Questions administratives et financières	
Rapport sur le recouvrement des contributions fixées.....	26
Rapport financier du Directeur et rapport du Commissaire aux comptes pour 2017.....	27
Amendements au Règlement financier et aux Règles de gestion financière de l'OPS	30

TABLE DES MATIÈRES (suite)

	<i>Page</i>
Sélection d'États Membres pour faire partie des conseils ou comités	
Sélection de deux États Membres de la Région des Amériques habilités à désigner une personne pour siéger au Comité Politiques et Coordination du Programme spécial de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine (HRP) PNUD/UNFPA/UNICEF/OMS/Banque mondiale	30
Élection de trois membres pour faire partie du Comité consultatif du Centre d'information sur les sciences de la santé pour l'Amérique latine et les Caraïbes (BIREME).....	31
Sélection d'un État Membre de la Région des Amériques habilité à désigner une personne au Conseil conjoint de coordination du Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales (TDR) de l'UNICEF/PNUD/Banque mondiale/OMS	31
Prix	
Prix de l'OPS en gestion et leadership dans le domaine des services de santé 2018	31
Prix de l'OPS en gestion et leadership dans le domaine des services de santé : changements aux procédures.....	32
Questions pour information	
Évaluation finale du Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017.....	32
Procédure pour l'élaboration du Plan stratégique de l'OPS 2020-2025.....	33
Rapport sur les enjeux stratégiques entre l'OPS et l'OMS.....	35
Projet de budget programme de l'OMS 2020-2021	35
Présentation de la méthodologie utilisée pour élaborer les indicateurs permettant de mesurer le progrès de la mise en œuvre du treizième PGT et examen de ces indicateurs et de leurs cibles	40
Consultation régionale sur la Stratégie mondiale de l'OMS concernant la santé, l'environnement et les changements climatiques.....	42
Rapport du Comité consultatif sur la recherche en santé.....	45
Rapport de la Commission sur l'équité et les inégalités en matière de santé dans les Amériques.....	46
Mise en œuvre du Règlement sanitaire international (RSI).....	48
Mise à jour sur la situation et les défis en matière d'approvisionnement du vaccin antipoliomyélique inactivé pour maintenir l'éradication de la maladie dans la Région des Amériques.....	51
Rapport du Directeur sur la lutte contre les causes des disparités en matière d'accès et de recours aux services de santé par les personnes lesbiennes, gay, bisexuelles et trans	52

TABLE DES MATIÈRES *(suite)*

	<i>Page</i>
Questions pour information <i>(suite)</i>	
Réponse de l'OPS pour maintenir un programme efficace de coopération technique au Venezuela et dans les États Membres voisins	53
Plan d'action sur la sécurité routière : rapport final	55
Plan d'action pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et les cas graves de morbidité maternelle : rapport final	57
Stratégie et plan d'action pour la santé intégrale chez l'enfant : rapport final	58
Stratégie et plan d'action sur le changement climatique : rapport final	59
Stratégie et plan d'action sur la cybersanté : rapport final	60
Stratégie et plan d'action sur la gestion des connaissances et la communication : rapport final	62
La santé et les relations internationales : leur lien avec la gestion du développement national de la santé : rapport final	63
Institutions nationales associées à l'OPS en matière de coopération technique : rapport final	64
Bioéthique : vers l'intégration de l'éthique dans la santé : rapport final	65
Rapports d'avancement sur les questions techniques.....	66
A. Stratégie et plan d'action visant au renforcement du système de santé pour combattre la violence à l'égard des femmes : rapport d'avancement.....	66
B. Plan d'action pour la prévention de l'obésité chez les enfants et les adolescents : évaluation à mi-parcours.....	67
C. Stratégie et plan d'action sur la santé en milieu urbain : évaluation à mi-parcours.....	68
D. Plan d'action sur la résistance aux antimicrobiens : évaluation à mi-parcours.....	68
E. Plan d'action pour la prévention et le contrôle des hépatites virales : évaluation à mi-parcours	70
F. Plan d'action pour la prévention et le contrôle de la tuberculose : évaluation à mi-parcours.....	71
G. Plan d'action pour la prévention et la lutte contre le VIH et les infections sexuellement transmissibles 2016-2021 : évaluation à mi-parcours.....	72
H. Plan d'action pour l'élimination du paludisme 2016-2020 : évaluation à mi-parcours.....	73
I. Plan d'action pour la réduction des risques liés aux catastrophes 2016-2021 : rapport d'avancement	74
J. Examen de la commission prélevée sur les achats de fournitures de santé publique effectués pour le compte des États Membres : rapport d'avancement.....	75
K. Situation des Centres panaméricains	76

TABLE DES MATIÈRES *(suite)*

	<i>Page</i>
Questions pour information <i>(suite)</i>	
Résolutions et autres actions d'organisations intergouvernementales revêtant un intérêt pour l'OPS	77
A. Soixante et Onzième Assemblée mondiale de la Santé	68
B. Quarante-huitième session ordinaire de l'Assemblée générale de l'Organisation des États Américains	68
C. Organisations sous-régionales	68
Autres questions	78
Clôture de la session	78
Résolutions et décisions	
<i>Résolutions</i>	
CD56.R1: Recouvrement des contributions fixées.....	78
CD56.R2: Plan d'action pour l'entomologie et la lutte antivectorielle 2018-2023.....	79
CD56.R3: Élection de trois États Membres au Comité exécutif au terme des mandats d'Antigua-et-Barbuda, de l'Argentine et du Chili	83
CD56.R4: Élection de trois membres pour faire partie du Comité consultatif du Centre d'information sur les sciences de la santé pour l'Amérique latine et les Caraïbes (BIREME)	85
CD56.R5: Plan d'action en matière de ressources humaines pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle 2018-2023	86
CD56.R6: Barème des contributions et des contributions fixées des États Membres, États participants et Membres associés de l'Organisation panaméricaine de la Santé.....	87
CD56.R7: Prix de l'OPS en gestion et leadership dans le domaine des services de santé : Changements aux procédures.....	93
CD56.R8: Plan d'action pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent 2018-2030.....	96
CD56.R9: Plan d'action pour la prévention et la lutte contre le cancer du col de l'utérus 2018-2030	98

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

CD56(D1): Constitution de la Commission de vérification des pouvoirs	101
CD56(D2): Élection du Bureau	101
CD56(D3): Constitution de la Commission générale	101
CD56(D4): Adoption de l'ordre du jour.....	101
CD56(D5): Sélection de deux États Membres de la Région des Amériques habilités à désigner une personne pour le Comité Politiques et Coordination du Programme spécial de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine (HRP) PNUD/UNFPA/ UNICEF OMS/Banque mondiale.....	102
CD56(D6): Sélection d'un État Membre de la Région des Amériques habilité à désigner une personne au Conseil conjoint de coordination du Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales (TDR) de l'UNICEF/PNUD/Banque mondiale/OMS.....	102

Annexes

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

RAPPORT FINAL

Ouverture de la session

1. Le 56^e Conseil directeur, 70^e session du Comité régional de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) pour les Amériques, s'est tenu au Siège de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) à Washington, D.C., du 23 au 27 septembre 2018.

2. Le Dr Octavio Sánchez Midence (Ministre de la Santé du Honduras, président sortant) a ouvert la session et souhaité la bienvenue aux participants. Le Dr Sánchez Midence, le Dr Carissa Etienne (Directrice du Bureau sanitaire panaméricain), l'honorable Alex M. Azar II (Secrétaire à la Santé et aux Services sociaux des États-Unis d'Amérique), l'honorable Néstor Méndez (Secrétaire général adjoint de l'Organisation des États Américains) et le Dr Soumya Swaminathan (Directrice générale adjointe chargée des programmes de l'OMS) ont prononcé des allocutions d'ouverture, que l'on peut lire sur la page Web du 56^e Conseil directeur.¹

Questions relatives au Règlement

Constitution de la Commission de vérification des pouvoirs

3. Conformément à l'article 31 du Règlement intérieur du Conseil directeur, le Conseil a nommé la Bolivie, Curaçao et le Guatemala comme membres de la Commission de vérification des pouvoirs (décision CD56[D1]).

Élection du Bureau

4. Conformément à l'article 16 du Règlement intérieur du Conseil directeur, le Conseil a élu le bureau suivant (décision CD56[D2]) :

<i>Président :</i>	Bahamas	(Hon. Dr Duane Sands)
<i>Vice-président :</i>	Haïti	(Dr Marie Greta Roy Clément)
<i>Vice-président :</i>	Équateur	(Dr María Verónica Espinosa Serrano)
<i>Rapporteur :</i>	Costa Rica	(Mme Adriana Salazar González)

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

¹ Les discours sont disponibles sur le site suivant :
https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14469:56th-directing-council&Itemid=40507&lang=fr.

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

6. Le Conseil a été informé qu'il ne serait pas nécessaire de constituer un groupe de travail, puisqu'aucun État Membre ne faisait l'objet des restrictions relatives au droit de vote prévues par l'Article 6.B de la Constitution de l'OPS (voir le *Rapport sur les contributions fixées*, aux paragraphes 84 to 88 ci-dessous).

Constitution de la Commission générale

7. Conformément à l'article 32 du Règlement intérieur, le Conseil a nommé Cuba, les États-Unis d'Amérique et Sainte-Lucie comme membres de la Commission générale (décision CD56[D3]).

Adoption de l'ordre du jour (document CD56/1, Rev. 2)

8. Le Conseil directeur a adopté l'ordre du jour proposé par la Directrice (document CD56/1, Rev. 2) sans modifications, ainsi qu'un programme de réunions (document CD56/WP/1) (décision CD56[D4]).

Questions relatives à la Constitution***Rapport annuel du Président du Comité exécutif (document CD56/2)***

9. Le Dr Miguel Mayo Di Bello (Panama, Président du Comité exécutif) a fait un rapport sur les activités réalisées par le Comité exécutif et son Sous-comité du programme, du budget et de l'administration entre septembre 2017 et septembre 2018. Il a fait ressortir les points qui avaient été discutés par le Comité, mais qui n'avaient pas été transmis au 56^e Conseil directeur pour examen et a noté qu'il ferait un rapport sur les autres points à mesure que ceux-ci seraient abordés par le Conseil. Parmi les points non transmis figuraient les rapports annuels du Bureau d'éthique de l'OPS, des Services de supervision et d'évaluation internes de l'OPS et du Comité d'audit de l'OPS, une proposition relative à la programmation de l'excédent de revenus et de budget résultant du Programme et budget 2016-2017, un rapport sur des projets devant être réalisés dans le cadre du Fonds directeur d'investissement, des amendements au Règlement du personnel et au Statut du personnel du BSP, un rapport sur la gestion des ressources humaines et une déclaration d'un représentant de l'Association du personnel de l'OPS/OMS, des rapports sur l'état d'avancement du système d'information pour la gestion du BSP et sur la cybersécurité à l'OPS, ainsi que des demandes présentées par deux acteurs non étatiques sollicitant leur admission en tant qu'organisation en relations officielles avec l'OPS et l'examen de 11 acteurs non étatiques sollicitant le renouvellement de leur statut en tant qu'organisation en relations officielles avec l'Organisation. Des détails figurent au rapport du Président du Comité exécutif (document CD56/2).

10. La Directrice a remercié le Président et les membres du Comité exécutif pour l'engagement et l'appui manifestés à l'égard de l'Organisation.

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

Rapport annuel du Directeur du Bureau sanitaire panaméricain (document CD56/3)

12. La Directrice a présenté son rapport annuel,² qui avait pour thème « Les soins de santé primaires – Le moment est arrivé ». Elle a considéré le thème comme très pertinent, alors que l'Organisation marque le 40^e anniversaire de la Déclaration d'Alma-Ata, qui avait facilité l'adoption d'une approche de la santé centrée sur l'être humain et avait propulsé le concept de « Santé pour tous » vers une visibilité mondiale. Le rapport a identifié les liens entre les soins de santé primaires et la couverture sanitaire universelle et a tenté de trouver une approche idéale pour surmonter les obstacles à la santé universelle et pour réduire les inégalités par un renforcement des soins de santé primaires. Il a également passé en revue les faits clés dans les domaines programmatiques et administratifs au cours de l'année.

13. Pour faire avancer la transformation des systèmes de santé en des réseaux de prestation de services de santé intégrés avec un accent sur les soins de santé primaires, le Bureau avait renforcé son approche centrée sur les pays, en adaptant sa coopération technique à la situation dans chaque pays. Il s'était efforcé d'aborder les questions liées à la gouvernance et à la gestion, au financement de la santé, à la législation sur la santé et aux modèles de prestation de services. Il avait également déployé des efforts pour renforcer l'action multisectorielle par une approche de la santé dans toutes les politiques, une approche qui était décisive pour traiter la question des maladies non transmissibles (MNT) et leurs facteurs de risque. De plus, il avait fait en sorte d'améliorer l'accès non seulement à des médicaments appropriés, abordables et qui présentent le meilleur rapport coût-efficacités mais aussi à des technologies de santé, et de renforcer les systèmes d'information sur la santé.

14. Les catastrophes naturelles et les flambées de maladies transmissibles avaient mis à l'épreuve les capacités de préparation et d'intervention nationales et régionales. Le Bureau avait collaboré avec d'autres organismes ainsi qu'avec des autorités nationales et locales pour aider les pays affectés à relever ces défis et à renforcer la résilience de leurs systèmes de santé. Il s'était associé à divers organismes pour aider les pays à obtenir les capacités de base pour la mise en œuvre du Règlement sanitaire international (RSI), qui était essentiel pour leur capacité de riposte aux urgences sanitaires.

15. Le Bureau a continué de mettre en œuvre des réformes de gestion et d'administration visant à améliorer l'efficacité et l'efficacités et à aligner la Région sur la

² Le texte intégral du discours de la Directrice est disponible sur :
https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=document&alias=46808-cd56-div-7-f-presentation-rapport-director-1&category_slug=56-directing-council-french-9967&Itemid=270&lang=fr.

planification stratégique et la réforme continue de l'OMS, tout en respectant le statut de l'OPS comme une organisation internationale indépendante. Il a continué d'améliorer le système d'information pour la gestion du BSP (PMIS), de renforcer son programme de gestion du risque institutionnel, d'améliorer sa technologie et sécurité de l'information et de renforcer la planification et la gestion des ressources humaines.

16. Un certain nombre de défis sont demeurés, et pour les surmonter l'Organisation doit s'engager à nouveau de veiller à la prestation de services de soins de santé de qualité, abordables et axés sur la personne et à l'instauration de systèmes de santé résilients qui permettront à la Région de progresser vers la santé universelle, la justice sociale et la réduction des iniquités. Le Bureau continuera à œuvrer en faveur d'un renforcement de l'approche des soins de santé primaires et à appuyer les États Membres dans leurs efforts pour instaurer la santé universelle et le développement sanitaire durable dans les Amériques, en ne laissant personne pour compte.

17. Dans la discussion qui a suivi, les délégués ont salué les nombreuses réalisations mises en évidence dans son rapport. Le thème du rapport a été considéré d'autant plus opportun à la lumière des réunions de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la tuberculose et les maladies non transmissibles, tenues la même semaine que le Conseil directeur, et la Conférence mondiale sur les soins de santé primaires, qui doit avoir lieu du 25 au 26 octobre 2018. Il a été rappelé que le rapport fournit également une base solide pour examiner comment la Région allait se préparer pour la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies, dont le thème sera la couverture sanitaire universelle.

18. Les délégués ont accueilli favorablement l'accent que met le rapport sur l'importance cruciale des soins de santé primaires et les systèmes de santé centrés sur la personne pour s'efforcer d'atteindre un accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle. L'importance accordée à l'incorporation des services de santé mentale dans les soins de santé primaires a également reçu un accueil favorable. Il a été signalé que 40 ans après la Déclaration d'Alma-Ata, il restait encore beaucoup à faire pour rectifier les inégalités et les iniquités en matière de santé et accroître l'accès aux services de santé, ainsi que pour traiter les déterminants sociaux et environnementaux de la santé. La nécessité d'un engagement politique plus fort a été mise en évidence, tout comme l'a été la nécessité d'une solidarité et d'un effort conjoint de relever des défis communs tels que les maladies non transmissibles, l'émergence et la réémergence des maladies transmissibles, ainsi que les impacts du changement climatique sur la santé. Les délégués ont affirmé l'importance de l'action multisectorielle et le rôle central de la santé en matière de développement durable. Ils ont également souligné la nécessité d'une action renforcée pour répondre aux besoins de populations en situation de vulnérabilité.

19. Un certain nombre de délégués ont décrit les efforts accomplis par leurs pays pour renforcer leurs systèmes de santé et garantir à tous l'accès à des services de santé complets et de haute qualité. L'appui accordé par le Bureau à ces efforts a été reconnu. Les délégués ont également remercié le Bureau pour sa prompt assistance aux pays touchés par des ouragans et d'autres catastrophes naturelles.

20. La Directrice a manifesté son appréciation aux États Membres pour leur engagement à l'égard de la santé des peuples des Amériques et des principes d'équité, de solidarité et des droits de l'homme. Elle a également noté avec satisfaction que les délégués avaient fait la distinction entre l'approche des soins de santé primaires et le premier niveau de soins, et avaient insisté sur la nécessité d'une approche globale de la santé qui incluait non seulement les soins curatifs mais également la promotion de la santé, la prévention de la maladie et la réadaptation. Elle a également été encouragée par le fait que les délégués avaient reconnu que les personnes vivant dans des conditions de vulnérabilité devaient être intégrées à part entière, étant donné qu'elles étaient les architectes clés de leur propre développement. Le Bureau continuerait de travailler avec les autorités sanitaires nationales en vue de permettre à tous les peuples de la Région de vivre une vie saine et productive et, plus important encore, de veiller à ce que personne ne soit laissé pour compte.

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

Élection de trois États Membres au Comité exécutif au terme des mandats d'Antigua-et-Barbuda, de l'Argentine et du Chili (document CD56/4)

22. Le Conseil directeur a élu la Barbade, l'Équateur et les États-Unis d'Amérique en tant que membres du Comité exécutif pour une période de trois ans et remercié Antigua-et-Barbuda, l'Argentine et le Chili pour leurs services (résolution CD56.R3).

Questions relatives à la politique des programmes

Rapport de l'évaluation de fin de période biennale du Programme et budget de l'OPS 2016-2017/Deuxième rapport intérimaire du Plan stratégique de l'OPS 2014-2019 (documents CD56/5 et Add. I)

23. M. Carlos Gallinal Cuenca (Brésil, Vice-président du Comité exécutif) a indiqué que le Comité exécutif avait examiné une version préliminaire de l'évaluation de fin d'exercice biennal du Programme et budget de l'OPS et du deuxième rapport intérimaire du Plan stratégique de l'OPS 2014-2019. Le Comité s'est réjoui des résultats positifs qui ont été mis en évidence, tout en exprimant également sa préoccupation sur les indicateurs d'impact qui semblaient ne pas être en bonne voie d'être atteints d'ici 2019. L'exercice d'évaluation a été vu non seulement comme une occasion de réfléchir sur les succès obtenus et d'identifier les lacunes et défis persistants, mais aussi d'extraire les enseignements tirés. Il a été souligné qu'il faudrait tenir compte de ces derniers lors de l'élaboration de Plan stratégique pour 2020-2025 (voir paragraphes 117 à 125 ci-dessous) et de la mise en œuvre du Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques 2018-2030.

24. M. Dean Chambliss (Directeur du Département de la planification et du budget du BSP) a présenté le rapport, en notant que les rapports sur les résultats dans chaque catégorie du Plan stratégique étaient disponibles sur le portail web du programme et budget de l'OPS. Le rapport avait présenté une mise à jour sur les cibles d'impact du Plan

stratégique et avait également mis en valeur les réalisations clés, défis et expériences couronnées de succès dans les pays par catégorie. L'information utilisée dans l'évaluation programmatique était issue de l'évaluation conjointe des indicateurs de résultats intermédiaires et immédiats effectuée avec les États Membres, ainsi que d'autres sources dont disposait le Bureau. En date de juillet 2018, environ 80 % des indicateurs avaient été évalués.

25. Cinq des résultats des cibles d'impact inclus dans le Plan stratégique 2014-2019 de l'OPS étaient considérés comme étant en très bonne voie d'être atteints d'ici 2019. Trois des résultats étaient considérés comme à risque (objectif 4, mortalité due à la mauvaise qualité des soins de santé; objectif 5, mortalité prématurée due aux maladies non transmissibles; et objectif 7, mortalité prématurée due à la violence et aux traumatismes) et un était en difficulté (objectif 6, mortalité due aux maladies transmissibles). En outre, d'importants défis ont subsisté en matière d'atteinte des cibles d'équité en matière de santé et de réduction des décès évitables dus aux MNT et à d'autres causes.

26. En ce qui concerne la mise en œuvre du budget, les fonds disponibles s'étaient élevés à 81 % du montant approuvé dans le cadre du programme et budget pour 2016-2017. Globalement, 78 % du budget approuvé avait été mis en œuvre, mais le niveau de mise en œuvre du financement effectivement disponible avait été de 97 %. La catégorie 1 (maladies transmissibles) et la catégorie 5 (préparation, surveillance et intervention) ont continué d'être les catégories les mieux financées, alors que la catégorie 2 (maladies non transmissibles et facteurs de risque) et la catégorie 3 (déterminants de la santé et promotion de la santé à toutes les étapes de la vie) sont demeurées les moins bien financées. Le financement par domaine programmatique avait également été inégal et quelques domaines souffraient d'un sous-financement chronique. En dépit du recours du Bureau au financement souple pour renforcer les domaines programmatiques qui en avaient le plus besoin, seuls cinq des huit domaines hautement prioritaires identifiés par les États Membres avaient atteint un niveau de 75 % ou plus du financement disponible.

27. Le Conseil directeur s'est félicité du rapport, qui présentait un solide aperçu des réalisations clés et des défis continus et émergents; il fournissait également des informations clés pour le processus décisionnel. L'exercice conjoint d'évaluation a été vu comme une contribution précieuse à la transparence et à l'imputabilité qui permettait aux États Membres de prendre davantage en charge les résultats obtenus. Les délégués de sont félicités des progrès accomplis par rapport aux cibles d'impact, mais ils ont exprimé leurs préoccupations quant aux objectifs et cibles à risque de ne pas être réalisés d'ici 2019. Il a été demandé au Bureau d'indiquer quelle mesure concrète serait prise en vue d'assurer leur réalisation. Il a été souligné que les enseignements tirés du Plan stratégique actuel devraient être prises en considération lors de l'élaboration du nouveau Plan stratégique pour 2020-2025 et que les objectifs fixés dans le cadre du nouveau plan devraient être réalisables, en particulier dans le cas de ceux qui dépendaient de l'action d'autres secteurs.

28. Une déléguée a réitéré la préoccupation exprimée au cours de la session de juin du Comité exécutif au sujet de la façon dont la mise en œuvre du budget était communiquée, à savoir que le niveau de mise en œuvre devrait se rapporter non pas au montant de financement budgétisé mais aux fonds effectivement disponibles, puisqu'il était impossible de mettre en œuvre un financement qui n'existait pas. Une autre déléguée a invité le Bureau à s'assurer que les domaines programmatiques responsables du travail clé sont suffisamment financés pour leur permettre de fournir l'appui approprié aux pays pour obtenir des résultats; elle a également demandé au Bureau de poursuivre ses efforts pour mieux aligner la mobilisation des ressources sur les priorités programmatiques identifiées par les États Membres et de s'assurer que les domaines programmatiques sont entièrement financés à un niveau réaliste. Une troisième déléguée s'est félicitée du nouveau portail web du Programme et budget de l'OPS et a exprimé l'espoir qu'il serait bientôt disponible en espagnol.

29. M. Chambliss a noté que le rapport contenait de l'information sur la mise en œuvre des fonds effectivement disponibles et le niveau de mise en œuvre en ce qui a trait au budget global approuvé. Le Bureau continuerait évidemment de progresser vers les cibles d'impact, mais leur réalisation dépendait de nombreux facteurs. Il a convenu que les enseignements tirés de la mise en œuvre du Plan stratégique actuel fourniraient une importante contribution au nouveau Plan stratégique. L'Organisation n'aurait pas forcément besoin de fixer des objectifs moins ambitieux, mais elle devrait certainement tenir compte des défis auxquels elle aurait à faire face dans le cadre de l'atteinte des objectifs fixés et des stratégies requises pour surmonter ces défis.

30. La Directrice a ajouté que pour réaliser pleinement certains des objectifs dans le cadre du Plan stratégique actuel, il serait nécessaire de traiter les déterminants sociaux de la santé sur lesquels le secteur de la santé n'exerce pas de contrôle direct. Le Bureau continuerait de travailler en partenariat avec les États Membres pour accélérer la mise en œuvre tant du Plan stratégique que des plans de travail biennaux. Le BSP attachait une grande importance à la transparence et à l'obligation de rendre des comptes et continuerait de fournir aux États Membres des informations détaillées sur ses activités.

31. Le Conseil directeur a pris note du rapport.

Évaluation de la politique budgétaire de l'OPS (documents CD56/6 et Add. I)

32. M. Carlos Gallinal Cuenca (représentant du Comité exécutif) a signalé que le Comité exécutif avait examiné un rapport préparé par le Bureau sur la *Politique budgétaire de l'OPS* et un rapport préparé par un évaluateur externe engagé par le Bureau pour évaluer si les ressources avaient été allouées conformément à la politique et pour faire des recommandations sur les changements nécessaires à la politique. Le Comité avait insisté sur le fait que toute réforme de la politique budgétaire doit assurer que les pays qui ont les plus grands besoins ne sont pas affectés.

33. M. Dean Chambliss (Directeur du Département de la planification et du budget du BSP) a rappelé que la politique budgétaire avait été approuvée en 2012 et couvrait la

même période que le Plan stratégique actuel : 2014-2019. La politique avait été conçue pour s'appliquer uniquement aux ressources du budget ordinaire, qui comprenait les contributions fixées et des revenus divers budgétisés. L'évaluation externe avait trouvé qu'en général les allocations au titre de la politique budgétaire avaient satisfait aux normes d'équité, de solidarité et de panaméricanisme et avaient été conformes aux attentes. Depuis l'adoption de la politique, cependant, tant l'OMS que l'OPS avaient adopté une méthode intégrée de budgétisation, dans laquelle il n'y avait pas d'affectations budgétaires régulières. Pour que la politique demeure pertinente, il y aurait lieu de la réviser.

34. L'évaluateur externe avait fait neuf recommandations pour améliorer des domaines clés de la politique budgétaire, y compris une simplification de ses restrictions fondées sur des formules. Le Bureau étudiait les recommandations et, au cours du cycle 2019 des réunions des Organes directeurs, il présenterait aux États Membres ses propres recommandations de politique budgétaire.

35. Dans la discussion qui a suivi, les délégués ont exprimé un appui général aux recommandations de l'évaluateur externe et ont convenu que la politique devait être révisée et son approche ajustée pour orienter de façon adéquate l'allocation des ressources à tous les niveaux fonctionnels de manière équitable. La recommandation de changer le focus de la politique du budget ordinaire aux fonds flexibles a toutefois été remise en question, et de plus amples informations avaient été demandées sur les implications d'un tel changement. Des informations avaient également été demandées sur ce qui pouvait arriver aux pays clés dans le cadre d'une politique budgétaire révisée. Il a encore une fois été souligné que les pays avec les plus grands besoins ne devaient pas être touchés de façon négative par des investissements réduits. Il avait été reconnu que le recours à des formules strictes pouvait entraîner un processus de budgétisation qui était trop mécanique et inflexible, mais il a également été signalé qu'en l'absence d'un certain système de notation, la budgétisation pourrait devenir trop arbitraire. Le Bureau a été encouragé à rechercher un juste milieu entre ces deux extrêmes.

36. M. Chambliss a expliqué qu'à la suite de l'adoption d'un budget intégré, le budget ordinaire avait été remplacé dans une large mesure par le concept plus général du financement flexible, qui comprenait non seulement les contributions fixées des États Membres et les revenus divers, mais aussi des contributions volontaires et des coûts de soutien aux programmes. Le Bureau ne doutait pas qu'un financement flexible avait été alloué aux pays clés conformément à l'esprit de la politique budgétaire, même si la politique n'avait peut-être pas été suivie à la lettre dans le contexte du budget intégré actuel. Les questions soulevées lors de la discussion, y compris celles qui avaient trait aux formules, seraient examinées par le Groupe consultatif du plan stratégique dans le cadre de l'élaboration du Plan stratégique 2020-2025 (voir paragraphes 117 à 125 ci-dessous), puisque la politique budgétaire avait des implications stratégiques.

37. Le Conseil a pris note du rapport.

Barème des contributions et des contributions fixées des États Membres, des États participants et des Membres associés de l'Organisation panaméricaine de la Santé pour 2019 (document CD56/7)

38. M. Carlos Gallinal Cuenca (représentant du Comité exécutif) a signalé que le Comité exécutif avait été informé à la mi-juin qu'aucun consensus n'avait été obtenu au sein de l'Organisation des États Américains (OEA) sur le nouveau barème des contributions et que les discussions se poursuivaient. Le Comité avait également été informé qu'une session spéciale de l'Assemblée générale de l'OEA avait été prévue pour octobre 2018, dans l'espoir qu'une décision finale serait prise au cours de cette session.

39. M. Dean Chambliss (Directeur du Département de la planification et du budget du BSP) a confirmé que le niveau global des contributions fixées pour 2018-2019 resterait constant à US\$210,6 million,³ ce qui correspondait à une croissance zéro pour 2016-2017. Selon l'article 24.A de la Constitution de l'OPS, les États Membres étaient imposés au même taux que l'OEA. Pour les États participants et les Membres associés de l'OPS qui n'étaient pas membres de l'OEA, les calculs étaient basés sur la population et des paramètres économiques. En juin 2017, l'Assemblée générale de l'OEA avait adopté un barème provisoire de contributions pour 2018, alors que son Comité sur les questions administratives et budgétaires continuait d'examiner le barème actuel et la méthodologie. L'OPS avait adopté le barème temporaire de l'OEA pour 2018 tout en attendant une décision de l'OEA pour 2019. L'Assemblée générale de l'OEA examinerait un nouveau barème de l'OEA pour 2019 et au-delà en octobre 2018, mais une décision ne serait prise qu'après la clôture du 56^e Conseil directeur. Par conséquent, le Bureau proposait de maintenir le barème 2018 de l'OPS inchangé pour 2019.

40. Le Conseil directeur a adopté la résolution CD56.R6, qui fixe le barème des contributions de l'OPS pour 2019 sur la base du barème de l'OPS pour 2018.

Plan d'action pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent 2018-2030 (document CD56/8, Rev. 1)

41. Le Dr Miguel Mayo Di Bello (représentant du Comité exécutif) a signalé que le Comité exécutif avait examiné une version antérieure du projet de plan d'action. Les délégués s'étaient mis d'accord sur de nombreux aspects du projet de plan d'action, mais avaient exprimé des opinions divergentes sur la question de la santé sexuelle et génésique et des droits s'y rapportant. Une déléguée avait affirmé que la protection et la promotion des droits des femmes et des filles, en particulier leur santé sexuelle et génésique et les droits s'y rapportant, étaient des éléments essentiels à leur autonomisation. Une autre déléguée avait affirmé que bien que sa délégation appuyait les programmes de santé et d'éducation qui donnaient aux adolescents les moyens d'éviter les risques sexuels et de prévenir les cas de grossesse précoce et les infections sexuellement transmissibles, sa délégation ne pouvait pas accepter l'utilisation des expressions « services de santé

³ Sauf stipulation contraire, toutes les valeurs monétaires dans le présent rapport sont exprimées en dollars des États-Unis.

sexuelle et génésique » et « droits sexuels et génésiques » dans quelque contexte que ce soit, étant donné qu'elles avaient acquis certaines connotations et étaient utilisées pour promouvoir l'avortement et le droit à l'avortement.

42. Même si certains délégués avaient adopté le projet de plan d'action, d'autres avaient exprimé certaines critiques. Plusieurs délégués avaient suggéré que la consultation des États Membres au sujet du plan devait se poursuivre au cours des mois précédant le Conseil directeur. Le Comité avait accepté de former un groupe de travail pour poursuivre les consultations sur le plan au cours de la période intersessions.

43. Le Dr Luis Andrés de Francisco Serpa (Directeur du Département de la famille, de la promotion de la santé et du parcours de vie du BSP) a fait savoir qu'avec la baisse importante du taux de mortalité néonatale et des moins de 5 ans en Amérique latine et dans les Caraïbes entre 1990 et 2015, la Région avait atteint l'objectif 4 des objectifs du Millénaire pour le développement. L'espérance de vie des femmes avait doublé depuis 1950. Toutefois, les progrès avaient été inégaux, car certaines populations, notamment les groupes autochtones et d'ascendance africaine, avaient continué de supporter des fardeaux plus lourds de mortalité et de morbidité évitables.

44. Entre 2015 et 2018, quatre stratégies et plans d'action de l'OPS sur la santé du nouveau-né, de l'enfant, de l'adolescent et de la mère avaient pris fin. Sur la base de l'analyse de leur mise en œuvre, un nouveau plan d'action intégré avait été rédigé pour protéger les acquis et traiter les lacunes restantes. Le projet de plan d'action avait fait l'objet de consultations intenses avec tous les États Membres, dont plus de 80 % avaient soumis des commentaires au cours de la période de consultation. Le groupe de travail mis sur pied par le Comité exécutif, co-présidé par le Canada et le Panama, avait tenu sept sessions consultatives virtuelles avec les pays en juillet. Quatre versions du plan avaient été examinées et partagées avec les États Membres, dont la précieuse rétroaction avait été revue et incorporée dans le document de travail.

45. Le Dr de Francisco Serpa a remercié les États Membres pour leur travail approfondi et leur esprit constructif, qui avaient permis d'obtenir un consensus sur la majorité des questions traitées dans le plan. Il a noté, cependant, que des efforts supplémentaires étaient nécessaires dans trois domaines du projet présenté au Conseil directeur (document CD56/8) afin de trouver un libellé acceptable pour tous les États Membres.

46. Dans la discussion qui a suivi, les délégués ont décrit les progrès accomplis dans leurs pays dans un large éventail de domaines, y compris la réduction de la mortalité maternelle, des cas graves de morbidité maternelle et de la mortalité néonatale, les stratégies pour engager et autonomiser les jeunes, y compris les services en milieu scolaire et la création d'espaces accueillants pour les adolescents, les efforts pour lutter contre la traite des personnes et la violence sexiste, ainsi que les activités de promotion de la santé et de prévention des maladies dans des domaines tels que la nutrition et la santé sexuelle, mentale, orale et physique générale. Un délégué a fait remarquer que la notification était un problème dans son pays étant donné le manque de dossiers de santé

électroniques. Une autre déléguée a déclaré qu'un obstacle à la promotion de la santé des adolescents dans son pays était la législation qui interdisait aux agents de santé de fournir des contraceptifs ou des traitements aux patients âgés de moins de 18 ans sans le consentement de leurs parents.

47. Il y avait un consensus sur la nécessité de réduire la mortalité maternelle, d'éliminer les inégalités dans l'accès aux soins de santé pour les femmes, les enfants et les adolescents en éliminant les obstacles sociaux, culturels et liés au sexe, de cibler les populations vulnérables et d'appuyer l'autonomisation des femmes et des filles. Bien que de nombreux délégués convenaient de la nécessité d'avoir accès aux contraceptifs et de la prévention de la grossesse chez les adolescentes par le biais d'une éducation sexuelle et de service de santé sexuelle et génésique, la déléguée des États-Unis a réitéré l'opposition de sa délégation à l'utilisation des termes « services de santé génésique » et « droits génésiques » dans quelque contexte que ce soit. Son gouvernement pensait que ces termes avaient été utilisés pour promouvoir l'avortement et l'accès à l'avortement. Il favorisait les approches multisectorielles pour appuyer, éduquer et protéger les jeunes, parallèlement à des programmes éducatifs qui autonomisaient les adolescents en leur donnant les moyens d'éviter les risques sexuels et de prévenir les grossesses précoces et les maladies sexuellement transmissibles. Elle a demandé que le groupe de travail se réunisse à nouveau pour discuter des questions de terminologie restantes, une demande qui était appuyée par plusieurs autres délégués.

48. Le Dr de Francisco Serpa a commenté que la vaste participation au processus de consultation était une preuve que la santé des femmes, des enfants et des adolescents était une question considérée comme très importante. Il a noté que les domaines de consensus incluaient un fort engagement de travailler en vue d'atteindre l'équité, un appui pour l'intégration de la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent tout au long de la vie, la nécessité d'efforts intersectoriels et de systèmes d'information, ainsi que l'importance de l'alignement du plan d'action sur d'autres instruments internationaux.

49. Étant donné le manque continu de consensus sur la terminologie du plan d'action, il a été demandé au groupe de travail de se réunir à nouveau pour essayer de trouver un libellé acceptable pour tous les États Membres. La déléguée du Canada a signalé qu'après deux réunions, le groupe avait produit une version révisée (document CD56/8, Rev. 1) qui était le reflet d'un solide consensus. Elle a exhorté le Conseil à l'adopter.

50. Les délégués ont remercié le groupe de travail pour les efforts qu'il a déployés pour tenter de trouver un consensus. Nombre d'entre eux ont manifesté leur ferme appui à la version révisée du plan d'action, avec un délégué affirmant que son adoption était essentielle pour que les États Membres soient en mesure de formuler et de renforcer des politiques publiques pour assurer que chaque femme, enfant et adolescent puisse non seulement vivre mais aussi s'épanouir dans un environnement transformateur qui leur permette d'atteindre le meilleur état de santé possible. Une autre déléguée a signalé que le libellé du document était de nature générale et offrait aux États la latitude de mettre en œuvre le plan d'action conformément aux dispositions de leurs législations et réglementations nationales.

51. La déléguée des États-Unis a déclaré toutefois que sa délégation ne pouvait pas appuyer le consensus parce que le document continuait d'inclure les termes « service de santé sexuelle et génésique » et « éducation sexuelle complète », qui, tout comme « droits sexuels et génésiques », étaient associés au droit à l'avortement, à la promotion de l'avortement ou à l'orientation sur l'avortement. Son gouvernement a déclaré soutenir pleinement les efforts pour améliorer le processus décisionnel des adolescents en facilitant leur accès à une information scientifiquement exacte, avec une orientation et une supervision appropriées des parents ou gardiens, pour préparer les jeunes hommes et les jeunes femmes à éviter les risques, à atteindre un état de santé optimal et à accroître les possibilités d'épanouissement futur, mais il ne saurait accepter le terme « éducation sexuelle complète » dans quelque contexte que ce soit.

52. À la demande de la déléguée des États-Unis, il a été procédé au vote par appel nominal sur le projet de résolution relatif au plan d'action. L'Uruguay, ayant été tiré au sort par le Président, a été appelé à voter en premier. Les résultats du vote étaient les suivants :

En faveur :

Argentine, Bahamas, Brésil, Canada, Chili, Colombie, Costa Rica, Équateur, France, Guyana, Haïti, Honduras, Mexique, Nicaragua, Panama, Paraguay, Pérou, République dominicaine, Royaume-Uni, Sainte-Lucie, Suriname, Trinité-et-Tobago, Uruguay, Venezuela (République bolivarienne du)

Contre :

États-Unis d'Amérique

Abstentions :

Guatemala, Jamaïque, Saint-Kitts-et-Nevis

53. La résolution CD56.R8 a été adoptée par 24 votes contre 1, avec 3 abstentions.

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

54. Le Dr Miguel Mayo Di Bello (représentant du Comité exécutif) a signalé qu'après avoir examiné le projet de plan d'action, les délégués avaient reconnu que le cancer du col de l'utérus était un grave problème de santé publique qui touchait en particulier les femmes dans des communautés vulnérables et ils avaient exprimé leur appui général pour le plan. Il y avait eu un consensus sur la nécessité d'un accès universel à des soins complets et sur l'importance de la vaccination contre l'infection par le virus du papillome humain (VPH). Les délégués avaient demandé qu'une recherche soit menée pour déterminer quel était le meilleur moyen d'atteindre et de vacciner tous les adolescents, que les programmes de vaccination en faveur des filles et des garçons soient financés par des fonds publics et que des efforts soient déployés pour lutter contre les conceptions erronées qui entouraient le vaccin anti-VPH. Plusieurs avaient souligné l'importance d'un

accès équitable aux premiers soins, notamment la stratégie « voir et traiter ». Ils avaient également mis en évidence la nécessité de renforcer les systèmes d'information afin d'assurer qu'aucune femme ne soit éliminée du processus de suivi.

55. Le Dr Anselm Hennis (Directeur du Département des maladies non transmissibles et de la santé mentale du BSP) a mentionné que chaque année, plus de 83 000 femmes dans les Amériques étaient atteintes d'un cancer du col de l'utérus nouvellement diagnostiqué et plus de 35 000 d'entre elles avaient perdu la vie des suites de la maladie, ce qui en faisait la cause principale des décès dus au cancer chez les femmes dans 11 pays et la deuxième plus importante cause de décès dans 12 pays. Le BSP avait fourni une coopération technique à ce sujet depuis plus de 20 ans dans le cadre de sa *Stratégie et plan d'action régionaux pour la prévention et le contrôle du cancer du col de l'utérus*, avec un rapport final qui avait été soumis à la 29^e Conférence sanitaire panaméricaine en 2017.⁴ Au cours de cette Conférence, il avait été demandé au Bureau d'élaborer un nouveau plan d'action en vue d'accélérer les activités visant à réduire la mortalité due au cancer du col de l'utérus, une maladie qui était évitable dans une large mesure par la vaccination anti-VPH, ainsi que par le dépistage et le traitement des lésions précancéreuses.

56. Le nouveau plan d'action avait été élaboré avec des contributions d'experts et d'autres collaborateurs et faisait fond sur des engagements régionaux connexes, tels que les plans d'action sur les maladies non transmissibles, la vaccination, les infections à VIH et les infections sexuellement transmissibles (IST). Le nouveau plan envisageait un futur dans lequel le cancer du col de l'utérus serait éliminé comme problème de santé publique grâce à l'accès universel à la santé sexuelle, aux services de prévention des IST, aux vaccins anti-VPH, à des services efficaces de dépistage et de traitement des lésions précancéreuses, au traitement du cancer invasif du col de l'utérus et aux soins palliatifs. Il s'alignait sur l'appel mondial à l'action pour éliminer le cancer du col de l'utérus, récemment annoncé par le Directeur général de l'OMS dans le cadre de la Soixante et Onzième Assemblée mondiale de la Santé. S'il est approuvé, le plan sera mis en œuvre en étroite collaboration avec les partenaires existants dans le système des Nations Unies, d'autres organisations internationales, des groupes professionnels et des organisations de la société civile.

57. Les délégués ont reconnu la gravité de la situation du cancer du col de l'utérus et ont félicité le BSP pour son travail d'élaboration du projet de plan d'action. Nombre d'entre eux ont indiqué que le plan d'action s'alignait sur leurs plans nationaux et ont décrit les progrès accomplis et les défis surmontés par leurs pays dans la prévention et la lutte contre le cancer du col de l'utérus, notant que beaucoup restait à faire pour s'assurer que personne n'était laissé pour compte. Il y avait un consensus sur la nécessité de campagnes d'éducation publique efficaces, d'une couverture universelle, avec une amélioration du dépistage, du traitement et du suivi, d'un plus grand nombre d'agents de

⁴ Document CSP29/INF/4 (2017), disponible sur https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=41236&Itemid=270&lang=fr.

santé formés, de systèmes d'information et de registres du cancer renforcés, d'interventions rentables, basées sur des données probantes et novatrices, d'une vaccination anti-VPH intensifiée et de l'achat de vaccins et de fournitures de laboratoire abordables. Une action collective et la coopération entre pays étaient considérées comme des éléments essentiels. En ce qui concerne la vaccination anti-VPH, une déléguée a demandé quelles stratégies seraient utilisées pour accroître l'équité en matière d'accès au dépistage et au traitement, en particulier pour les populations vulnérables, et pour lutter contre les idées fausses au sujet de la vaccination.

58. Alors qu'une majorité de délégués appuyaient le plan d'action, le délégué des États-Unis a indiqué que sa délégation ne pouvait pas le faire, car le document contenait des références à la « santé sexuelle et génésique », ce à quoi sa délégation était opposée, tel qu'expliqué dans les discussions sur le *Plan d'action sur la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent* (voir paragraphes 41 à 53 ci-dessus). Il a proposé un certain nombre de changements aux termes employés dans le plan d'action, y compris la suppression d'une référence à l'accès à des services de santé sexuelle et génésique de qualité et l'ajout de termes qui établissaient clairement que la santé sexuelle et génésique n'incluait pas l'avortement. Cependant, d'autres délégués ont manifesté leur soutien pour le document tel que rédigé.

59. Le Dr Hennis a noté qu'il était clairement reconnu que le cancer du col de l'utérus était évitable par la vaccination et que le dépistage, la détection précoce et le traitement pouvaient prévenir sa progression. Il y avait également un consensus général sur le fait que les axes d'intervention proposés concernaient des activités de base qui devraient être poursuivies pour améliorer les programmes existants. En ce qui a trait à ce qui serait fait pour assurer l'équité d'accès pour toutes les populations, le Bureau fournirait un appui technique, mais des investissements de la part des pays dans les services de santé et les ressources humaines pour la santé seraient nécessaires pour faire changer les choses de manière tangible. Le BSP pourrait également faciliter l'accès aux vaccins au moyen du Fonds renouvelable pour l'achat de vaccins et aux technologies de dépistage par le biais du Fonds renouvelable régional pour les fournitures stratégiques de santé publique (communément appelé Fonds stratégique). En se référant à l'appel mondial à l'action, le Dr Hennis a noté que, pour la première fois, un mouvement était en cours pour éliminer une maladie non transmissible. Le BSP travaillerait en étroite collaboration avec les États Membres pour réaliser cet objectif.

60. Lorsque le projet de résolution sur le plan d'action a été pris en considération, le délégué des États-Unis a reconnu le consensus apparent sur le maintien du langage original et a demandé l'inclusion, dans les documents officiels de la session, d'une note mentionnant que les États-Unis se dissociaient des paragraphes 6, 18(a), 18(c) et 21(c). Il a affirmé que mis à part ces paragraphes, les États-Unis appuyaient le plan d'action.

61. Le Conseil a adopté la résolution CD56.R9, laquelle approuvait le plan d'action.

Plan d'action en matière de ressources humaines pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle 2018-2023 (document CD56/10, Rev. 1)

62. M. Carlos Gallinal Cuenca (représentant du Comité exécutif) a noté que le Comité exécutif avait reconnu que les lignes stratégiques du projet de plan d'action abordaient des questions importantes – notamment l'égalité des chances, l'équité, la qualité, la gouvernance, l'accès et l'éducation en santé – qui pouvaient aider les pays à traiter les iniquités en matière de disponibilité, de distribution et de qualifications des professionnels de la santé. Les délégués s'étaient félicités de l'accent du plan sur les priorités et les contextes nationaux, mais avaient soulevé plusieurs questions par rapport aux indicateurs proposés. Il avait été signalé, par exemple, que les indicateurs dans le plan ne s'appliqueraient pas tous à tous les pays et qu'il serait difficile pour les pays fédérés de faire rapport sur des indicateurs requérant des données nationales. Il avait été noté qu'il y avait eu des débats considérables sur la façon d'aborder la question de la migration de la main-d'œuvre durant les consultations sur le plan d'action, et que les États Membres des Caraïbes avaient demandé l'inclusion dans le plan d'un indicateur sur la mobilité et la migration des agents de santé, avec une mention spécifique du *Code de pratique mondial pour le recrutement international des personnels de santé*.

63. Le Dr James Fitzgerald (Directeur du Département des systèmes et services de santé du BSP) a remercié tous les États Membres qui avaient participé à la préparation du plan d'action, affirmant que la disponibilité, la distribution, l'acceptabilité et la qualité des personnels de santé étaient des facteurs critiques qui devaient être abordés si on voulait que les pays atteignent l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle. Il a noté que même si les instruments de mesure différaient, il y avait un consensus sur le fait que la Région des Amériques souffrait d'un grave manque de ressources humaines pour la santé. Les inégalités dans la disponibilité, la distribution et la qualité des personnels de santé persistaient entre pays autant qu'à l'intérieur des pays, entre différents niveaux de soins, ainsi qu'entre les secteurs public et privé. La situation était caractérisée en outre par de faibles taux de rétention dans les zones rurales et mal desservies, des taux élevés de mobilité et de migration du personnel, la spécialisation excessive des services de soins tertiaires et les conditions de travail précaires, qui tous empêchaient les progrès dans l'expansion des services de santé, en particulier au premier niveau de soin.

64. Le projet de plan d'action s'alignait sur la *Stratégie mondiale de l'OMS sur les ressources humaines pour la santé à l'horizon 2030*, sur les recommandations de la Commission de haut niveau des Nations Unies sur l'emploi en santé et la croissance économique et sur la *Stratégie de l'OPS en matière de ressources humaines pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle*; il proposait des objectifs et indicateurs spécifiques pour appuyer, orienter et contrôler la mise en œuvre de cette dernière. Le plan avait été préparé dans le cadre de consultations approfondies avec les États Membres, qui avaient fait ressortir la nécessité d'indicateurs pour refléter les politiques, priorités et contextes spécifiques de chaque pays. Il proposait des indicateurs pour appuyer une distribution plus équitable des ressources humaines pour la santé avec les compétences nécessaires et pourrait aider les États Membres à organiser la formation

interprofessionnelle ainsi que la formation des équipes de ressources humaines pour la santé pour améliorer la prestation des soins de santé primaires, répondre aux besoins de des systèmes de santé en voie de transformation et appuyer les progrès régionaux accomplis en vue de l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle.

65. Dans la discussion qui a suivi, les délégués se sont félicités du plan, notant que ces trois axes stratégiques d'intervention serviraient de feuille de route pour le développement des ressources humaines pour la santé, ce qui était un élément clé de l'atteinte de l'accès universel à la santé et de la couverture sanitaire universelle. Le renforcement et la consolidation de la gouvernance et du leadership dans les ressources humaines pour la santé étaient considérés comme l'axe d'action stratégique le plus complexe à mettre en œuvre, en particulier en raison de la fragmentation présente dans les systèmes de santé de certains pays. Affirmant que le plan était aligné sur les priorités des pays, les délégués se sont réjouis de l'accent qui avait été mis sur les soins de santé primaires. Cependant, un des délégués s'est demandé s'il y avait une compréhension commune de ce qu'impliquait ce concept, notant que la diversité des interprétations pouvait freiner les progrès accomplis dans la mise en œuvre du plan. Pour clarifier la définition de ce terme et d'autres termes clés, un autre délégué a suggéré la création d'un glossaire. Plusieurs délégués ont mentionné la nécessité d'affiner quelques-uns des indicateurs, et une suggestion a été faite de passer d'une perspective de genre dans la mise en œuvre du plan à une perspective sociale plus générale.

66. Il y avait consensus sur la nécessité d'un plus grand nombre d'agents de santé mieux formés, ce qui exigerait un plus grand investissement dans les personnels de santé et une étroite collaboration entre le secteurs de la santé et ceux de l'éducation, du travail et autres. Il a été souligné que la formation devait être flexible et se tenir au fait des avancées en matière de science et de technologie, et en même temps mettre en évidence les principes de bioéthique afin de préparer les professionnels de la santé à fournir des soins empreints de compassion et axés sur le patient. Un certain nombre de délégués ont offert l'aide de leur pays en matière de formation.

67. Plusieurs délégués des Caraïbes ont demandé que l'accent soit mis sur la rétention de la main-d'œuvre, citant les niveaux élevés de migration chez les agents de santé, en particulier le personnel infirmier spécialisé, en raison d'une rémunération insuffisante, de conditions de travail médiocres, d'un manque de possibilités d'avancement et d'un recrutement international agressif. La nécessité d'un dialogue multilatéral sur ce thème a été reconnue, bien qu'un délégué ait suggéré qu'il était nécessaire d'aller au-delà du dialogue et de plaider en faveur d'un seuil maximal par habitant d'agents internationaux de santé. Il a été demandé au Bureau d'informer les États Membres sur les changements intervenus dans les tendances de recrutement international depuis l'adoption du *Code de pratique mondial pour le recrutement international des personnels de santé* de l'OMS. Il a été pris note de la nécessité de modèles de soins et de systèmes d'information intégrés pour déterminer les besoins en ressources humaines.

68. Le Dr Fitzgerald a dit qu'il était clair qu'il y avait eu une évolution au cours de ces dernières années, caractérisée par le passage d'une approche administrative des ressources

humaines pour la santé à une approche plus stratégique et axée sur les politiques qui faisait appel aux secteurs de la santé, de l'éducation et du travail, ces acteurs étant essentiels au développement des capacités requises pour progresser vers l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle. Il était crucial d'engager tous les secteurs pour traiter les questions essentielles à la réduction de la migration des médecins, du personnel infirmier et d'autres personnels requis pour assurer le fonctionnement des systèmes de santé. Il fallait donc identifier les objectifs du processus de transformation du système de santé et examiner l'ensemble des compétences nécessaires à chaque niveau du système afin d'atteindre ces objectifs. Cela entraînerait un processus de planification stratégique, qui serait mené par le secteur de la santé mais qui impliquerait également d'autres secteurs, en particulier ceux de l'éducation et du travail. Le BSP travaillerait avec les pays au cours de ces prochaines années pour élaborer des comptes nationaux de main-d'œuvre sanitaire, adaptés à un contexte donné, afin d'aider les pays à formuler des plans pour former le personnel de santé requis à l'avenir.

69. Le Dr Fitzgerald a convenu que la gouvernance des systèmes de santé était en fait la question la plus complexe parce que de multiples acteurs faisaient face à des enjeux considérables en matière de ressources humaines pour la santé, notamment le secteur privé, les associations professionnelles et les prestataires de services. Il était important de réunir ces groupes autour d'une même table, d'écouter leurs préoccupations et de s'assurer que les intérêts du secteur sanitaire demeuraient des priorités absolues dans les discussions.

70. La migration des personnels de santé était une question primordiale pour tous les pays, mais elle faisait l'objet de préoccupations particulières pour les Caraïbes, qui avaient le deuxième taux de migration le plus élevé au monde, en particulier parmi le personnel infirmier spécialisé, qui quittait cette région en grand nombre. En collaboration avec les États Membres des Caraïbes, le Bureau avait commencé d'examiner les raisons à la base de cette migration et avait trouvé que même si la rémunération était un facteur, ce n'était pas l'unique raison ou même la raison principale. Des conditions de travail médiocres et des possibilités d'avancement professionnel limitées semblaient être les principaux facteurs à la source de ce phénomène. Le BSP continuerait de travailler avec les pays des Caraïbes et d'autres sur la question de la rétention, et recadrerait la discussion de la migration aux stratégies de rétention à même de minimiser et atténuer l'impact de la migration.

71. En ce qui concerne les indicateurs, le Dr Fitzgerald a noté qu'ils avaient été collectivement acceptés à la suite de discussions approfondies avec les États Membres. Il a informé le Conseil que les spécifications techniques pour tous les indicateurs étaient disponibles et que des directives sur la mise en œuvre seraient élaborées. Dans ses commentaires sur le passage proposé d'une perspective de genre à une perspective sociale, il a signalé qu'au cours de la préparation du plan d'action, les États Membres avaient insisté sur le fait que la sexospécificité, l'ethnicité et les droits de l'homme devaient demeurer des aspects transversaux de la stratégie, et il a noté que la perspective sociale était bien reflétée dans les principes et valeurs du plan. En ce qui concerne la

perspective de genre, les femmes dans le secteur de la santé continuaient de faire face à d'énormes défis, y compris le manque d'égalité salariale et les nombreux préjugés liés au genre lorsqu'il s'agissait de possibilités de promotion et d'avancement. À son avis, il était donc important de retenir la perspective de genre dans le plan d'action.

72. Selon l'OMS, il y avait une pénurie absolue de 800 000 agents de santé dans la Région des Amériques. Pour la réalisation des ODD, en particulier la cible 3.8 sur la couverture sanitaire universelle, davantage de ressources humaines – et donc un plus gros investissement dans les ressources humaines – seraient requises. L'investissement public, en particulier, serait crucial pour assurer la présence de la main-d'œuvre requise pour répondre aux besoins des zones rurales et mal desservies, où les prestataires de services privés étaient souvent peu disposés à exercer leurs activités.

73. Le Conseil directeur a adopté la résolution CD56.R5, qui approuvait le plan d'action.

Plan d'action pour l'entomologie et la lutte antivectorielle 2018-2023 (document CD56/11)

74. Le Dr Miguel Mayo Di Bello (représentant du Comité exécutif) a déclaré que le Comité exécutif s'était félicité de l'approche interinstitutionnelle et intersectorielle du projet de plan d'action. Les délégués avaient reconnu l'importance d'un renforcement de la prévention et du contrôle des maladies à transmission vectorielle au-delà des frontières nationales et avaient applaudi les efforts couronnés de succès du Paraguay dans l'élimination du paludisme. Le changement climatique, les migrations, le tourisme dans des régions endémiques, la croissance urbaine, la résistance aux insecticides et les inégalités avaient été citées comme quelques-unes des principales raisons de la propagation des maladies à transmission vectorielle. Il y avait eu consensus sur la nécessité de renforcer la sensibilisation du public aux maladies à transmission vectorielle, d'accroître la vaccination, de procéder au contrôle intégré des vecteurs, de contrôler la résistance aux insecticides, d'opérer une surveillance systématique dans les zones à risque élevé et d'incorporer des entomologistes aux équipes de contrôle vectoriel. On a également mis en évidence la nécessité d'un meilleur financement pour appuyer les efforts de contrôle des vecteurs.

75. Le Dr Marcos Espinal (Directeur du Département des maladies transmissibles et des déterminants environnementaux de la santé du BSP) a présenté le projet de plan d'action, notant que le document avait été présenté au Groupe consultatif technique de l'OPS sur l'entomologie et la lutte antivectorielle en 2017. Il avait également été soumis à l'examen d'équipes techniques nationales au cours de diverses réunions en 2018. Le plan visait à améliorer le contrôle des vecteurs, en particulier *Anopheles darlingi*, le vecteur du paludisme, et *Aedes aegypti*, le vecteur de la dengue, du chikungunya et du Zika. La réémergence de la fièvre jaune exigeait un renforcement de la surveillance et du contrôle d'autres vecteurs des genres *Haemagogus* et *Sabethes*, qui étaient responsables du cycle de transmission sylvatique de la maladie, sans négliger le risque de transmission urbaine par *Aedes aegypti*. D'autres maladies, telles que la maladie de Chagas et la leishmaniose,

exigeaient un renforcement de la capacité nationale de surveillance et de contrôle des triatominés et des phlébotomes.

76. Le plan incluait cinq axes stratégiques d'intervention et couvrirait la période de 2018 à 2023. Un rapport d'étape à mi-parcours serait soumis aux Organes directeurs en 2021 et un rapport final en 2024.

77. Les délégués ont félicité le Bureau pour le plan d'action et l'ont remercié pour son appui continu pour la prévention et le contrôle des maladies à transmission vectorielle. Il y avait consensus sur l'importance du plan d'action, étant donné la charge élevée de morbidité et de décès dus aux maladies à transmission vectorielle telles que le paludisme, le chikungunya, la dengue, le Zika et d'autres maladies tropicales négligées. Les délégués ont noté que le plan s'alignait sur les mandats existants de l'OPS et de l'OMS et ils ont demandé un accroissement des budgets et la mise en œuvre de stratégies ayant fait leurs preuves pour lutter contre les maladies à transmission vectorielle, y compris un contrôle vectoriel national et régional intégré, des campagnes d'éducation en matière de santé pour promouvoir la participation communautaire, le renforcement des capacités, la vaccination, la surveillance entomologique, la lutte contre la résistance aux insecticides, l'intégration de la surveillance entomologique et des systèmes d'information, ainsi que la promotion de pratiques optimales.

78. Les délégués ont décrit la situation des maladies à transmission vectorielle dans leurs pays et les progrès réalisés dans la lutte antivectorielle, félicitant le Paraguay pour avoir réussi à éliminer le paludisme. Un certain nombre de délégués ont noté qu'en dépit de ces efforts, les vecteurs se propageaient dans de nouvelles zones en raison du changement climatique et de l'urbanisation, ce qui requérait des actions immédiates, y compris l'utilisation de larvicides et d'adulticides respectueux de l'environnement, ainsi que d'agents biologiques appropriés. Des délégués des Caraïbes anglophones ont demandé au BSP d'appuyer leurs efforts de voir leurs pays retirés de la catégorie 1 du Système OMS de classification des pays concernés par le virus Zika, en faisant valoir qu'il n'y avait pas eu de transmission active du virus Zika au cours des 18 mois précédents et que la classification affectait le tourisme, ce qui représentait des millions de dollars en perte de revenu. Commentant que les capacités nationales devaient être renforcées dans la Région, plusieurs délégués ont offert l'aide technique de leur pays à d'autres États Membres.

79. Le Dr Espinal a noté que les commentaires des délégués reflétaient un ferme engagement d'assurer que les maladies à transmission vectorielle allaient être maîtrisées. Reconnaissant les préoccupations exprimées par les pays des Caraïbes, il a signalé que le BSP faisait son possible pour s'assurer que l'OMS était prête à réexaminer ou abolir le système de classification du virus Zika, qui s'était avéré utile au moment de la flambée, mais qui devait maintenant clairement être révisé. Le Bureau avait organisé une réunion et avait invité des responsables de l'OMS et des représentants de plusieurs pays des Caraïbes pour discuter de ce sujet. Le Secrétariat de l'OMS avait été informé que la circulation du Zika était très faible et que les pays avaient renforcé leurs capacités en

matière de surveillance, de lutte antivectorielle et de laboratoire, avec la coopération technique du BSP.

80. Il a rappelé que deux années auparavant, le Conseil directeur avait approuvé une *Stratégie pour la prévention et la lutte contre les arboviroses*,⁵ qui était maintenant mise en œuvre dans les États Membres. De nouveaux outils étaient testés sur le terrain, y compris l'introduction de moustiques stériles, transgéniques et infectés par la bactérie *Wolbachia*. Néanmoins, d'autres études étaient nécessaires pour évaluer l'impact entomologique, de même que l'impact épidémiologique et environnemental de tels outils pour assurer qu'ils ne causaient pas plus de mal que de bien. Plusieurs projets pilotes étaient déjà en voie d'exécution dans les Caraïbes et en Amérique du Sud.

81. Le Dr Espinal a remercié les États Membres pour leurs offres d'appui et d'aide technique. La prévention et le contrôle des maladies à transmission vectorielle exigeaient une approche multisectorielle, et le BSP se prévaudrait de l'expertise des pays dans des domaines tels que les laboratoires, la lutte antivectorielle, la gestion des urgences, ainsi que l'eau et l'assainissement. Il a félicité les États Membres qui avaient élaboré des plans nationaux pour l'élimination des maladies à transmission vectorielle, en particulier le paludisme, en observant qu'un effort à long terme serait nécessaire, mais on pouvait espérer que de telles maladies pourraient être éliminées dans un avenir proche.

82. Le Dr Jarbas Barbosa da Silva (Directeur adjoint du BSP) a déclaré que la capacité actuelle de surveillance entomologique dans la Région n'était pas suffisante pour assurer que la prévention et le contrôle des maladies à transmission vectorielle permettent d'atteindre les résultats escomptés. Il était convaincu que la mise en œuvre du plan d'action contribuerait au développement de la capacité nécessaire.

83. Le Conseil directeur a adopté la résolution CD46.R2, qui approuvait le plan d'action.

Questions administratives et financières

Rapport sur le recouvrement des contributions fixées (documents CD56/12 et Add. I)

84. Le Dr Miguel Mayo Di Bello (représentant du Comité exécutif) a signalé que le Comité avait été informé qu'en date de juin 2018, aucun État Membre n'était en arriéré de paiement dans une mesure qui justifierait l'application de l'article 6.B de la Constitution de l'OPS. Treize États Membres avaient versé leurs contributions fixées pour 2018 dans leur intégralité, alors que huit avaient effectué des paiements partiels et 21 n'avaient fait aucun paiement pour 2018. Il restait au total un montant de \$2,4 millions de dollars mis en recouvrement pour les années antérieures.

⁵ Voir le document CD55/16 disponible sur : <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2016/CD55-16-f.pdf> et la résolution CD55.R6 (2016) disponible sur : <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/31412/CD55-R6-f.pdf>.

85. M. Xavier Puente Chaudé (Directeur du Département de la gestion des ressources financières du BSP) a confirmé qu'aucun État Membre n'était en arriéré de paiement dans une mesure qui justifierait l'application de l'article 6.B de la Constitution de l'OPS. Il a signalé que 17 États Membres, États participants et Membres associés avaient payé intégralement et sept avaient fait des paiements partiels pour 2018, alors que deux avaient versé des avances pour 2019. Un total de 18 États ne s'était acquitté d'aucun paiement pour 2018, bien que la date d'échéance pour de tels paiements avait été fixée au premier jour de l'année.

86. Au total, l'Organisation avait reçu \$44 millions au titre des contributions fixées pour 2018, avec un solde de \$59,2 millions encore en suspens. Un montant additionnel de \$2,4 millions demeurait en suspens pour des années antérieures. M. Puente a insisté sur le fait que le paiement des contributions fixées dans les délais impartis était essentiel pour assurer la continuité des opérations de l'Organisation et il a lancé un appel aux États Membres qui n'avaient pas encore payé de le faire aussi rapidement que possible.

87. La Directrice a affirmé que l'Organisation avait véritablement besoin que les États Membres s'acquittent de leurs contributions fixées. Elle a remercié les Membres qui avaient satisfait à leurs obligations.

88. Le Conseil a adopté la résolution CD56.R1, exprimant son appréciation à l'égard des États Membres qui s'étaient acquittés de leurs paiements pour 2018 et a exhorté les États Membres à payer toutes les contributions fixées en suspens dans les plus brefs délais possibles.

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

89. Le Dr Miguel Mayo Di Bello (représentant du Comité exécutif) a signalé que le Comité exécutif avait discuté le Rapport financier du Directeur après avoir entendu des présentations par le Bureau et le Commissaire aux comptes. Le Comité avait accueilli avec satisfaction l'opinion d'audit sans réserve du Commissaire aux comptes et avait félicité le Secrétariat pour sa réceptivité aux recommandations d'audit. Des préoccupations avaient été exprimées au sujet du déficit enregistré en 2017 et au sujet de l'augmentation des dépenses de 5,8 %. Le Bureau avait été encouragé à utiliser des outils technologiques modernes, y compris des réunions virtuelles, afin de réduire les frais de déplacement et d'autres dépenses. Il avait également été encouragé à améliorer les pratiques de gestion financière afin d'éviter l'accumulation des dépenses à la fin de l'exercice biennal. Les délégués avaient reconnu que le Bureau avait pris des mesures pour aborder la question récurrente des contributions volontaires non exécutées, mais ils avaient souligné la nécessité d'éviter d'avoir à rendre des fonds aux donateurs. Le Bureau avait été encouragé à prendre des mesures pour améliorer les contrôles internes pour prévenir la fraude, le vol et la perte de biens.

90. Tout comme le Comité exécutif, le Conseil avait accueilli avec satisfaction l'opinion d'audit sans réserve. Les délégués avaient exprimé leur gratitude au Directeur

et au Commissaire aux comptes pour leurs rapports, qui étaient considérés comme de précieux outils pour assurer la transparence et la responsabilisation. Les efforts intensifiés de l'Organisation pour la promotion de la santé à toutes les étapes de la vie ont été accueillis avec satisfaction, tout comme l'ont été ses efforts de soutien au travail de la Région dans le domaine des Objectifs de développement durable. L'aide fournie par l'OPS aux pays affectés par des catastrophes naturelles et des situations d'urgence en 2017 a été applaudie.

91. Le Conseil s'est fait l'écho des préoccupations exprimées par le Comité exécutif relativement au déficit de \$2 millions et à l'augmentation de 5,8 % des dépenses en 2017, à l'accumulation des dépenses à la fin de l'exercice biennal et aux contributions volontaires non exécutées. Le Bureau a été encouragé à poursuivre ses efforts d'amélioration de la gestion des ressources et de la planification des dépenses en vue de résoudre ces problèmes et d'obtenir un budget équilibré. Il a également été encouragé à améliorer les mécanismes pour mettre en œuvre, contrôler et évaluer l'impact des contributions volontaires. À cet égard, les délégués ont noté la dépendance accrue de l'Organisation envers le financement volontaire et ont souligné l'importance de maintenir des antécédents de mise en œuvre satisfaisants pour continuer à attirer ce type de financement.

92. Les délégués ont manifesté des préoccupations au sujet de la hausse du passif en matière d'assurance santé du personnel et d'autres prestations, ainsi qu'au sujet de la retraite imminente de nombreux cadres supérieurs et le manque de mécanismes pour garantir systématiquement la préservation et le transfert de la mémoire institutionnelle. L'usage continu de procédures manuelles et la manipulation de données en dehors du Système d'information pour la gestion du BSP, en particulier pour la réconciliation des comptes bancaires, était également une source de préoccupation.

93. Une déléguée a noté avec satisfaction que l'allocation de fonds de l'OMS aux Amériques avait augmenté, mais elle a manifesté sa préoccupation au sujet de la baisse des contributions volontaires de l'OMS et a lancé un appel au Secrétariat de l'OMS pour qu'il redouble d'efforts pour renforcer cette source de financement dans la Région. Un autre délégué a noté que le taux de recouvrement des contributions fixées avait diminué, passant de 65 % en 2016 à 57 % en 2017, et il a encouragé les États Membres à payer leurs contributions en suspens afin de faciliter la mise en œuvre du programme de travail de l'OPS.

94. Le Bureau a été invité à mettre en œuvre les recommandations du Commissaire aux comptes, en particulier celles qui ont trait au projet *Mais Médicos*.

95. M. Xavier Puente Chaudé (Directeur du Département de la gestion des ressources financières du BSP) a expliqué qu'il y avait deux raisons pour la hausse des engagements au titre de l'assurance-maladie du personnel: l'utilisation d'une nouvelle table d'espérance de vie, qui indiquait que l'espérance de vie avait augmenté de deux ans, et une baisse des taux d'intérêt du marché de 4,3 % à 3,8 %. On s'attendait à ce que l'engagement soit pleinement financé d'ici 2049. Le Comité de surveillance général de l'assurance-maladie

du personnel avait adopté plusieurs mesures de compression des coûts en vue d'assurer que l'Organisation pouvait satisfaire à ses obligations au titre de l'assurance-maladie du personnel, y compris encourager le personnel retraité aux États-Unis qui avait le droit de participer au programme *Medicare* de le faire et décourager le personnel à se déplacer pour se faire soigner aux États-Unis, où les coûts médicaux sont les plus élevés au monde.

96. Comme cela avait été noté, l'Organisation avait terminé l'année 2017 avec un déficit de \$2 millions; cependant, en 2016, elle avait affiché un excédent significatif, qui avait plus que compensé le déficit. Par conséquent, l'Organisation avait terminé l'exercice biennal avec un excédent. Il était normal qu'il y ait un excédent à la fin de la première année de l'exercice biennal et un déficit à la fin de la deuxième année, parce qu'une plus grosse partie du budget était exécutée au cours de la deuxième année, avec pour conséquence des dépenses plus élevées. En même temps, les revenus au cours de la deuxième année étaient généralement moins élevés qu'au cours de la première année.

97. En ce qui concerne la recommandation 4 du Commissaire aux comptes, relativement à l'utilisation de subventions ou de postes budgétaires pour le projet *Mais Médicos*, le Bureau n'était pas d'accord avec la conclusion du Commissaire aux comptes que les fonds pour ce projet avaient été utilisés pour des activités financées par une contribution volontaire nationale différente au Brésil. Les fonds avaient été alloués de façon appropriée, en conformité avec les accords pertinents. Pour ce qui est de la recommandation 6 au sujet de la manipulation des données en dehors du PMIS, des représentants du nouveau Commissaire aux comptes, le *National Audit Office* du Royaume-Uni, avaient récemment effectué une visite au siège de l'OPS et avaient indiqué qu'ils étaient satisfaits des rapports automatisés produits par le PMIS sur le rapprochement des comptes bancaires. Le Bureau avait donc l'intention de commencer à utiliser les rapports automatisés, quoiqu'il continuerait d'effectuer des rapprochements manuels à titre de mesure de sécurité jusqu'à la fin de 2018.

98. Le Bureau avait pris des mesures pour assurer que les dépenses soient distribuées plus également sur l'ensemble de l'exercice biennal, et le niveau de mise en œuvre du budget en 2018, la première année de l'exercice biennal actuel, était bien plus élevé qu'il ne l'avait été en 2016. En ce qui concerne le retour aux donateurs des contributions volontaires non exécutées, le montant était inférieur à 1 %. Dans de nombreux cas, les accords sur les contributions volontaires étaient établis pour trois années ou plus. Lorsque les fonds reçus au titre de ces accords n'étaient pas exécutés à la fin d'une année financière, ils étaient tout simplement reportés sur le budget de l'année suivante.

99. La Directrice a signalé que le Bureau pouvait uniquement mettre en œuvre des fonds qui étaient en fait disponibles. Le montant de financement reçu ne correspondait pas toujours au montant prévu au budget. Le niveau de mise en œuvre des fonds disponibles par le Bureau était vraiment impressionnant. Il avait pris plusieurs mesures pour prévenir l'accumulation des dépenses en fin d'exercice biennal, y compris la garantie de près de 80 % du financement du budget ordinaire pour toutes les entités. De même, lorsqu'un accord signé avec un donateur traditionnel existait, il avait accéléré l'exécution

des contributions volontaires en approuvant leur dépense immédiate. La gestion exécutive du Bureau examinait les finances et les comptes de l'Organisation tous les deux mois afin d'assurer qu'elle reposait toujours sur une solide assise financière.

100. Elle a assuré le Conseil que le Bureau avait pris des mesures pour préserver la mémoire institutionnelle de l'Organisation, y compris la création d'une base de données contenant les informations provenant des entrevues de départ et les rapports de fin de mission. Elle a également souligné que le gouvernement brésilien assumait la responsabilité principale du projet *Mais Médicos*; le rôle de l'OPS à l'égard du projet était limité. Elle a informé le Conseil que le gouvernement brésilien avait traité toutes les poursuites intentées dans le cadre du projet.

101. Le Conseil directeur a pris note du rapport.

Amendements au Règlement financier et aux Règles de gestion financière de l'OPS (document CD56/13)

102. Le Dr Miguel Mayo Di Bello (représentant du Comité exécutif) a souligné que le Comité exécutif avait examiné un projet d'amendement à l'article XII des Règles de gestion financière, concernant la réalisation d'audits internes par le Bureau de contrôle interne et des services d'évaluation de l'OPS. Conformément aux recommandations du Comité de vérification et de l'Institut des auditeurs internes, il avait été proposé d'inclure une référence à une charte d'audit interne dans l'article XII. Il avait été expliqué que la charte d'audit interne existait depuis des années à l'OPS, mais qu'elle n'avait pas été expressément mentionnée dans les Règles de gestion financière. Le libellé original de l'amendement avait été légèrement modifié, conformément à une proposition par le Sous-comité du programme, du budget et de l'administration afin de l'aligner sur des recommandations du Corps commun d'inspection du système des Nations Unies et sur les normes d'audit de l'Institut des auditeurs internes.

103. Le Comité exécutif avait accueilli avec satisfaction les principes d'intégrité, d'objectivité et de confidentialité consacrés par la charte d'audit interne et avait estimé qu'elle contribuerait à une plus grande transparence et responsabilisation, ce qui à son tour aidera l'Organisation à attirer de nouveaux partenaires et accroître ainsi ses ressources. Le Comité avait adopté la résolution CE162.R6, qui confirmait l'amendement.

104. Le Conseil directeur a pris note du rapport.

Sélection d'États Membres pour faire partie des conseils ou comités

Sélection de deux États Membres de la Région des Amériques habilités à désigner une personne pour siéger au Comité Politiques et Coordination du Programme spécial de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine (HRP) PNUD/UNFPA/UNICEF/OMS/Banque mondiale (document CD56/14)

105. Le Conseil directeur a choisi l'Argentine et Trinité-et-Tobago comme États Membres habilités à désigner une personne pour siéger auprès du Comité Politiques et

Coordination du Programme spécial de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine (HRP) PNUD/UNFPA/ UNICEF/OMS/Banque mondiale pour un mandat débutant le 1^{er} janvier 2019 et se terminant le 31 décembre 2021 (décision CD56[D5]).

Élection de trois membres pour faire partie du Comité consultatif du Centre d'information sur les sciences de la santé pour l'Amérique latine et les Caraïbes (BIREME) (document CD56/15)

106. Le Conseil directeur a déclaré le Guyana, le Mexique et l'Uruguay élus à titre de membres non permanents du Comité consultatif du BIREME pour un mandat de trois ans commençant le 1^{er} janvier 2019, et il a remercié les membres sortants, soit l'Argentine, la Jamaïque et le Pérou pour leur service (résolution CD56.R4).

Sélection d'un État Membre de la Région des Amériques habilité à désigner une personne au Conseil conjoint de coordination du Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales (TDR) de l'UNICEF/PNUD/Banque mondiale/OMS (document CD56/16)

107. Le Conseil directeur a choisi l'Équateur comme l'État Membre de la Région des Amériques habilité à désigner une personne pour siéger au Conseil conjoint de coordination du Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales (TDR) de l'UNICEF/PNUD/Banque mondiale/OMS pour un mandat de quatre ans à compter du 1^{er} janvier 2019 (décision CD56[D6]).

Prix

Prix de l'OPS en gestion et leadership dans le domaine des services de santé 2018 (document CD56/17)

108. Le Dr Miguel Mayo Di Bello (représentant du Comité exécutif) a signalé que le Jury d'octroi du Prix de l'OPS en gestion et leadership dans le domaine des services de santé s'était réuni au cours de la 162^e session du Comité exécutif en juin. Le Jury était composé des représentants d'Antigua-et-Barbuda, du Brésil, du Canada et du Panama. Après avoir examiné les dossiers des candidats nommés par les États Membres, le Jury avait décidé de recommander que le Prix de l'OPS en gestion et leadership dans le domaine des services de santé pour 2018 soit décerné au Dr Natalia Largaespada Beer, du Belize.

109. Le Comité exécutif avait approuvé la décision du Jury et avait adopté la résolution CE162.R7, décernant le Prix de l'OPS en gestion et leadership dans le domaine des services de santé pour 2018 au Dr Natalia Largaespada Beer.

110. Le Président a dit qu'il était heureux de conférer cet honneur en 2018 au Dr Largaespada Beer. Ardent défenseur de l'utilisation des données pour la prise de décisions et l'élaboration de politiques, le Dr Largaespada Beer a été reconnue pour ses

accomplissements exceptionnels dans le domaine de la santé maternelle et infantile et pour sa contribution à l'introduction et au renforcement de stratégies de santé publique fondées sur des données probantes et axées sur la personne et la communauté pour améliorer la vie des personnes vivant dans des conditions de vulnérabilité. On trouvera le discours d'acceptation du Dr Largaespada Beer sur le site web du 56^e Conseil directeur.

Prix de l'OPS en gestion et leadership dans le domaine des services de santé : changements aux procédures (document CD56/18)

111. M. Carlos Gallinal Cuenca (représentant du Comité exécutif) a signalé que le Comité exécutif avait été informé que le Jury d'octroi du Prix de l'OPS en gestion et leadership dans le domaine des services de santé souhaitait proposer certaines modifications aux critères et aux procédures de sélection des candidats, telles que le Jury soit composé d'un nombre impair de membres afin d'éviter la possibilité d'un vote également partagé et, également, que le critère de sélection du candidat devrait inclure un critère lié au risque de réputation. Le Comité exécutif avait accepté que la proposition soit présentée à l'examen du 56^e Conseil directeur.

112. Le Conseil a adopté la résolution CD56.R7, qui approuve les changements proposés tels que décrits dans le document CD56/18.

Questions pour information

Évaluation finale du Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017 (document CD56/INF/1)

113. M. Carlos Gallinal Cuenca (représentant du Comité exécutif) a signalé que le Comité avait examiné une version préliminaire de l'*Évaluation finale du Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017*, qui montrait que le Programme avait servi son objectif en tant que cadre de référence pour les politiques et plans stratégiques et que des progrès avaient été accomplis dans chacun des huit domaines d'action identifiés dans le Programme. Le Comité avait noté les problèmes dus au fait que le Programme d'action sanitaire ne comprenait pas de cibles ou indicateurs mesurables, ce qui avait rendu difficile, voire impossible, l'évaluation du progrès dans certains domaines, et avait mis en évidence la nécessité de tenir compte de ce fait et d'autres enseignements tirés dans la mise en œuvre du Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques 2018-2030.

114. M. Dean Chambliss (Directeur du Département de la planification et du budget du BSP) a rappelé que le Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017 avait été approuvé en 2007 et que, depuis lors, il avait servi de document de politique stratégique du plus haut niveau pour guider la planification de la santé aux niveaux régional, infrarégional et national. En 2017, les États Membres avaient approuvé le Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques 2018-2030 (PASDA 2030), qui témoignait de leur engagement à l'égard de la mise en œuvre des aspects liés à la santé

dans le Programme de développement durable à l'horizon 2030 et de l'atteinte des Objectifs de développement durable.

115. Au cours de l'élaboration du PASDA 2030, les États Membres avaient effectué un examen des progrès accomplis dans la mise en œuvre du Programme d'action sanitaire 2008-2017, et le Groupe consultatif sur le plan stratégique (voir paragraphes 117 à 125 ci-dessous) avait demandé au Bureau de présenter une évaluation finale approfondie du Programme d'action sanitaire 2008-2017 aux Organes directeurs de l'OPS en 2018, documentant les enseignements tirés qui pourraient influencer la mise en œuvre du PASDA 2030. Le rapport contenu dans le document CD56/INF/1 a mis à jour et développé l'information présentée au Comité exécutif, y compris les plus récentes informations sur les indicateurs substitutifs utilisés pour l'évaluation et l'analyse additionnelle des conclusions.

116. Le Conseil directeur a pris note du rapport.

Procédure pour l'élaboration du Plan stratégique de l'OPS 2020-2025 (document CD56/INF/2, Rev. 1)

117. M. Carlos Gallinal Cuenca (représentant du Comité exécutif) a déclaré que le Comité exécutif avait examiné une proposition pour l'élaboration du Plan stratégique de l'OPS 2020-2025. Le Comité avait été informé que le Bureau proposait qu'un Groupe consultatif sur le plan stratégique soit établi pour travailler avec le Bureau à l'élaboration du nouveau plan. Le Comité avait favorablement accueilli le processus participatif proposé pour l'élaboration du Plan stratégique et avait affirmé qu'il était nécessaire de tenir compte des enseignements tirés de l'évaluation du Plan stratégique 2014-2019 et du Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017. La nécessité d'aligner le nouveau plan sur le treizième programme général de travail de l'OMS (PGT13) et le Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques avait été mise en évidence, tout comme l'avait été la nécessité d'aligner le plan sur d'autres engagements mondiaux et régionaux.

118. Les délégués avaient souligné l'importance d'axer les efforts sur le renforcement des systèmes de santé dans le nouveau Plan stratégique afin d'assurer un accès universel et équitable aux services de santé, de protéger les acquis en matière de santé publique à ce jour et de relever les nombreux défis liés à la santé dans la Région. La nécessité d'accorder la priorité à la préparation aux situations d'urgence et de pandémie avait également été mise en évidence, tout comme l'avait été la nécessité pour le Bureau de fournir une assistance technique pour appuyer les États Membres à atteindre les objectifs de développement durable liés à la santé. Afin d'éviter les redondances dans les efforts de mesure et réduire le fardeau de déclaration qui repose sur les États Membres, il avait été jugé important d'utiliser les cibles et indicateurs existants dans la mesure du possible.

119. M. Dean Chambliss (Directeur du Département de la planification et du budget du BSP) a décrit la feuille de route proposée pour l'élaboration du nouveau Plan stratégique, notant que le but était de soumettre une version relativement complète au Sous-comité du

programme, du budget et de l'administration en mars 2019. Le Plan stratégique, ainsi que les programmes et budgets au cours de la période couverte par le Plan, serait un des principaux moyens d'assurer la transparence et la responsabilisation pour les résultats obtenus. Le Plan stratégique serait programmatiquement aligné sur le PGT13 et serait également un des principaux instruments pour la mise en œuvre du Programme d'action sanitaire durable 2018-2030.

120. M. Chambliss a également donné un aperçu de la chaîne des résultats pour le nouveau Plan stratégique, qui montrait comment les résultats immédiats et intermédiaires régionaux seraient non seulement alignés sur les résultats immédiats et intermédiaires mondiaux mais y contribueraient également, tout en permettant la spécificité régionale, et comment les cibles d'impact régionales du Programme d'action sanitaire durable seraient liés aux cibles du « triple milliard » du PGT13 et au Objectifs de développement durable. Il a noté qu'en plus des consultations individuelles avec les pays et du travail des 21 membres du Groupe consultatif sur le Plan stratégique, les États Membres auraient des occasions multiples de fournir des contributions additionnelles sur le plan au cours des sessions des Organes directeurs en 2019.

121. Le Conseil a manifesté son appui pour la feuille de route proposée et a accueilli avec satisfaction le processus consultatif et la représentation équitable des diverses sous-régions au sein du Groupe consultatif sur le Plan stratégique. Il a été signalé que la Région était un modèle pour d'autres régions de l'OMS et pour le Secrétariat de l'OMS en ce qui a trait à l'organisation de processus de consultation et de planification formels impliquant les États Membres. Le Bureau a été encouragé à continuer d'appuyer les efforts des États Membres pour obtenir de l'information de l'OMS dans un délai convenable afin de faciliter l'élaboration du Plan stratégique.

122. Les délégués ont convenu que le nouveau Plan stratégique doit être aligné sur les programmes mondiaux, mais que ses objectifs, cibles et indicateurs doivent également refléter les priorités de la Région et les acquis en matière de santé publique dans les Amériques. Les délégués se sont également mis d'accord sur l'importance d'examiner ce qui avait et n'avait pas fonctionné dans le cadre du Plan stratégique actuel et d'appliquer les enseignements tirés. Il a également été suggéré que le concept de « pays clés » devrait être réexaminé et ajusté pour que les pays soient retirés de la liste quand ils réalisent des progrès. Les délégués ont insisté sur le fait que la réduction des iniquités et la réalisation de la couverture sanitaire universelle devraient être les axes majeurs du nouveau Plan stratégique. La valeur de la méthode OPS-Hanlon comme un moyen objectif d'établir des priorités a été mise en évidence, mais il a été signalé que la valeur de la méthode ne pouvait être maximisée que si tous les États Membres la comprenaient et l'appliquaient.

123. M. Chambliss a remercié les États Membres pour leurs commentaires, qui seraient pris en considération au fur et à mesure qu'avancerait le processus de formulation du Plan stratégique. Il a noté que la question des pays clés serait abordée dans le chapitre traitant de la présence de l'OPS au niveau des pays et de l'évolution de sa coopération technique.

124. La Directrice a exprimé sa gratitude aux États Membres pour leur participation active et enthousiaste à l'élaboration du prochain plan stratégique de l'Organisation. Cette participation permettra au plan d'être plus représentatif des réalités dans les États Membres et de mieux correspondre à leurs besoins, ce qui était approprié parce que les États Membres partageraient avec le Bureau la responsabilité de l'atteinte des résultats dans le cadre du plan.

125. Le Conseil directeur a pris note du rapport.

Rapport sur les enjeux stratégiques entre l'OPS et l'OMS (document CD56/INF/3)

126. M. Carlos Gallinal Cuenca (représentant du Comité exécutif) a mentionné que le Comité exécutif avait été informé que le Sous-comité du programme, du budget et de l'administration avait été invité à faire des commentaires sur le format et le concept d'un rapport préparé à la suite d'une demande émanée de la 29^e Conférence sanitaire panaméricaine, qui avait demandé au Bureau de transformer le rapport annuel sur la réforme de l'OMS en un rapport sur les questions d'importance stratégique concernant la relation entre l'OPS et l'OMS. Plusieurs délégués avaient été d'avis que le rapport ne comportait pas les détails et la vision stratégique que les États Membres auraient souhaité voir. Il avait été suggéré que les futurs rapports présentent une analyse permettant de déterminer si les activités décrites étaient en bonne voie, comment la collaboration entre l'OPS et l'OMS pouvait être améliorée et des informations sur le partage des meilleures pratiques entre les deux organisations. Suggestion avait été aussi faite que les futurs rapports abordent les questions discutées au cours des plus récentes sessions du Conseil exécutif et du Comité du programme, du budget et de l'administration de l'OMS qui pouvaient revêtir un intérêt pour la Région.

127. Dans la discussion que le Conseil directeur a tenue au sujet du rapport, une déléguée a demandé que les futurs rapports incluent des informations sur les mécanismes et la périodicité d'établissement des rapports de l'OPS à l'OMS depuis la mise en œuvre du Système d'information pour la gestion du BSP. Elle a également demandé l'inclusion d'informations sur les problèmes les plus fréquents que le Bureau a rencontrés dans la mise en œuvre du *Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques*. De plus, elle a insisté sur l'importance d'une participation des États Membres à l'élaboration des documents tant de l'OMS que de l'OPS, y compris le cadre d'impact pour le treizième programme général de travail de l'OMS (voir paragraphes 146 à 156 ci-dessous).

128. Le Conseil a pris note du rapport.

Projet de budget programme de l'OMS 2020-2021 (document CD56/INF/4)

129. M. Bernard Tomas (Coordonnateur de l'Unité de planification stratégique et opérationnelle de l'OMS) a présenté le projet de budget programme de haut niveau de l'OMS pour 2020-2021, contenu dans une annexe au document CD56/INF/4, et a donné

un aperçu du processus pour l'élaboration du budget programme, tout en précisant qu'une version plus détaillée serait présentée au Conseil exécutif en janvier 2019. Il a noté que suivant la vision du treizième programme général de travail, l'accent du processus de planification du budget programme était mis sur l'obtention d'un impact au niveau des pays. Pour ce faire, il était essentiel d'identifier les besoins et priorités des pays, et le temps nécessaire avait donc été pris en considération pour la consultation avec les États Membres. Une nouvelle étape avait été introduite dans le processus de planification pour assurer qu'il était axé sur les pays: l'élaboration de plans d'appui aux pays, qui donnerait une définition de la façon dont l'OMS appuierait les pays, comment le succès serait mesuré et quelles seraient les ressources nécessaires pour produire les résultats escomptés au niveau des pays. Le Secrétariat de l'OMS travaillait en étroite collaboration avec le Département de la planification et du budget du BSP pour aligner la planification de l'appui aux pays sur le processus régional d'établissement des priorités qui se déroulerait dans le cadre de l'élaboration du Plan stratégique de l'OPS 2020-2025 (voir paragraphes 117 à 125 ci-dessus).

130. Une augmentation globale de \$266 millions était proposée pour 2020-2021, ce qui voulait dire que le budget total passerait de \$4,42 milliards à \$4,68 milliards. Le montant alloué aux programmes de base augmenterait de \$469 millions, et passerait donc de \$3,5 milliards à \$3,98 milliards. En même temps, cependant, le montant alloué à l'éradication de la polio diminuerait de \$202 millions, et ce montant serait versé aux programmes de base. Presque 30 % de l'augmentation proposée, soit environ \$132 millions, serait alloués au niveau des pays. La deuxième part la plus importante, \$108 millions, serait utilisée pour renforcer le travail normatif de l'OMS. L'augmentation proposée serait financée par des contributions volontaires; il n'y aurait pas d'augmentation des contributions fixées.

131. En ce qui concerne la distribution du budget par niveau organisationnel, le montant alloué aux bureaux de pays augmenterait de 5 %, une augmentation substantielle en comparaison avec les exercices biennaux précédents, lorsque les augmentations avaient été de l'ordre de 1 %. Le montant alloué aux bureaux régionaux resterait stable, alors que le montant alloué au siège de l'OMS diminuerait. Il était prévu que le montant alloué aux Amériques augmente de \$190,1 millions à \$219 millions. Les allocations aux régions avaient été calculées conformément au modèle d'allocation d'espace budgétaire stratégique convenu.⁶

132. M. Dean Chambliss (Directeur du Département de la planification et du budget du BSP) a affirmé que les résultats de l'exercice d'établissement des priorités qui devait être mené en parallèle avec l'élaboration du Plan stratégique de l'OPS 2020-2025 seraient utilisés pour orienter l'allocation de la part de la Région provenant du budget programme

⁶ Voir la décision WHA69(16) (2016) disponible sur http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_DIV3-fr.pdf.

de l'OMS. La méthode OPS-Hanlon⁷ serait utilisée pour la tenue de l'exercice d'établissement des priorités.

133. Le Conseil s'est félicitée de l'alignement du budget programme proposé sur les cibles du triple milliard du PGT13 et a accueilli avec satisfaction l'approche fondée sur les résultats adoptée pour l'exécution du budget et l'accent en faveur des pays. Il a aussi accueilli avec satisfaction le processus de consultation ascendante et la possibilité de fournir une contribution sur le budget programme aux premières étapes du processus de planification et de budgétisation. Il a été recommandé que de tels documents soient disponibles même plus tôt à l'avenir afin de donner plus de temps aux comités régionaux pour leur examen. Les efforts du Secrétariat d'inclure des indicateurs d'égalité des genres et des indicateurs tenant compte de l'équité dans le cadre de la planification budgétaire ont applaudi, et il a été encouragé à renforcer la capacité des programmes de tenir les engagements pris dans le cadre du PGT13 en matière de genre, d'équité et de droits de l'homme.

134. Les délégués se sont félicités d'apprendre qu'il n'y aurait pas d'augmentation des contributions fixées, mais plusieurs d'entre eux se sont demandés si l'augmentation proposée de l'allocation aux programmes de base était faisable dans le contexte actuel. Les efforts du Secrétariat visant à accroître l'efficacité et le rapport qualité-prix ont été applaudis, mais on a aussi voulu l'encourager à rechercher un élargissement de sa base de donateurs. La nécessité d'une analyse de risque pour déterminer l'impact de l'échec à mobiliser les fonds nécessaires a été soulignée, ainsi que la nécessité d'élaborer des scénarios alternatifs au cas où l'augmentation proposée n'était pas approuvée par les États Membres. Il a été signalé qu'il était difficile pour les États Membres d'appuyer l'augmentation proposée en l'absence de détails sur la façon dont les fonds additionnels seraient utilisés, et il a été demandé au Secrétariat de fournir ces détails lors de la session de janvier du Conseil exécutif. Il lui a également été demandé d'indiquer spécifiquement comment les exercices d'établissement des priorités au niveau des pays permettraient d'orienter l'allocation des ressources et la prestation de services de coopération technique aux pays.

135. Alors que l'augmentation proposée de l'allocation aux Amériques a été accueillie avec satisfaction, il a été signalé que la part en pourcentage de la Région du budget global resterait toutefois au même niveau que pour l'exercice biennal 2014-2015; d'autre part, l'augmentation proposée dépendrait de la mobilisation de contributions volontaires additionnelles nécessaires pour financer l'augmentation générale du budget. Un délégué a demandé une explication de la raison pour l'allocation proposée de 1,5 % par an pour l'inflation, notant que ce n'était pas une pratique courante d'inclure une telle allocation dans les budgets des organisations des Nations Unies, ajoutant que les pressions inflationnistes étaient habituellement absorbées par l'Organisation.

⁷ Voir document CD55/7 disponible sur <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/31420/CD55-7-f.pdf> et la résolution CD55.R2 (2016) disponible sur <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/31408/CD55-R2-f.pdf>.

136. Des préoccupations ont été exprimées au sujet d'une déclaration figurant au paragraphe 14 du document sur le budget programme de haut niveau qui faisait état d'une base commune pour la priorisation des résultats, car une telle approche risque de ne pas tenir suffisamment compte des asymétries dans la capacité institutionnelle des pays. Il a été signalé que la méthode OPS-Hanlon fournissait un moyen solide et objectif d'établir les priorités aux niveaux à la fois régional et national, et le Secrétariat a été invité à la mettre à la disposition des autorités sanitaires dans d'autres régions en publiant dans le *Bulletin* de l'OMS le document de travail sur cette méthode tel que préparé par le Groupe consultatif du Plan stratégique de l'OPS.

137. Il a été souligné que les autorités nationales et les bureaux de pays de l'OMS devaient se partager la gestion du processus de priorisation. À cet égard, des préoccupations ont été exprimées sur la façon dont l'exercice de priorisation allait être exécuté et comment l'appui technique serait fourni dans les États Membres qui n'avaient pas de bureau de pays. Une chaîne de résultats claire – qui montrerait les résultats pour lesquels le Secrétariat serait responsable et ceux pour lesquels les États Membres seraient responsables – a été considérée comme essentielle.

138. Le Dr Soumya Swaminathan (Directrice générale adjointe chargée des programmes de l'OMS), notant qu'un bon nombre des questions soulevées dans le cadre de la discussion étaient liées au processus de transformation en cours au sein de l'OMS, a rappelé que le PGT13 avait été adopté une année en avance sur le calendrier normal pour l'adoption des programmes généraux de travail. On disposait donc de tout le temps nécessaire pour assurer que le processus de planification et de budgétisation soit suivi d'une façon qui permettrait à l'Organisation d'atteindre les objectifs fixés dans le cadre du PGT13, qui envisageait trois grands tournants stratégiques dans la façon dont travaillait l'OMS : intensifier le leadership mondial et le plaider en faveur de la santé, assurer que l'impact pour les pays soit le thème central de toutes les activités et renforcer le travail normatif de l'Organisation. Dans ce dernier domaine, en conformité avec l'accent mis sur l'impact pour les pays, l'élaboration de lignes directrices et de normes serait donc fondée sur les besoins de ces derniers.

139. Tel que décrit dans le PGT13, l'appui aux pays irait d'un dialogue politique visant à renforcer les politiques nationales à un appui plus opérationnel dans les pays où les systèmes de santé avaient été sérieusement affaiblis ou s'étaient complètement effondrés à la suite de catastrophes naturelles ou de conflits politiques. Les trois niveaux de l'Organisation travailleraient conjointement pour répondre de manière efficace aux besoins des pays, étant entendu que les bureaux de pays joueraient un rôle de premier plan dans l'identification et la communication de ces besoins.

140. Le Dr Swaminathan a reconnu que le budget programme de haut niveau manquait de détails et a ajouté que le Secrétariat rédigerait une proposition plus détaillée une fois que le processus de priorisation des pays serait terminé. Elle s'est dit convaincue qu'il serait possible de mobiliser les ressources requises pour financer l'augmentation proposée, même si bien sûr il y avait des inconnues. L'une d'entre elles était de savoir s'il serait possible d'atteindre l'élimination de la polio d'ici la fin de 2018. Dans la négative, la

proposition de transférer une partie du budget polio au budget de base pourrait être affectée.

141. M. Tomas a ajouté que le budget programme actuel de l'OMS était financé à hauteur de 91 % approximativement, ce qui était un signe encourageant. Néanmoins, dans le cadre du processus de transformation, le Secrétariat a travaillé au renforcement de sa capacité de mobiliser des ressources, en particulier les contributions volontaires flexibles, qui pourraient être réparties selon les besoins pour le financement d'activités dans des domaines prioritaires. Toutes les régions recevraient une augmentation dans le cadre du budget programme proposé. Même s'il semblait que certaines régions recevraient de plus grandes augmentations dans leur part relative du budget que d'autres, les allocations régionales étaient en fait conformes à la méthodologie stratégique d'allocation de l'espace budgétaire. L'augmentation apparente de la part relative allant à la Région de l'Asie du Sud-Est reflétait une mutation d'un montant important du financement du programme de lutte contre la polio vers le segment de base du budget.

142. Alors que les coûts de l'inflation ont traditionnellement été absorbés, ces coûts ont augmenté considérablement ces dernières années et la capacité de l'Organisation de continuer à les absorber est mise à rude épreuve. L'allocation de ressources pour compenser l'inflation reflète cette réalité et a été incluse pour des raisons de transparence. Toutefois, le Secrétariat s'est engagé à réaliser des gains d'efficacité de \$99 millions et continuera d'essayer d'absorber les augmentations dues à l'inflation dans la mesure du possible.

143. Le but des plans d'appui aux pays était de faire en sorte que le soutien technique fourni par les bureaux régionaux et par le siège de l'OMS répondait aux besoins et priorités des pays. La version du budget programme qui doit être élaborée par le Conseil exécutif fournirait une image plus claire de la façon dont les ressources allaient être allouées pour appuyer les pays. Quoiqu'il en soit, l'OMS travaillerait conjointement avec tous les pays, qu'ils aient ou non un bureau de l'OMS dans le pays. Dans de tels cas, l'appui serait fourni par l'entremise du bureau régional ou d'un bureau sous-régional.

144. M. Chambliss a assuré le Conseil que tous les États Membres auraient l'occasion de participer sur un pied d'égalité au processus d'établissement des priorités qui doit être réalisé au niveau régional. Dans les pays des Caraïbes où il n'y avait pas de bureau de pays de l'OPS/OMS, le bureau sous-régional à la Barbade fournirait un appui, tout comme le ferait le Bureau. En ce qui a trait au commentaire sur la nécessité d'une chaîne de résultats, il a noté que des résultats régionaux allaient être établis dans le cadre du processus d'élaboration du Plan stratégique de l'OPS 2020-2025.

145. Le Conseil a pris note du rapport.

Présentation de la méthodologie utilisée pour élaborer les indicateurs permettant de mesurer le progrès de la mise en œuvre du treizième PGT et examen de ces indicateurs et de leurs cibles (document CD56/INF/5, Rev. 1)

146. Le Dr Samira Asma (Directrice de la métrologie et des mesures de l’OMS) a présenté le livre blanc et le tableau des cibles et indicateurs annexé au document CD56/INF/5, Rev. 1, qui avaient été préparés en réponse à une demande formulée par le Comité exécutif à sa 162^e session. Le livre blanc décrivait le projet de cadre d’impact pour le 13^e Programme général de travail, tandis que le tableau présentait un ensemble de cibles et d’indicateurs proposés pour mesurer les progrès accomplis dans la réalisation des cibles du « triple milliard » définis dans le treizième PGT. Le Dr Asma a noté que les Amériques ont été la première région de l’OMS à organiser une consultation régionale sur le projet de cadre d’impact.

147. Le cadre d’impact comprendrait trois niveaux de mesure. Le premier, l’espérance de vie en bonne santé (EVAS), était une mesure primordiale de l’état de santé moyen de la population de chaque pays et permettrait de mesurer les progrès globaux accomplis dans la réalisation des cibles du triple milliard. Le deuxième niveau mesurerait les progrès pour chaque cible au moyen d’un indice. Le troisième niveau serait une trousse à outils souple de cibles et d’indicateurs, tous alignés sur les cibles et indicateurs des Objectifs de développement durable et/ou sur les cibles et indicateurs de diverses résolutions de l’Assemblée mondiale de la Santé, que les pays pourraient utiliser pour suivre les progrès accomplis dans la réalisation des priorités nationales et régionales, ainsi que dans l’application du treizième PGT et la réalisation des ODD. Les 45 cibles incluses dans la trousse à outils ont fait l’objet de consultations avec les États Membres.

148. Conformément à l’accent mis sur l’équité et l’égalité entre les genres dans le cadre du treizième PGT et des Objectifs de développement durable, il serait nécessaire d’avoir la capacité de ventiler les données par sexe et par variables d’équité, comme le statut socioéconomique. Le Secrétariat de l’OMS était conscient de la nécessité d’éviter aux États Membres un processus inutilement lourd d’établissement de rapports, et le système de mesure utiliserait donc les données existantes lorsqu’elles seraient disponibles. Le Secrétariat continuerait de collaborer avec les régions et les États Membres pour combler les lacunes éventuelles en matière de données d’une manière durable pour les années à venir.

149. Au cours du débat qui a suivi, les États Membres ont remercié le Secrétariat de l’OMS pour les données actualisées sur le projet de cadre d’impact, mais ont également exprimé un certain nombre de préoccupations. Ils se sont préoccupés en particulier de la possibilité que des estimations puissent être utilisées pour rendre compte d’indicateurs pour lesquels on ne disposait pas de données officielles ou pour des cibles et indicateurs qui ne relevaient pas du secteur de la santé. Il a été souligné que, si des estimations devaient être utilisées, il faudrait préciser la source des informations et la méthode utilisée pour obtenir ces estimations. Les délégués ont souligné la nécessité d’aligner les impératifs en matière d’établissement de rapports pour le treizième PGT sur d’autres procédures et impératifs mondiaux et régionaux en matière d’établissement de rapports

afin d'alléger la charge de travail des États Membres et d'éviter des impératifs multiples et d'éventuels doublons en la matière.

150. Plusieurs délégués ont noté que certaines définitions des indicateurs n'étaient pas claires ou devaient être élargies. Par exemple, dans l'indicateur de la cible 10 (Faire passer à ≥ 80 % le nombre de personnes vulnérables dans les environnements fragiles bénéficiant de services de santé essentiels), on ne savait pas exactement comment les « personnes vulnérables dans les environnements fragiles » seraient définies. L'indicateur de la cible 41 (Réduire de 10 % le pourcentage d'infections sanguines dues à des organismes résistants aux antimicrobiens chez les patients hospitalisés) devrait être élargi, car pour lutter efficacement contre la résistance aux antimicrobiens, il est nécessaire de réduire l'incidence de toutes les infections, pas seulement celles qui sont résistantes aux médicaments. Il a également été souligné que certains indicateurs étaient de nature qualitative et pouvaient donc donner lieu à différentes interprétations.

151. Des préoccupations ont été exprimées quant au manque de clarté de la chaîne de résultats, plusieurs délégués ayant fait observer que l'on ne savait pas clairement dans quelle mesure les pays seraient responsables de la réalisation des cibles de la trousse à outils et des cibles globales du triple milliard, ni quel rôle les bureaux régionaux joueraient à cet égard. Plusieurs délégués se sont demandé si les cibles et les indicateurs de la trousse à outils tiendraient compte des spécificités nationales et régionales. Il a été souligné que les cibles et les indicateurs devaient tenir compte des réalités régionales et du travail entrepris au niveau régional.

152. Une déléguée a demandé des éclaircissements sur la manière dont les consultations des États Membres sur la trousse à outils de cibles et d'indicateurs avaient été menées, tandis qu'une autre déléguée a réitéré une suggestion formulée par sa délégation lors de la Soixante et onzième Assemblée mondiale de la Santé, à savoir que le Secrétariat de l'OMS devrait mettre en place un processus de consultation formel et élaborer une feuille de route pour l'élaboration et l'approbation des indicateurs. Plusieurs délégués ont indiqué que des experts techniques dans leur pays examinaient encore le projet de cadre d'impact et ont demandé des informations sur la manière dont les États Membres pourraient continuer à faire des contributions. Des éclaircissements ont également été demandés sur le processus de finalisation du cadre d'impact.

153. Le Dr Asma, notant que le cadre d'impact était en cours d'élaboration, a déclaré qu'elle avait pris note des préoccupations et des recommandations des États Membres. S'agissant du cadre de mesure, d'autres améliorations seraient apportées au cours d'une réunion qui se tiendrait au début-octobre. L'élaboration du cadre avait commencé pendant la rédaction du treizième PGT et s'était faite en consultation avec les régions. Des informations sur la base et les sources de données pour les cibles et les indicateurs seraient fournies en temps utile, de même que des informations sur les méthodes de calcul et d'établissement de rapports concernant ces indicateurs.

154. Le Dr Soumya Swaminathan (Directrice générale adjointe chargée des programmes de l'OMS) a déclaré que l'idée principale du cadre était de mesurer l'impact

du travail combiné du Secrétariat, des bureaux régionaux et des États Membres. Les indicateurs seraient bien alignés sur ceux des ODD et d'autres indicateurs existants. Il serait nécessaire de continuer à utiliser la modélisation dans certains domaines où des données n'étaient pas disponibles. Toutefois, un effort important serait consenti pour améliorer les systèmes de données dans l'ensemble de l'Organisation, ce qui réduirait la nécessité d'utiliser des estimations.

155. La Directrice a fait observer que désormais la pratique dans la Région voulait que les États Membres participent activement à la définition des indicateurs sur lesquels ils devraient établir des rapports. Elle a exhorté le Secrétariat de l'OMS à faire davantage d'efforts pour faire participer les États Membres au processus d'élaboration des cibles et indicateurs pour le treizième PGT et à s'attacher à impliquer les autorités sanitaires nationales plutôt que le personnel des missions permanentes à Genève. Elle a estimé qu'une telle participation contribuerait à inspirer une plus grande confiance dans le processus et apaiserait les préoccupations des États Membres concernant l'utilisation d'estimations qui pourraient ne pas refléter la réalité dans la Région.

156. Le Conseil directeur a pris note du rapport.

Consultation régionale sur la Stratégie mondiale de l'OMS concernant la santé, l'environnement et les changements climatiques (document CD56/INF/6)

157. Le Dr Joy St. John (Sous-Directrice générale pour le climat et les autres déterminants de la santé de l'OMS) a présenté le projet de Stratégie mondiale sur la santé, l'environnement et les changements climatiques, notant qu'à la session de janvier 2018 du Conseil exécutif de l'OMS, les États Membres avaient exprimé un appui massif à l'élaboration de cette stratégie. Le projet de stratégie s'appuyait sur le Programme de développement durable à l'horizon 2030 et diverses stratégies locales et régionales, ainsi que sur les données probantes existantes et les enseignements tirés. Il appelait à une intensification de la prévention primaire, à une action intersectorielle pour traiter des déterminants de la santé au moyen d'approches de la santé dans toutes les politiques, au renforcement du secteur de la santé et des systèmes de santé, au renforcement du soutien au moyen des mécanismes de gouvernance et à la production de nouvelles données probantes.

158. Le rôle du siège de l'OMS et des bureaux régionaux et nationaux sera d'offrir un leadership, d'orienter les politiques, de coordonner les processus régionaux et sous-régionaux et de veiller à ce que la « voix de la santé » soit entendue. Ils entreprendront aussi des activités de plaidoyer et contribueront à la synthèse des données probantes. Conformément au treizième Programme général de travail, le Secrétariat s'efforcera de renforcer l'impact direct au niveau des pays en catalysant l'action et en cherchant à influencer les choix sectoriels, en renforçant les capacités du secteur de la santé, en apportant des réponses d'urgence et en développant des initiatives spéciales, comme l'initiative sur le changement climatique et l'initiative sur la santé dans les petits États insulaires en développement.

159. La stratégie mondiale fournira un cadre que chaque région et chaque pays pourra façonner en fonction de ses particularités et de ses priorités. Certaines régions avaient déjà commencé à tenir des consultations dans les pays en vue d'élaborer une stratégie régionale de mise en œuvre. Ce projet sera révisé à la lumière des observations reçues des États Membres et présenté au Conseil exécutif en janvier 2019, puis à l'Assemblée mondiale de la Santé en mai.

160. Le Conseil directeur a exprimé son soutien général au projet de stratégie. Les délégués ont reconnu que le changement climatique avait de plus en plus d'impact sur la santé dans les pays développés comme dans les pays en développement. Un délégué a indiqué qu'une consultation organisée sur cette question dans son pays avait clairement montré que les jeunes considéraient le changement climatique non seulement comme un risque pour la santé des générations actuelles et futures, mais aussi comme une grave préoccupation existentielle.

161. Les délégués ont estimé que le document de stratégie présentait un aperçu complet des risques que le changement climatique et d'autres déterminants environnementaux posaient pour la santé, l'un d'eux faisant observer que, si certaines des questions soulevées étaient traitées dans d'autres stratégies et plans d'action, le projet de stratégie offrait une approche globale. Un autre délégué a toutefois mis en garde sur le fait que bon nombre des mesures demandées n'étaient pas vraiment au cœur de la mission et des fonctions essentielles de l'OMS, à savoir renforcer la sécurité sanitaire et les interventions d'urgence, aider les États Membres à renforcer leurs systèmes de santé et encourager les partenariats internationaux et intersectoriels pour promouvoir la santé mondiale.

162. L'accent mis dans le projet de stratégie sur la prévention primaire a été salué, de même que l'accent mis sur les approches pour l'ensemble du gouvernement et pour la santé dans toutes les politiques et le fait qu'elle reconnaisse la nécessité d'une collaboration intersectorielle, dans la mesure où de nombreux déterminants environnementaux de la santé échappaient au contrôle direct du secteur de la santé. De nombreux délégués ont souligné la nécessité de déployer des efforts d'éducation et de sensibilisation afin de sensibiliser les autorités des secteurs de l'agriculture, de l'énergie, des transports, de l'urbanisme et autres aux implications sanitaires potentielles des décisions et mesures prises dans ces secteurs. Les délégués ont également souligné l'importance d'assurer la participation des représentants du secteur de la santé aux discussions sur le changement climatique et d'intégrer les considérations sanitaires dans les politiques et les plans d'atténuation du changement climatique et d'adaptation au changement climatique. L'importance de la recherche pour produire des données probantes aux fins d'élaboration des politiques a été mise en exergue.

163. L'accent mis dans le projet de stratégie sur le renforcement de la résilience des systèmes de santé a été salué. Plusieurs représentants de petits États insulaires en développement ont décrit les effets dévastateurs des récents ouragans sur leurs établissements de soins de santé et sur la santé et le bien-être de leurs populations, l'un d'entre eux précisant que l'ouragan Maria en 2017 avait causé des dommages

représentant plus de 200 % du produit intérieur brut de son pays et un autre faisant observer qu'un seul ouragan pouvait annuler les progrès réalisés en matière de santé publique sur cinq décennies. Ils ont souligné qu'ils avaient besoin de soutien pour reconstruire leurs systèmes de santé et se préparer aux phénomènes météorologiques extrêmes à venir. À cet égard, les États Membres ont été encouragés à tirer parti des mécanismes de financement disponibles, tels que le Fonds pour l'adaptation et le Fonds vert pour le climat, pour les aider à renforcer leur capacité de faire face aux défis que pose le changement climatique.

164. Un certain nombre de suggestions ont été faites sur les moyens d'améliorer le projet de stratégie. Une déléguée a recommandé que la stratégie accorde une plus grande attention à l'impact des méthodes de production, telles que l'utilisation d'antibiotiques dans l'élevage et l'utilisation de pesticides dans l'agriculture, comme déterminants de la santé. Cette même déléguée a souligné que la stratégie ne tenait pas suffisamment compte du fait qu'une grande partie des travailleurs dans de nombreux pays en développement étaient employés dans le secteur informel et n'étaient donc pas couverts par les services de la santé au travail. Un autre délégué a suggéré que les prisons devraient être incluses parmi les grands cadres d'intervention pour traiter des risques environnementaux pour la santé. Il a été souligné que la date cible pour la réalisation des objectifs proposés dans le cadre du projet de stratégie devrait être explicitement indiquée, et il a été suggéré que la cible pour l'accès à l'eau potable et aux services d'assainissement devrait être formulée en pourcentage plutôt qu'en nombre absolu. Plusieurs délégations ont indiqué qu'elles soumettraient par écrit d'autres propositions d'amélioration.

165. En ce qui concernait le suivi et l'établissement de rapports sur les progrès accomplis dans le cadre de la stratégie mondiale, les délégués ont souligné qu'il était important de s'aligner sur les autres impératifs mondiaux et régionaux en matière de rapports et d'utiliser des indicateurs qui pourraient être suivis par tous les pays avec les systèmes d'information existants. À cet égard, un délégué a mis en garde contre l'utilisation d'indicateurs reposant sur des dossiers médicaux électroniques ou sur des systèmes d'information, qui n'existaient pas dans tous les pays.

166. Le Dr St. John a déclaré qu'il était clair que l'OMS avait besoin d'une stratégie mondiale pour aider les États Membres à relever les nombreux défis que les délégués avaient mentionnés dans leurs observations. En ce qui concernait la suggestion selon laquelle l'OMS pourrait dépasser le périmètre de ses attributions, elle a souligné qu'une partie de ces attributions consistait à jouer un rôle de rassembleur et à faciliter l'interaction entre le secteur mondial de la santé et les autres secteurs. Ce rôle était important car même si bon nombre des problèmes qui avaient une incidence sur l'environnement et contribuaient au changement climatique échappaient au contrôle direct du secteur de la santé, il s'agissait de déterminants de la santé. L'Organisation continuerait de collaborer avec ses partenaires du système des Nations Unies pour faire en sorte que les effets sur la santé des mesures prises dans d'autres secteurs soient pris en compte de manière significative.

167. Le Dr Marcos Espinal (Directeur du Département des maladies transmissibles et des déterminants environnementaux de la santé du BSP) a déclaré que l'OPS se félicitait de la stratégie mondiale, qui était très pertinente pour la Région, comme en témoignaient les observations formulées et les préoccupations soulevées lors du débat. La Directrice était bien consciente de ces préoccupations et avait récemment créé une nouvelle unité chargée de traiter des risques environnementaux pour la santé, y compris le changement climatique. En outre, elle avait déployé du personnel en Amérique centrale et dans les Caraïbes afin de renforcer la coopération technique du Bureau sur cette question dans ces sous-régions. Le Bureau collaborerait avec les États Membres pour veiller à ce que la stratégie mondiale soit adaptée aux besoins des États Membres de la Région. Comme le Secrétariat de l'OMS, il s'efforcerait également d'assurer une place pour la santé dans l'ordre du jour environnemental mondial.

168. La Directrice a affirmé que le Bureau continuerait à travailler avec les États Membres pour veiller à ce que leurs plans d'adaptation dans le domaine de la santé occupent une place de choix dans les plans d'adaptation nationaux. Il continuerait également d'œuvrer au renforcement des capacités opérationnelles et de la résilience des systèmes de santé de la Région, notamment par la promotion de la stratégie des hôpitaux intelligents, qui s'était avérée efficace. Dans certains pays des Caraïbes, par exemple, les seuls établissements de soins de santé qui avaient continué de fonctionner à la suite des récents ouragans étaient ceux qui avaient mis en œuvre cette stratégie.

169. Le Conseil a pris note du rapport.

Rapport du Comité consultatif sur la recherche en santé (document CD56/INF/7)

170. M. Carlos Gallinal Cuenca (représentant du Comité exécutif) a indiqué que le Comité exécutif avait examiné le rapport sur la 46^e session du Comité consultatif sur la recherche en santé. Le Comité avait été informé que le Comité consultatif avait évalué les progrès réalisés dans le cadre d'un certain nombre d'initiatives de recherche spécifiques et avait prié instamment le Bureau et les États Membres de continuer à soutenir et à promouvoir la recherche conformément aux priorités et aux besoins nationaux. Le Comité consultatif et l'Organisation dans son ensemble avaient été encouragés à mettre l'accent sur la science de la mise en œuvre et sur une évaluation solide des programmes afin de s'assurer que les États Membres se dotent des capacités nécessaires pour évaluer et modifier les interventions sanitaires comme approprié en vue de réaliser les Objectifs de développement durable.

171. Au cours du débat qui a suivi, les délégués se sont félicités des recommandations contenues dans le rapport, en particulier des recommandations visant à réactiver le Réseau de prise de décisions reposant sur des données probantes (EVIPNet) dans la Région et à promouvoir le renforcement des capacités avec les équipes de recherche locales et les réseaux régionaux. La nécessité de poursuivre les efforts en vue de combler les écarts entre pays et entre les régions en matière de capacités de recherche a été soulignée, de même que l'importance d'offrir des bourses d'études et de promouvoir les possibilités de formation à cette fin. Le Bureau a été encouragé à faire davantage pour

communiquer des informations sur les ressources de formation, telles que celles qui étaient disponibles auprès de l'organisation Cochrane.

172. Il a été souligné que les possibilités de recherche sur la santé de la population et sur les systèmes et services de santé demeuraient limitées par rapport aux possibilités de recherche clinique et biomédicale, et la nécessité d'intensifier la recherche sur la santé collective et les déterminants de la santé a été mise en exergue. Ce type de recherche a été jugé essentiel pour déterminer les raisons des inégalités et des iniquités en matière de santé et pour produire des données probantes en vue de l'élaboration de politiques de lutte contre ces inégalités et iniquités. Il a également rappelé que la recherche perdrait tout son sens sans des mécanismes fiables pour en diffuser les résultats et traduire la recherche en connaissances pertinentes pour l'amélioration de la santé de la population. Le rôle de l'OPS dans l'amélioration de la visibilité du contenu de la recherche a été souligné.

173. Le Dr James Fitzgerald (Directeur du Département des systèmes et services de santé du BSP) a reconnu l'importance de la recherche sur l'équité et les facteurs qui entravaient l'accès de la population à la santé et à la couverture sanitaire universelle. Il a ajouté que la Directrice avait pris la décision de renforcer le domaine de la recherche sur les systèmes de santé et a informé le Conseil que le Bureau prévoyait d'élaborer un programme global pour renforcer la capacité de recherche des États Membres dans ce domaine. L'OPS travaillait activement depuis des années pour promouvoir la recherche pour la santé, et de nombreuses activités de recherche étaient menées dans les Amériques ; malheureusement, cela ne correspondait pas toujours aux priorités des ministères de la Santé et ne produisait pas les données probantes nécessaires pour guider la prise de décisions et l'élaboration de politiques. Le Comité consultatif sur la recherche en santé avait souligné la nécessité de structurer les programmes de recherche autour des priorités des pays. Le Bureau continuerait d'appuyer les travaux du Comité consultatif.

174. La Directrice a remercié les membres du Comité consultatif pour leur travail et les conseils qu'ils fournissaient au Bureau. Elle a estimé que le domaine de la recherche pour la santé pourrait grandement bénéficier de la coopération Sud-Sud, qui pourrait contribuer à renforcer les capacités des États Membres et encourager le partage des résultats de la recherche. Le Bureau était conscient qu'un grand nombre d'activités de recherche importantes étaient menées dans la Région, mais elles n'étaient pas toujours portées à l'attention de la communauté internationale. Le Bureau collaborerait avec les États Membres pour assurer une plus large diffusion des résultats des activités de recherche régionales.

175. Le Conseil directeur a pris note du rapport.

Rapport de la Commission sur l'équité et les inégalités en matière de santé dans les Amériques (document CD56/INF/8)

176. Le Dr Miguel Mayo Di Bello (représentant du Comité exécutif) a indiqué que le Comité exécutif avait examiné un rapport sur les travaux de la Commission sur l'équité et

les inégalités en matière de santé dans les Amériques, établie par la Directrice en vue de recueillir et d'évaluer les données probantes disponibles sur les causes des inégalités en matière de santé et de formuler des recommandations visant à améliorer la santé et le bien-être de l'ensemble de la population de la Région. Les membres du Comité exécutif avaient fermement appuyé les travaux de la Commission, l'un d'entre eux soulignant qu'ils avaient marqué une évolution de la réflexion et du débat sur l'équité et les inégalités à l'action. Les délégués avaient salué l'accent mis par la Commission sur les déterminants sociaux de la santé et sur les quatre thèmes transversaux qu'étaient le genre, l'origine ethnique, l'équité et les droits de l'homme. Les efforts déployés par la Commission en vue de créer un registre des pratiques positives et novatrices et des études de cas avaient également été salués. Plusieurs délégués avaient souligné l'importance de données fiables et d'une solide base de données probantes pour la prise de décisions et pour l'identification des inégalités en matière de santé et de la lutte contre ces inégalités.

177. Sir Michael Marmot (Directeur de l'Institute of Health Equity de l'University College à Londres et Président de la Commission sur l'équité et les inégalités en matière de santé dans les Amériques) a présenté le résumé du rapport de la Commission, contenu dans le document CD56/INF/8, précisant que le rapport complet serait publié en mars 2019. Il a commencé par souligner que les données probantes contredisaient l'idée que la bonne santé n'était qu'une question d'enrichissement. Le Canada, par exemple, avait un produit national brut par personne inférieur d'environ un quart à celui des États-Unis, le pays le plus riche des Amériques, mais l'espérance de vie était plus longue de deux ans pour les Canadiennes et de quatre ans pour les Canadiens. Le Chili, le Costa Rica et Cuba avaient un revenu national beaucoup plus faible que celui des États-Unis, mais l'espérance de vie y était légèrement plus longue qu'aux États-Unis. Par conséquent, la bonne santé n'était clairement pas liée uniquement à la richesse. En effet, au-dessus d'un revenu national brut de \$16 000 par personne, ajusté pour tenir compte de la parité du pouvoir d'achat, il n'y avait tout simplement aucun lien entre le revenu national et l'espérance de vie.

178. Le rapport de la Commission a exploré les facteurs structurels qui conduisaient à des inégalités en matière de santé, y compris les inégalités dans les domaines politique, social, culturel et économique ; l'impact inégal sur les populations socialement défavorisées de la dégradation de l'environnement, du changement climatique et des catastrophes naturelles ; et l'impact continu du colonialisme, de l'esclavage et du racisme structurel dans la Région. Le rapport contenait également des recommandations pour traiter de ces facteurs afin de promouvoir une meilleure santé tout au long de la vie. L'une des principales recommandations était d'assurer l'équité pour tous les enfants dès le départ, en particulier dans les conditions de la vie quotidienne et dans l'éducation, dans la mesure où l'expérience de la petite enfance avait un impact fondamental sur ce qui se passait plus tard dans la vie. Parmi les autres recommandations figuraient l'accès à un travail décent, l'amélioration des revenus et de la protection sociale, la réduction de la violence, et la protection des droits de la personne. Le rapport donnait également des exemples de mesures qui avaient donné des résultats tangibles pour ce qui était de traiter

des déterminants sociaux, économiques et environnementaux de la santé et de réduire les iniquités et les inégalités en matière de santé.

179. Au cours du débat qui a suivi, les délégués ont salué les travaux de la Commission et ont reconnu qu'il était important de traiter des déterminants de la santé et des inégalités entre les pays et au sein des pays afin de parvenir à l'accès universel à la santé et à une couverture sanitaire universelle. La nécessité d'une action multisectorielle a été mise en exergue. Un délégué a noté que le genre, l'origine ethnique, l'équité et les droits de l'homme avaient été des thèmes transversaux importants dans le Plan stratégique 2014-2019 de l'OPS et a souligné qu'ils devraient rester des thématiques du nouveau Plan stratégique 2020-2025 (voir les paragraphes 117 à 125 ci-dessus). Un autre délégué a indiqué que l'approche préconisée par la Commission et par Sir Michael Marmot personnellement dans son livre *The Health Gap : The Challenge of an Unequal World* avait contribué à façonner le plan de prévention et de lutte contre les maladies non transmissibles de son pays.

180. Sir Michael Marmot, reconnaissant que la collaboration multisectorielle était essentielle pour s'attaquer à des problèmes complexes tels que la violence, a déclaré que l'objectif de la Commission était de proposer des idées pratiques qui pourraient servir de base à une action de l'ensemble du gouvernement qui pourrait faire une réelle différence en matière d'équité dans la santé.

181. La Directrice a remercié Sir Michael Marmot et les autres membres de la Commission pour leur travail très pertinent. Elle a noté que le Bureau prévoyait le lancement régional du rapport complet en mars 2019, qui serait suivi de lancements sous-régionaux et nationaux. Le rapport serait disponible dans les quatre langues officielles de l'Organisation. Elle espérait que les conclusions énoncées dans le rapport serviraient à galvaniser les décisions et les mesures nécessaires pour atteindre les Objectifs de développement durable et faire en sorte que tous les peuples de la Région puissent jouir de la santé et du bien-être et mener une vie digne et productive.

182. Le Conseil directeur a pris note du rapport.

Mise en œuvre du Règlement sanitaire international (RSI) (document CD56/INF/9)

183. M. Carlos Gallinal Cuenca (représentant du Comité exécutif) a fait savoir que le Comité avait été informé des progrès accomplis par les États Membres dans la mise en œuvre du Règlement sanitaire international et avait passé en revue les mesures prises par les États Membres et le Bureau en vue de renforcer les capacités de base du RSI et de répondre aux événements aigus de santé publique. Le Comité s'était félicité des progrès accomplis, bien que les délégués aient reconnu que le travail devait se poursuivre pour parvenir à une mise en œuvre intégrale du Règlement et en assurer la pérennité. La nécessité d'une plus grande transparence et d'une responsabilisation mutuelle accrue avait également été notée. Les délégués avaient exprimé leur soutien pour le *Plan stratégique mondial quinquennal visant à améliorer la préparation et la riposte en matière de santé publique* et pour le *Cadre de suivi et d'évaluation du RSI*. Tout en

reconnaissant l'utilité potentielle des trois outils de suivi volontaire du Cadre d'action, plusieurs délégués avaient souligné que l'auto-évaluation et l'établissement de rapports sur une base annuelle devraient rester le seul impératif pour les États Parties. D'autres délégués avaient souligné l'utilité d'évaluations externes conjointes pour déterminer les domaines dans lesquels les capacités de base fonctionnaient bien et ceux où il était possible de procéder à des améliorations.

184. Le Dr Ciro Ugarte (Directeur du Département des urgences sanitaires du BSP) a fait savoir que 99 événements aigus de santé publique avaient été signalés dans les Amériques depuis le 1^{er} janvier 2018, soit un tiers de tous les événements de ce type signalés dans le monde. Parmi ces événements, 56 % avaient été signalés par des responsables nationaux et 44 % par d'autres sources. Dans certains cas, il y avait eu des retards de jusqu'à sept ou huit jours pour la déclaration ou la réponse aux demandes d'information du Bureau, mais, dans le plus souvent, les événements aigus avaient été signalés rapidement. Parmi les événements signalés figuraient des flambées de fièvre jaune, de rougeole et de diphtérie, ainsi qu'une recrudescence des cas de paludisme.

185. Les Amériques étaient l'une des régions les plus avancées du monde en termes de développement des capacités de base du RSI. Des progrès réguliers avaient été accomplis à cet égard, mais ils avaient été inégaux d'une sous-région à l'autre. Comme par le passé, les notes les plus basse en matière de capacité de base ont été obtenues dans les domaines des événements chimiques et des urgences radiologiques. Néanmoins, des progrès notables ont été accomplis sur le plan de l'amélioration des capacités dans ces domaines, en particulier dans les Caraïbes grâce, dans une large mesure, à la collaboration entre les États Membres de cette sous-région, le Bureau et l'Agence internationale de l'énergie atomique. Un certain nombre de pays avaient indiqué qu'ils souhaitaient entreprendre une évaluation externe conjointe volontaire de leur mise en œuvre des capacités de base. Le BSP continuerait d'aider les pays qui le souhaitent à procéder à de telles évaluations.

186. Le Conseil s'est félicité des progrès réalisés, mais il a reconnu la nécessité de poursuivre les efforts afin d'atteindre et de maintenir un niveau de préparation adéquat pour faire face aux flambées épidémiques et aux autres urgences de santé publique qui pourraient constituer une menace pour la sécurité sanitaire régionale et mondiale. La nécessité de continuer à renforcer les capacités de base en matière de risques chimiques et radiologiques a été mise en exergue. Les délégués ont souligné l'importance du RSI pour l'identification et la communication des urgences de santé publique de portée internationale et ont réaffirmé l'engagement de leurs pays à mettre en œuvre le Règlement. Plusieurs ont également décrit les mesures prises au niveau national en vue de renforcer leurs capacités de surveillance et de riposte, d'alerte précoce et de communication des risques. L'importance de maintenir des taux élevés de couverture vaccinale afin de prévenir de nouvelles flambées épidémiques a été soulignée.

187. Les délégués ont exprimé leur soutien pour le *Plan stratégique mondial quinquennal pour améliorer la préparation et l'action de santé publique, 2018-2023*, et le *Cadre de suivi et d'évaluation du RSI*. Plusieurs délégués ont indiqué que leurs pays avait entrepris ou prévoyait d'entreprendre des évaluations externes conjointes et ont

encouragé d'autres pays à faire de même. Une déléguée a fait observer que, certes son gouvernement était disposé à utiliser l'outil d'auto-évaluation révisé, mais que son utilisation devrait être considérée comme volontaire, dans la mesure où cet outil n'avait pas été examiné ou approuvé par les Organes directeurs de l'OMS. Cette même déléguée a souligné que les évaluations externes conjointes devaient rester volontaires et ne devaient pas être utilisées comme indicateurs pour évaluer la mise en œuvre du RSI. Il a été souligné que les efforts visant à renforcer les capacités de base des pays doivent tenir compte des contextes et des besoins nationaux et que les instruments du Cadre de suivi et d'évaluation devaient être adaptés aux caractéristiques des pays. À cet égard, les efforts déployés par l'OPS pour aider les petits États insulaires à relever les défis qui leur étaient propres ont été salués.

188. Plusieurs délégués ont souligné la nécessité de renforcer la réponse régionale aux problèmes de santé publique résultant des migrations. La nécessité d'approches qui respectaient pleinement la dignité et les droits de l'homme des migrants a été soulignée. Une déléguée a demandé une révision des recommandations de l'OMS sur la vaccination contre la fièvre jaune et de la liste des pays présentant un risque de transmission de la maladie, notant que son pays n'avait pas eu de cas de fièvre jaune depuis 1974, mais qu'il figurait toujours sur cette liste, de sorte que certains voyageurs qui avaient simplement transité par ce pays étaient tenus de présenter une preuve de vaccination pour pouvoir entrer dans d'autres pays.

189. Le Dr Ugarte a expliqué que, certes l'OPS soutiendrait les États Membres qui souhaitent faire réexaminer leur statut de pays à risque de transmission de la fièvre jaune, mais que c'était le Groupe consultatif scientifique et technique de l'OMS sur la cartographie géographique des risques de fièvre jaune (GRYF) qui déterminerait quels pays figureraient sur la liste à risque. C'était également le GRYF qui établissait les recommandations concernant la vaccination.

190. Il a félicité les pays qui avaient entrepris ou prévoyaient d'entreprendre des évaluations externes conjointes et a fait observer que ces évaluations n'étaient pas un objectif en soi. Elles étaient réalisées afin d'identifier les domaines critiques où des améliorations étaient nécessaires et de trouver ensuite des solutions pour résoudre les problèmes identifiés. Le Bureau était conscient que les outils d'évaluation du Cadre de suivi et d'évaluation du RSI devaient être adaptés aux conditions et aux besoins de chaque pays et travaillait en étroite collaboration avec le Bureau régional du Pacifique occidental de l'OMS pour élaborer une approche adaptée aux petits États insulaires en développement.

191. La Directrice a indiqué que le Bureau se tenait prêt à aider les États Membres à procéder à des évaluations externes conjointes et les a encouragés à le faire. Il ne suffirait pas, cependant, de procéder à une seule évaluation et de prendre des mesures dans les domaines critiques identifiés comme devant être améliorés. Une fois les capacités de base du RSI en place, les États Membres doivent veiller à ce qu'elles soient maintenues. Des auto-évaluations annuelles étaient essentielles à cet égard, et il pourrait également être souhaitable de mener des évaluations externes conjointes sur une base cyclique. Elle a

exhorté tous les États Membres à satisfaire à l'impératif annuel d'auto-évaluation et d'établissement de rapports du RSI.

192. Le Conseil a pris note du rapport.

Mise à jour sur la situation et les défis en matière d'approvisionnement du vaccin antipoliomyélitique inactivé pour maintenir l'éradication de la maladie dans la Région des Amériques (document CD56/INF/10)

193. M. Carlos Gallinal Cuenca (représentant du Comité exécutif) a fait savoir que le Comité exécutif avait reçu des informations actualisées sur les difficultés d'approvisionnement en vaccins antipoliomyélitiques inactivés (VPI) dans les Amériques et sur les efforts déployés par le Bureau pour maintenir un approvisionnement suffisant grâce au Fonds renouvelable pour l'achat de vaccins. Le Comité avait été informé que le BSP s'attendait à être en mesure de s'approvisionner en quantités suffisantes pour répondre à une grande partie de la demande en 2018 et qu'il négociait l'achat de fournitures supplémentaires pour 2018 et 2019. Le Comité avait également été informé des mesures prises pour préparer les pays à administrer des doses fractionnées du vaccin. Le Comité avait souligné l'importance de maintenir l'éradication de la poliomyélite dans la Région et la nécessité de sensibiliser davantage les agents de santé et le grand public à l'importance de la vaccination et à la possibilité de réintroduction du poliovirus sauvage et d'émergence du poliovirus dérivé du vaccin. Les délégués avaient salué les efforts déployés par le Bureau pour se préparer aux pénuries et souligné l'importance de former les agents de santé à l'administration correcte des doses fractionnées de VPI afin d'assurer l'immunogénicité.

194. Au cours de l'examen du rapport par le Conseil, les délégués ont remercié le BSP des efforts qu'il déploie pour assurer un approvisionnement suffisant en VPI à des prix abordables et l'ont engagé à poursuivre les négociations avec les fournisseurs. Les délégués ont noté la nécessité de former les agents de santé à l'administration correcte des doses fractionnées de VPI et ont invité le Bureau à continuer à fournir un appui technique dans ce domaine. Une formation à la gestion des stocks de vaccins a également été jugée nécessaire. Compte tenu des possibilités de réintroduction de la poliomyélite par les voyages internationaux, les délégués ont souligné la nécessité de maintenir une couverture vaccinale élevée et de continuer à surveiller et à détecter rapidement tout cas de paralysie flasque aiguë, ainsi que la nécessité de réagir immédiatement en cas de détection de cas suspects de poliomyélite.

195. M. John Fitzsimmons (Chef du Programme spécial du Fonds renouvelable pour l'achat de vaccins du BSP) est convenu qu'il était important de maintenir la surveillance et la préparation et a affirmé que le Bureau continuerait de travailler avec les ministres de la Santé et les responsables des programmes de vaccination pour assurer un approvisionnement suffisant en vaccins. Le personnel du BSP était et resterait en communication permanente avec les fournisseurs de VPI et les partenaires mondiaux, notamment lors d'une prochaine réunion avec les fabricants et les fournisseurs qui se tiendrait à Copenhague sous l'égide du Fonds des Nations Unies pour l'enfance

(UNICEF), du Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP) et de l'OMS. À l'issue de la réunion, le personnel du Bureau rencontrerait chaque État Membre pour déterminer les fournitures restant à livrer pour le quatrième trimestre de 2018 et s'efforceraient d'accélérer la livraison du vaccin aux pays en fonction des besoins.

196. La Directrice a remercié les États Membres de leur vigilance pour veiller à ce que la poliomyélite ne soit pas réintroduite dans la Région, notant leur préoccupation légitime concernant la disponibilité du vaccin antipoliomyélitique inactivé. Elle a réitéré l'engagement du BSP à continuer de collaborer avec les fabricants de VPI pour s'assurer que la Région dispose de doses suffisantes et a réaffirmé qu'il était prêt à faire face aux pénuries.

197. Le Conseil a pris note du rapport.

Rapport du Directeur sur la lutte contre les causes des disparités en matière d'accès et de recours aux services de santé par les personnes lesbiennes, gay, bisexuelles et trans (document CD56/INF/11, Corr.)

198. M. Carlos Gallinal Cuenca (représentant du Comité exécutif) a indiqué que le Comité exécutif avait examiné un rapport résumant les principales conclusions du rapport préparé par la Directrice en application de la résolution CD52.R6 sur les obstacles rencontrés par les personnes lesbiennes, gay, bisexuelles et trans (LGBT) en matière de santé. Lors de l'examen du rapport par le Comité, il avait été reconnu que les personnes LGBT continuaient de faire face à des défis persistants dans l'accès à des services de santé de qualité, et il avait été considéré qu'il incombait aux États Membres de reconnaître les causes des disparités en matière d'accès.

199. Lors de l'examen du rapport par le Conseil, les délégués ont affirmé l'engagement de leurs gouvernements à lutter contre la discrimination à l'égard des personnes LGBT et à éliminer les obstacles qui les empêchaient d'avoir accès aux services de santé. Plusieurs délégués ont également décrit les mesures prises par leurs gouvernements à cet égard, notamment l'adoption de politiques publiques, la formation du personnel sanitaire et, dans un cas, l'élaboration d'un protocole pour la fourniture de soins de santé aux personnes LGBT. Un délégué a indiqué que l'orientation sexuelle et l'identité de genre étaient considérées comme des déterminants sociaux de la santé dans son pays. Une autre déléguée a souligné qu'il incombait à tous de s'attaquer collectivement aux causes des disparités dans l'accès aux services de santé, les inégalités dans les systèmes de santé ayant pour effet de saper les progrès collectifs réalisés en matière de santé. Cette même déléguée a souligné la nécessité de renforcer l'analyse sexospécifique, ce qui impliquait aussi de renforcer la collecte de données sur la diversité des genres.

200. D'autres délégués ont souligné la nécessité de disposer de services de santé complets qui répondent non seulement aux besoins des personnes LGBT en matière de santé sexuelle et reproductive, mais à tous les besoins de santé à tous les stades de la vie, de l'enfance à la vieillesse. En ce qui concernait les services de santé mentale, la nécessité d'éviter les évaluations fondées uniquement sur l'orientation sexuelle ou

l'identité de genre a été mise en exergue. Il a été suggéré de remplacer le terme « minorité » dans le rapport par « groupe minoritaire », le premier étant généralement compris comme une minorité statistique, tandis que le second mettait en évidence la nature socioculturelle des processus qui créaient des minorités au sein des structures de pouvoir.

201. Mme Heidi Jiménez (Conseillère juridique du BSP), notant que les travaux sur le sujet avaient suivi un processus itératif et collaboratif associant les États Membres ainsi que le Bureau, a déclaré que les observations et suggestions du Conseil seraient prises en compte au moment de finaliser définitivement le rapport, qui serait publié prochainement.

202. Le Conseil directeur a pris note du rapport.

Réponse de l'OPS pour maintenir un programme efficace de coopération technique au Venezuela et dans les États Membres voisins (document CD56/INF/12)

203. Le Dr Miguel Mayo Di Bello (représentant du Comité exécutif) a fait savoir que le Comité exécutif avait examiné un rapport sur la situation sanitaire en République bolivarienne du Venezuela et dans les pays voisins et sur la coopération apportée par l'OPS en réponse à cette situation. Au cours du débat qui a suivi le rapport, un délégué avait souligné la nécessité de continuer à répondre à la situation dans un esprit de solidarité et de collaboration afin de protéger les acquis régionaux en matière de santé publique et avait suggéré que, outre les mesures recommandées dans le document, le Bureau et les États Membres devraient s'efforcer de renforcer le partage d'informations sur la dynamique migratoire et chercher des moyens de renforcer la coopération dans les zones frontalières, ainsi que de gérer les ressources de la coopération internationale pour des initiatives régionales communes. La déléguée de la République bolivarienne du Venezuela a remercié l'Organisation de son aide face aux défis auxquels son pays était confronté et a souligné que son gouvernement attachait une grande importance à la santé.

204. Le Dr Ciro Ugarte (Directeur du Département des urgences sanitaires du BSP) a résumé le contenu du rapport en notant que le Bureau s'était employé très activement à répondre à la situation sanitaire en République bolivarienne du Venezuela et dans les pays voisins afin de maintenir un programme de coopération technique efficace avec ces États Membres. Il a noté qu'il y avait eu des flambées de diphtérie, de rougeole et de paludisme dans divers pays de la sous-région. Le Venezuela avait été particulièrement touché, mais les maladies s'étaient également propagées en raison des migrations de population. Des difficultés s'étaient présentées en matière d'accès aux services de santé, en particulier dans les zones frontalières et dans les communautés autochtones difficiles à atteindre. Néanmoins, le gouvernement vénézuélien avait réalisé d'importants investissements dans l'infrastructure et l'équipement sanitaires, et les hôpitaux et les services de santé continuaient de fonctionner et de fournir des soins à des milliers de personnes.

205. Face à cette situation sanitaire, le BSP avait intensifié sa coopération avec le Venezuela et les autres pays touchés. Ses activités au Venezuela visaient non seulement à

répondre aux flambées épidémiques et à les endiguer, mais aussi à renforcer la capacité du système de santé à faire face à d'autres problèmes, tels que la tuberculose et le VIH/sida. Un accent particulier avait été mis sur le renforcement des soins de santé primaires. La vaccination avait été un autre domaine de focalisation important. Le Bureau avait également fourni une coopération technique dans les domaines de la gestion des situations d'urgence, de la fourniture et de la distribution de médicaments et autres intrants, de la santé mentale et de la mortalité maternelle. Dans les pays voisins, il avait apporté son soutien aux autorités sanitaires pour la prestation de services de santé aux migrants et les avait tenus informées, par des rapports quotidiens, des flambées épidémiques et autres événements susceptibles d'avoir des répercussions internationales sur la santé publique.

206. Le Dr Ugarte a attiré l'attention sur les recommandations figurant dans le document CD56/INF/12, en soulignant la nécessité de maintenir des taux élevés de couverture vaccinale dans tous les pays.

207. Le délégué de la République bolivarienne du Venezuela a exprimé sa gratitude au Bureau pour sa coopération technique et a reconnu que son pays connaissait une situation économique et sociopolitique complexe qui avait eu une incidence négative sur ses indicateurs sociaux et sanitaires. Il a noté que, depuis 2014, le Venezuela avait fait l'objet de mesures coercitives imposées par d'autres pays, qui avaient eu de graves conséquences économiques et avaient limité la capacité du pays à se procurer des médicaments, des vaccins et d'autres fournitures médicales. En conséquence, le pays avait connu une réémergence de la rougeole et de la diphtérie et une augmentation des cas de paludisme. Néanmoins, grâce aux mesures adoptées par le gouvernement et aux efforts intensifs de coopération menés avec d'autres pays et avec l'OPS, les taux de rougeole, de diphtérie et de paludisme étaient désormais en baisse. Dans le cadre d'un plan national de rétablissement lancé en août 2018, des efforts étaient en cours pour soutenir l'économie du pays et renforcer les systèmes de soins de santé et de protection sociale. Après le lancement du plan *Vuelta a la Patria* (Retour dans la patrie), un nombre croissant de migrants vénézuéliens revenaient dans le pays. Il restait cependant beaucoup à faire et le Venezuela a appelé tous les États Membres à unir leurs forces et à œuvrer pour le bien commun des peuples des Amériques.

208. Le délégué du Nicaragua a exprimé sa solidarité avec le peuple et le gouvernement vénézuéliens et a affirmé que le gouvernement du Venezuela ne pouvait être tenu responsable des flambées épidémiques et de la migration des Vénézuéliens, qui avaient été provoquées par les sanctions économiques auxquelles le pays avait été soumis. Il a demandé à l'OPS de continuer à fournir une coopération technique au Venezuela et aux pays voisins.

209. Un représentant de l'Alliance internationale des organisations de patients a rappelé qu'en adoptant la Déclaration de New York pour les réfugiés et les migrants en 2016, les États Membres des Nations Unies s'étaient engagés à protéger la santé et le bien-être des migrants. Il a également souligné que le fait de répondre aux besoins de santé des migrants contribuait à protéger la santé publique mondiale.

210. La Directrice a remercié les États Membres de leur volonté de débattre de la situation dans un esprit de santé publique et de solidarité. Elle a félicité le personnel de santé du Venezuela et des pays voisins pour leurs efforts considérables visant à réduire les cas de rougeole, de diphtérie et de paludisme et à améliorer l'accès aux services de santé. Une approche régionale était nécessaire pour préserver les acquis de la santé publique et faire face à des phénomènes tels que les migrations de population, qui constituaient une préoccupation non seulement pour le Venezuela et ses voisins, mais aussi pour tous les pays des Amériques. Elle prévoyait de contacter prochainement les États Membres pour les inviter à participer à un débat sur la meilleure façon de faire face à des situations telles que celle qui se produisait au Venezuela et dans les pays voisins. Elle a souligné que, si aujourd'hui ces pays étaient touchés, demain d'autres le seraient peut-être. Il était donc essentiel de mettre en place une réponse régionale fondée sur la solidarité et les données probantes.

211. Notant que la couverture vaccinale avait diminué dans la Région, la Directrice s'est fait l'écho de l'appel lancé par le Dr Ugarte aux États Membres pour qu'ils maintiennent une couverture élevée, en particulier parmi les populations rurales et reculées et les populations des zones frontalières.

212. Le Conseil a pris note du rapport.

Plan d'action sur la sécurité routière : rapport final (document CD56/INF/13)

213. M. Carlos Gallinal Cuenca (représentant du Comité exécutif) a indiqué que le Comité exécutif avait été informé que, bien que des progrès aient été accomplis sur le plan de la réalisation de plusieurs des objectifs énoncés dans le plan d'action, beaucoup restait encore à faire. Des réformes étaient encore nécessaires, par exemple pour améliorer la législation sur les limitations de vitesse, le port obligatoire du casque pour les cyclistes et le port obligatoire de la ceinture de sécurité. Les risques émergents, tels que la distraction au volant impliquant l'utilisation d'appareils mobiles, devaient également être pris en compte. Les délégués étaient convenus que la sécurité routière devait être considérée comme une priorité de santé publique et ont affirmé leur engagement à poursuivre leurs efforts pour atteindre les objectifs du plan d'action. Un consensus s'était dégagé sur la nécessité de traiter de questions telles que la distraction au volant et la conduite sous l'emprise de l'alcool ou de substances psychoactives.

214. Le Conseil s'est félicité des progrès réalisés dans le cadre de ce plan, mais il a reconnu la nécessité de poursuivre les efforts en vue d'atteindre la cible 3.6 des Objectifs de développement durable (d'ici à 2020 diminuer de moitié à l'échelle mondiale le nombre de décès et de blessures dus à des accidents de la route). Les délégués sont convenus que la sécurité routière devait être reconnue comme une priorité de santé publique. La nécessité d'une approche multisectorielle de la santé dans toutes les politiques a été soulignée, de même que la nécessité d'un engagement politique fort et de ressources financières et humaines adéquates. Des approches décentralisées impliquant les parties prenantes locales et régionales ont également été jugées essentielles. Un certain nombre de délégués ont souligné la nécessité d'améliorer la collecte de données

afin d'analyser les facteurs qui contribuaient aux collisions sur la route et de produire des informations pour l'élaboration des politiques. Il a été demandé au BSP d'apporter son soutien dans ce domaine.

215. Les délégués ont décrit les mesures prises par leurs pays pour améliorer la sécurité routière et réduire le nombre de traumatismes et de décès dus à la circulation, notamment en réduisant les limitations de vitesse et en adoptant ou en modifiant la législation sur la conduite sous l'emprise de l'alcool ou de substances psychoactives, sur la distraction au volant et sur le port de la ceinture de sécurité et les dispositifs de retenue pour enfants. Plusieurs délégués ont noté qu'en réponse à la croissance importante de la circulation des motos et à l'augmentation concomitante du nombre de décès et de blessures liés aux motos, leurs pays avaient adopté des règlements exigeant le port du casque et d'autres mesures de sécurité. Certains délégués ont fait observer que la non-application des lois existantes continuait à constituer un problème dans leur pays.

216. Une déléguée a expliqué que le ministère de la Santé de son pays menait un projet pilote dans les services néonataux des hôpitaux, dans le cadre duquel les nouveaux parents recevaient des instructions sur l'utilisation correcte des dispositifs de retenue pour enfants ; par ailleurs, le personnel de santé soulignait l'importance du port de la ceinture de sécurité pour tous les passagers. La déléguée a suggéré que ce projet, qui était mené en collaboration avec l'OPS, pourrait servir de modèle à d'autres pays. Elle a également suggéré que la promotion de la sécurité routière devrait être abordée de la même manière que la vaccination, en mettant l'accent sur la prévention et en particulier sur l'énorme efficacité des mesures de sécurité passive pour prévenir les traumatismes dus à la circulation.

217. Le Dr Anselm Hennis (Directeur du Département des maladies non transmissibles et de la santé mentale du BSP) a félicité les États Membres pour les mesures prises en vue d'améliorer la sécurité routière et les progrès réalisés à cet égard. Il était pourtant clair qu'il restait beaucoup à faire, notamment pour réduire le nombre de décès liés à la moto. Il a reconnu que le leadership politique sur cette question était essentiel. Il était également essentiel d'appliquer les lois existantes. L'OPS continuerait de collaborer avec les pays afin de réunir les différents acteurs pour trouver des moyens de réduire la mortalité et l'invalidité dues à la circulation.

218. La Directrice a déclaré qu'il fallait agir d'urgence pour réduire le nombre de collisions sur la route, qui continuaient de faire trop de morts dans la Région, en particulier parmi les jeunes hommes. La sécurité routière était un problème de société qui exigeait une réponse multisectorielle. Le secteur de la santé ne pouvait à lui seul traiter de tous les facteurs qui contribuaient aux blessures et aux décès dus à la circulation.. Les gouvernements au plus haut niveau devaient assumer la responsabilité de s'assurer qu'une approche holistique était mise en œuvre et que les investissements nécessaires étaient effectués.

219. Le Conseil a pris note du rapport.

Plan d'action pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et les cas graves de morbidité maternelle : rapport final (document CD56/INF/14)

220. M. Carlos Gallinal Cuenca (représentant du Comité exécutif) a indiqué que le Comité exécutif avait été informé que les trois principaux objectifs du plan d'action n'avaient été que partiellement atteints. Il avait été souligné que les États Membres et le Bureau devaient poursuivre leur engagement et leurs efforts pour consolider les acquis et traiter du programme inachevé dans le domaine de la mortalité et de la morbidité maternelles. Lors de l'examen du rapport par le Comité, les délégués avaient affirmé la nécessité de poursuivre les efforts pour suivre et réduire la morbidité et la mortalité maternelles et améliorer les résultats pour les femmes. Il avait été souligné que les pays avaient des critères disparates pour définir la morbidité maternelle grave, ce qui se traduisait par une grande variabilité dans les données communiquées. La nécessité de normaliser les définitions avait été mise en exergue.

221. Le Conseil a reconnu que même si des progrès avaient été accomplis sur le plan de la réduction de la mortalité maternelle et de la morbidité maternelle grave, il restait encore beaucoup à faire. Les délégués ont souligné que de nombreux États aux ressources limitées avaient besoin d'une assistance financière et technique pour pouvoir mener des activités de recherche efficaces sur la santé génésique, mettre en œuvre des programmes de contrôle de la qualité, assurer la surveillance de la santé maternelle et améliorer les systèmes d'information. Les délégués ont également pris note de la nécessité de disposer de définitions normalisées à l'échelle régionale, de meilleurs rapports et de dossiers médicaux électroniques pour apporter un éclairage sur les inégalités entre les groupes de population. Plusieurs délégués se sont dit préoccupés par l'hémorragie obstétricale, évoquant l'initiative « Zéro décès maternel dû à une hémorragie ». D'autres ont évoqué la nécessité de disposer de services de santé génésique et de méthodes contraceptives culturellement acceptables. Il a été souligné que le BSP et les États Membres devaient travailler à la conception, à l'élaboration et à la mise en œuvre de modèles de surveillance, de prévention et de traitement de la morbidité maternelle grave pour atteindre les cibles nationales et régionales dans le cadre des ODD.

222. Le Dr Luis Andrés de Francisco Serpa (Directeur du Département de la famille, de la promotion de la santé et du parcours de vie du BSP) a noté que, bien que le rapport final fasse état de certains progrès, l'objectif de réduire considérablement la mortalité maternelle et la morbidité maternelle grave n'avait pas été atteint. Les données probantes fournies par les États Membres avaient conduit à repenser d'autres interventions et activités visant à accélérer encore la réduction de la mortalité maternelle, y compris un examen détaillé des causes de décès chez les femmes. La Directrice avait lancé un programme d'appui technique aux 10 États Membres ayant les taux de mortalité maternelle les plus élevés afin de déterminer les causes spécifiques et d'identifier les interventions pour y remédier.

223. En ce qui concernait les informations, la coopération technique était assurée par le Système d'information périnatale (SIP), appuyé par le Centre latino-américain pour la périnatalogie, les femmes et la santé génésique (CLAP). Le SIP fournissait des détails sur

les grossesses des femmes, la santé de la mère et du nourrisson pendant la période périnatale et les mesures prises par les services de santé, ce qui pourrait faciliter l'identification des améliorations nécessaires. Toutefois, certaines informations importantes continuaient de faire défaut, en particulier celles qui permettraient d'identifier les populations en situation de vulnérabilité. Souvent, les informations fournies n'incluaient pas d'informations sur l'origine ethnique ou la résidence en milieu urbain ou rural, qui étaient essentielles à l'élaboration de politiques visant à répondre aux besoins des populations vulnérables.

224. L'initiative « Zéro décès maternel dû à une hémorragie » a fourni un modèle de mise en œuvre efficace dans les États Membres où les décès dus à une hémorragie obstétricale étaient encore prévalents, comme en témoignait le fait que quatre pays qui avaient mis en œuvre cette initiative n'avaient signalé aucune mortalité maternelle due à cette cause. Le Dr de Francisco Serpa a souligné qu'il était important d'examiner la question de la mortalité et de la morbidité maternelles sous l'angle du cycle continu des soins, ce qui impliquait également d'examiner des questions telles que la santé génésique et les services de planification familiale et la disponibilité de contraceptifs à action prolongée qui permettraient aux femmes de choisir quand avoir des enfants et de planifier leur avenir.

225. La Directrice a exprimé l'espoir qu'une fois le plan d'action finalisé, les États Membres adopteraient une approche plus intégrée de la question en approuvant le Plan d'action proposé pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent (voir paragraphes 41 à 53 ci-dessus). Comme les États Membres le savaient, la Région n'avait pas atteint la cible de l'objectif du Millénaire pour le développement relatif à la réduction de la mortalité maternelle. Le BSP travaillait donc assidûment avec les États Membres pour améliorer la situation. Il était important de se pencher sur les taux de grossesse chez les adolescentes, car une proportion élevée de décès maternels et de morbidité maternelle grave survenait chez les adolescentes. Le Bureau avait déployé une dizaine de membres du personnel dans les pays où les taux de mortalité maternelle étaient les plus élevés, ce qui, conjugué au travail accompli par le CLAP, donnait des résultats significatifs, un pays, Trinité-et-Tobago, ayant déjà atteint son objectif pour 2030. Bien entendu, il était crucial de pouvoir maintenir les acquis, et la coopération technique du BSP était donc essentiellement axée sur le renforcement des capacités au niveau national.

226. Le Conseil a pris note du rapport.

Stratégie et plan d'action pour la santé intégrale chez l'enfant : rapport final (document CD56/INF/15)

227. M. Carlos Gallinal Cuenca (représentant du Comité exécutif) a indiqué que le Comité exécutif avait été informé que la Région avait progressé sur de multiples fronts dans le cadre de la stratégie et du plan d'action et que la Région dans son ensemble avait atteint l'objectif du Millénaire pour le développement n°4A: réduire de deux tiers la mortalité des enfants de moins de 5 ans. Toutefois, les progrès avaient été inégaux d'un pays à l'autre et à l'intérieur des pays, et il restait des défis à relever sur le plan de la

mortalité infantile et de l'amélioration de la situation des enfants vivant dans des conditions de vulnérabilité. Le Comité avait souligné l'importance cruciale des six premières années de la vie pour la croissance et le développement de l'enfant et avait souligné l'importance d'approches multisectorielles pour répondre aux besoins des enfants en situation de vulnérabilité.

228. Lors de l'examen du rapport par le Conseil, les délégués se sont félicités des progrès accomplis et ont affirmé l'engagement de leurs gouvernements à continuer d'œuvrer pour améliorer la santé des enfants, en particulier des enfants en situation de vulnérabilité. La nécessité d'approches multisectorielles pour remédier aux inégalités d'accès à la santé et à d'autres services a été soulignée. L'attention a été attirée sur le problème croissant du surpoids et de l'obésité chez les enfants, et la nécessité d'encourager une alimentation saine et l'activité physique a été soulignée, de même que l'importance de promouvoir l'allaitement maternel.

229. Le Dr Luis Andrés de Francisco Serpa (Directeur du Département de la famille, de la promotion de la santé et du parcours de vie du BSP), se félicitant des progrès accomplis dans le cadre de la stratégie et du plan d'action, a noté que le nouveau Plan d'action pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent (voir paragraphes 41 à 53 ci-dessus) serait axé non seulement sur la survie des enfants au moyen d'interventions comme la vaccination mais également sur l'amélioration de leur qualité de vie et sur l'accès des enfants à l'éducation et au développement.

230. Le Conseil a pris note du rapport.

Stratégie et plan d'action sur le changement climatique : rapport final (document CD56/INF/16)

231. M. Carlos Gallinal Cuenca (représentant du Comité exécutif) a déclaré que le Comité exécutif avait été informé que les États Membres avaient fait des progrès importants sur tous les axes stratégiques d'intervention de la stratégie et du plan d'action et que, dans certains cas, ils avaient dépassé les cibles du plan d'action. Afin de préserver les acquis, il avait été recommandé que les États Membres renforcent les capacités des ministères de la Santé et continuent d'appuyer la participation des représentants du secteur de la santé au programme mondial sur le changement climatique, identifient les vulnérabilités des systèmes de santé tout en élaborant des plans et des feuilles de route pour y remédier et formulent des propositions pour mobiliser des fonds en vue de renforcer la résilience des systèmes de santé au changement climatique et d'en atténuer les effets. Le Comité avait félicité l'OPS pour son rôle de chef de file et les efforts qu'elle déployait pour promouvoir des mesures visant à faire face aux risques que posait le changement climatique pour la santé et le bien-être. Il avait été souligné que les récents ouragans dans la Région avaient démontré l'impact que le changement climatique pouvait avoir sur les personnes, les systèmes de santé et les sociétés et avaient mis en exergue la nécessité de se préparer aux impacts futurs du changement climatique.

232. Le Conseil directeur a également félicité l'OPS pour son rôle de chef de file dans le domaine du changement climatique et a salué les progrès accomplis dans le cadre de la stratégie et du plan d'action, tout en soulignant la nécessité de poursuivre les activités en cours visant à mieux faire connaître les risques sanitaires liés au changement climatique et à renforcer la capacité des systèmes de santé à les gérer et à atténuer les effets des ouragans et autres phénomènes météorologiques extrêmes. Un certain nombre de délégués ont décrit les mesures prises par leurs pays dans le cadre des quatre axes stratégiques d'intervention du plan d'action, notamment l'élaboration de politiques et de plans d'action nationaux, la recherche visant à produire des données épidémiologiques sur les effets du changement climatique sur la santé, les activités de sensibilisation et de formation destinées au personnel et aux responsables de la santé, l'exécution de projets d'établissements de santé « intelligents » et d'autres mesures visant à améliorer la résilience des systèmes de santé et la promotion des partenariats avec d'autres secteurs. Les délégués ont exprimé leur soutien aux recommandations d'action future énoncées dans le rapport et ont appelé à l'élaboration d'une nouvelle stratégie régionale, alignée sur la Stratégie mondiale de l'OMS sur la santé, l'environnement et le changement climatique (voir les paragraphes 157 à 169 ci-dessus).

233. Le Dr Marcos Espinal (Directeur du Département des maladies transmissibles et des déterminants environnementaux de la santé du BSP) a déclaré que le Bureau élaborerait une stratégie régionale après l'approbation de la Stratégie mondiale de l'OMS et continuerait d'appuyer les États Membres dans leurs efforts pour faire face aux effets du changement climatique sur la santé.

234. La Directrice, notant que la question du changement climatique avait acquis une importance considérable ces dernières années, a affirmé que le Bureau continuerait de travailler avec l'OMS à la formulation de la Stratégie mondiale et élaborerait ensuite une stratégie et un plan d'action pour répondre aux besoins spécifiques de la Région.

235. Le Conseil a pris note du rapport.

Stratégie et plan d'action sur la cybersanté : rapport final (document CD56/INF/17)

236. M. Carlos Gallinal Cuenca (représentant du Comité exécutif) a expliqué que le Comité avait été informé que le nombre de pays dotés de stratégies nationales de cybersanté avait augmenté de 50 % au cours de la période couverte par la stratégie et le plan d'action et que 25 pays étaient en train d'élaborer des stratégies pour le développement de la cybersanté. En outre, 16 pays avaient déclaré utiliser mHealth pour la surveillance et le suivi, 9 disposaient de systèmes électroniques d'informations sur la santé et 17 offraient des services de téléradiologie. Néanmoins, des défis subsistaient, notamment le manque d'intégration et d'interopérabilité entre les systèmes sanitaires, organisationnels et technologiques. Les délégués avaient reconnu la valeur de la cybersanté en tant qu'outil permettant d'améliorer la santé des populations, de renforcer la capacité nationale de promotion de la santé et de prévenir les maladies non transmissibles, et avaient demandé au BSP d'apporter un soutien continu dans les

domaines de l'évaluation technologique, du renforcement des capacités, de l'interopérabilité, et du suivi et du contrôle des déterminants de la santé.

237. Au cours de l'examen du rapport par le Conseil, les délégués se sont félicités des progrès accomplis et ont remercié le BSP pour son appui au renforcement des systèmes d'information sanitaires dans la Région. Ils ont noté l'utilité de ressources telles que la plate-forme régionale de cybersanté, le laboratoire de cybersanté et le campus virtuel pour la santé publique et ont exprimé leur engagement envers l'initiative sur les Systèmes d'information pour la santé (IS4H). Les délégués ont décrit les progrès réalisés par leurs pays dans des domaines tels que la collecte de données, la mise en place de plates-formes Web, de registres/centres de données et de cadres de formation, la création de dossiers de santé électroniques et d'hôpitaux numériques, l'utilisation de la technologie mobile pour la fourniture de services de santé et la promotion de la santé, ainsi que le développement de logiciels. Ils ont également recensé les domaines à renforcer, notamment les cadres conceptuels, le renforcement des capacités, les infrastructures, l'interopérabilité des systèmes d'information et le financement de solutions d'information durables.

238. L'accent a été mis sur la nécessité d'un suivi et d'une évaluation de l'accès, de la couverture et de l'utilisation des services de santé en ligne, ainsi que d'une évaluation des technologies et d'une analyse coûts-avantages à l'appui des décisions d'investissement fondées sur des données probantes. L'importance des cadres réglementaires pour assurer la protection des données personnelles a également été mise en exergue.

239. Le Dr Francisco Becerra Posada (Directeur par intérim du Département des données probantes et des renseignements pour l'action dans le domaine de la santé du BSP) a félicité les États Membres pour leurs succès dans le domaine de la cybersanté. Il a affirmé que la cybersanté offrait un grand potentiel. Toutefois, il s'agissait d'un domaine complexe et, en l'absence d'un cadre réglementaire national approprié, il pourrait s'avérer difficile de développer ce potentiel. La gouvernance et les cadres stratégiques nationaux étaient essentiels, dans la mesure où la cybersanté impliquait la gestion de grandes quantités de données personnelles. Dans le même temps, cependant, une politique ouverte en matière de données était nécessaire pour s'assurer que les données épidémiologiques puissent être consultées et analysées. S'agissant de l'initiative IS4H, il a noté que le Bureau avait collaboré avec les États Membres à l'élaboration d'un cadre conceptuel et fourni un appui technique pour permettre aux pays de procéder à une auto-évaluation de leurs systèmes d'information de la santé afin d'identifier les domaines à renforcer.

240. L'évaluation des technologies de la santé était incontestablement importante pour déterminer quelles technologies pourraient avoir le plus grand impact et mériteraient des investissements majeurs. Par l'intermédiaire du Réseau d'évaluation des technologies de la santé pour les Amériques, les États Membres pourraient obtenir des orientations sur la biotechnologie, y compris des informations sur les coûts, les avantages, les distributeurs et d'autres questions pertinentes, telles que les besoins de maintenance.

241. La Directrice a également félicité les États Membres pour les résultats obtenus dans le cadre du plan d'action. Elle a toutefois estimé que la Région n'avait pas pleinement exploité les avantages qui pouvaient être tirés de la cybersanté en termes de fonctions essentielles de santé publique, d'expansion des services et d'amélioration de la qualité des soins. Il était clair que la Région devait accélérer le rythme de la mise en œuvre et utiliser plus efficacement la technologie disponible. Il était important de ne pas sans cesse réinventer la roue, mais plutôt d'exploiter la vaste palette de connaissances et d'expérience qui existaient déjà dans la Région et d'élaborer une approche qui permettrait à tous les pays d'utiliser efficacement les technologies de cybersanté.

242. Le Conseil a pris note du rapport.

Stratégie et plan d'action sur la gestion des connaissances et la communication : rapport final (document CD56/INF/18)

243. M. Carlos Gallinal Cuenca (représentant du Comité exécutif) a expliqué que le Comité avait été informé que la plupart des cibles avaient été atteintes dans le cadre de la stratégie et du plan d'action. Le nombre d'États dotés de politiques ou de programmes connexes avait augmenté et le campus virtuel pour la santé publique avait été adopté comme plate-forme d'apprentissage en ligne par 18 États Membres. Le programme Hinari d'accès à la recherche pour la santé et la bibliothèque virtuelle de la santé avaient également été adoptés comme plateformes par de nombreux États Membres, et des bases de données telles que LILACS et MEDLINE étaient disponibles via la plateforme de la bibliothèque virtuelle de santé. Les États Membres avaient été encouragés à poursuivre leurs efforts pour faire de la gestion des connaissances, de l'accès à l'information et de la communication en matière de santé des éléments clés de leurs politiques, programmes et pratiques.

244. Au cours du débat qui a suivi, les délégués se sont félicités des progrès réalisés et ont exprimé leur soutien aux recommandations d'action future. Ils ont décrit les progrès de leurs pays en matière de gestion des connaissances et de communication et les défis auxquels ils étaient confrontés, en particulier le caractère limité des ressources. Ils ont également souligné la nécessité de continuer à travailler pour atteindre les objectifs de la stratégie. Le projet du Bureau de lancer un portail régional avec des profils de pays a été accueilli favorablement. Il a été estimé que ce portail faciliterait le partage d'informations précieuses et permettrait aux pays de tirer parti des enseignements tirés. La nécessité de poursuivre les efforts visant à réduire les obstacles à l'accès à la technologie et à développer la capacité des ressources humaines d'utiliser efficacement les données a été mise en exergue. Il a été demandé au Bureau d'expliquer pourquoi l'indicateur 1.2.1 (« L'OPS disposera d'un comité consultatif technique en matière de gestion des connaissances et de communication ») n'avait pas été atteint et d'indiquer quand ce comité serait créé.

245. Le Dr Isabella Danel (Directrice adjointe du BSP) a remercié les États Membres pour le travail accompli au cours des six années précédentes, qui avait contribué à la réalisation de bon nombre des objectifs et cibles du plan d'action. Elle a noté que la

promotion du transfert et du partage des connaissances était incluse dans les ODD ; par conséquent, les travaux dans ce domaine devaient se poursuivre et se poursuivraient. Vivre à l'ère de l'information signifiait que les autorités sanitaires étaient inondées d'informations et qu'il est nécessaire de séparer le blé de l'ivraie afin que les décideurs disposent des bonnes informations pour assurer les meilleurs résultats et l'utilisation la plus efficace des ressources. S'agissant de l'indicateur 1.2.1, elle a noté que des discussions sur la mise en place d'un comité consultatif technique étaient en cours et que des informations complémentaires seraient fournies aux États Membres en temps voulu.

246. Le Conseil a pris note du rapport.

La santé et les relations internationales : leur lien avec la gestion du développement national de la santé : rapport final (document CD56/INF/19)

247. M. Carlos Gallinal Cuenca (représentant du Comité exécutif) a indiqué que le Comité exécutif avait examiné le rapport final, qui résumait les principales mesures prises par le Bureau pour renforcer la capacité des équipes nationales de santé à tirer de meilleurs résultats de la coopération internationale. Les délégués s'étaient félicités des efforts déployés par l'Organisation pour aider à renforcer les bureaux des relations internationales dans le domaine de la santé (ORIS, par son sigle en espagnol) et l'avaient exhortée à poursuivre ces efforts. Les délégués avaient également souligné la nécessité de continuer à renforcer les capacités en matière de diplomatie sanitaire, de gestion de la coopération internationale et de participation à la gouvernance mondiale de la santé. L'importance de systématiser et de partager les expériences réussies et les meilleures pratiques dans ces domaines avait été soulignée. Le Bureau avait été instamment prié de continuer à soutenir la coopération technique entre les pays et de travailler avec ORIS pour identifier les domaines dans lesquels cette coopération pourrait être la plus bénéfique.

248. Lors de l'examen du rapport par le Conseil, les délégués ont reconnu l'importance de la coopération internationale en tant que facteur contribuant à la fois au développement de la santé à l'échelle nationale et à la mise en œuvre effective des engagements internationaux en matière de santé. Les activités entreprises pour promouvoir cette coopération ont été saluées, en particulier les mesures prises pour promouvoir la coopération entre les pays et pour renforcer les bureaux des relations internationales en matière de santé. Il a été souligné que ces bureaux jouaient un rôle clé dans la mise en œuvre des engagements internationaux, mais qu'ils étaient également informés de la situation au niveau national et étaient donc bien placés pour identifier les domaines prioritaires dans lesquels des projets de coopération Sud-Sud pouvaient apporter une valeur ajoutée tout en évitant les doublons avec d'autres initiatives de collaboration. Le Bureau a été encouragé à continuer de renforcer ORIS. À cet égard, les délégués se sont félicités de la mise en place d'une communauté de pratique virtuelle et ont exprimé la volonté de leurs gouvernements de partager leurs expériences et leurs meilleures pratiques.

249. M. Alberto Kleiman (Directeur du Département des relations extérieures, des partenariats et de la mobilisation des ressources du BSP) a assuré le Conseil que le Bureau continuerait à travailler avec les pays pour renforcer leurs bureaux des relations internationales en matière de santé. L'un des principaux objectifs des travaux entrepris était de donner aux bureaux l'occasion de partager leurs expériences, et le Bureau s'engageait à leur permettre de continuer à le faire grâce à la communauté de pratique virtuelle.

250. La Directrice a affirmé que le Bureau continuerait d'offrir des possibilités de renforcement des capacités au personnel du ministère de la Santé chargé des relations internationales en matière de santé. Il poursuivrait et renforcerait également les programmes de coopération Sud-Sud pour le développement de la santé à l'échelle nationale et créerait et maintiendrait des plateformes d'échange d'informations dans le cadre d'ORIS.

251. Le Conseil a pris note du rapport.

Institutions nationales associées à l'OPS en matière de coopération technique : rapport final (document CD56/INF/20)

252. M. Carlos Gallinal Cuenca (représentant du Comité exécutif) a déclaré qu'il avait été rappelé au Comité en juin que l'Organisation collaborait depuis longtemps avec des institutions nationales dans divers secteurs, notamment avec des groupes de réflexion, des établissements universitaires et des organisations de la société civile. Ces relations avaient enrichi les processus de consultation menés dans les pays pour la formulation de stratégies de coopération avec les pays et avaient facilité la diffusion et l'application des politiques, normes et règles de santé publique. Le Comité avait également été informé que le Bureau restait déterminé à travailler avec les institutions nationales dans le Cadre de coopération avec les acteurs non étatiques.

253. Au cours du débat qui a suivi, la proposition dans le rapport de mettre fin aux mandats énoncés dans la résolution CD50.R13 relatifs aux institutions nationales associées à l'OPS pour la coopération technique a été soutenue. Le *Cadre de coopération avec les acteurs non étatiques* et le réseau des centres collaborateurs ont été considérés comme des mécanismes plus actuels pour promouvoir la coopération technique. Le Bureau a été instamment prié de promouvoir le renforcement des centres collaborateurs, en utilisant les capacités développées par les institutions nationales, et d'améliorer la communication avec les bureaux de pays et les autorités sanitaires nationales au sujet des programmes de travail avec les centres collaborateurs afin d'avoir un effet catalyseur sur la coopération.

254. Mme Ana Solís Treasure (Chef du Bureau de la coordination avec les pays et infrarégionale du BSP) a déclaré qu'il était clair que la coopération du Bureau avec les institutions nationales était désormais guidée par de nouveaux mandats et qu'il continuerait à s'efforcer de renforcer ses activités avec les centres collaborateurs.

255. Le Conseil a approuvé la proposition visant à mettre fin aux mandats figurant dans la résolution CD50.R13.

Bioéthique : vers l'intégration de l'éthique dans la santé : rapport final (document CD56/INF/21)

256. M. Carlos Gallinal Cuenca (représentant du Comité exécutif) a indiqué que le Comité exécutif avait été informé que les États Membres avaient accompli des progrès remarquables dans l'intégration de l'éthique dans la santé, en particulier dans deux domaines prioritaires : l'éthique dans la recherche et l'éthique en santé publique. Entre autres réalisations, les pays avaient élaboré des cadres normatifs et renforcé leur capacité à procéder à des évaluations éthiques approfondies et efficaces de la recherche avec des sujets humains. Le Bureau avait appuyé ces efforts en fournissant des orientations détaillées en matière d'éthique, ainsi que des conseils pratiques et des ressources pour faciliter les évaluations éthiques. Au cours de l'examen du rapport par le Comité, il avait été suggéré de formuler des recommandations plus précises pour renforcer les systèmes d'éthique de la recherche, notamment en promulguant des lois et des règlements appropriés et en formulant des lignes directrices, en renforçant la capacité des comités d'éthique de la recherche aux niveaux local et national, en renforçant les mécanismes de surveillance de la conformité et en formant les chercheurs en éthique de la recherche.

257. Au cours du débat du Conseil sur le rapport, les délégués ont remercié le Bureau pour son travail dans le domaine de la bioéthique et ont exprimé leur soutien aux recommandations concernant les mesures à prendre pour continuer à renforcer les systèmes d'éthique de la recherche et à intégrer l'éthique dans les activités et les processus décisionnels en santé publique. Les délégués ont affirmé l'importance des évaluations éthiques afin de protéger les droits des sujets humains de la recherche et se sont félicités du développement de la plateforme en ligne ProEthos. Il a été souligné que les évaluations éthiques ne devraient pas être considérées comme un obstacle à la recherche, mais plutôt comme un impératif social qui assurait la protection des sujets humains et renforçait le processus de recherche.

258. L'importance des évaluations éthiques en milieu clinique a également été mise en exergue. Il a été souligné que les comités d'évaluation éthique des hôpitaux fournissaient une aide précieuse à la prise de décisions sur des questions cliniques et biomédicales complexes et pouvaient aider à résoudre les conflits qui pourraient survenir entre les professionnels de la santé et les patients et leur famille. Plusieurs délégués ont souligné le caractère intersectoriel de la bioéthique, notant qu'elle pouvait contribuer à la prise de décisions éthiques et à la formulation de politiques publiques solides non seulement dans le domaine de la santé mais aussi dans celui de la science et la technologie, de l'environnement, du droit, des droits de l'homme et dans d'autres domaines.

259. Le Dr James Fitzgerald (Directeur du Département des systèmes et services de santé du BSP) a félicité les États Membres pour les progrès considérables accomplis en matière de bioéthique depuis l'adoption du document de réflexion sur le sujet (document CSP28/14, Rev. 1) en 2012, notant que des progrès majeurs avaient été réalisés dans la

préparation et l'adaptation des directives et cadres juridiques et dans le renforcement des capacités des comités d'éthique. Il restait toutefois des défis à relever pour ce qui était du renforcement des cadres réglementaires et normatifs, de l'élaboration de normes et de directives et de la poursuite du renforcement de la capacité des ressources humaines à traiter les questions éthiques non seulement dans les domaines de la recherche et de la pratique clinique, mais aussi de la santé publique, où l'on constatait une augmentation des défis liés à des questions telles que la privatisation des systèmes de santé et l'allocation de ressources limitées.

260. Le Conseil directeur a pris note du rapport.

Rapports d'avancement sur les questions techniques (document CD56/INF/22)

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

261. M. Carlos Gallinal Cuenca (représentant du Comité exécutif) a expliqué que les Membres du Comité exécutif avaient réaffirmé leur appui à la stratégie et au plan d'action et s'étaient félicités des progrès accomplis dans la réalisation des cibles et objectifs, tout en reconnaissant la nécessité de poursuivre les efforts pour s'attaquer au problème de la violence faite aux femmes et y mettre fin. Les délégués avaient également exprimé leur soutien aux actions proposées dans le rapport pour améliorer la situation. L'importance des activités portant sur le recoupement des diverses formes de violence, en particulier, avait été reconnue. Plusieurs délégués avaient noté que la violence faite aux femmes était un problème complexe et multifactoriel et avaient souligné la nécessité d'approches multisectorielles et multidisciplinaires.

262. Au cours du débat qui a suivi, les délégués ont réaffirmé l'engagement de leurs gouvernements à réduire et à prévenir la violence faite aux femmes. L'importance de la collaboration multisectorielle pour s'attaquer au problème a été mise en avant. Tout en reconnaissant la nécessité de prendre d'urgence des mesures pour lutter contre la violence faite aux femmes, il a été souligné que la violence était l'une des principales causes de décès chez les hommes et les garçons dans la Région, et le Bureau a été instamment prié d'élaborer des stratégies pour aider les pays à lutter contre ce phénomène.

263. Compte tenu de l'importance du suivi des effets spécifiques de la violence à l'égard des adolescentes, le Bureau a été encouragé à inclure des données ventilées par âge dans les futurs rapports d'avancement et à aider les États Membres à renforcer leurs capacités pour cette ventilation des données. Il a également été instamment prié d'appuyer la recherche opérationnelle qui permettrait d'identifier les interventions efficaces, en particulier dans le domaine de la prévention primaire, et de diffuser les informations sur les expériences couronnées de succès et les meilleures pratiques.

264. Le Dr Anselm Hennis (Directeur du Département des maladies non transmissibles et de la santé mentale du BSP), rappelant que les Amériques avaient été la première Région de l'OMS où les autorités sanitaires avaient avalisé une stratégie et un plan

d'action sur la violence faite aux femmes, a déclaré que, même si des progrès considérables avaient été accomplis, des difficultés subsistaient, notamment en ce qui concernait la qualité et la disponibilité des données. Comme cela avait été noté au cours du débat, il était également nécessaire de renforcer la capacité de désagrégation des données. Le Bureau continuerait d'apporter son soutien aux États Membres dans ces domaines.

265. Le Conseil a pris note du rapport.

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

266. M. Carlos Gallinal Cuenca (représentant du Comité exécutif) a déclaré que les membres du Comité exécutif étaient convenus que la lutte contre l'obésité chez les enfants et les adolescents était une priorité de santé publique et avaient souligné qu'une action multisectorielle et le partage des expériences couronnées de succès étaient nécessaires. Il a été souligné que, même si des progrès satisfaisants avaient été accomplis sur certains indicateurs du plan d'action, très peu de progrès avaient été réalisés sur d'autres. La nécessité pour tous les États Membres de s'engager à atteindre les cibles et objectifs du plan avait été soulignée. Les délégués avaient également insisté sur la nécessité de lier les activités envisagées dans le plan d'action au *Plan d'action mondial de l'OMS sur l'activité physique et la santé 2018-2030* récemment adopté et aux efforts déployés pour lutter contre les maladies non transmissibles.

267. Lors du débat du Conseil sur le rapport d'avancement, les délégués ont affirmé que la surcharge pondérale et l'obésité chez les enfants et les adolescents constituaient un problème de santé publique urgent, qui contribuait à l'épidémie croissante de maladies non transmissibles. Les délégués ont reconnu la nécessité de disposer d'approches multisectorielles visant à promouvoir une alimentation saine et l'activité physique et à créer des environnements qui favorisaient et protégeaient la santé. Un délégué s'est dit préoccupé par l'accent mis dans le rapport d'avancement sur la taxation des boissons sucrées et des produits à forte teneur calorique, notant que les preuves de l'impact de cette taxation sur la santé n'étaient pas concluantes. Il a instamment prié le Bureau de fournir de meilleures orientations sur les interventions dont l'efficacité avait été démontrée. D'autres délégués ont indiqué que des mesures telles que les taxes sur les boissons sucrées et les aliments riches en calories, les restrictions sur la publicité de ces aliments et boissons et l'interdiction de vendre ou de servir des boissons sucrées dans les écoles avaient donné des résultats tangibles dans leurs pays.

268. Le Dr Anselm Hennis (Directeur, Département des maladies non transmissibles et de la santé mentale du BSP) a fait observer que l'obésité des enfants constituait une menace existentielle pour la société. En effet, pour la première fois dans l'histoire, la génération actuelle d'enfants et d'adolescents courait le risque d'avoir une vie plus courte et en moins bonne santé que leurs parents. Il s'est félicité des exemples d'interventions réussies mentionnés par les délégués, notant que, certes la promotion de la santé et l'éducation en matière de santé étaient incontestablement importantes, mais que la

réglementation et la reformulation des produits avaient également un rôle à jouer dans l'intérêt de la santé publique. Bien que le choix de ce que l'on mange et de ce que l'on boit soit un choix individuel, les gouvernements avaient la responsabilité de créer des environnements dans lesquels le choix sain était le choix facile.

269. Le Conseil a pris note du rapport.

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

270. M. Carlos Gallinal Cuenca (représentant du Comité exécutif) a indiqué qu'il avait été rappelé au Comité qu'il ne restait que trois ans pour atteindre les objectifs convenus par les États Membres dans le cadre de la stratégie et du plan d'action. Le Comité avait également été informé que 80 % de la population de la Région vivait actuellement dans des zones urbaines et que cette proportion devrait passer à 85 % d'ici à 2030. Il avait été souligné que des efforts multisectoriels étaient nécessaires pour que la planification urbaine soit respectueuse de la santé.

271. Au cours du débat qui a suivi, les délégués se sont félicités des progrès accomplis à ce jour dans la réalisation des objectifs de la stratégie et du plan d'action et ont exprimé leur soutien aux recommandations concernant les actions futures. Les délégués sont convenus qu'un effort multisectoriel concerté était essentiel pour traiter des déterminants de la santé et promouvoir et améliorer la santé dans les zones urbaines. La nécessité d'agir au niveau local a été soulignée de même que la capacité des administrations locales à promouvoir l'action multisectorielle et la participation des communautés. L'importance du partage des connaissances et des informations sur les meilleures pratiques a été mise en exergue. Il a été souligné que les réseaux de villes et de municipalités dans le domaine de la santé pourraient être un véhicule pour un tel partage d'informations.

272. Le Dr Luis Andrés de Francisco Serpa (Directeur du Département de la famille, de la promotion de la santé et du parcours de vie du BSP) a déclaré qu'il était clairement important de placer les personnes et les communautés au centre de la planification urbaine. Il était également important de promouvoir le leadership local et la participation des communautés, comme cela avait été noté au cours de la discussion. Il a souligné que les réseaux régionaux de villes et de maires contribuaient à stimuler la discussion et la participation au niveau local et à créer des environnements urbains qui ne soient pas seulement adaptés à l'âge ou aux enfants, mais qui favorisaient la santé des habitants de tous âges.

273. Le Conseil a pris note du rapport.

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

274. Mr. Carlos Gallinal Cuenca (représentant du Comité exécutif) a expliqué que les membres du Comité étaient convenus que la résistance aux antimicrobiens chez l'homme comme chez l'animal constituait une menace importante pour la santé publique et avaient

affirmé l'importance d'une approche multisectorielle « Une seule Santé »⁸ de la question. Ils étaient également convenus qu'il était important de promouvoir l'utilisation appropriée des antibiotiques en santé humaine et animale et de mettre fin à la vente de ces médicaments sans ordonnance, en soulignant la nécessité d'une coopération intersectorielle entre les secteurs de la santé et de l'agriculture, la collaboration entre les organisations internationales spécialisées, la surveillance de la résistance antimicrobienne, la formation du personnel de la santé et les efforts conjoints en matière de recherche, de développement de vaccins et de méthodes diagnostiques.

275. Le Conseil a accueilli le rapport avec satisfaction et a félicité le BSP pour son leadership dans la lutte contre la résistance aux antimicrobiens. Les délégués sont convenus que la résistance aux antimicrobiens constituait une menace importante pour la santé publique, comme l'illustre l'émergence de maladies et d'infections multirésistantes. Décrivant les progrès réalisés par leurs pays dans la mise en œuvre du plan d'action, les délégués ont réaffirmé l'importance d'une approche multisectorielle « Une seule Santé » comme étant le moyen le plus prometteur de s'attaquer à cette question sanitaire complexe et critique. Il a été souligné que les mesures visant à réduire la résistance aux antimicrobiens rendraient les systèmes de santé plus forts et plus résistants et augmenteraient la probabilité d'atteindre les Objectifs de développement durable. Un consensus s'est dégagé sur la nécessité d'une plus grande surveillance de la résistance aux antimicrobiens, et de plus de collaboration entre les secteurs de la santé et de l'agriculture ainsi que sur la nécessité de mettre en œuvre des plans nationaux pour l'utilisation rationnelle des antimicrobiens. L'augmentation des capacités d'analyse et de diagnostic en laboratoire, l'harmonisation de la réglementation pharmaceutique, l'éducation et la communication sur l'utilisation appropriée des antibiotiques et la prévention des infections, ainsi que l'augmentation des ressources humaines et financières ont été jugées essentielles.

276. Le Dr Marcos Espinal (Directeur du Département des maladies transmissibles et des déterminants environnementaux de la santé du BSP) a souligné l'importance de s'attaquer à la résistance aux antimicrobiens afin de préserver l'efficacité des antibiotiques appartenant encore à l'arsenal médical. La lutte contre la résistance aux antimicrobiens exigeait la mise en œuvre de plans d'action nationaux solides alignés sur les plans régionaux et mondiaux. Ces plans devaient être vastes et intersectoriels. La collaboration avec les secteurs de l'agriculture et de la santé animale était cruciale. Soulignant l'étroite collaboration entre le Centre panaméricain de lutte contre la fièvre aphteuse (PANAFTOSA), l'Organisation mondiale de la santé animale (OIE) et l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO) sur la résistance aux antimicrobiens, le Dr Espinal a ajouté que le BSP avait renforcé son

⁸ Le concept « Une seule santé » synthétise la notion que la santé humaine, la santé animale et la santé environnementale ne font qu'un. C'est une approche collaborative, multisectorielle et multidisciplinaire, aux niveaux local, régional, national et mondial, dont le but est l'obtention de résultats sanitaires optimaux et qui reconnaît la corrélation étroite entre personnes, animaux et plantes et l'environnement qu'ils partagent. L'approche « Une seule santé » est essentielle car 6 maladies infectieuses sur 10 chez l'homme sont transmises par des animaux.

équipe de lutte contre la résistance aux antimicrobiens au siège pour inclure des experts en surveillance, laboratoires et formation. L'équipe travaillait en étroite collaboration avec le Département des systèmes et des services de santé dans le domaine de la réglementation.

277. La Directrice a déclaré que la résistance aux antimicrobiens était une catastrophe en devenir. Il ne suffisait pas de disposer de plans nationaux sur cette question. Une action urgente était nécessaire pour assurer une approche « Une seule Santé », l'éducation des communautés, le renforcement des capacités, l'investissement dans la technologie, la détection précoce de la résistance et autres mesures nécessaires. Il était également essentiel que les gouvernements appliquent la réglementation. Le Bureau était prêt à soutenir les États Membres, mais c'était aux États Membres eux-mêmes de prendre l'initiative pour s'attaquer au problème.

278. Le Conseil a pris note du rapport.

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

279. M. Carlos Gallinal Cuenca (représentant du Comité exécutif) a déclaré que des progrès importants avaient été accomplis dans la réalisation des objectifs du plan d'action et dans la mise en œuvre de l'initiative « Élimination de la transmission mère-enfant Plus » et la promotion du dépistage universel des dons de sang. Les délégués s'étaient félicités des progrès accomplis dans l'élargissement de la couverture vaccinale contre l'hépatite B et avaient salué l'appui du Bureau à l'introduction d'une dose du vaccin à la naissance. Ils avaient encouragé le soutien des stratégies fondées sur des données probantes pour la prévention, le traitement et le contrôle de l'hépatite virale et pour le renforcement des capacités des pays en matière d'élaboration et d'utilisation d'informations stratégiques et d'analyses coût-efficacité dans la prise de décisions. Le prix élevé des antiviraux avait été identifié comme une préoccupation majeure et les délégués avaient demandé instamment la promotion d'un accès équitable aux médicaments pour tous.

280. Au cours du débat du Conseil sur le rapport, les délégués se sont félicités des progrès accomplis par la Région sur le plan de l'élimination de l'hépatite virale en tant que menace pour la santé publique et ont remercié le Bureau des efforts qu'il déploie pour aider les États Membres à mettre en œuvre des stratégies de prévention, de traitement et de lutte contre cette maladie, fondées sur des données probantes. Ils ont appelé à un engagement politique accru de la part des gouvernements et ont souligné la nécessité d'une amélioration des systèmes de dépistage et d'information, de la vaccination et de l'attention portée aux populations spécifiques, d'un élargissement des services fournis aux personnes atteintes d'hépatite B et C et d'une baisse des prix des médicaments contre l'hépatite. Un délégué a souligné le rôle du secteur privé dans la recherche et le développement, soulignant la nécessité de faire respecter les droits de propriété intellectuelle, qui avaient constitué un outil puissant pour le développement des traitements existants.

281. Le Dr Marcos Espinal (Directeur du Département des maladies transmissibles et des déterminants environnementaux de la santé du BSP), affirmant que l'hépatite virale était guérissable et que toutes les personnes touchées devraient avoir accès à un traitement, a expliqué que le BSP collaborait avec les pays pour réduire le prix des médicaments antiviraux. Il a également souligné l'importance de l'engagement politique en faveur de l'élimination de l'hépatite virale en tant que problème de santé publique, notant que le financement des activités liées à l'hépatite par les donateurs était très limité et que la majorité du financement devait donc provenir des budgets nationaux.

282. La Directrice a jugé encourageants les progrès réalisés par les États Membres en ce qui concernait l'hépatite virale. Soulignant la nécessité de travailler à la fois sur la prévention et l'accès aux traitements, elle a rappelé l'importance des négociations en cours pour réduire le prix des médicaments contre l'hépatite C et s'est engagée à ce que le Bureau veille à ce que tous les États Membres aient accès aux médicaments au prix négocié.

283. Le Conseil a pris note du rapport.

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

284. M. Carlos Gallinal Cuenca (représentant du Comité exécutif) a indiqué que le Comité s'était félicité des progrès importants réalisés par la Région en matière de prévention et de lutte contre la tuberculose, tout en reconnaissant qu'il fallait faire davantage pour atteindre l'objectif fixé pour 2019. Les délégués avaient souligné la nécessité d'une action multisectorielle, de stratégies fondées sur des données probantes, d'un diagnostic et d'un traitement précoces et d'une priorisation du traitement préventif de la tuberculose et du dépistage des cas de tuberculose. Les délégués avaient exprimé l'espoir que la toute première réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur l'éradication de la tuberculose galvaniserait l'action visant à éliminer cette maladie aux niveaux mondial et régional.

285. Au cours du débat qui a suivi, les délégués ont félicité le BSP pour ses efforts et son leadership en matière de prévention et de contrôle de la tuberculose. Ils ont toutefois reconnu que plus de progrès étaient nécessaires pour atteindre les objectifs du plan d'action. La nécessité d'améliorer le diagnostic grâce au renforcement des capacités des laboratoires a été soulignée, de même que la nécessité d'une approche multidisciplinaire fondée sur des données probantes. Notant que les questions structurelles constituaient le principal obstacle à la prévention et au contrôle de la tuberculose, plusieurs délégués ont appelé à des stratégies nationales, à l'allocation de ressources supplémentaires et à un engagement politique renforcé. L'importance de partager les stratégies couronnées de succès a été soulignée. Les délégués se sont déclarés préoccupés par la multirésistance et ont souligné la nécessité d'un traitement strictement supervisé et d'un suivi de l'observance du traitement. La nécessité d'intensifier le traitement préventif de la tuberculose, le dépistage des cas et le suivi a également été soulignée. Rappelant que les populations en situation de vulnérabilité étaient particulièrement touchées par la

tuberculose, les délégués ont souligné la nécessité de renforcer les activités dans les zones vulnérables, de cibler la communication et le traitement en fonction des besoins de ces groupes et de lutter contre la stigmatisation qui décourageait les personnes atteintes de tuberculose au moment de rechercher un diagnostic et un traitement.

286. Pour la réponse du Dr Marcos Espinal (Directeur du Département des maladies transmissibles et des déterminants environnementaux de la santé du BSP) aux observations sur les plans d'action contre la tuberculose, le VIH, les infections sexuellement transmissibles et le paludisme, voir les paragraphes 292 et 293 ci-après.

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

287. M. Carlos Gallinal Cuenca (représentant du Comité exécutif) a déclaré que les Membres du Comité s'étaient félicités des progrès réalisés sur le plan de la prévention et de la lutte contre le VIH et les infections sexuellement transmissibles (IST). Dans le même temps, il avait été souligné que des progrès limités avaient été accomplis dans la réalisation des cibles en matière de dépistage et de couverture de traitement du VIH et des IST, en particulier parmi les populations vulnérables. Compte tenu de l'inquiétude suscitée par la pharmacorésistance primaire, l'accent mis par l'OPS sur la surveillance et la réduction au minimum de la résistance du VIH avait été accueilli favorablement. Les délégués avaient également félicité l'OPS pour son rôle de chef de file dans l'initiative mondiale en faveur de la double élimination de la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis et avaient salué le succès de six membres qui étaient parvenus à l'éliminer. Toutefois, il avait été souligné que la pénurie de pénicilline benzathine entravait la poursuite des progrès. Une couverture plus large du dépistage et de la prophylaxie du VIH et des IST avait été jugée nécessaire, ainsi que des efforts accrus pour répondre aux besoins des populations vulnérables, notamment les travailleurs/travailleuses du sexe et les personnes lesbiennes, gay, bisexuelles, trans et intersexuelles.

288. Au cours du débat du Conseil sur le rapport intérimaire, les délégués se sont félicités du caractère complet du plan d'action, notant que les éléments clés de son succès étaient le maintien de l'engagement politique en faveur de la prévention et de la lutte contre le VIH/sida et les IST, le renforcement de la prévention et du suivi, les soins axés sur le patient et l'adoption de stratégies de traitement différenciées. Un délégué a salué l'accent mis dans le plan d'action sur la planification stratégique et la gouvernance, en particulier en ce qui concernait l'élaboration de plans de lutte contre le VIH et les IST et l'actualisation des directives nationales de traitement pour les aligner sur les normes mondiales les plus récentes. Un autre délégué a souligné l'importance des systèmes d'information et de données sanitaires dans la surveillance du VIH et des IST. Un consensus s'est dégagé sur l'importance du dépistage du VIH et des IST, en particulier dans les populations clés, et sur les efforts visant à améliorer la communication en tirant parti des nouvelles technologies de communication. Les délégués ont appelé à l'utilisation du Fonds stratégique pour assurer la disponibilité des médicaments, notant les défis actuels occasionnés par l'augmentation de la résistance aux antimicrobiens du VIH et des IST et la pénurie mondiale de pénicilline benzathine.

289. Pour la réponse du Dr Marcos Espinal (Directeur du Département des maladies transmissibles et des déterminants environnementaux de la santé du BSP) aux observations sur les plans d'action contre la tuberculose, le VIH, les infections sexuellement transmissibles et le paludisme, voir les paragraphes 292 et 293 ci-après.

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

290. M. Carlos Gallinal Cuenca (représentant du Comité exécutif) a expliqué que le Comité exécutif avait été informé qu'un pays de la Région, le Paraguay, avait réussi à éliminer le paludisme et que 18 autres pays seraient en mesure de le faire dans un avenir proche. Lors du débat du Comité sur l'examen à mi-parcours, le Paraguay avait été félicité pour son succès et les États Membres avaient été instamment priés de poursuivre leurs efforts pour appliquer le plan d'action. Un délégué s'était dit préoccupé par la forte augmentation du nombre de cas de paludisme et de décès dans un sous-groupe de pays de la Région et avait demandé une augmentation de leurs engagements en matière de ressources intérieures pour l'élimination du paludisme afin d'inverser cette tendance inquiétante.

291. Au cours de l'examen du rapport par le Conseil, les délégués ont salué les progrès accomplis dans la mise en œuvre du plan d'action et ont félicité le Paraguay d'avoir obtenu la certification de l'élimination du paludisme. Néanmoins, il a été reconnu que l'élimination du paludisme n'était pas une tâche facile et qu'elle ne pouvait être réalisée à l'échelle régionale que si tous les pays touchés collaboraient. Les faiblesses structurelles des programmes de lutte contre le paludisme et le manque de ressources ont été considérés comme les principaux obstacles à la réalisation des objectifs du plan d'action. Un consensus s'est dégagé sur la nécessité pour les États Membres d'accroître les ressources destinées à des activités telles que la surveillance épidémiologique dans les zones frontalières, les programmes de lutte antivectorielle dans les pays où le paludisme était endémique et les programmes visant à prévenir le rétablissement de la transmission de la maladie. L'importance de l'action multisectorielle a également été mise en exergue.

292. Le Dr Marcos Espinal (Directeur du Département des maladies transmissibles et des déterminants environnementaux de la santé du BSP) a assuré les États Membres que le BSP était déterminé à collaborer avec eux pour accélérer la prévention, le contrôle et, à terme, l'élimination de la tuberculose, du VIH et des IST, ainsi que du paludisme, de même que d'autres partenaires, notamment le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme. Le Bureau facilitait l'accès des États Membres aux médicaments, aux produits de base et aux méthodes d'analyse rapide permettant de sauver des vies par l'intermédiaire du Fonds stratégique et collaborait avec les fabricants pour remédier à la pénurie de pénicilline benzathine. En outre, les États Membres augmentaient leurs investissements nationaux pour la prévention et la lutte contre la tuberculose, le VIH, les IST et le paludisme et avaient réalisé des progrès importants. Ils étaient nombreux, par exemple, à avoir éliminé la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis. Il a rendu hommage au Dr Merceline Dahl-Regis, une héroïne de la santé publique de l'OPS, pour sa contribution à cet égard.

293. Toutefois, il restait encore beaucoup à faire. Le BCG, le vaccin le plus ancien, était toujours utilisé pour la prévention de la tuberculose parce qu'aucun autre vaccin n'était sur le marché, bien que 12 aient été testés. La recherche et le développement de nouveaux vaccins étaient donc essentiels. La tuberculose multirésistante constituait une menace grave à laquelle il fallait s'attaquer en améliorant l'accès au dépistage et au traitement rapides et en améliorant la détection des cas. En ce qui concernait l'élimination du VIH, le principal défi était d'atteindre la cible 90-90-90 et de faire en sorte que chacun ait accès au dépistage et au traitement. S'agissant du paludisme, les pays exempts de paludisme devaient rester vigilants afin de détecter tout cas importé et de prévenir la réintroduction du virus. Un autre défi consistait à assurer la viabilité financière des activités de lutte contre la maladie. Il était important de continuer à œuvrer pour éliminer dans les Amériques la tuberculose, le VIH, les IST et le paludisme, qui avaient fait tant de mal aux sociétés et aux populations de la Région.

294. Le Conseil a pris note du rapport.

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

295. M. Carlos Gallinal Cuenca (représentant du Comité exécutif) a expliqué que les membres du Comité avaient réaffirmé leur engagement à mettre en œuvre le plan d'action et exprimé leur soutien aux efforts internationaux visant à promouvoir la réduction des risques de catastrophe. L'application du Règlement sanitaire international, les partenariats avec les parties prenantes publiques et privées et la participation des populations avaient été jugés importants pour la mise en place de systèmes de santé publique durables capables de répondre efficacement aux catastrophes et aux urgences de santé publique.

296. Au cours de l'examen du rapport par le Conseil, les délégués ont remercié le Bureau de son appui dans les situations d'urgence et les catastrophes et se sont félicités des efforts qu'il déployait pour renforcer la capacité des personnes, des ménages et des communautés à atténuer les risques et à protéger la santé et la sécurité des populations. Toutefois, il a été reconnu que la pleine réalisation des objectifs du plan d'action nécessiterait l'adoption ou la modification de politiques publiques pour disposer des structures, du personnel et du budget nécessaires à une réponse adéquate.

297. Plusieurs délégués ont rappelé l'importance du Règlement sanitaire international pour la mise en place de systèmes de santé durables et résilients capables d'apporter une réponse efficace aux événements sanitaires et autres catastrophes. Un délégué a exhorté les États Membres à utiliser des outils tels que les évaluations externes conjointes du RSI (voir paragraphes 183 à 192 ci-dessus) pour aider à l'évaluation des capacités des secteurs de la santé nationaux. Un autre délégué a rappelé au BSP qu'il s'était engagé à publier des documents clés, tels qu'un guide pour la préparation d'un plan multirisques pour le secteur de la santé, afin d'aider à l'élaboration de normes et réglementations nationales pour la réduction des risques de catastrophe. L'importance de l'engagement multipartite a été soulignée, de même que la nécessité d'intégrer les considérations

d'égalité entre les sexes dans les politiques et programmes de réduction des risques de catastrophe. La nécessité de tenir compte de la santé mentale et du soutien psychosocial à la suite d'une catastrophe a également été rappelée.

298. Le Dr Ciro Ugarte (Directeur du Département des urgences sanitaires du BSP) a noté que le rapport d'avancement était un résumé d'un rapport plus complet, qui serait mis à la disposition des États Membres. Il a noté que les travaux de l'OPS concernant les catastrophes étaient liés à ses activités sur la préparation et la riposte aux épidémies et aux pandémies et a indiqué qu'une réunion régionale conjointe des chefs des organismes chargés des catastrophes et des responsables de la mise en œuvre du RSI se tiendrait au Brésil en vue d'examiner le *Plan d'action pour la réduction des risques de catastrophe* et des questions connexes, notamment l'application du Règlement sanitaire international et du *Cadre de Sendai pour la réduction des risques de catastrophe, 2015-2030*. Le projet de document sur les plans multirisques avait été achevé et serait finalisé pour publication lors d'une prochaine réunion au Honduras.

299. Il était encourageant de constater que la plupart des établissements de santé de la Région continuaient de fonctionner après des catastrophes majeures. Certes, le fonctionnement continu des hôpitaux était essentiel, mais force était de constater que le secteur de la santé contribuait au changement climatique par son empreinte carbone. Avec l'appui du Royaume-Uni, la Région avait lancé l'Initiative sur les hôpitaux intelligents, qui était désormais la norme pour des établissements de santé résilients et « verts ».

300. La Directrice a fait observer que l'expression « système de santé résilient » faisait référence non seulement aux structures physiques, mais aussi aux établissements de santé qui étaient sûrs et « verts » et qui avaient la flexibilité nécessaire pour accroître et poursuivre la prestation de services à la population lors de catastrophes. Ce terme recouvrait également le respect du Règlement sanitaire international, l'accomplissement des fonctions essentielles de santé publique et l'accès et la couverture universels, ce qui permettrait d'améliorer le niveau de préparation des pays face aux catastrophes. Toutefois, les pays n'étaient jamais vraiment préparés tant que leurs plans n'avaient pas été testés, d'où la nécessité d'exercices de simulation réguliers. Le BSP avait été très clair sur son rôle en matière de préparation aux catastrophes et de réduction des risques et continuerait d'aider les États Membres à faire en sorte que leurs populations puissent compter sur les services de santé quand elles en avaient besoin.

301. Le Conseil a pris note du rapport.

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

302. M. Carlos Gallinal Cuenca (représentant du Comité exécutif) a indiqué que le Comité avait pris note du rapport d'avancement sans formuler d'observations.

303. Lors de l'examen du rapport par le Conseil directeur, un délégué s'est félicité des progrès réalisés sur le plan du renforcement des mécanismes d'achat de l'Organisation, qui avaient permis aux États Membres de réaliser des économies d'échelle et d'acheter des médicaments et des produits biologiques, des équipements et des fournitures à des prix compétitifs. Il a toutefois noté que les États Membres subissaient parfois des retards dans la réception des articles commandés et a demandé au Bureau d'améliorer les délais de livraison.

304. M. John Fitzsimmons (Chef du Programme spécial du Fonds renouvelable pour l'achat de vaccins du BSP) a déclaré que le Bureau était conscient de l'importance de la livraison rapide des vaccins et autres fournitures et a indiqué que des activités étaient en cours pour évaluer le fonctionnement et la chaîne d'approvisionnement du Fonds renouvelable et pour élaborer un plan d'activités visant à améliorer le fonctionnement du Fonds stratégique. La Directrice informerait prochainement les États Membres des résultats de ces deux initiatives.

305. La Directrice a rappelé que les États Membres avaient demandé au Bureau de veiller à ce que les fonds pour la passation de marchés de l'Organisation ne soient pas prélevés sur le budget ordinaire ni sur les financements flexibles destinés aux programmes. Elle a assuré au Conseil que tous les coûts liés aux activités de passation des marchés étaient couverts par la commission payée par les États Membres qui passaient des commandes dans le cadre de ces fonds. Le Bureau était conscient que le volume des achats augmentait et avait donc pris des mesures pour améliorer le plan d'activité et le modèle opérationnel des fonds destinés aux achats. Des bureaux dédiés avaient été créés pour le Fonds renouvelable et le Fonds stratégique, et ils veilleraient à ce que toutes les dépenses liées à ces achats soient financées par les commissions prélevées. Ils aideraient également les États Membres à prévoir la demande et s'efforceraient d'assurer la livraison en temps voulu des vaccins, des médicaments et des fournitures.

306. Le Conseil a pris note du rapport.

K. Situation des Centres panaméricains

307. M. Carlos Gallinal Cuenca (représentant du Comité exécutif) a indiqué que, lors de l'examen par le Comité du rapport sur la situation des Centres panaméricains, une déléguée s'était déclarée préoccupée par les activités du Centre latino-américain pour la périnatalogie, les femmes et la santé génésique (CLAP), notant que la communauté mondiale ne reconnaissait pas l'avortement comme méthode de planification familiale et que son gouvernement n'avalisait ni la prestation ni la promotion de services d'avortement dans les activités bénéficiant du soutien de l'OPS. La Directrice et l'ancien Sous-Directeur, le Dr Francisco Becerra, avaient tous deux affirmé que l'OPS ne faisait pas la promotion de l'avortement et ne le recommandait pas comme méthode de planification familiale.

308. Le Conseil a pris note du rapport.

Résolutions et autres actions d'organisations intergouvernementales revêtant un intérêt pour l'OPS (document CD56/INF/23)

- A. *Soixante et Onzième Assemblée mondiale de la Santé*
- B. *Quarante-huitième session ordinaire de l'Assemblée générale de l'Organisation des États Américains*
- C. *Organisations sous-régionales*

309. M. Carlos Gallinal Cuenca (représentant du Comité exécutif) a indiqué que le Comité exécutif avait reçu un rapport sur les résolutions et autres actions de la Soixante et Onzième Assemblée mondiale de la Santé et de diverses organisations sous-régionales considérées comme présentant un intérêt pour les États Membres de l'OPS. Parmi les thèmes examinés par l'Assemblée mondiale de la Santé qui ont été considérés comme présentant un intérêt particulier pour la Région, on pouvait citer le treizième programme général de travail 2019-2023 de l'OMS et les préparatifs des réunions de haut niveau des Nations Unies sur les maladies non transmissibles et la tuberculose. D'autres résolutions et décisions présentant un intérêt majeur pour les pays de la Région portaient sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, la pénurie mondiale de médicaments et de vaccins et l'accès à ceux-ci, ainsi que la Stratégie et le Plan d'action mondiaux pour la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle.

310. S'agissant des actions des organisations sous-régionales revêtant un intérêt pour l'OPS, il avait été noté que les questions de santé restaient en tête des priorités des organes d'intégration sous-régionaux tels que le Système d'intégration centraméricain (SICA), la Communauté des Caraïbes (CARICOM), le Marché commun du Sud (MERCOSUR) et l'Union des nations sud-américaines (UNASUR), et que, dans un contexte plus large, elles avaient également été traitées : par exemple, la Conférence des Chefs de gouvernement de la CARICOM de 2017 avait consacré beaucoup d'attention à la question des maladies non transmissibles. L'OPS répondait par le biais de sa coopération technique aux priorités identifiées par les différents mécanismes d'intégration et restait déterminée à soutenir ces mécanismes, comme en témoignait le renforcement des bureaux sous-régionaux de l'Organisation dans les Caraïbes, en Amérique centrale et en Amérique du Sud.

311. Au cours du débat qui a suivi, le délégué de la République bolivarienne du Venezuela a remercié la Directrice et le personnel du Bureau de leurs efforts en vue de promouvoir la santé et le bien-être dans la Région et a reconnu que l'OPS était un forum multilatéral au sein duquel les États Membres se réunissaient de manière professionnelle et impartiale pour élaborer des stratégies visant à protéger la santé. Il a fait observer que l'Organisation des États Américains, en revanche, semblait avoir abandonné les valeurs du multilatéralisme comme en témoignait la résolution adoptée par l'Assemblée générale de l'OEA sur la situation dans son pays (AG/RES. 2929 (XLVIII-O/18)), ce qui constituait une violation de la Charte de l'OEA et des principes consacrés par la Charte des Nations Unies.

312. La Directrice a expliqué que les États Membres avaient demandé au BSP de fournir des rapports sur les résolutions et les mesures prises par les organisations intergouvernementales qui pourraient revêtir un intérêt pour l'OPS. En conséquence, il avait fait rapport sur les résolutions adoptées par l'Assemblée générale de l'OEA. Elle a assuré le Conseil que le Bureau était conscient des droits souverains des États Membres et ne prenait pas position sur la résolution mentionnée par le délégué du Venezuela ou sur toute autre résolution adoptée par un autre organe intergouvernemental.

Autres questions

313. Au cours de la semaine du 56^e Conseil directeur, plusieurs manifestations parallèles ont eu lieu, notamment la reconnaissance accordée au Président de l'Uruguay, le Dr Tabaré Ramón Vázquez Rosas, en tant que héros de la santé publique des Amériques et la présentation du rapport de la Commission de haut niveau sur « La santé universelle au 21^e siècle : les 40 ans d'Alma-Ata » par Michelle Bachelet, Présidente de la Commission et ancienne Présidente du Chili, actuellement Haut Commissaire des Nations Unies aux droits de l'homme.

Clôture de la session

314. Après l'échange de courtoisies d'usage, le Président a déclaré clos le 56^e Conseil directeur.

Résolutions et décisions

315. Les résolutions et décisions adoptées par le 56^e Conseil directeur sont présentées ci-après :

Résolutions

CD56.R1 Recouvrement des contributions fixées

LE 56^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant examiné le rapport de la Directrice sur le recouvrement des contributions fixées (documents CD56/12 et Add. I), de même que la résolution adoptée lors de la 162^e session du Comité exécutif quant à la situation du recouvrement des contributions fixées ;

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

Notant qu'en date du 23 septembre 2018, 18 États Membres ne se sont acquittés d'aucun versement au titre de leurs contributions fixées pour 2018,

DÉCIDE :

1. De prendre note du *Rapport sur le recouvrement des contributions fixées* (documents CD56/12 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 arriérés de contributions.
3. De remercier les États Membres qui se sont déjà acquittés de leurs paiements pour 2018 et d'exhorter les autres États Membres à s'acquitter de toutes leurs contributions fixées impayées dès que possible.
4. De demander à la Directrice.
 - a) de continuer à rechercher des mécanismes qui accroîtront le taux de recouvrement des contributions fixées ;
 - b) d'informer le Comité exécutif de la façon dont les États Membres respectent leurs engagements quant au paiement des contributions fixées ;
 - c) de faire un rapport au 57^e Conseil directeur sur la situation du recouvrement des contributions fixées pour 2019 et pour les années antérieures.

(Deuxième réunion, le 23 septembre 2018)

CD56.R2 Plan d'action pour l'entomologie et la lutte antivectorielle 2018-2023

LE 56^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant examiné le *Plan d'action pour l'entomologie et la lutte antivectorielle 2018-2023* (document CD56/11), qui propose d'accélérer la prévention, le contrôle et l'élimination de certaines maladies à transmission vectorielle dans la Région, d'élargir la gestion intégrée des vecteurs, d'améliorer la surveillance et la gestion de la résistance aux insecticides, d'appuyer les possibilités d'enseignement et de formation en entomologie de santé publique et de contribuer à la concrétisation des cibles proposées du *Plan stratégique 2014-2019* de l'OPS et du *Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques 2018-2030* ;

Reconnaissant les réalisations importantes de la Région en matière de prévention, de contrôle et d'élimination des vecteurs et des maladies vectorielles, y compris le paludisme et les arboviroses transmises par les moustiques, l'élimination de la transmission de l'onchocercose dans quatre pays, l'élimination locale des principaux vecteurs de la maladie de Chagas dans plusieurs pays et l'élimination ou le contrôle d'autres maladies infectieuses à transmission vectorielle négligées, ou de leurs vecteurs,

dans divers pays et territoires, depuis la publication en 2004 du *Cadre stratégique mondial pour la gestion intégrée des vecteurs* de l'OMS ;

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

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

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

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

DÉCIDE :

1. D'approuver le *Plan d'action pour l'entomologie et la lutte antivectorielle 2018-2023* (document CD56/11).
2. De prier instamment les États Membres, tout en tenant compte de leurs contextes et besoins respectifs, ainsi que de leurs vulnérabilités et priorités propres :

- a) de déclarer l'importance croissante de l'entomologie et de la lutte antivectorielle comme étant une priorité de santé publique pour les États Membres de la Région ;
- b) de réviser et d'actualiser les stratégies et les plans opérationnels nationaux, ou en établir de nouveaux, pour la surveillance, la prévention, le contrôle et/ou l'élimination des vecteurs, en investissant dans les ressources humaines et financières adéquates, ainsi que dans les stratégies et les nouveaux outils appropriés, d'utiliser des approches ajustées qui abordent la transmission des maladies par les vecteurs dans le contexte des déterminants de la santé et des systèmes de soins de santé existants et de permettre d'intensifier la collaboration interprogrammatique et l'action intersectorielle ;
- c) de renforcer la participation aux efforts déployés pour s'attaquer aux vecteurs et aux maladies à transmission vectorielle, incluant la coordination avec d'autres pays et avec des initiatives infrarégionales appropriées en matière de surveillance entomologique et épidémiologique, la surveillance de la résistance aux insecticides et les mesures adéquates pour gérer et prévenir/supprimer cette résistance, les efforts collaboratifs en matière de suivi et d'évaluation des nouvelles technologies et des nouveaux outils déployés dans la Région, et la diffusion des résultats de suivi et d'évaluation ;
- d) de garantir la mise à disposition des fournitures essentielles à la lutte antivectorielle, y compris les moustiquaires à imprégnation durable, les insecticides et autres biocides, les pièges pour les vecteurs et autres outils de lutte recommandés par l'OMS, par une planification et des prévisions efficaces des besoins nationaux, et en faisant appel, le cas échéant, au Fonds stratégique régional de l'OPS pour les achats communs de fournitures de santé publique ;
- e) de renforcer les services d'entomologie, d'épidémiologie ciblée et de santé publique, et de les aligner sur les directives et les recommandations fondées sur des données factuelles de l'OPS/OMS en matière de surveillance, de prévention et de contrôle des vecteurs, ainsi que de surveillance de la résistance aux insecticides ;
- f) d'appuyer l'engagement des pays endémiques et non endémiques pour lutter contre des maladies à transmission vectorielle ciblées y compris, quand cela est réalisable, le partage des informations de surveillance vectorielle et le renforcement des secteurs appropriés (p. ex., agriculture, habitats, infrastructures, environnement) pour aider les ministères de la Santé à lutter contre les vecteurs et les maladies qu'ils transmettent, particulièrement en matière de planification collaborative et de maintien ou d'augmentation des investissements et de la fourniture des ressources nécessaires par ces secteurs ;
- g) d'établir des stratégies intégrées entomologiques, épidémiologiques, de santé publique et de lutte antivectorielle, et de renforcer les capacités de surveillance, de prévention et de contrôle quant à l'introduction ou la réintroduction de vecteurs et des maladies qu'ils transmettent, à l'aide d'une large participation de la communauté de manière à ce que le processus contribue à renforcer et à appuyer

- les systèmes nationaux de santé, les systèmes de surveillance, d'alerte et de riposte, et les programmes de contrôle et d'élimination des maladies, en portant attention aux facteurs liés à l'éthnicité, à l'équité sociale et au genre ;
- h) de dialoguer régulièrement sur la collaboration en matière de lutte antivectorielle avec les gouvernements infranationaux et municipaux, les parties prenantes et les communautés locales vivant dans des conditions les rendant plus vulnérables à la survenue et à la transmission de maladies à transmission vectorielle, d'intensifier encore plus les efforts d'éducation des professionnels et des techniciens de santé publique en matière de prévention et de lutte antivectorielle, ainsi que les efforts d'éducation et de participation des populations et des groupes professionnels vivant dans des zones extrêmement sensibles ou vulnérables aux vecteurs et aux maladies qu'ils transmettent ;
 - i) de soutenir la participation à la réalisation de tests, à l'évaluation et à la surveillance des techniques et des outils entomologiques et de lutte antivectorielle, qu'ils soient nouveaux ou que leur utilisation soit élargie, dans le contexte d'un programme de recherche opérationnelle organisée qui cherche à combler d'importantes lacunes dans les connaissances, des lacunes opérationnelles et des lacunes technologiques en matière de contrôle et de lutte antivectorielle dans les divers contextes de travail de la Région.
3. De demander à la Directrice :
- a) d'appuyer la mise en œuvre du *Plan d'action pour l'entomologie et la lutte antivectorielle 2018-2023* et de fournir une coopération technique, incluant des efforts de renforcement des capacités de pays en fonction des besoins en entomologie et en lutte antivectorielle, d'élaborer et de mettre en œuvre des stratégies nationales ou des plans opérationnels, ou d'en établir de nouveaux, qui ciblent la surveillance, la prévention, le contrôle et/ou l'élimination des vecteurs, ainsi que la surveillance et la gestion de la résistance aux insecticides ;
 - b) de coordonner les efforts déployés sur l'ensemble de la Région pour éliminer certains vecteurs, ou les maladies qu'ils transmettent, et de prévenir l'introduction de nouveaux vecteurs où que ce soit dans la Région ou la réintroduction de vecteurs existants dans les zones exemptes de ces vecteurs, en collaboration avec les pays, les territoires et les partenaires ;
 - c) de formuler des avis sur la mise en œuvre de plans stratégiques nationaux de lutte antivectorielle, de systèmes de surveillance de la résistance aux insecticides et de plans de gestion efficaces ;
 - d) de continuer à recommander une mobilisation et une allocation actives des ressources dans les pays, ainsi que dans le monde, et d'encourager une collaboration étroite pour établir des partenariats stratégiques appuyant la mise en œuvre d'efforts nationaux, infrarégionaux et régionaux, en incluant les populations et les groupes professionnels vivant dans des lieux d'accès difficile et dans des conditions de vulnérabilité ;

- e) d'employer des approches ajustées sur les plans entomologique et épidémiologique, qui abordent les déterminants sociaux de la santé s'opposant à la progression du contrôle et de l'élimination des vecteurs, améliorent la collaboration interprogrammatique et favorisent l'action intersectorielle ;
- f) de notifier aux Organes directeurs l'avancement de la mise en œuvre du Plan d'action et la concrétisation de ses cibles à mi-parcours (2021) et à la fin de la période de mise en œuvre (2024).

(Quatrième réunion, le 24 septembre 2018)

CD56.R3 Élection de trois États Membres au Comité exécutif au terme des mandats d'Antigua-et-Barbuda, de l'Argentine et du Chili

LE 56^e CONSEIL DIRECTEUR,

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

Considérant que la Barbade, l'Équateur et les États-Unis d'Amérique ont été élus pour faire partie du Comité exécutif au terme des mandats d'Antigua-et-Barbuda, de l'Argentine et du Chili,

DÉCIDE :

1. De déclarer que la Barbade, l'Équateur et les États-Unis d'Amérique ont été élus pour faire partie du Comité exécutif pour une période de trois ans.
2. De remercier Antigua-et-Barbuda, l'Argentine et le Chili pour les services rendus à l'Organisation au cours des trois dernières années par leurs représentants au sein du Comité exécutif.

COMPOSITION DU COMITÉ EXÉCUTIF
de septembre 1995 à septembre 2020

PAYS	2019 à 2020	2018 à 2019	2017 à 2018	2016 à 2017	2015 à 2016	2014 à 2015	2013 à 2014	2012 à 2013	2011 à 2012	2010 à 2011	2009 à 2010	2008 à 2009	2007 à 2008	2006 à 2007	2005 à 2006	2004 à 2005	2003 à 2004	2002 à 2003	2001 à 2002	2000 à 2001	1999 à 2000	1998 à 1999	1997 à 1998	1996 à 1997	1995 à 1996	
ANTIGUA-ET-BARBUDA																										
ARGENTINE																										
BAHAMAS																										
BARBADE																										
BELIZE																										
BOLIVIE																										
BRÉSIL																										
CANADA																										
CHILI																										
COLOMBIE																										
COSTA RICA																										
CUBA																										
DOMINIQUE																										
EL SALVADOR																										
ÉQUATEUR																										
ÉTATS-UNIS D'AMÉRIQUE																										
GRENADE																										
GUATEMALA																										
GUYANA																										
HAÏTI																										
HONDURAS																										
JAMAÏQUE																										
MEXIQUE																										
NICARAGUA																										
PANAMA																										
PARAGUAY																										
PÉROU																										
RÉPUBLIQUE DOMINICAINE																										
SAINT-KITTS-ET-NEVIS																										
SAINT-VINCENT-ET-LES-GRENADINES																										
SAINTE-LUCIE																										
SURINAME																										
TRINITÉ-ET-TOBAGO																										
URUGUAY																										
VENEZUELA																										

(Cinquième réunion, le 25 septembre 2018)

CD56.R4 ***Élection de trois membres pour faire partie du Comité consultatif du Centre d'information sur les sciences de la santé pour l'Amérique latine et les Caraïbes (BIREME)***

LE 56^e CONSEIL DIRECTEUR,

Prenant en compte l'article VI du Statut du BIREME, lequel établit que le Comité consultatif du BIREME est constitué d'un représentant nommé par le Directeur du Bureau sanitaire panaméricain et d'un représentant nommé par le gouvernement du Brésil, tous deux membres permanents, et par cinq membres non permanents qui devront être sélectionnés et nommés par le Conseil directeur ou par la Conférence panaméricaine de la Santé de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) parmi les membres du BIREME (incluant à l'heure actuelle tous les États Membres, les États participants et les Membres associés de l'OPS), en tenant compte du principe de représentation géographique ;

Rappelant que l'article VI prescrit également que les cinq membres non permanents du Comité consultatif du BIREME doivent siéger par alternance durant trois ans et que le Conseil directeur ou la Conférence panaméricaine de la Santé de l'OPS peut stipuler une période d'alternance plus courte si nécessaire, afin de maintenir l'équilibre entre les membres du Comité consultatif ;

Considérant que le Guyana, le Mexique et l'Uruguay ont été élus membres du Comité consultatif du BIREME pour exercer un mandat commençant le 1^{er} janvier 2019 en raison du terme du mandat de l'Argentine, la Jamaïque et le Pérou,

DÉCIDE :

1. De déclarer que Guyana, le Mexique et l'Uruguay sont élus membres non permanents du Comité consultatif du BIREME pour une période de trois ans (2019-2021).
2. De remercier l'Argentine, la Jamaïque et le Pérou pour les services rendus à l'Organisation par l'entremise de leurs délégués au Comité consultatif du BIREME durant les trois dernières années.

(Cinquième réunion, le 25 septembre 2018)

CD56.R5 ***Plan d'action en matière de ressources humaines pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle 2018-2023***

LE 56^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant examiné le *Plan d'action en matière de ressources humaines pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle 2018-2023* (document CD56/10, Rev. 1), présenté par la Directrice ;

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

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

DÉCIDE :

1. D'approuver le *Plan d'action en matière de ressources humaines pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle 2018-2023* (document CD56/10, Rev. 1).
2. De prier instamment les États Membres, conformément aux objectifs et indicateurs établis dans le plan en question et tout en tenant compte du contexte et des priorités qui leur sont propres :
 - a) de promouvoir la mise en œuvre du *Plan d'action en matière de ressources humaines pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle 2018-2023* pour avancer de manière plus efficace dans sa mise en œuvre.
3. De demander à la Directrice :
 - a) de fournir un appui technique aux États Membres afin de renforcer les capacités nationales et les systèmes d'information pour les ressources humaines en santé afin de leur permettre de contribuer à la mise en œuvre du plan et à la réalisation de ses objectifs.

(Sixième réunion, le 25 septembre 2018)

CD56.R6 *Barème des contributions et des contributions fixées des États Membres, États participants et Membres associés de l'Organisation panaméricaine de la Santé*

LE 56^e CONSEIL DIRECTEUR,

Notant que la 29^e Conférence sanitaire panaméricaine a approuvé, par la résolution CSP29.R6, le Programme et budget 2018-2019 de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) (*Document officiel 354*), et que près d'un tiers du Programme et budget 2018-2019 de l'OPS sera financé par les contributions fixées des États Membres, États participants et Membres associés de l'OPS ;

Considérant que l'article 60 du Code sanitaire panaméricain et l'article 24 (a) de la Constitution de l'OPS stipulent que le barème des contributions applicable aux États Membres, États participants et Membres associés de l'OPS doit être déterminé sur la base du barème des quotes-parts adopté par l'Organisation des États Américains (OEA) ;

Rappelant que la 29^e Conférence sanitaire panaméricaine a approuvé le barème des contributions fixées pour l'exercice financier 2018 (résolution CSP29.R13), tel qu'adapté sur la base du barème provisoire, et a établi les contributions fixées des États Membres, États participants et Membres associés de l'OPS pour 2018 (résolution CSP29.R14) ;

Notant que la résolution CSP29.R13 de la 29^e Conférence sanitaire panaméricaine a également demandé que le Bureau sanitaire panaméricain soumette à l'examen des Organes directeurs de l'OPS un barème révisé des contributions pour l'exercice fiscal 2019 sur la base du barème des quotes-parts de l'OEA pour 2019 ;

Considérant que l'Assemblée générale de l'OEA n'a pas encore adopté son barème de quotes-parts pour l'exercice 2019 et au-delà ;

Ayant examiné le rapport contenu dans le document CD56/7, *Barème des contributions et des contributions fixées des États Membres, États participants et Membres associés de l'Organisation panaméricaine de la Santé*,

DÉCIDE :

1. De fixer le barème des contributions fixées des États Membres, États participants et Membres associés de l'OPS pour l'année 2019 sur la base du barème des contributions de l'OPS pour 2018, tel que présenté dans le tableau 1 ci-après.
2. D'approuver les contributions fixées des États Membres, États participants et Membres associés de l'OPS pour 2019, tel que présenté dans le tableau 2 ci-dessous.

3. De demander au Bureau sanitaire panaméricain de réviser le barème des contributions et des contributions fixées des États Membres, États participants et Membres associés de l'Organisation panaméricaine de la Santé pour l'exercice financier 2020 et au delà, lorsque l'Organisation des États Américains aura adopté un nouveau barème des quotes-parts pour la même période.

Tableau 1. Barème des contributions fixées de l'OPS pour 2019

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
El Salvador	0,076
Équateur	0,402
États-Unis	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 and 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	0,146
Pays-Bas	0,022
Royaume-Uni	0,022
État associé	Taux de contribution (%)
Aruba	0,022
Curaçao	0,022
Porto Rico	0,082
Sint Maarten	0,022
TOTAL	100,0

Tableau 2. Contributions fixées des États Membres, États participants et Membres associés de l'Organisation panaméricaine de la Santé pour 2018-2019¹

Membres	Taux de contribution (%)		Contributions brutes (dollars US)		Crédit du Fonds de péréquation des impôts (dollars US)		Ajustements pour les impôts que perçoivent les États Membres sur les émoluments du personnel du BSP (dollars US) ²		Contributions nettes (dollars US)	
	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019
<i>États Membres</i>										
Antigua-et-Barbuda	0,0220	0,0220	23 170	23 170	1 797	1 797			21 373	21 373
Argentine	3,0000	3,0000	3 159 600	3 159 600	245 100	245 100			2 914 500	2 914 500
Bahamas	0,0470	0,0470	49 500	49 500	3 840	3 840			45 661	45 661
Barbade	0,0260	0,0260	27 383	27 383	2 124	2 124			25 259	25 259
Belize	0,0220	0,0220	23 170	23 170	1 797	1 797			21 373	21 373
Bolivie	0,0700	0,0700	73 724	73 724	5 719	5 719			68 005	68 005
Brésil	12,4570	12,4570	13 119 712	13 119 712	1 017 737	1 017 737			12 101 976	12 101 976
Canada	9,8010	9,8010	10 322 413	10 322 413	800 742	800 742	40 000	40 000	9 561 672	9 561 672
Chili	1,4150	1,4150	1 490 278	1 490 278	115 606	115 606			1 374 673	1 374 673
Colombie	1,6380	1,6380	1 725 142	1 725 142	133 825	133 825			1 591 317	1 591 317
Costa Rica	0,2560	0,2560	269 619	269 619	20 915	20 915			248 704	248 704
Cuba	0,1320	0,1320	139 022	139 022	10 784	10 784			128 238	128 238
Dominique	0,0220	0,0220	23 170	23 170	1 797	1 797			21 373	21 373
El Salvador	0,0760	0,0760	80 043	80 043	6 209	6 209			73 834	73 834
Équateur	0,4020	0,4020	423 386	423 386	32 843	32 843			390 543	390 543
États-Unis	59,4450	59,4450	62 607 474	62 607 474	4 856 657	4 856 657	6 000 000	14 822 000	63 750 818	72 572 818

Membres	Taux de contribution (%)		Contributions brutes (dollars US)		Crédit du Fonds de péréquation des impôts (dollars US)		Ajustements pour les impôts que perçoivent les États Membres sur les émoluments du personnel du BSP (dollars US) ²		Contributions nettes (dollars US)	
	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019
Grenade	0,0220	0,0220	23 170	23 170	1 797	1 797			21 373	21 373
Guatemala	0,1710	0,1710	180 097	180 097	13 971	13 971			166 127	166 127
Guyana	0,0220	0,0220	23 170	23 170	1 797	1 797			21 373	21 373
Haïti	0,0220	0,0220	23 170	23 170	1 797	1 797			21 373	21 373
Honduras	0,0430	0,0430	45 288	45 288	3 513	3 513			41 775	41 775
Jamaïque	0,0530	0,0530	55 820	55 820	4 330	4 330			51 490	51 490
Mexique	6,4700	6,4700	6 814 204	6 814 204	528 599	528 599			6 285 605	6 285 605
Nicaragua	0,0220	0,0220	23 170	23 170	1 797	1 797			21 373	21 373
Panama	0,1910	0,1910	201 161	201 161	15 605	15 605			185 557	185 557
Paraguay	0,0870	0,0870	91 628	91 628	7 108	7 108			84 521	84 521
Pérou	1,0050	1,0050	1 058 466	1 058 466	82 109	82 109			976 358	976 358
République dominicaine	0,2680	0,2680	282 258	282 258	21 896	21 896			260 362	260 362
Saint-Kitts-et-Nevis	0,0220	0,0220	23 170	23 170	1 797	1 797			21 373	21 373
Saint-Vincent-et-les-Grenadines	0,0220	0,0220	23 170	23 170	1 797	1 797			21 373	21 373
Sainte-Lucie	0,0220	0,0220	23 170	23 170	1 797	1 797			21 373	21 373
Suriname	0,0220	0,0220	23 170	23 170	1 797	1 797			21 373	21 373
Trinité-et-Tobago	0,1290	0,1290	135 863	135 863	10 539	10 539			125 324	125 324
Uruguay	0,2980	0,2980	313 854	313 854	24 347	24 347			289 507	289 507

Membres	Taux de contribution (%)		Contributions brutes (dollars US)		Crédit du Fonds de péréquation des impôts (dollars US)		Ajustements pour les impôts que perçoivent les États Membres sur les émoluments du personnel du BSP (dollars US) ²		Contributions nettes (dollars US)	
	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019
Venezuela	1,9400	1,9400	2 043 208	2 043 208	158 498	158 498	35 000	35 000	1 919 710	1 919 710
<i>États participants</i>										
France	0,203	0,146	213 800	153 767	16 585	11 928			197 215	141 839
Pays-Bas	0,022	0,022	23 170	23 170	1 797	1 797			21 373	21 373
Royaume-Uni	0,022	0,022	23 170	23 170	1 797	1 797			21 373	21 373
<i>Membres associés</i>										
Aruba	0,022	0,022	23 170	23 170	1 797	1 797			21 373	21 373
Curaçao	0,022	0,022	23 170	23 170	1 797	1 797			21 373	21 373
Porto Rico	0,025	0,082	26 330	86 362	2 043	6 699			24 288	79 663
Sint Maarten	0,022	0,022	23 170	23 170	1 797	1 797			21 373	21 373
TOTAL	100,0	100,0	105 320 000	105 320 000	8 170 000	8 170 000	6 075 000	14 897 190	103 225 000	112 047 000

¹ Barème des contributions pour 2018 tel qu'adopté par la Conférence sanitaire panaméricaine par sa résolution CSP29.R14.

² Cette colonne indique les montants estimés que recevront les gouvernements membres respectifs en 2018-2019 par rapport aux impôts qu'ils perçoivent sur les émoluments du personnel du BSP, ajustés pour la différence entre les montants estimés et les montants réels des années antérieures.

(Sixième réunion, le 25 septembre 2018)

CD56.R7 *Prix de l'OPS en gestion et leadership dans le domaine des services de santé : changements aux procédures*

LE 56^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant examiné les modifications proposées aux procédures d'octroi du Prix de l'OPS en gestion et leadership dans le domaine des services de santé (document CD56/18),

DÉCIDE :

D'approuver les modifications aux procédures d'octroi du Prix de l'OPS en gestion et leadership dans le domaine des services de santé, selon le document CD56/18, telles que présentées dans l'annexe.

Annexe

Annexe

Prix de l'OPS en gestion et leadership dans le domaine des services de santé*

Procédures

1. Dans le but de contribuer à l'amélioration de la gestion des systèmes et services de santé, et de reconnaître les contributions et le leadership mis en relief dans la conception et l'exécution d'initiatives favorables à la gestion et la prestation de services de santé intégrés et de bonne qualité dans les systèmes sanitaires de la Région des Amériques, l'Organisation panaméricaine de la Santé renomme le Prix de l'OPS pour l'administration, qui sera désormais connu comme Prix de l'OPS en gestion et leadership dans le domaine des services de santé. Le prix sera octroyé annuellement au moyen d'un concours et consistera en un diplôme et la somme d'US\$ 5000. Ce montant sera modifié, si nécessaire, par le Comité exécutif suite à la recommandation du Directeur du Bureau sanitaire panaméricain.
2. Le prix sera octroyé au candidat qui aura contribué de manière significative dans son propre pays ou dans la Région des Amériques à l'amélioration du développement des systèmes de santé, à l'organisation, la gestion et l'administration des services de santé, à l'élaboration de programmes, projets ou initiatives ayant des effets avérés sur la couverture des services de santé et l'accès à ces derniers par la population, à l'élargissement des services de santé pour répondre aux besoins de toute la population, en particulier de ceux qui se trouvent dans des situations de grande vulnérabilité, à l'élaboration de programmes de qualité et de sécurité du patient au niveau national ou institutionnel, à l'organisation et la gestion des services de soins de santé primaires au niveau communautaire, à la formation de réseaux intégrés de systèmes de santé, en particulier de services hospitaliers, et à la production du savoir et de travaux de recherche pour entraîner des changements dans la prestation de services de santé. Le prix est octroyé en reconnaissance du travail réalisé lors des dix années précédentes.
3. Aucun fonctionnaire actuel ou antérieur du Bureau sanitaire panaméricain ou de l'Organisation mondiale de la Santé ne peut postuler à ce prix pour des activités entreprises dans l'accomplissement de ses fonctions officielles dans l'Organisation.
4. Le Jury d'octroi du Prix sera sélectionné chaque année lors de la première session du Comité exécutif et son mandat ne sera valide que pour la durée de ce processus de sélection. Le Comité exécutif désignera le jury qui sera constitué par le Président du Comité exécutif ainsi qu'un délégué titulaire et un délégué suppléant correspondant à chaque sous-région. Si un poste vacant se produisait en dépit de la désignation de délégués suppléants, le Président prendra des mesures pour le couvrir. Quand un candidat se présente qui est originaire d'un État Membre représenté dans le jury, le Président du Comité exécutif désignera le délégué suppléant de la sous-région correspondante. Pour

* Articles 4 et 7 modifiés comme proposé dans le document CD56/18.

faciliter le processus décisionnel du Jury d'octroi du Prix, conformément aux dispositions de l'article 8, le Jury sera composé d'un nombre impair de membres.

5. Le Directeur du Bureau sanitaire panaméricain invitera les États Membres à présenter un maximum de deux candidatures. Par conséquent, au cours de la première semaine de novembre de chaque année civile, le Bureau transmettra l'appel à candidatures invitant à la présentation de candidatures. Les noms des candidats proposés par chaque État Membre devront être reçus par le Directeur du Bureau sanitaire panaméricain le 31 mars de l'année du prix au plus tard, ainsi que leur curriculum vitae et la documentation justifiant leurs mérites. Cette documentation comprendra une brève description de la contribution du travail du candidat dans le domaine pertinent (voir l'article 2 plus haut). Afin de faciliter la tâche du jury, l'information nécessaire sur chaque candidat sera présentée au moyen du formulaire normalisé remis par le Bureau sanitaire panaméricain et inclus dans l'appel. Ce formulaire devra être rempli dans son intégralité et des réponses explicites fournies pour chacune des questions ; il sera accompagné de la documentation accréditant les mérites du candidat. La copie originale de toutes les pièces de documentation devra être présentée.

6. Les candidatures reçues par le Directeur du Bureau sanitaire panaméricain après le 31 mars ne seront pas considérées pour le prix.

7. Le Directeur du Bureau sanitaire panaméricain fera parvenir aux membres du jury des copies de la documentation présentée, 45 jours au moins avant le premier jour de la session du Comité exécutif du mois de juin. Afin d'appuyer les délibérations du jury, le Bureau sanitaire panaméricain proposera également des observations techniques et toute autre information sur les candidats qu'il considère appropriées pour ces délibérations, y compris exercer la diligence requise pour vérifier les antécédents du candidat en vue de déterminer si celui-ci ou celle-ci satisfait aux critères d'attribution du Prix.

8. Le jury se réunira pour délibérer sur les candidats proposés et présentera ses recommandations au cours de la semaine de la session du Comité exécutif. Pour qu'une réunion du jury soit valide, trois de ses membres au moins devront être présents. Les délibérations du jury sont confidentielles et ne doivent faire l'objet d'aucun commentaire en dehors de son sein. Le jury présentera sa recommandation au Comité exécutif, qui sera approuvée par une majorité des membres présents. Le Comité exécutif adoptera la décision définitive d'accepter ou de refuser les recommandations concernant le prix, et le jury pourra éventuellement délibérer à nouveau et formuler de nouvelles recommandations.

9. Les candidats qui n'ont pas été sélectionnés pourront être proposés à nouveau pour considération suivant la procédure prévue précédemment.

10. Le nom du vainqueur du prix sera annoncé durant le Conseil directeur ou la Conférence sanitaire panaméricaine.

11. Le prix sera remis au vainqueur au cours de la réunion correspondante du Conseil directeur ou de la Conférence sanitaire panaméricaine ; le coût du voyage sera couvert par le Bureau sanitaire panaméricain, qui se chargera de faire les arrangements correspondants en conformité aux normes et règlements de l'Organisation panaméricaine de la Santé

12. Au cas où la remise du prix n'est pas possible, recours sera fait aux alternatives suivantes :

- a) réception du prix pendant le Conseil directeur ou la Conférence sanitaire panaméricaine, au nom du candidat, par un membre de la délégation de son pays ;
- b) remise du prix dans le pays d'origine par le Représentant de l'OPS/OMS au nom du Directeur du Bureau sanitaire panaméricain.

13. Quelque soit la méthode utilisée pour la remise du prix, celui-ci fera l'objet de la publicité appropriée dans les médias, tant par le Bureau sanitaire panaméricain que par le gouvernement concerné.

14. Ces procédures pourront être modifiées par le Comité exécutif à tout moment jugé opportun au vu de l'expérience acquise. Les modifications proposées devront être approuvées par le Comité exécutif et transmises au Conseil directeur ou à la Conférence sanitaire panaméricaine pour information.

(Sixième réunion, le 25 septembre 2018)

CD56.R8 *Plan d'action pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent 2018-2030*

LE 56^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant examiné le *Plan d'action pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent 2018-2030* (document CD56/8, Rev. 1) ;

Conscient des efforts déployés et des résultats obtenus jusqu'ici grâce au *Plan d'action pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et les cas graves de morbidité maternelle (2012-2017)*, aux *Stratégie et plan d'action régionaux pour la santé néonatale dans le contexte du processus continu de soins à la mère, au nouveau-né et à l'enfant (2008-2015)*, aux *Stratégie et plan d'action pour la santé intégrale chez l'enfant (2012-2017)* et aux *Stratégie et plan d'action sur la santé des adolescents et des jeunes (2010-2018)* ;

Reconnaissant la lenteur et l'inégalité des progrès réalisés et la nécessité d'accélérer ces progrès et de réduire les iniquités de santé touchant la santé et le bien-être

des femmes, des enfants et des adolescents, par des approches multisectorielles intégrées qui abordent les déterminants sous-jacents de ces inégalités ;

Réaffirmant le droit de toutes les femmes, de tous les enfants et de tous les adolescents à jouir du meilleur état de santé possible, et les valeurs et principes interdépendants de solidarité, d'équité en matière de santé, d'universalité et d'inclusion sociale adoptés par les États Membres de l'OPS dans le cadre du *Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques 2018-2030* ;

Reconnaissant que la réalisation de l'objectif 3 du *Programme de développement durable à l'horizon 2030* et de ses 13 cibles, conjointement aux nombreux autres cibles et objectifs liés à la santé de ce programme, nécessitera l'adoption de mesures intersectorielles pour la santé des femmes, des enfants et des adolescents ;

Prenant en compte l'importance de disposer d'un nouveau plan d'action aligné sur le *Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques 2018-2030*,

DÉCIDE :

1. D'approuver le *Plan d'action pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent 2018-2030* (document CD56/8, Rev. 1) dans le contexte des conditions propres à chaque pays.
2. De prier instamment les États Membres :
 - a) de renforcer un contexte politique de transformation pour réduire les iniquités de santé chez les femmes, les enfants et les adolescents ;
 - b) de promouvoir un état de santé et un bien-être réels, équitables et universels pour toutes les femmes, tous les enfants et tous les adolescents dans leur famille, à l'école et dans la communauté tout au long du parcours de vie ;
 - c) d'élargir l'accès équitable des femmes, des enfants et des adolescents à des services de santé de qualité, intégrés, globaux et centrés sur la personne, sur la famille et sur la communauté ;
 - d) de renforcer les systèmes d'information pour la collecte, la mise à disposition, l'accessibilité, la qualité et la diffusion des informations stratégiques, parmi lesquelles les données et les statistiques concernant la santé des femmes, des enfants et des adolescents, à l'intérieur du cadre des principes proposés dans ce plan ;
 - e) d'investir dans des dispositifs visant à autonomiser les personnes, les familles et les communautés pour qu'elles participent activement à la protection et à la promotion de la santé des femmes, des enfants et des adolescents, particulièrement de ceux en situation de vulnérabilité.
3. De demander à la Directrice :

- a) de fournir une coopération technique aux États Membres pour l'élaboration de plans d'action nationaux actualisés et pour la diffusion d'outils qui facilitent des approches innovantes, intégrées et fondées sur l'équité, concernant la santé des femmes, des enfants et des adolescents ;
- b) de renforcer la coordination entre le plan d'action et des initiatives semblables élaborées par d'autres agences financières et techniques internationales et par des initiatives mondiales, et en faveur de la santé et du bien-être des femmes, des enfants et des adolescents ;
- c) de notifier périodiquement aux Organes directeurs les progrès réalisés et les défis posés par la mise en œuvre du plan d'action.

(Huitième réunion, le 26 septembre 2018)

CD56.R9 *Plan d'action pour la prévention et la lutte contre le cancer du col de l'utérus 2018-2030*

LE 56^e CONSEIL DIRECTEUR,

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

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

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

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

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

DÉCIDE :

1. D'approuver le *Plan d'action pour la prévention et la lutte contre le cancer du col de l'utérus 2018-2030* (document CD56/9).
2. De prier instamment les États Membres, en agissant d'une manière adéquate et en prenant en compte leur propre contexte et leurs besoins nationaux :
 - a) de donner la priorité à la prévention et à la lutte contre le cancer du col de l'utérus dans leur programme national de santé publique ;
 - b) de formuler et de réviser des stratégies et des plans nationaux complets sur le cancer du col de l'utérus, de les aligner sur les stratégies, plans et cibles mondiaux et régionaux qui s'y rapportent et de notifier systématiquement l'avancement obtenu dans ce domaine ;
 - c) de renforcer la gouvernance, l'organisation et l'accès aux services de santé pour garantir que des services complets dédiés au cancer du col de l'utérus sont intégrés aux niveaux appropriés de soins, et que sont obtenus des taux élevés de couvertures par la vaccination anti-VPH, par le dépistage, par le traitement des lésions précancéreuses et par le traitement du cancer invasif ;
 - d) de consolider les registres du cancer et les systèmes d'information pour suivre la couverture vaccinale anti-VPH, la couverture par le dépistage, les taux de traitement et faire notifier systématiquement ces indicateurs ;
 - e) de mettre en œuvre des interventions d'impact élevé à l'échelle de la population tout au long du continuum de l'éducation et de la promotion en matière de santé, la vaccination anti-VPH, le dépistage et du diagnostic du cancer du col de l'utérus et le traitement des lésions précancéreuses et du cancer invasif, en déployant des interventions ajustées aux besoins des populations prioritaires en situation de vulnérabilité ;
 - f) de faciliter la responsabilisation et la participation des organisations de la société civile pour offrir une approche multisectorielle à la prévention et au contrôle intégrés du cancer du col de l'utérus ;
 - g) d'accroître et d'optimiser le financement public avec équité et efficacité pour riposter durablement au cancer du col de l'utérus, et intégrer progressivement les interventions de prévention, de dépistage et de traitement à des services de santé complets, de qualité et universels ;
 - h) d'élargir les services de santé selon les besoins et avec une approche centrée sur les personnes, en notant que dans la plupart des cas une dépense publique de 6 % du PIB pour le secteur de la santé est un point de repère utile ;

- i) de garantir un approvisionnement ininterrompu en vaccins anti-VPH, en tests de dépistage et en technologies fondées sur des données factuelles de qualité assurée et abordables pour le traitement des lésions précancéreuses et du cancer invasif, ainsi qu'en médicaments de soins palliatifs et autres fournitures stratégiques relatives au cancer du col de l'utérus, tout en renforçant les structures et les processus de gestion de la chaîne d'approvisionnement, incluant les prévisions, les achats, le stockage et la distribution ;
 - j) de renforcer les capacités et les compétences techniques du personnel national de santé, particulièrement au premier niveau de soins, pour aborder la prévention du cancer du col de l'utérus.
3. De demander à la Directrice :
- a) d'appuyer la mise en œuvre de ce plan d'action dans le cadre d'une approche interprogrammatique et coordonnée de coopération technique pour une prévention et un contrôle intégrés du cancer du col de l'utérus ;
 - b) de fournir un appui technique aux États Membres pour renforcer la couverture, la qualité et l'efficacité du programme de lutte contre le cancer du col de l'utérus, de manière coordonnée avec le plan de prévention et de lutte contre le cancer du col de l'utérus en Amérique du sud du Réseau d'institutions et d'instituts nationaux contre le cancer (RINC)
 - c) de fournir un soutien pour les systèmes d'information et d'enregistrement des cas de cancer afin de renforcer la capacité des pays de produire des informations de qualité, complètes et actualisées, et de faire des notifications systématiques de la couverture par la vaccination anti-VPH, de la couverture par le dépistage, des taux de traitement, ainsi que de l'incidence et de la mortalité du cancer du col de l'utérus ;
 - d) d'offrir un appui technique aux États Membres pour l'élaboration et la révision de politiques, de normes et de directives afin de délivrer des interventions d'impact élevé tout au long du continuum de la prévention et du dépistage du cancer du col de l'utérus, ainsi que du diagnostic et du traitement des lésions précancéreuses et du cancer invasif, selon les recommandations les plus récentes de l'OMS et tout en cherchant à garantir la qualité et l'équité ;
 - e) de plaider pour la responsabilisation des personnes et des communautés, et pour leur participation efficace, significative et durable à l'élaboration et à la prestation de services de vaccination anti-VPH et de dépistage, de traitement et de soins palliatifs du cancer du col de l'utérus ;
 - f) d'appuyer le renforcement des capacités du personnel national de santé, particulièrement au niveau des soins primaires, pour offrir des services de soins de santé de bonne qualité, accessibles, équitables et centrés sur les personnes ;
 - g) d'offrir un soutien aux États Membres par le Fonds renouvelable régional de l'OPS pour les fournitures stratégiques de santé publique ou le Fonds

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

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

(Huitième réunion, le 26 septembre 2018)

Décisions

CD56(D1) : Constitution de la Commission de vérification des pouvoirs

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

(Première réunion, le 23 septembre 2018)

CD56(D2) : Élection du Bureau

Conformément à l'article 16 du Règlement intérieur du Conseil directeur, le Conseil a élu les Bahamas comme Président, Haïti et l'Équateur comme Vice-présidents et le Costa Rica comme Rapporteur du 56^e Conseil directeur.

(Première réunion, le 23 septembre 2018)

CD56(D3) : Constitution de la Commission générale

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

(Première réunion, le 23 septembre 2018)

CD56(D4) : Adoption de l'ordre du jour

Conformément à l'article 10 du Règlement intérieur du Conseil directeur, le Conseil a adopté l'ordre du jour soumis par la Directrice (document CD56/1, Rev. 2).

(Première réunion, le 23 septembre 2018)

CD56(D5) : *Sélection de deux États Membres de la Région des Amériques habilités à désigner une personne pour le Comité Politiques et Coordination du Programme spécial de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine (HRP) PNUD/UNFPA/UNICEF/OMS/Banque mondiale*

Le Conseil directeur a choisi l'Argentine et Trinité-et-Tobago comme États Membres de la Région des Amériques habilités à désigner une personne pour le Comité Politiques et Coordination du Programme spécial de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine (HRP) PNUD/UNFPA/UNICEF/OMS/Banque mondiale, pour un mandat commençant le 1^{er} janvier 2019 et prenant fin le 31 décembre 2021.

(Cinquième réunion, le 25 septembre 2018)

CD56(D6) : *Sélection d'un État Membre de la Région des Amériques habilité à désigner une personne au Conseil conjoint de coordination du Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales (TDR) de l'UNICEF/PNUD/Banque mondiale/OMS*

Le Conseil directeur a choisi l'Équateur comme État Membre de la Région des Amériques habilité à désigner une personne pour siéger au Conseil conjoint de coordination du Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales (TDR) de l'UNICEF/PNUD/Banque mondiale/OMS pour un mandat de quatre ans commençant le 1^{er} janvier 2019.

(Cinquième réunion, le 25 septembre 2018)

EN FOI DE QUOI, le Président du 56^e Conseil directeur, 70^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques, délégué des Bahamas, et le Secrétaire de droit, Directrice du Bureau sanitaire panaméricain, signent le présent rapport final en anglais.

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

Duane Sands
Délégué des Bahamas
Président du
56^e Conseil Directeur
70^e session du
Comité régional de l'OMS
pour les Amériques

Carissa Etienne
Directrice du
Bureau sanitaire panaméricain
Secrétaire du
56^e Conseil directeur
Secrétaire de droit du
56^e Conseil directeur, 70^e session du
Comité régional de l'OMS
pour les Amériques

ORDRE DU JOUR

1. OUVERTURE DE LA SESSION

2. QUESTIONS RELATIVES AU RÈGLEMENT

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

3. QUESTIONS RELATIVES À LA CONSTITUTION

- 3.1 Rapport annuel du Président du Comité exécutif
- 3.2 Rapport annuel du Directeur du Bureau sanitaire panaméricain
- 3.3 Élection de trois États Membres au Comité exécutif au terme des mandats d'Antigua-et-Barbuda, de l'Argentine et du Chili

4. QUESTIONS RELATIVES À LA POLITIQUE DES PROGRAMMES

- 4.1 Rapport de l'évaluation de fin de période biennale du Programme et budget de l'OPS 2016-2017/Deuxième rapport intérimaire du Plan stratégique de l'OPS 2014-2019
 - 4.2 Évaluation de la politique budgétaire de l'OPS
 - 4.3 Barème des contributions et des contributions fixées des États membres, des États Participants et des Membres Associés de l'Organisation panaméricaine de la Santé pour 2019
 - 4.4 Plan d'action pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent 2018-2030
 - 4.5 Plan d'action pour la prévention et la lutte contre le cancer du col de l'utérus 2018-2030
-

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

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

4.7 Plan d'action pour l'entomologie et la lutte antivectorielle 2018-2023

5. QUESTIONS ADMINISTRATIVES ET FINANCIERES

5.1 Rapport sur le recouvrement des contributions fixées

5.2 Rapport financier du Directeur et rapport du Commissaire aux comptes externe pour 2017

5.3 Amendements au Règlement financier et aux Règles de gestion financière et de l'OPS

6. SELECTION D'ÉTATS MEMBRES POUR FAIRE PARTIE DES CONSEILS OU COMITES

6.1 Sélection de deux États Membres de la Région des Amériques habilités à désigner une personne pour le Comité Politiques et Coordination du Programme spécial de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine (HRP) PNUD/UNFPA/UNICEF OMS/Banque mondiale

6.2 Élection de trois membres pour faire partie du Comité consultatif du Centre d'information sur les sciences de la santé pour l'Amérique latine et les Caraïbes (BIREME)

6.3 Sélection d'un État Membre de la Région des Amériques habilité à désigner une personne au Conseil conjoint de coordination du Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales (TDR) de l'UNICEF/PNUD/Banque mondiale/OMS

7. PRIX

7.1 Prix de l'OPS en gestion et leadership dans le domaine des services de santé 2018

7.2 Prix de l'OPS en gestion et leadership dans le domaine des services de santé : changements aux procédures

8. QUESTIONS POUR INFORMATION

- 8.1 Évaluation finale du Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017
- 8.2 Procédure pour l'élaboration du Plan stratégique de l'OPS 2020-2025
- 8.3 Rapport sur les enjeux stratégiques entre l'OPS et l'OMS
- 8.4 Projet de budget programme de l'OMS 2020-2021
- 8.5 Présentation de la méthodologie utilisée pour élaborer les indicateurs permettant de mesurer le progrès de la mise en œuvre du treizième PGT et examen de ces indicateurs et de leurs cibles
- 8.6 Consultation régionale sur la stratégie mondiale de l'OMS concernant la santé, l'environnement et les changements climatiques
- 8.7 Rapport du Comité consultatif sur la recherche en santé
- 8.8 Rapport de la Commission sur l'équité et les inégalités en matière de santé dans les Amériques
- 8.9 Mise en œuvre du Règlement sanitaire international (RSI)
- 8.10 Mise à jour sur la situation et les défis en matière d'approvisionnement du vaccin antipoliomyélitique inactivé pour maintenir l'éradication de la maladie dans la Région des Amériques
- 8.11 Rapport du Directeur sur la lutte contre les causes des disparités en matière d'accès et de recours aux services de santé par les personnes lesbiennes, gay, bisexuelles et trans
- 8.12 Réponse de l'OPS pour maintenir un programme efficace de coopération technique au Venezuela et dans les États Membres voisins
- 8.13 Plan d'action sur la sécurité routière : rapport final
- 8.14 Plan d'action pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et les cas graves de morbidité maternelle : rapport final
- 8.15 Stratégie et plan d'action pour la santé intégrale chez l'enfant : rapport final

8. QUESTIONS POUR INFORMATION (*suite*)

- 8.16 Stratégie et plan d'action sur le changement climatique : rapport final
- 8.17 Stratégie et plan d'action sur la cybersanté : rapport final
- 8.18 Stratégie et plan d'action sur la gestion des connaissances et la communication : rapport final
- 8.19 La santé et les relations internationales : leur lien avec la gestion du développement national de la santé : rapport final
- 8.20 Institutions nationales associées à l'OPS en matière de coopération technique : rapport final
- 8.21 Bioéthique : vers l'intégration de l'éthique dans la santé : rapport final
- 8.22 Rapports d'avancement sur les questions techniques :
 - A. Stratégie et plan d'action visant au renforcement du système de santé pour combattre la violence à l'égard des femmes : rapport d'avancement
 - B. Plan d'action pour la prévention de l'obésité chez les enfants et les adolescents : évaluation à mi-parcours
 - C. Stratégie et plan d'action sur la santé en milieu urbain : évaluation à mi-parcours
 - D. Plan d'action sur la résistance aux antimicrobiens : évaluation à mi-parcours
 - E. Plan d'action pour la prévention et le contrôle des hépatites virales : évaluation à mi-parcours
 - F. Plan d'action pour la prévention et le contrôle de la tuberculose : évaluation à mi-parcours
 - G. Plan d'action pour la prévention et la lutte contre le VIH et les infections sexuellement transmissibles 2016-2021 : évaluation à mi-parcours
 - H. Plan d'action pour l'élimination du paludisme 2016-2020 : évaluation à mi-parcours

8. QUESTIONS POUR INFORMATION (*suite*)

8.22 Rapports d'avancement sur les questions techniques : (*suite*)

- I. Plan d'action pour la réduction des risques liés aux catastrophes 2016-2021 : rapport d'avancement
- J. Examen de la commission prélevée sur les achats de fournitures de santé publique effectués pour le compte des États Membres : rapport d'avancement
- K. Situation des Centres panaméricains

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

- A. Soixante et Onzième Assemblée mondiale de la Santé
- B. Quarante-huitième session ordinaire de l'Assemblée générale de l'Organisation des États Américains
- C. Organisations sous régionales

9. OTROS ASUNTOS

10. CLAUSURA DE LA SESIÓN

LISTE DES DOCUMENTS

Document officiel

OD356 Rapport financier du Directeur et rapport du Commissaire aux comptes externe pour 2017

Documents de travail

CD56/1, Rev. 2 Ordre du jour

CD56/WP/1 Programme de réunions

CD56/2 Rapport annuel du Président du Comité exécutif

CD56/3 Rapport annuel du Directeur du Bureau sanitaire panaméricain

CD56/4 Élection de trois États Membres au Comité exécutif au terme des mandats d'Antigua-et-Barbuda, de l'Argentine et du Chili

CD56/5 et Add. I Rapport de l'évaluation de fin de période biennale du Programme et budget de l'OPS 2016-2017/Deuxième rapport intérimaire du Plan stratégique de l'OPS 2014-2019

CD56/6 et Add. I Évaluation de la politique budgétaire de l'OPS

CD56/7 Barème des contributions et des contributions fixées des États membres, des États Participants et des Membres Associés de l'Organisation panaméricaine de la Santé pour 2019

CD56/8, Rev. 1 Plan d'action pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent 2018-2030

CD56/9 Plan d'action pour la prévention et la lutte contre le cancer du col de l'utérus 2018-2030

CD56/10, Rev. 1 Plan d'action en matière de ressources humaines pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle 2018-2023

CD56/11 Plan d'action pour l'entomologie et la lutte antivectorielle 2018-2023

CD56/12 et Add. I Rapport sur le recouvrement des contributions fixées

Documents de travail (*suite*)

CD56/13	Amendements au Règlement financier et aux Règles de gestion financière et de l'OPS
CD56/14	Sélection de deux États Membres de la Région des Amériques habilités à désigner une personne pour le Comité Politiques et Coordination du Programme spécial de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine (HRP) PNUD/UNFPA/UNICEF OMS/Banque mondiale
CD56/15	Élection de trois membres pour faire partie du Comité consultatif du Centre d'information sur les sciences de la santé pour l'Amérique latine et les Caraïbes (BIREME)
CD56/16	Sélection d'un État Membre de la Région des Amériques habilité à désigner une personne au Conseil conjoint de coordination du Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales (TDR) de l'UNICEF/PNUD/Banque mondiale/OMS
CD56/17	Prix de l'OPS en gestion et leadership dans le domaine des services de santé 2018
CD56/18	Prix de l'OPS en gestion et leadership dans le domaine des services de santé : changements aux procédures

Documents pour information

CD56/INF/1	Évaluation finale du Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017
CD56/INF/2, Rev. 1	Procédure pour l'élaboration du Plan stratégique de l'OPS 2020-2025
CD56/INF/3	Rapport sur les enjeux stratégiques entre l'OPS et l'OMS
CD56/INF/4	Projet de budget programme de l'OMS 2020-2021
CD56/INF/5, Rev. 1	Présentation de la méthodologie utilisée pour élaborer les indicateurs permettant de mesurer le progrès de la mise en œuvre du treizième PGT et examen de ces indicateurs et de leurs cibles

Documents pour information (*suite*)

CD56/INF/6	Consultation régionale sur la stratégie mondiale de l’OMS concernant la santé, l’environnement et les changements climatiques
CD56/INF/7	Rapport du Comité consultatif sur la recherche en santé
CD56/INF/8	Rapport de la Commission sur l'équité et les inégalités en matière de santé dans les Amériques
CD56/INF/9	Mise en œuvre du Règlement sanitaire international (RSI)
CD56/INF/10	Mise à jour sur la situation et les défis en matière d'approvisionnement du vaccin antipoliomyélitique inactivé pour maintenir l'éradication de la maladie dans la Région des Amériques
CD56/INF/11, Corr.	Rapport du Directeur sur la lutte contre les causes des disparités en matière d'accès et de recours aux services de santé par les personnes lesbiennes, gay, bisexuelles et trans
CD56/INF/12	Réponse de l’OPS pour maintenir un programme efficace de coopération technique au Venezuela et dans les États Membres voisins
CD56/INF/13	Plan d'action sur la sécurité routière : rapport final
CD56/INF/14	Plan d’action pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et les cas graves de morbidité maternelle : rapport final
CD56/INF/15	Stratégie et plan d'action pour la santé intégrale chez l’enfant : rapport final
CD56/INF/16	Stratégie et plan d’action sur le changement climatique : rapport final
CD56/INF/17	Stratégie et plan d'action sur la cybersanté : rapport final
CD56/INF/18	Stratégie et plan d'action sur la gestion des connaissances et la communication : rapport final
CD56/INF/19	La santé et les relations internationales : leur lien avec la gestion du développement national de la santé : rapport final
CD56/INF/20	Institutions nationales associées à l'OPS en matière de coopération technique : rapport final

Documents pour information (*suite*)

- CD56/INF/21 Bioéthique : vers l'intégration de l'éthique dans la santé : rapport final
- CD56/INF/22 Rapports d'avancement sur les questions techniques :
- A. Stratégie et plan d'action visant au renforcement du système de santé pour combattre la violence à l'égard des femmes : rapport d'avancement
 - B. Plan d'action pour la prévention de l'obésité chez les enfants et les adolescents : évaluation à mi-parcours
 - C. Stratégie et plan d'action sur la santé en milieu urbain : évaluation à mi-parcours
 - D. Plan d'action sur la résistance aux antimicrobiens : évaluation à mi-parcours
 - E. Plan d'action pour la prévention et le contrôle des hépatites virales : évaluation à mi-parcours
 - F. Plan d'action pour la prévention et le contrôle de la tuberculose : évaluation à mi-parcours
 - G. Plan d'action pour la prévention et la lutte contre le VIH et les infections sexuellement transmissibles 2016-2021 : évaluation à mi-parcours
 - H. Plan d'action pour l'élimination du paludisme 2016-2020 : évaluation à mi-parcours
 - I. Plan d'action pour la réduction des risques liés aux catastrophes 2016-2021 : rapport d'avancement
 - J. Examen de la commission prélevée sur les achats de fournitures de santé publique effectués pour le compte des États Membres : rapport d'avancement
 - K. Situation des Centres panaméricains

Documents pour information (*suite*)

CD56/INF/23 Résolutions et autres actions d'organisations intergouvernementales revêtant un intérêt pour l'OPS :

- A. Soixante et Onzième Assemblée mondiale de la Santé
- B. Quarante-huitième session ordinaire de l'Assemblée générale de l'Organisation des États Américains
- C. Organisations sous-régionales

**LIST OF PARTICIPANTS/LISTA DE PARTICIPANTES
OFFICERS/MESA DIRECTIVA¹⁰**

President / Presidente:	Hon. Dr. Duane Sands, MP (Bahamas)
Vice-President / Vicepresidente:	Dr Marie Greta Roy Clément (Haiti)
Vice-President / Vicepresidente:	Dra. María Verónica Espinosa Serrano (Ecuador)
Rapporteur / Relator:	Sra. Adriana Salazar González (Costa Rica)

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS

ANTIGUA AND BARBUDA/ANTIGUA Y BARBUDA

Head of Delegation – Jefe de Delegación

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

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de Delegación

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

Delegates – Delegados

Dr. Teri-Ann Joseph
Senior Medical Officer
Ministry of Health, Wellness, and the
Environment
St. John's

ARGENTINA

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Dr. Adolfo Rubinstein
Secretario de Gobierno de Salud
Ministerio de Salud y Desarrollo Social
Buenos Aires

ARGENTINA (cont.)

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de Delegación

Excma. Sra. Paula María Bertol
Embajadora, Representante Permanente
de Argentina ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

Delegates – Delegados

Dra. Analía López
Jefa de Gabinete
Ministerio de Salud y Desarrollo Social
Buenos Aires

Dr. Mario Kaler
Secretario de Promoción de la Salud,
Prevención y Control de Riesgos
Ministerio de Salud y Desarrollo Social
Buenos Aires

Alternates and Advisers – Suplentes y Asesores

Lic. Jorgelina Constanzi
Directora Nacional de Relaciones
Sanitarias Internacionales
Ministerio de Salud y Desarrollo Social
Buenos Aires

Lic. Luciana Amighini
Directora Nacional de Relaciones
Institucionales
Ministerio de Salud y Desarrollo Social
Buenos Aires

¹⁰ Liste bilingue en anglais et espagnol.

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

ARGENTINA (cont.)

Alternates and Advisers – Suplentes y
Asesores (cont.)

Sr. Patricio Ancarola
Director de Información Pública
y Comunicación
Ministerio de Salud
Buenos Aires

Sra. Georgina Grigioni
Traductora Pública
Dirección Nacional de Relaciones
Sanitarias Internacionales
Ministerio de Salud
Buenos Aires

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

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

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

Sra. María Lorena Capra
Consejera, Representante Alternata
de Argentina ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

Sra. Eugenia Giménez
Secretaria, Representante Alternata
de Argentina ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

BAHAMAS

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Hon. Dr. Duane Sands, MP
Minister of Health
Ministry of Health
Nassau

Alternate Head of Delegation – Jefe Alternato de
Delegación

Dr. Delon Brennen
Deputy Chief Medical Officer
Ministry of Health
Nassau

Delegates – Delegados

Dr. Phillip Swann
Senior Registrar
Ministry of Health
Nassau

Dr. Marceline Dahl-Regis
Consultant
Ministry of Health
Nassau

Alternates and Advisers – Suplentes y
Asesores

His Excellency Sidney S. Collie
Ambassador, Permanent Representative of
The Bahamas to the Organization of
American States
Washington, D.C.

Ms. Tracee Dorestant
Second Secretary, Alternate Representative
of The Bahamas to the Organization of
American States
Washington, D.C.

Ms. Iesha Deveaux
Second Secretary, Alternate Representative
of The Bahamas to the Organization of
American States
Washington, D.C.

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

BARBADOS

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Lt. Col. The Hon. Jeffrey D. Bostic
Minister of Health and Wellness
Ministry of Health and Wellness
St. Michael

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de Delegación

Ms. June Chandler
Permanent Secretary
Ministry of Health and Wellness
St. Michael

Delegates – Delegados

Dr. Kenneth George
Chief Medical Officer
Ministry of Health and Wellness
St. Michael

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

Alternates and Advisers – Suplentes y Asesores

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

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

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

BELIZE/BELICE

Head of Delegation – Jefe de Delegación

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

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de Delegación

His Excellency Francisco D. Gutiérrez
Ambassador, Permanent Representative
of Belize to the Organization of American
States
Washington, D.C.

Delegates – Delegados

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

BOLIVIA (PLURINATIONAL STATE OF/ ESTADO PLURINACIONAL DE)

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Lic. Álvaro Terrazas Peláez
Viceministro de Salud y Promoción
Ministerio de Salud
Estado Plurinacional de Bolivia

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de Delegación

Sra. Giovanna Baina Villareal
Primer Secretaria
Embajada Plurinacional de Bolivia
Washington, D.C.

Delegates – Delegados

Sra. Ivanna D. Bracamonte Guillén
Primer Secretaria, Representante Alterna
de Bolivia ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

BRAZIL/BRASIL

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Sr. Gilberto Occhi
Ministro de Estado da Saúde
Ministério da Saúde
Brasília

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de Delegación

Sr. Osney Okumoto
Secretário de Vigilância em Saúde
Ministério da Saúde
Brasília

Delegates – Delegados

Excmo. Fernando Simas Magalhaes
Embaixador, Representate Permanente do
Brasil junto à Organização dos Estados
Americanos
Washington, D.C.

Sr. Gabriel Boff Moreira
Ministro-conselheiro, Representate
Alterno do Brasil junto à Organização dos
Estados Americanos
Washington, D.C.

Alternates and Advisers – Suplentes y
Asesores

Sr. Fábio Frederico
Conselheiro, Assessor Especial do Ministro
para Assuntos Internacionais de Saúde
Ministério da Saúde
Brasília

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

Sr. Fábio Cereda
Chefe da Assessoria Internacional de Saúde
Ministério da Saúde
Brasília

BRAZIL/BRASIL (cont.)

Alternates and Advisers – Suplentes y
Asesores (cont.)

Sr. Renato Strauss
Chefe da Assessoria de Imprensa
Ministério da Saúde
Brasília

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

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

Sra. Luciani Ricardi
Assessora Internacional para Assuntos
Multilaterais
Ministério da Saúde
Brasília

CANADA/CANADÁ

Head of Delegation – Jefe de Delegación

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

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de Delegación

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

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

CANADA/CANADÁ (cont.)

Delegates – Delegados

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

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

Alternates and Advisers – Suplentes y
Asesores

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

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

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

Ms. Heidy Sanchez
Public Affairs Officer and Delegate
Permanent Mission of Canada to the
Organization of American States
Washington, D.C.

Dr Horacio Arruda
Directeur national de santé publique et
sous-ministre adjoint à la Direction
générale de la santé publique
Ministère de la Santé et des Services
sociaux
Le gouvernement du Québec

CANADA/CANADÁ (cont.)

Alternates and Advisers – Suplentes y
Asesores (cont.)

Mme Valérie Fontaine
Directrice des affaires intergouvernementales
et de la coopération internationale
Ministère de la Santé et des Services
sociaux
Le gouvernement du Québec

Mr. Charles Antoine Barbeau-Meunier
Youth Delegate
International Federation of Medical Student
Associations
Québec

CHILE

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Dr. Emilio Santelices
Ministro de Salud
Ministerio de Salud
Santiago

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de
Delegación

Sr. Pablo Pizarro Giadach
Jefe de Gabinete
Ministerio de Salud
Santiago

Delegates – Delegados

Dr. Pablo Muñoz
Encargado de la Oficina de Cooperación
y Asuntos Internacionales
Ministerio de Salud
Santiago

Sra. María José Guzmán
Jefa de Gabinete
Subsecretaría de Salud
Santiago

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

COLOMBIA

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Dr. Juan Pablo Uribe Restrepo
Ministro de Salud y Protección Social
Ministerio de Salud y Protección Social
Bogotá

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de Delegación

Excmo. Sr. Alejandro Ordoñez
Embajador, Representante Permanente de Colombia ante la Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Delegates – Delegados

Sr. Álvaro Calderón Ponce de León
Ministro Plenipotenciario, Representante Alterno de Colombia ante la Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

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

Alternates and Advisers – Suplentes y Asesores

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

Sr. Camilo Arenas
Asesor del Ministro de Salud y Protección Social
Ministerio de Salud y Protección Social
Bogotá

COSTA RICA

Head of Delegation – Jefe de Delegación

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

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de Delegación

Sra. Adriana Salazar Ganzález
Jefe, Unidad de Relaciones Internacionales
Ministerio de Salud
San José

Delegates – Delegados

Sra. Linyi Baidal Sequeira
Ministra Consejera, Representante Alternos de Costa Rica ante la Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

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

Alternates and Advisers – Suplentes y Asesores

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

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

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

CUBA

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Dr. José Ángel Portal Miranda
Ministro de Salud Pública
Ministerio de Salud Pública
La Habana

Alternate Head of Delegation – Jefe Alternativo de Delegación

Dra. Marcia Cobas Ruiz
Viceministra de Salud
Ministerio de Salud Pública
La Habana

Delegates – Delegados

Dra. Evelyn Martínez Cruz
Jefa del Departamento de Organismos Internacionales
Dirección de Relaciones Internacionales
Ministerio de Salud Pública
La Habana

Dr. Néstor Marimón Torres
Director Nacional de Relaciones Internacionales y Cooperación
Ministerio de Salud Pública
La Habana

DOMINICA

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Dr. David Johnson
Chief Medical Officer
Ministry of Health and Social Services
Dominica

DOMINICAN REPUBLIC/REPÚBLICA DOMINICANA

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Dr. Rafael Sánchez Cárdenas
Ministro de Salud
Ministerio de Salud Pública
Santo Domingo

DOMINICAN REPUBLIC/REPÚBLICA DOMINICANA (cont.)

Alternate Head of Delegation – Jefe Alternativo de Delegación

Excmo. Sr. Gedeón Santos
Embajador, Representante Permanente de la República Dominicana ante la Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Delegates – Delegados

Lic. Luis Ramón Cruz Holguín
Director de Planificación Institucional
Ministerio de Salud Pública
Santo Domingo

Licda. Sheila Almonte
Analista Financiera
Dirección de Planificación
Ministerio de Salud Pública
Santo Domingo

Alternates and Advisers - Suplentes y Asesores

Lic. Karla Ayala
Coordinadora Técnica
Dirección de Planificación
Ministerio de Salud Pública
Santo Domingo

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

Sr. Gerardo Güémez
Ministro Consejero, Representante Alternativo de la República Dominicana ante la Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Sr. Pedro Zaiter
Consejero, Representante Alternativo de la República Dominicana ante la Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

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

Alternates and Advisers - Suplentes y
Asesores (cont.)

Sra. Laura Brea
Consejera, Representante Alterna de la
República Dominicana ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

ECUADOR

Head of Delegation – Jefe de Delegación

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

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de
Delegación

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

Delegates – Delegados

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

EL SALVADOR

Head of Delegation – Jefe de Delegación

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

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de
Delegación

Excma. Sra. Claudia I. Canjura de Centeno
Embajadora de El Salvador ante la
Casa Blanca
Washington, D.C.

EL SALVADOR (cont.)

Delegates – Delegados

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

Sra. Wendy Acebedo
Consejera, Representante Alterna de
El Salvador ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de
Delegación

Sr. Alex Campos Mejía
Consejero, Representante Alterno de
El Salvador ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

GRENADA/GRANADA

Head of Delegation – Jefe de Delegación

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

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de
Delegación

Dr. George Mitchell
Chief Medical Officer
Ministry of Health, Social Security and
International Business
St. George's

Delegates – Delegados

Dr. Thom Tyson
Advisor
Ministry of Health, Social Security and
International Business
St. George's

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

GRENADA/GRANADA (cont.)

Delegates – Delegados (cont.)

Dr. Abhishek Raut
Observer
Ministry of Health, Social Security and
International Business
St. George's

Alternates and Advisers - Suplentes y
Asesores

Ms. Saira Consuelo Paredes
Observer
Ministry of Health, Social Security and
International Business
St. George's

GUATEMALA

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Dr. Carlos E. Soto Menegazzo
Ministro de Salud Pública y Asistencia Social
Ministerio de Salud Pública
y Asistencia Social
Ciudad de Guatemala

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de
Delegación

Excma. Sra. Rita Claverie de Sciulli
Embajadora, Representante Permanente de
Guatemala ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

Delegates – Delegados

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

Sra. Andrea Carolina Gaytán Calderón
Coordinadora de la Unidad de Cooperación
Internacional
Ministerio de Salud Pública
y Asistencia Social
Ciudad de Guatemala

GUATEMALA (cont.)

Alternates and Advisers - Suplentes y
Asesores

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

Sra. Ana María Tatiana Lucero Barahona
Consejera, Representante Alternata
de Guatemala ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

Sr. Randy Estuardo Castillo Tocay
Primer Secretario, Representante Alternata
de Guatemala ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

GUYANA

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Hon. Ms. Volda Lawrence
Minister of Public Health
Ministry of Public Health
Georgetown

Alternate Head of Delegation – Jefe Alternata de
Delegación

Mrs. Lesley Dowridge- Collins
Charge d'affaires a.i / Alternata
Representative of Guyana to the
Organization of American States
Washington, D.C.

Delegates – Delegados

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

Mr. Jason Fields
First Secretary, Alternata Representative
of Guyana to the Organization of
American States
Washington, D.C.

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

HAITI/HAITÍ

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Dr Marie Greta Roy Clément
Ministre de la Santé publique
et de la Population
Ministère de la Santé publique et
de la Population
Port-au-Prince

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de Delegación

Dr Dernst Eddy Jean Baptiste
Directeur de Cabinet
Ministère de la Santé publique et
de la Population
Port-au-Prince

Delegates – Delegados

Dr Jean Patrick Alfred
Directeur de l'Unité de Planification
Ministère de la Santé publique et
de la Population
Port-au-Prince

Dr Johnny Calonges
Directeur de l'Unité de Contractualisation
Ministère de la Santé publique et
de la Population
Port-au-Prince

Alternates and Advisers – Suplentes y Asesores

Dr Yves Gaston Deslouches
Membre du Cabinet de la Ministre
Ministère de la Santé publique et
de la Population
Port-au-Prince

Dr Tamara Georges Decastro
Membre du Cabinet de la Ministre
Ministère de la Santé publique et
de la Population
Port-au-Prince

HAITI/HAITÍ (cont.)

Alternates and Advisers – Suplentes y Asesores (cont.)

M Joslene Sylvain
Assistante Administrative de la Ministre
Ministère de la Santé publique et
de la Population
Port-au-Prince

HONDURAS

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Dr. Octavio Sánchez Midence
Secretario de Estado en el Despacho
de Salud
Secretaría de Salud
Tegucigalpa

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de Delegación

Excmo. Sr. Leonidas Rosa-Bautista
Embajador, Representante Permanente de
Honduras ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

Delegates – Delegados

Sra. Laura Mejía
Directora de La Unidad de Cooperación
Externa y Movilización de Recursos
Secretaría de Salud
Tegucigalpa

Sr. Luis Cordero
Ministro, Representante Alterno de
Honduras ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

Alternates and Advisers – Suplentes y Asesores

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

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

HONDURAS (cont.)

Alternates and Advisers – Suplentes y
Asesores (cont.)

Sr. Guillermo Pérez Cadalso
Representante Alterno de
Honduras ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

JAMAICA

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Dr. Jacqueline Bisasor McKenzie
Chief Medical Officer
Ministry of Health
Kingston

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de
Delegación

Her Excellency Audrey Marks
Ambassador, Permanent Representative of
Jamaica to the Organization of American
States
Washington, D.C.

Delegates – Delegados

Mr. Deon Williams
Minister, Alternate Representative of
Jamaica to the Organization of American
States
Washington, D.C.

Mrs. Patricia Ingram Martin
Chief Nursing Officer
Ministry of Health
Kingston

Alternates and Advisers – Suplentes y
Asesores

Dr. Naydene Williams
Director of Health Services
Ministry of Health
Kingston

MEXICO/MÉXICO

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Dr. José Narro Robles
Secretario de Salud
Secretaría de Salud
México, D.F.

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de
Delegación

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

Delegates – Delegados

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

Dr. Miguel Angel Lutzow
Coordinador de Asesores del Subsecretario
de Prevención y Promoción de la Salud
Secretaría de Salud
México, D.F.

Alternates and Advisers – Suplentes y
Asesores

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

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

Mtra. Eloina Meneses Mendoza
Directora de Estudios Sociodemográficos
Consejo Nacional de Población (CONAPO)
Secretaría de Salud
México, D.F.

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

MEXICO/MÉXICO (cont.)

Alternates and Advisers – Suplentes y
Asesores (cont.)

Dr. Gustavo Torres
Segundo Secretario, Representante Alterno
de México ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

Licda. Maite Narváez Abad
Tercera Secretaria, Representante Alternata
De México ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

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

Sra. Mariana Areli Rodríguez Medina
Misión Permanente de México ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Sra. Daniela Saldaña Sardina
Misión Permanente de México ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

NICARAGUA

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Dr. Carlos José Sáenz Torres
Secretario General
Ministerio de Salud
Managua

Alternate Head of Delegation – Jefe Alternata de
Delegación

Excmo. Sr. Luis E. Alvarado Ramirez
Embajador, Representante Alternata de
Nicaragua ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

NICARAGUA (cont.)

Delegates – Delegados

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

PANAMA/PANAMÁ

Head of Delegation – Jefe de Delegación

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

Alternate Head of Delegation – Jefe Alternata de
Delegación

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

Delegates – Delegados

Sra. Natasha Dormoi
Viceministra en Funciones Especiales
Ministerio de Salud
Ciudad de Panamá

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

Alternates and Advisers – Suplentes y
Asesores

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

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

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

PARAGUAY

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Dr. Julio Mazzoleni Insfran
Ministro de Salud Pública y
Bienestar Social
Ministerio de Salud Pública y
Bienestar Social
Asunción

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de Delegación

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

Delegates – Delegados

Dr. Guillermo Sequera
Director General de Vigilancia de la Salud
Ministerio de Salud Pública y
Bienestar Social
Asunción

Q.F. María Antonieta Gamarra
Directora General de Relaciones
Internacionales
Ministerio de Salud Pública y
Bienestar Social
Asunción

Alternates and Advisers – Suplentes y Asesores

Dra. Sonia Chantal Agüero
Ministerio de Salud Pública y
Bienestar Social
Asunción

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

PERU/PERÚ

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Lic. Sofía Velásquez Portocarrero
Ejecutiva Adjunta, Asesora del Despacho
Ministerial de Salud
Ministerio de Salud
Lima

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de Delegación

Sr. José Luis Gonzáles
Ministro, Representante Alterno de
Perú ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

Delegates – Delegados

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

SAINT LUCIA/SANTA LUCÍA

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Senator Hon. Mary Issac
Minister for Health and Wellness
Ministry of Health and Wellness
Waterfront, Castries

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de Delegación

Dr. Sharon Belnar-George
Senior Medical Officer
Ministry of Health and Wellness
Waterfront, Castries

SAINT KITTS AND NEVIS/SAINT KITTS Y NEVIS

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Her Excellency Dr. Thelma Phillip-Browne
Ambassador of St. Kitts and Nevis to
the United States of America
Washington, D.C.

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

**SAINT KITTS AND NEVIS/SAINT KITTS
Y NEVIS (cont.)**

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de Delegación

Dr. Hazel Oreta Laws
Chief Medical Officer
Ministry of Health
Basseterre

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

Head of Delegation – Jefe de Delegación

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

SURINAME

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Hon. Mr. Antoine Elias
Minister of Health
Ministry of Health
Paramaribo

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de Delegación

Mrs. Edith Moore-Tilon
Deputy Director of Health
Ministry of Health
Paramaribo

Delegates – Delegados

Ms. Jhanjan A. Roshnie
CARICOM Focal Point
Ministry of Health
Paramaribo

Mrs. Esther Resodimedjo-Kasno
Secretary to the Minister of Health
Ministry of Health
Paramaribo

**TRINIDAD AND TOBAGO/TRINIDAD Y
TABAGO**

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Hon. Terrence Deyalsingh, M.P.
Minister of Health
Ministry of Health
Port-of-Spain

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de Delegación

His Excellency Brigadier General (Ret'd)
Anthony Phillips-Spencer
Ambassador of the Republic of Trinidad and
Tobago to the United States of America
Washington, D.C.

Delegates – Delegados

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

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

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

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Hon. Mr. Alex Azar II
Secretary for Health
Department of Health and Human
Services
Washington, D.C.

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de Delegación

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

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

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

Delegates – Delegados

Ms. Tracy Carson
Health Attaché
U.S. Mission of the United Nations and
Other International Organizations
Department of State
Geneva

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

Alternates and Advisers – Suplentes y Asesores

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

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

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

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

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

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

Alternates and Advisers – Suplentes y Asesores (cont.)

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

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

Mr. James N. Miller
Deputy Director
Office of Economic and Development
Assistance
Bureau of International Organization Affairs
Department of State
Washington, D.C.

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

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

Dr. Aye Aye Thwin
Senior Advisor
Office of the Assistant Administrator
Bureau for Global Health
Agency for International Development
Washington, D.C.

Ms. Monique Wubbenhorst
Senior Advisor
Bureau for Global Health
Agency for International Development
Washington, D.C.

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

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

Alternates and Advisers – Suplentes y Asesores (cont.)

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

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

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

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

Mr. Will Schluter
Division Director
Global Immunizations
Centers for Disease Control and Prevention
Atlanta

Mr. Kyle Zebley
Senior Policy Advisor
Office of Global Affairs
Department of Health and Human Services
Washington, D.C.

URUGUAY

Head of Delegation – Jefe de Delegación

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

URUGUAY (cont.)

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de Delegación

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

Delegates – Delegados

Sr. Fernando Sotelo
Ministro, Representante Alterno del Uruguay ante la Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Sra. Alicia Arbelbide
Ministra, Representante Alternas del Uruguay ante la Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

VENEZUELA (BOLIVARIAN REPUBLIC OF/ REPÚBLICA BOLIVARIANA DE)

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Dr. Carlos Alvarado González
Ministro del Poder Popular para la Salud
Ministerio del Poder Popular para la Salud
Caracas

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de Delegación

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

Delegates – Delegados

Sra. Marisela Bermúdez Barrios
Viceministra de Redes de Salud Colectiva
Ministerio del Poder Popular para la Salud
Caracas

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

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

Delegates – Delegados (cont.)

Lic. Julio Colmenares
Director de Relaciones Multilaterales
Oficina de Integración y Asuntos
Internacionales
Ministerio del Poder Popular para la Salud
Caracas

Alternates and Advisers – Suplentes y
Asesores

Sr. Jhon Guerra Sansonetti
Consejero, Representante Alterno
de la República Bolivariana de Venezuela
ante la Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

Sr. Juan José Perdomo
Consejero, Representante Alterno
de la República Bolivariana de Venezuela
ante la Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

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

Alternates and Advisers – Suplentes y
Asesores (cont.)

Sra. Asbina Marín Sevilla
Primera Secretaria, Representante Alternata
de la República Bolivariana de Venezuela
ante la Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

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

PARTICIPATING STATES/ESTADOS PARTICIPANTES

FRANCE/FRANCIA

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Mrs. Anne Vidal de la Blache
Ambassador, Permanent Representative of
France to the Organization of American
States
Washington, D.C.

Alternate Head of Delegation – Jefe Alternato de
Delegación

Mrs. Ondine Tavernier
Alternate Observer of France to the
Organization of American States
Washington, D.C.

FRANCE/FRANCIA (cont.)

Delegates - Delegados

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

Mr. Michael Garnier-Lavalley
Counselor for health and social affairs
Embassy of France
Washington, D.C.

Alternates and Advisers – Suplentes y
Asesores

Mr. Martial Gomez
Attaché, Alternate Observer of France to the
Organization of American States
Washington, D.C.

PARTICIPATING STATES/ESTADOS PARTICIPANTES (cont.)

NETHERLANDS/PAÍSES BAJOS

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Mr. Jeroen Bart
Policy Advisor
Embassy of the Kingdom of the Netherlands
Washington

UNITED KINGDOM/REINO UNIDO

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Mrs. Catherine Houlsby
Head of International Health
Ministry of Health Department of Health
and Social Care
United Kingdom

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de Delegación

Mrs. Alison Raw
Head of British Overseas Territories
Ministry of Health Department of Health
and Social Care
United Kingdom

Delegates - Delegados

Mrs. Petrona Davies
Permanent Secretary
Ministry of Health and Social Development
British Virgin Islands

UNITED KINGDOM/REINO UNIDO (cont.)

Delegates – Delegados (cont.)

Mrs. Tamera Howarth-Robinson
Ministry of Health, Agriculture and
Human Services
Turks and Caicos Islands

Alternates and Advisers – Suplentes y Asesores

Dr. Nadia Astwood
Director of Health Services
Ministry of Health, Agriculture and
Human Services
Turks and Caicos Islands

Ms. Renessa Williams
Ministry of Health, Agriculture and
Human Services
Turks and Caicos Islands

Mr. Merwyn Rogers
Permanent Secretary
Ministry of Health and Social Development
Anguilla

Mrs. Camille Thomas-Gerald
Permanent Secretary
Ministry of Health and Social Services
Montserrat

ASSOCIATE MEMBERS/MIEMBROS ASOCIADOS

ARUBA

CURAÇAO

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Mrs. Susanne Camellia-Römer
Minister of Health, Environment and Nature
Ministry of Health, Environment and Nature
Willemstad

CURAÇAO (cont.)

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de Delegación

Mrs. Jeanine Constansia-Kook
Policy Director
Ministry of Health, Environment and Nature
Willemstad

ASSOCIATE MEMBERS/MIEMBROS ASOCIADOS

CURAÇAO (cont.)

Delegates - Delegados

Mrs. Aimée Fransisco-Kleinmoedig
Chief
General Affairs Officer
Bureau of Telecommunication and Post
Willemstad

PUERTO RICO

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Dr. Raúl G. Castellanos Bran
Coordinador de OPS/OMS
Departamento de Salud,
Puerto Rico

SINT MAARTEN/SAN MARTÍN

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.

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

PORTUGAL

Sr. Hugo Palma
Primer Secretario, Observador Permanente
de Portugal ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

REPRESENTATIVES OF THE EXECUTIVE COMMITTEE/ REPRESENTANTES DEL COMITÉ EJECUTIVO

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

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

AWARD WINNERS/ GANADORES DE LOS PREMIOS

**PAHO Award for Health Services
Management and Leadership 2018/
Premio OPS a la Gestión y al Liderazgo en
los Servicios de Salud 2018**

Dr. Natalia Largaespada Beer
Belize

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

**Caribbean Community/
Comunidad del Caribe**

Dr. Douglas Slater
Dr. Rudolph Cummings

**Caribbean Public Health Agency/Agencia de
Salud Pública del Caribe**

Dr. James Hospedales
Dr. Virginia Asin-Oostburg

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

Sra. Laís Abramo
Sra. Inés Bustillo
Sr. Rex García

**Inter-American Institute for Cooperation on
Agriculture/Instituto Interamericano de
Cooperación para la Agricultura**

Dr. Miguel García

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

**Council of Health Ministers of Central
America and the Dominican Republic/
Consejo de Ministros de Salud de
Centroamérica y República Dominicana**

Dr. Alejandro Solís Martínez

**Hipólito Unanue Agreement/
Convenio Hipólito Unanue**

Dra. Nila Heredia Miranda
Sra. Gloria Lagos Eyzaguirre

**Inter-American Conference on Social
Security/Conferencia interamericana de
seguridad social**

Sr. Omar de la Torre de la Mora
Sr. Mauricio Bailón González
Sr. Alejandro Svarch

**Organization of Eastern Caribbean States/
Organización de Estados del Caribe
Oriental**

Dr. Carlene Radix

**South American Institute of Government in
Health/Instituto Suramericano de Gobierno
en Salud**

Dra. Carina Vance Mafla

The World Bank Group/Banco Mundial

Mr. Daniel Dulitzkly

**REPRESENTATIVES OF NON-STATES ACTORS IN OFFICIAL RELATIONS
WITH PAHO / REPRESENTANTES DE ACTORES NO ESTATALES EN
RELACIONES OFICIALES CON LA OPS**

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

Mrs. Lily Waterston

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

Ms. Vina HuLamm

**REPRESENTATIVES OF NON-STATES ACTORS IN OFFICIAL RELATIONS
WITH PAHO / REPRESENTANTES DE ACTORES NO ESTATALES EN
RELACIONES OFICIALES CON LA OPS (cont.)**

**Drug for Neglected Diseases Initiative/
Iniciativa Medicamentos para
Enfermedades Olvidadas**

Mr. Francisco Viegas Neves da Silva
Ms. Michelle Childs
Ms. Cecilia Castillo
Ms. Rachel Cohen

**Inter-American Heart Foundation/
Fundación Interamericana del Corazón**

Dra. Eugenia Ramos
Dra. Beatriz Champagne
Dr. Jake Palley

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

Dr. Rubén Abete
Dr. Alfredo Antía

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

Sr. Luis Villalba
Sr. Juan Carlos Trujillo de Hart

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

Sr. Eduardo Arce
Sra. Alejandra Martínez
Sr. Jose Luis Barrera
Sr. Herlys Gianelli
Sra. Laura Dachner
Sr. Juan Luis García
Sra. Nacia Pupo Taylor
Sra. Lila Feisee

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

Ms. Marcela Gaitán

U.S. Pharmacopeia

Mr. Damian Cairatti

**REPRESENTATIVES OF NON-STATES ACTORS IN
OFFICIAL RELATIONS WITH WHO / REPRESENTANTES DE ACTORES NO
ESTATALES EN RELACIONES OFICIALES CON LA OMS**

**Framework Convention Alliance for
Tobacco Control/Alianza para el Convenio
Marco para el Control del Tabaco**

Mr. Laurent Huber
Ms. Nichelle Gray

**International Alliance of Patient
Organizations/ Alianza Internacional de
Organizaciones de Pacientes**

Ms. Penney Cowan
Mr. Syed Hussain Jafri

**International Federation of Medical
Students' Associations/Federación
Internacional de Asociaciones de
Estudiantes de Medicina**

Dr. Ivan Fabrizzio Canaval Díaz
Mr. Manuel Mendive Espalter
Ms. Gabriela Cipriano
Mr. Gustavo Méndes e Silva
Ms. Rebeca Pérez

**REPRESENTATIVES OF NON-STATES ACTORS IN
OFFICIAL RELATIONS WITH WHO / REPRESENTANTES DE ACTORES NO
ESTATALES EN RELACIONES OFICIALES CON LA OMS (cont.)**

**International Federation of Pharmaceutical
Manufacturers Associations/Federación
Internacional de la Industria del
Medicamento**

Ms. Cynthia Genolet
Mr. Silas Holland
Ms. Kathleen Laya
Ms. Alejandra Martínez
Mr. José Luis Barrera
Ms. Diana Carolina Cáceres
Mr. Carl Meacham

**SPECIAL GUESTS/
INVITADOS ESPECIALES**

Excmo. Sr. Tabaré Ramón Vázquez Rosas
Presidente de la República Oriental
de Uruguay
PAHO Public Health Hero of the Americas/
Héroe de la Salud Pública en las Américas

His Excellency Néstor Méndez
Assistant Secretary General
Organization of American States

**WORLD HEALTH ORGANIZATION/
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD**

Dr. Soumya Swaminathan
Deputy Director General for Programmes
Office of DDGs for Programmes and
Corporate Operations

Mr. Bernard Tomas
Coordinator
Strategic and Operational Planning Unit

Dr. Samira Asma
Director
Office of the Assistant Director General

Dr. Joy St. John
Assistant Director-General for Climate
and other Determinants of Health
Office of the Assistant Director General

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

**Director and Secretary ex officio of the
Conference/Directora y Secretaria ex officio
de la Conferencia**

Dr. Carissa F. Etienne

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

Dr. Isabella Danel
Deputy Director
Directora Adjunta

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Assistant Director
Subdirector

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

Mr. Gerald Anderson
Director of Administration
Director de Administración

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

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

- - -