



Organisation  
panaméricaine  
de la Santé



Organisation  
mondiale de la Santé  
BUREAU RÉGIONAL DES  
Amériques

# **29<sup>e</sup> CONFÉRENCE SANITAIRE PANAMÉRICAINNE**

## **69<sup>e</sup> SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL DE L'OMS POUR LES AMÉRIQUES**

*Washington, D.C., ÉUA, du 25 au 29 septembre 2017*

---

CSP29/FR  
29 septembre 2017  
Original : anglais

**RAPPORT FINAL**

---

---

**TABLE DES MATIÈRES**

	<i>Page</i>
<b>Ouverture de la session</b> .....	6
<b>Questions relatives au Règlement</b>	
Constitution de la Commission de vérification des pouvoirs.....	6
Élection du Bureau.....	6
Constitution d'un groupe de travail pour étudier l'application de l'Article 6.B de la Constitution de l'OPS.....	7
Constitution de la Commission générale.....	7
Adoption de l'ordre du jour.....	7
<b>Questions relatives à la Constitution</b>	
Rapport annuel du Président du Comité exécutif.....	8
Rapports du Bureau sanitaire panaméricain.....	8
A. Rapport quinquennal 2013-2017 du Directeur du Bureau sanitaire panaméricain .....	8
B. La santé dans les Amériques .....	12
Élection du Directeur du Bureau sanitaire panaméricain et nomination du Directeur régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour les Amériques..	13
Élection de trois États Membres au Comité exécutif au terme des mandats des États-Unis d'Amérique, du Guatemala et de la Trinité-et-Tobago .....	14
<b>Questions relatives à la politique des programmes</b>	
Plan stratégique de l'Organisation panaméricaine de la Santé 2014-2019 (amendé 2017).....	14
Programme et budget de l'OPS 2018-2019 .....	16
Nouveau barème des contributions fixées.....	18
Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques 2018-2030 .....	20
Politique en matière d'ethnicité et de santé .....	22
Plan d'action pour la pérennité de l'élimination de la rougeole, de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale dans les Amériques 2018-2023 .....	23
Plan d'action pour le renforcement des données d'état civil 2017-2022 .....	26
Stratégie en matière de ressources humaines pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle.....	28
Stratégie et plan d'action visant à renforcer la lutte antitabac dans la Région des Amériques 2018-2022 .....	31
Mise à jour sur la situation et les défis en matière d'approvisionnement du vaccin inactivé contre la poliomyélite pour maintenir l'éradication de la maladie dans la Région des Amériques .....	34

**TABLE DES MATIÈRES** *(suite)*

	<i>Page</i>
<b>Questions administratives et financières</b>	
Rapport sur le recouvrement des contributions fixées .....	36
Rapport financier du Directeur et rapport du Commissaire aux comptes pour 2016 .....	37
Nomination du Commissaire aux comptes de l'OPS pour 2018-2021 .....	39
<b>Sélection d'États Membres pour faire partie des Conseils et Comités</b>	
Élection de deux 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).....	40
<b>Prix</b>	
Prix de l'OPS en gestion et leadership dans le domaine des services de santé (2017).....	40
<b>Questions soumises pour information</b>	
Mise à jour sur la réforme de l'OMS .....	41
Centres collaborateurs de l'OPS/OMS.....	42
Répercussions de la violence sur la santé des populations des Amériques : rapport final .....	43
Stratégie et plan d'action régionaux pour la prévention et le contrôle du cancer du col de l'utérus : rapport final .....	46
Projet de plan décennal régional sur la santé buccodentaire pour les Amériques : rapport final.....	48
Mise en œuvre du Règlement sanitaire international (RSI).....	50
Rapports d'avancement sur les questions techniques .....	53
A. Plan d'action sur la Santé dans toutes les politiques : rapport d'avancement.....	54
B. L'insuffisance rénale chronique dans les communautés agricoles en Amérique centrale : rapport d'avancement .....	54
C. Plan d'action pour l'accès universel à la sécurité transfusionnelle : évaluation à mi-parcours.....	55
D. 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 (LGBT) : rapport d'avancement .....	56
E. La santé et les droits de l'homme : rapport d'avancement.....	57
F. Plan d'action en matière de vaccination : évaluation à mi-parcours.....	57
G. Stratégie et plan d'action sur l'épilepsie : évaluation à mi-parcours .....	58
H. Plan d'action sur la santé mentale : évaluation à mi-parcours .....	58

## TABLE DES MATIÈRES *(suite)*

	<i>Page</i>
<b>Questions soumises pour information <i>(suite)</i></b>	
Rapports d'avancement sur les questions techniques <i>(suite)</i>	
I. Plan d'action sur les incapacités et la réadaptation : évaluation à mi-parcours .....	59
J. Plan d'action pour la coordination de l'assistance humanitaire : évaluation à mi-parcours .....	59
K. La coopération pour le développement en matière de santé aux Amériques : rapport d'avancement .....	61
L. Examen de la commission prélevée sur les achats de fournitures de santé publique effectués pour le compte des États Membres : rapport d'avancement.....	61
M. Situation des Centres panaméricains.....	62
Résolutions et autres actions d'organisations intergouvernementales revêtant un intérêt pour l'OPS .....	62
A. Soixante-dixième Assemblée mondiale de la Santé.....	62
B. Quarante-septième session ordinaire de l'Assemblée générale de l'Organisation des États Américains .....	63
C. Organisations infrarégionales.....	63
Rapport sur la mise en œuvre du Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques (FENSA) .....	63
Projet de note de synthèse en vue du treizième programme général de travail de l'OMS 2019-2023.....	65
<b>Autres questions</b> .....	68
<b>Clôture de la session</b> .....	69
<b>Résolutions et décisions</b>	
<i>Résolutions</i>	
CSP29.R1 : Recouvrement des contributions fixées .....	69
CSP29.R2 : Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques 2018-2030 .....	70
CSP29.R3 : Politique en matière d'ethnicité et de santé.....	72
CSP29.R4 : Plan d'action pour le renforcement des données d'état civil 2017-2022 .....	75
CSP29.R5 : Plan stratégique de l'Organisation panaméricaine de la Santé 2014-2019 (amendé) .....	76
CSP29.R6 : Programme et budget de l'Organisation panaméricaine de la Santé 2018-2019 .....	77

---

**TABLE DES MATIÈRES** *(suite)*

Page

**Résolutions et décisions** *(suite)***Résolutions** *(suite)*

CSP29.R7 :	Nomination du Commissaire aux comptes de l'OPS pour la période 2018-2021.....	79
CSP29.R8 :	Élection de trois États Membres au Comité exécutif au terme des mandats des États-Unis d'Amérique, du Guatemala et de la Trinité-et-Tobago .....	80
CSP29.R9 :	Élection de deux 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).....	81
CSP29.R10 :	Élection du Directeur du Bureau sanitaire panaméricain et proposition pour la nomination du Directeur régional de l'Organisation mondiale de la santé pour les Amériques.....	82
CSP29.R11 :	Plan d'action pour la pérennité de l'élimination de la rougeole, de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale dans les Amériques 2018-2023 .....	82
CSP29.R12 :	Stratégie et le plan d'action visant à renforcer la lutte antitabac dans la Région des Amériques 2018-2022 .....	85
CSP29.R13 :	Nouveau barème des contributions fixées.....	87
CSP29.R14 :	Contributions fixées des États Membres, des États Participants et des Membres Associés de l'Organisation panaméricaine de la Santé pour 2018 .....	89
CSP29.R15 :	Stratégie en matière de ressources humaines pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle .....	94
CSP29.R16 :	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 .....	97

**Décisions**

CSP29(D1)	Constitution de la Commission de vérification des pouvoirs .....	98
CSP29(D2)	Élection du Bureau.....	99
CSP29(D3)	Constitution de la Commission générale.....	99
CSP29(D4)	Adoption de l'ordre du jour .....	99

**Annexes**

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

## RAPPORT FINAL

### Ouverture de la session

1. La 29<sup>e</sup> Conférence sanitaire panaméricaine, 69<sup>e</sup> session du Comité régional de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) pour les Amériques, s'est tenue au Siège de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) à Washington, D.C., du 25 au 29 septembre 2017.

2. Le Dr Nickolas Steele (Ministre de la Santé et de la Sécurité sociale de la Grenade, Président sortant de la 28<sup>e</sup> Conférence sanitaire panaméricaine) a ouvert la session et souhaité la bienvenue aux participants. Des allocutions d'ouverture ont été prononcées par le Dr Steele, le Dr Carissa Etienne (Directrice du Bureau sanitaire panaméricain), le Dr Thomas Price (Secrétaire à la Santé et aux Services sociaux des États-Unis d'Amérique), l'honorable Nestor Mendez (Sous-secrétaire général adjoint de l'Organisation des États Américains) et le Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus (Directeur général de l'OMS). Les allocutions respectives se trouvent sur la page Web de la 29<sup>e</sup> Conférence sanitaire panaméricaine.<sup>1</sup>

### Questions relatives au Règlement

#### *Constitution de la Commission de vérification des pouvoirs*

3. Conformément à l'article 32 du Règlement intérieur de la Conférence sanitaire panaméricaine, la Conférence a nommé la Barbade, El Salvador et l'Uruguay comme membres de la Commission de vérification des pouvoirs (décision CSP29[D1]).

#### *Élection du Bureau*

4. Conformément à l'article 17 du Règlement intérieur de la Conférence sanitaire panaméricaine, la Conférence a élu le bureau suivant (décision CSP29[D2]) :

<i>Président :</i>	Paraguay	(Dr Antonio Carlos Barrios Fernández)
<i>Vice-président :</i>	Guyana	(Hon. Volda Lawrence)
<i>Vice-président :</i>	Panama	(Dr Miguel Mayo Di Bello)
<i>Rapporteur :</i>	Canada	(Mme Lucero Hernández)

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.

---

<sup>1</sup> Disponible sur :

[http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=13497&Itemid=2105&lang=fr](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13497&Itemid=2105&lang=fr)

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

6. La Conférence a été informée 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.

***Constitution de la Commission générale***

7. Conformément à l'article 33 du Règlement intérieur de la Conférence sanitaire panaméricaine, la Conférence a nommé la Bolivie, Cuba et les États-Unis d'Amérique comme membres de la Commission générale (décision CSP29[D3]).

***Adoption de l'ordre du jour (document CSP29/1, Rev. 2)***

8. La Directrice a proposé l'addition de trois points à l'ordre du jour provisoire (contenus dans le document CSP29/1) : une 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, un Projet de note de synthèse en vue du treizième programme général de travail de l'OMS 2019-2023 et une Mise à jour sur la mise en œuvre du cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques (FENSA). Elle a expliqué que la mise à jour de FENSA avait été demandée par le 55<sup>e</sup> Conseil directeur dans la résolution CD55.R3 et que le Secrétariat de l'OMS avait demandé à tous les comités régionaux de discuter la note de synthèse sur le 13<sup>e</sup> Programme général de travail de l'OMS.

9. Concernant la mise à jour sur la situation en matière d'approvisionnement du vaccin antipoliomyélitique inactivé (VPI), elle a rappelé que le 52<sup>e</sup> Conseil directeur avait adopté la résolution CD52.R5, qui demandait au Directeur d'assurer que le Fonds renouvelable de l'OPS pour l'achat de vaccins soit administré sans exception, d'une manière qui respectait et se conformait à ses principes, objectifs et modalités. Toutefois, au vu de la pénurie de VPI, il pourrait être nécessaire pour le Bureau d'exercer ses activités en dehors des principes du Fonds renouvelable, ce qui nécessiterait l'autorisation des États Membres.

10. La Conférence a approuvé l'addition des trois points proposés par la Directrice et a adopté l'ordre du jour modifié (document CSP29/1, Rev.1). La Conférence a également adopté un programme des réunions (CSP29/WP/1, Rev. 1) (décision CSP29[D4]).

11. Par la suite, une nouvelle version a été publiée (document CSP29/1, Rev. 2) pour que la liste des documents comprenne un rectificatif (*corrigendum*) publié le 30 octobre 2017 (OD355, Corr.).

## Questions relatives à la Constitution

### *Rapport annuel du Président du Comité exécutif (document CSP29/2)*

12. Le Dr Rubén Nieto (représentant 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 2016 et septembre 2017, soulignant les points qui avaient été discutés par le Comité mais n'avaient pas été transmis à la 29<sup>e</sup> Conférence sanitaire panaméricaine pour examen et notant qu'il ferait un rapport sur d'autres points à mesure que ceux-ci seraient abordés par la Conférence. Parmi les points non transmis figuraient les rapports annuels du Bureau d'éthique de l'OPS, des Services de supervision et d'évaluation internes et du Comité d'audit de l'OPS, une proposition relative à la programmation d'un excédent de revenus et de budget résultant du Programme et budget 2014-2015, des rapports sur le Plan-cadre d'investissement et sur le financement de l'assurance-maladie après la cessation de service pour le personnel de l'OPS, des amendements au Règlement du personnel et au Statut du personnel du BSP, un rapport de statistiques sur la dotation en personnel et une déclaration d'un représentant de l'association du personnel de l'OPS/OMS, un rapport sur l'état d'avancement de la mise en œuvre du système d'information pour la gestion du BSP ainsi que des demandes présentées par huit organisations non gouvernementales sollicitant le renouvellement de leur statut en tant qu'acteurs non étatiques en relations officielles avec l'OPS. Des renseignements supplémentaires figurent au rapport du Président du Comité exécutif (document CSP29/2).

13. La conférence a remercié les membres du Comité pour leur travail et a pris acte du rapport.

### *Rapports du Bureau sanitaire panaméricain*

#### *A. Rapport quinquennal 2013-2017 du Directeur du Bureau sanitaire panaméricain (document officiel 355 et Corr.)*

14. La Directrice a présenté son rapport quinquennal,<sup>2</sup> qui avait pour thème « Défense de la santé pour le développement durable et l'équité : sur le chemin de la santé universelle 2013-2017. » Le rapport fait état des principales réalisations et des contraintes les plus importantes rencontrées durant la période allant de février 2013 à juillet 2017. Au cours de cette période, les États Membres ont collaboré étroitement avec le Bureau pour identifier les priorités programmatiques pour l'allocation des ressources et élaborer le Plan stratégique de l'OPS 2014-2019 et ont ouvert la marche en rédigeant le nouveau Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques 2018-2030 (voir paragraphes 66 à 75 ci-dessous), qui constituerait le cadre stratégique de planification et de politique au plus haut niveau pour l'action collective afin d'améliorer la santé et le bien-être dans toute la Région dans les années à venir.

---

<sup>2</sup> Disponible sur :

[http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=42551&Itemid=270&lang=fr](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=42551&Itemid=270&lang=fr)



15. Les pays et territoires des Amériques étaient unis dans leur engagement à réaliser les objectifs du programme à l'horizon 2030 pour le développement durable, y compris la couverture sanitaire universelle. À cette fin, le 53<sup>e</sup> Conseil directeur a approuvé la *Stratégie régionale pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle* (document CD53/5, Rev.2). Le Bureau a travaillé avec les États Membres pour transformer les systèmes de santé et progresser vers la couverture sanitaire universelle, contribuant entre autres à accroître l'accès aux services de santé et aux médicaments, à renforcer les ressources humaines pour la santé et à améliorer les systèmes d'information en santé. L'assistance durant les urgences et les catastrophes sanitaires, et le travail connexe consistant à renforcer les capacités essentielles dans le cadre du Règlement sanitaire international (RSI), ont été des domaines clés de la coopération technique du Bureau avec les États Membres au cours de cette période.

16. Alors que la prévention et la lutte contre les maladies transmissibles ont continué à poser des problèmes, les pays ont réussi à éliminer certaines maladies. On peut citer en particulier l'élimination de l'onchocercose en Colombie, au Guatemala, en Équateur et au Mexique, l'élimination du trachome au Mexique et l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis à Cuba. De plus, deux étapes historiques ont été atteintes au niveau régional : la déclaration en 2015 de l'élimination de la transmission endémique de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale et la certification en 2016 de l'élimination de la rougeole dans les Amériques. Le Bureau concentrait maintenant sa coopération technique sur la protection et le maintien de ces réalisations en assistant les pays à conserver une couverture vaccinale élevée, en élargissant la couverture au besoin et en améliorant la surveillance. Il travaillait aussi résolument à l'élimination d'autres maladies.

17. Les maladies non transmissibles (MNT) ont maintenant supplanté les maladies transmissibles comme causes majeures de décès et d'incapacité dans la plupart des pays de la Région. Sur la période couverte par le rapport, la coopération technique du Bureau a contribué au développement et à la mise en œuvre de politiques, stratégies, plans et interventions en matière de MNT au niveau national en mettant l'accent sur la création d'environnements propices au moyen de la législation et de réglementations. Sa coopération a fortement mis l'accent sur une approche de parcours de vie et il a assisté les États Membres à adapter leurs politiques et systèmes de santé pour répondre aux besoins d'une population vieillissante et promouvoir le vieillissement sain. Réduire les inégalités en santé et aborder les déterminants sociaux de la santé ont également été des axes importants pour le Bureau.

18. La Directrice a conclu ses remarques en notant qu'alors qu'il y avait eu de nombreuses réalisations, il restait de nombreux défis que le Bureau et les États Membres devaient affronter ensemble, avec un accent déterminé sur l'équité. Elle a remercié les États Membres pour leurs conseils, leur confiance, leur solidarité et leur engagement à assurer que l'OPS continuait sa tradition d'excellence.

19. La Conférence a fait un accueil favorable aux nombreuses réussites obtenues durant la période quinquennale couverte par le rapport et a reconnu qu'il restait de nombreux défis

importants. Les délégués ont convenu que les progrès obtenus n'auraient pu être atteints ou maintenus sans un effort conjoint. Ils ont noté que le leadership de la Région concernant l'élimination des maladies transmissibles et la prévention des maladies non transmissibles avait clairement fait la démonstration de ce qui pouvait être accompli quand les pays travaillaient ensemble. La solidarité et le panaméricanisme permanents étaient considérés plus importants que jamais à la suite des récentes catastrophes, dont les ouragans aux États-Unis d'Amérique et dans les pays et territoires des Caraïbes et le séisme au Mexique. De nombreux délégués ont exprimé leur soutien et leur sympathie aux victimes de ces catastrophes. Ils ont souligné l'importance du renforcement et du maintien des capacités essentielles du RSI et le renforcement de la résilience du système de santé afin de répondre efficacement aux urgences futures. Ils considéraient qu'une action prompte pour contrer le changement climatique et ses impacts sur la santé était cruciale.

20. Les délégués ont fait rapport des actions que leurs pays avaient prises pour améliorer la santé publique aux niveaux national, infrarégional, régional et mondial et attiré l'attention sur de nombreux domaines qui devraient continuer à être prioritaire pour les efforts collectifs à l'avenir. L'importance du renforcement des systèmes de santé et des ressources humaines pour la santé afin d'atteindre la couverture sanitaire universelle a été soulignée, ainsi que le besoin d'aborder les déterminants sociaux, économiques et environnementaux de la santé. Les délégués ont mis l'accent sur le besoin de poursuivre les efforts pour prévenir les maladies non transmissibles et s'attaquer aux facteurs de risque tels que l'obésité et l'usage du tabac. Ils ont également mis l'accent sur le besoin de maintenir une couverture vaccinale élevée afin de protéger les acquis obtenus dans la lutte contre les maladies à prévention vaccinale et d'empêcher la résurgence de maladies qui avaient été éliminées dans la Région. Ils ont souligné l'importance des progrès à faire en matière de santé sexuelle et génésique et des droits dans ce domaine, ainsi que du besoin d'une attention accrue accordée à la santé mentale. Plusieurs délégués ont également noté les défis pour la santé associés à la mobilité croissante de la population.

21. Les délégués ont loué le leadership de la Directrice et exprimé leur gratitude pour l'appui que leurs pays ont reçu du Bureau, en particulier en réponse aux récentes catastrophes naturelles et aux flambées de la maladie à virus Zika, Ebola et chikungunya qui se sont produites au cours de la période.

22. Félicitant la Directrice pour son rapport et son leadership, le Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus (Directeur général de l'OMS), a noté qu'un nombre de délégués avait soulevé la question importante et très réelle du changement climatique. Il estimait que le monde mettait du temps à reconnaître la gravité du problème, mais qu'il pouvait se rattraper si une action urgente était prise pour atténuer d'autres changements climatiques. Alors que l'OMS s'était concentrée largement sur l'adaptation au changement climatique, à l'avenir elle devrait axer tout autant ses efforts sur l'atténuation, qui était comparable à la prévention. Alors que le monde entier était affecté par le changement climatique, certains pays étaient indiscutablement plus affectés que d'autres, en particulier les petits États insulaires dans les Caraïbes et ailleurs, qui avaient très peu contribué au problème mais qui souffraient de façon disproportionnée de ses effets. Il serait important de concevoir des initiatives spéciales pour assister ces pays. Il serait tout aussi important pour l'OMS de

travailler avec le Programme des Nations Unies pour l'environnement, le Secrétariat de la Convention-cadre des Nations Unies sur le changement climatique et d'autres organismes des Nations Unies afin de renforcer la capacité opérationnelle et de créer des synergies.

23. Afin de renforcer davantage la capacité de réponse aux urgences de l'OMS, il avait institué des briefings quotidiens et des réunions hebdomadaires consacrés exclusivement à la discussion de ce thème. Le Secrétariat de l'OMS avait également commencé à dresser la carte des capacités de préparation et de réponse aux urgences dans le monde entier dans le but d'être en mesure de mobiliser des équipes médicales d'urgence pour répondre partout où cela était nécessaire dans les 72 heures. Il serait également important de dresser la carte des capacités de recherche et développement afin d'être en mesure de renforcer la production de vaccins et d'autres médicaments lorsque nécessaire. Des exercices de simulation seraient une autre composante critique de la préparation aux urgences.

24. Comme de nombreux délégués l'avaient noté, les MNT étaient un problème croissant pour tous les pays, indépendamment du revenu, et un effort conjoint était requis pour les affronter. Les préparatifs pour la réunion de haut niveau de 2018 de l'Assemblée générale des Nations Unies sur les MNT devraient commencer immédiatement. La Conférence mondiale de l'OMS sur les MNT, qui se tiendrait à Montevideo (Uruguay) en octobre 2017, offrirait une bonne opportunité de commencer à se préparer pour la réunion de haut niveau. Une action agressive était requise afin de combattre l'usage du tabac, qui était l'un des plus grands contributeurs aux MNT. Il a exhorté les États Membres qui ne l'avaient pas encore fait, de ratifier la *Convention-cadre pour la lutte antitabac et son Protocole pour éliminer le commerce illicite des produits du tabac*.

25. Il a convenu que la santé mentale constituait un problème important, qui ne pouvait pas être combattu par le seul secteur de la santé. Une approche de toute la société était requise. Il était convaincu que les Amériques prendraient un rôle essentiel sur cette question et il se réjouissait de travailler avec les États Membres de la Région sur ce défi et les autres.

26. La Directrice a souligné que les réalisations mentionnées dans son rapport étaient le résultat du travail conjoint entre les États Membres et le Bureau. Elle a noté que les délégués avaient parlé de nombreux problèmes qui constituaient des priorités pour le Bureau. Ces priorités avaient été identifiées par les États Membres eux-mêmes à travers le processus de priorisation ascendante. Le Bureau continuerait à travailler avec les États Membres pour tirer parti des connaissances et bonnes pratiques acquises au cours des 115 ans d'histoire de l'OPS, tout en cherchant des moyens novateurs de relever de nouveaux défis.

27. La Conférence a remercié la Directrice et pris note du rapport.

28. Par la suite, une erreur a été découverte qui avait été introduite par inadvertance dans le rapport et un rectificatif a été publié le 30 octobre 2017 (document OD355, Corr.).

B. *La santé dans les Amériques* (Publication scientifique et technique 642 et Add. I)

29. La Directrice a présenté l'édition 2017 de *La santé dans les Amériques*, la publication phare de l'OPS, notant que la dernière édition représentait un point tournant, car elle était à la fois une publication imprimée et une plateforme électronique interactive (*Health in the Americas+*) qui pouvait être régulièrement mise à jour. Comme ses prédécesseurs, l'édition 2017 servirait de source indispensable d'information sur la situation actuelle de la santé dans la Région. Également comme les éditions antérieures, elle analyserait les tendances les plus importantes de la santé dans la Région, et décrirait les stratégies et actions requises pour faire avancer la santé régionale. Dans le même temps, elle fournirait un nouvel espace pour l'analyse, le suivi et l'évaluation continus des conditions, déterminants et tendances de la santé, et pourrait servir de centre de partage des connaissances qui permettrait aux usagers d'évaluer et de suivre l'impact des politiques et programmes sanitaires en cours. Elle faciliterait également le dialogue pour promouvoir et renforcer l'action interprogrammatique et intersectorielle.

30. Le rapport a souligné les améliorations qui ont eu lieu au cours des cinq années antérieures concernant l'espérance de vie, la mortalité maternelle et infantile et la prévention et la lutte contre les maladies. Il a examiné également les défis sanitaires majeurs que la Région a affrontés, y compris les maladies émergentes et réémergentes telles que le virus Zika, la dengue, le chikungunya, la fièvre jaune, le choléra et le virus Ebola, la vague croissante de maladies chroniques non transmissibles, la résistance antimicrobienne accrue, ainsi que la violence, les accidents de la route, l'abus d'alcool et de drogue et les problèmes de santé mentales, dont la dépression et la démence. Deux des défis les plus importants et persistants pour la Région consistaient à combler les écarts d'équité en santé et mettre fin au programme inachevé pour les femmes et les enfants dans les domaines de la mortalité maternelle, l'anémie, la malnutrition chronique et le développement de l'enfant.

31. L'édition 2017 décrivait également ce qui devait être fait pour réaliser pleinement la vision régionale de l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle, dont la transformation des systèmes de santé pour arriver à bout de la fragmentation et de la segmentation, l'adoption d'actions proactives plutôt que réactives en matière de santé publique et l'engagement de tous les secteurs dans une approche de santé dans toutes les politiques.

32. La Conférence a bien accueilli le rapport et applaudi la version interactive en ligne. Les délégués ont convenu de l'importance cruciale d'une information mise à jour pour les décisions et l'adoption des politiques et pour un ciblage approprié des interventions. Ils ont également convenu que la nouvelle plateforme faciliterait le partage du savoir et de l'expérience. Notant l'abondance d'informations erronées ou trompeuses répandues à travers les médias sociaux, une déléguée a dit que l'OPS occupait la place qui lui revient pour combler le vide avec des informations en santé précises et utiles en temps réel.

33. La Directrice a remarqué qu'alors que le rapport était sous embargo jusqu'à l'ouverture de la Conférence, les États Membres n'avaient pas eu beaucoup d'occasion de

le consulter. Elle a invité les délégations à télécharger le texte entier et explorer la plateforme en ligne. Si nécessaire, une réunion virtuelle pourrait être organisée par la suite de sorte qu'ils puissent faire leurs commentaires sur le contenu.

34. La Conférence a remercié la Directrice et pris note du rapport.

***Élection du Directeur du Bureau sanitaire panaméricain et nomination du Directeur régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour les Amériques (document CSP29/3)***

35. Le Dr Rubén Nieto (représentant du Comité exécutif) a indiqué que le Comité exécutif avait été informé qu'en mars 2017 tous les États Membres, les États participants et les Membres associés de l'Organisation avaient été invités à soumettre des nominations pour la position de Directeur du Bureau sanitaire panaméricain pour la période 2018 à 2023. Une seule nomination avait été reçue à la date butoir du 1<sup>er</sup> mai – celle de la Directrice actuelle, le Dr Carissa Etienne, qui avait été nommée par le gouvernement de la Dominique pour servir un second mandat comme Directrice du Bureau.

36. Le Dr Isabella Danel (Directrice adjointe du BSP) a donné lecture du règlement intérieur et le Mme Heidi Jiménez (conseillère juridique du BSP) a expliqué la procédure de vote. Le Président a annoncé que les déléguées de Cuba et des États-Unis d'Amérique feraient fonction de scrutatrices.

37. Un seul tour de scrutin à bulletin secret a été organisé, et 36 bulletins de vote ont été déposés, dont aucun n'était blanc ou nul. La Directrice en poste, le Dr Carissa F. Etienne, a reçu les 36 votes exprimés.

38. La Conférence a adopté la résolution CSP29.R10, déclarant le Dr Etienne élue et soumettant son nom au Conseil exécutif de l'Organisation mondiale de la Santé pour sa nomination au poste de Directeur régional pour les Amériques.

39. Le Dr Etienne a remercié les États Membres pour la confiance qu'ils lui avaient manifestée pour accomplir un deuxième mandat à la tête du BSP. Elle a rendu hommage au travail acharné du personnel de l'Organisation, aux nombreux professionnels de la santé travaillant en première ligne dans les pays de la Région, ainsi qu'à l'engagement politique des États Membres de l'OPS eux-mêmes. Ces efforts collectifs avaient permis à la Région de réaliser des avancées considérables en matière de santé publique, bien que de nombreux défis et disparités doivent encore être abordés. Elle s'est engagée à faire tout ce qui était en son pouvoir pour s'assurer que tous les peuples des Amériques puissent mener des vies saines et productives. Le texte de l'allocution du Dr Etienne est reproduit sur le site Web de la 29<sup>e</sup> Conférence sanitaire panaméricaine.<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> Disponible sur :

[http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=43009&Itemid=270&lang=fr](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=43009&Itemid=270&lang=fr)

40. Le Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus (Directeur général de l'OMS) a félicité le Dr Etienne, notant que sa réélection unanime représentait une reconnaissance du respect qu'elle imposait. Il s'est réjoui de travailler avec elle sur le double objectif d'améliorer les soins de santé primaires et de se rapprocher de la couverture sanitaire universelle.

41. De nombreux délégués ont félicité le Dr Etienne et ont promis l'appui de leur pays à son égard. La déléguée de la Dominique a transmis les félicitations de son Premier ministre à l'occasion de la réélection de le Dr Etienne.

***Élection de trois États Membres au Comité exécutif au terme des mandats des États-Unis d'Amérique, du Guatemala et de la Trinité-et-Tobago (document CSP29/4)***

42. La Conférence a élu le Belize, le Canada et le Pérou comme membres du Comité exécutif pour une période de trois ans, et elle a remercié les États-Unis d'Amérique, le Guatemala et la Trinité-et-Tobago pour leur service (résolution CSP29.R8).

**Questions relatives à la politique des programmes**

***Plan stratégique de l'Organisation panaméricaine de la Santé 2014-2019 (amendé 2017) (document officiel 345 et Add. I)***

43. Le Dr Rubén Nieto (représentant du Comité exécutif) a expliqué que le Comité exécutif avait accueilli avec satisfaction les amendements proposés au Plan stratégique de l'OPS 2014-2019 et l'alignement programmatique plus prononcé sur l'OMS qui en découlait. L'alignement de l'OPS sur le programme de gestion des situations d'urgence sanitaire de l'OMS, en particulier, avait été applaudi. Les amendements avaient été jugés nécessaires pour refléter des priorités nouvelles et émergentes, telles que la couverture sanitaire universelle et les objectifs de développement durable en matière de santé. Le Comité avait également estimé que le programme amendé reflétait fidèlement les priorités régionales spécifiques identifiées sur la base de l'utilisation de la méthode affinée OPS-Hanlon pour l'établissement de priorités. Les délégués avaient exprimé leur appui aux propositions d'ajouter la résistance aux antimicrobiens comme un nouveau domaine programmatique dans la Catégorie 1 et de transférer la sécurité sanitaire des aliments dans cette catégorie, et ils s'étaient réjouis que la portée de la Catégorie 5 avait été élargie pour refléter le besoin d'une approche multisectorielle en matière de préparation et de réponse aux urgences. Le Comité avait adopté la résolution CE160.R6, recommandant que la Conférence sanitaire panaméricaine approuve les amendements proposés au Plan stratégique 2014-2019.

44. Dans la discussion qui a suivi, les États Membres ont manifesté leur appui aux amendements proposés, se réjouissant notamment de l'alignement étroit de l'OPS sur le programme de gestion des situations d'urgence sanitaire de l'OMS. Les amendements à la Catégorie 1 et l'attention accrue portée à la résistance aux antimicrobiens, à la sécurité sanitaire des aliments et à l'hépatite virale ont également été applaudis, tout comme l'a été l'accent que le Plan a mis sur l'action intersectorielle, la réduction des inégalités et les approches axées sur les droits. Les amendements proposés ont été considérés comme opportuns et plus sensibles aux priorités nouvelles et émergentes, y compris la réalisation

des objectifs de développement durable et l'obtention de la couverture sanitaire universelle. Les amendements ont également été vus comme le reflet des priorités régionales identifiées sur la base de l'utilisation de la méthode affinée OPS-Hanlon pour l'établissement de priorités.

45. De nombreux délégués ont identifié la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles comme un domaine hautement prioritaire, tout comme l'ont fait des représentants de deux organisations non gouvernementales (ONG), toutes deux exhortant l'Organisation à continuer à travailler à la réduction des facteurs de risque et à promouvoir des modes de vie sains. Un représentant d'une ONG a attiré l'attention sur l'importance de prendre des mesures préventives axées sur les jeunes, puisque les comportements malsains qui pouvaient entraîner des MNT commençaient souvent tôt dans la vie. En ce qui concerne la résistance aux antimicrobiens, l'accent a été mis sur la nécessité de formuler et de mettre en œuvre des plans d'action nationaux qui étaient alignés sur le Plan d'action mondial de l'OMS pour combattre la résistance aux antimicrobiens.

46. Un appui général s'est dégagé en faveur des indicateurs dans la Catégorie 5 et de l'accent mis sur le renforcement des capacités des pays en matière de préparation et de réponse aux urgences. Un délégué a fait toutefois remarquer que son gouvernement avait exprimé ses préoccupations à maintes reprises au sujet de l'indicateur 5.5, qui mesurait le financement plutôt que les améliorations de la capacité des pays à fournir des services d'urgence essentiels. Il a demandé la révision de l'indicateur, faute de quoi sa délégation ne serait pas en mesure d'appuyer l'approbation de Plan stratégique amendé.

47. M. Dean Chambliss (directeur du Département de la planification et du budget du BSP) a assuré le délégué que ses préoccupations avaient été prises en considération et que l'unité technique appropriée au sein du BSP et des collègues de l'OMS avait examiné l'indicateur 5.5. L'indicateur n'avait pas pour but de mesurer la capacité de l'État Membre en tant que telle, mais plutôt la capacité du Bureau d'aider les États Membres à se conformer aux autres indicateurs dans la Catégorie 5, pour lesquels un financement adéquat était une condition sine qua non. De plus, l'indicateur était aligné sur un indicateur de l'OMS, ce qui faciliterait la notification au niveau mondial.

48. Le Dr Ciro Ugarte (directeur du Département des urgences sanitaires du BSP) a ajouté que l'indicateur 5.5 était lié à la capacité du Programme des urgences sanitaires de l'OPS. Un indicateur correspondant dans le budget programme de l'OMS avait cherché à déterminer si le financement du programme des urgences sanitaires de l'OMS était adéquat pour lui permettre de soutenir les États Membres. Il a fait également remarquer que l'indicateur avait été ajusté en réponse aux préoccupations manifestées par la délégation antérieurement.

49. La Directrice a observé que le Programme des urgences sanitaires de l'OPS s'appuyait sur 40 années d'expérience dans la préparation aux situations d'urgence et l'organisation des secours. L'Organisation avait toujours prévu un financement suffisant dans ses budgets pour appuyer le travail avec les États Membres en vue d'atténuer les effets

des situations d'urgence et de s'y préparer tout en permettant au Bureau de réagir de façon appropriée aux situations d'urgence et aux flambées de maladies.

50. À la suite de consultations informelles entre le Bureau et la délégation qui avait exprimé ses préoccupations au sujet de l'indicateur 5.5, il a été convenu qu'une note serait ajoutée au Plan stratégique amendé en vue de préciser que l'indicateur était aligné sur la réalisation E.5 du budget programme de l'OMS (document A70/7) et il a été fait mention de la capacité du Bureau de mettre en œuvre le Programme des urgences sanitaires de l'OPS à l'appui des États Membres.

51. La Conférence a adopté la résolution CSP29.R5, approuvant la version amendée du Plan stratégique.

***Programme et budget de l'OPS 2018-2019 (document officiel 354 et Add. I et II)***

52. Le Dr Rubén Nieto (représentant du Comité exécutif) a expliqué qu'après avoir examiné une version antérieure du projet de programme et budget pour 2018-2019, le Comité exécutif s'était réjoui de l'alignement du programme et budget de l'OPS sur le budget programme de l'OMS et sur le Plan stratégique de l'OPS et des priorités identifiées dans le cadre d'exercices de stratification des priorités réalisés au niveau des pays. Le Comité avait salué les efforts du Bureau visant à contrôler les coûts et à améliorer l'efficacité afin d'éviter toute augmentation des contributions des États Membres et il l'avait encouragé à poursuivre ses efforts de réduction des frais d'administration, de fonctionnement et de voyage. Le Bureau avait également été prié de continuer à s'efforcer d'élargir la base de donateurs de l'Organisation et à mobiliser un financement volontaire souple qui pourrait être utilisé pour des activités dans des domaines programmatiques prioritaires. Des délégués avaient relevé avec préoccupation que les affectations de fonds pour plusieurs domaines identifiés comme hautement prioritaires par les États Membres demeuraient relativement basses ou avaient été réduites en ce qui a trait à l'exercice biennal 2016-2017, y compris les maladies non transmissibles, les maladies à prévention vaccinale, la préparation nationale aux situations d'urgence sanitaire, le Règlement sanitaire international, ainsi que la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant.

53. Le Comité avait adopté deux résolutions : une qui recommandait que la Conférence sanitaire panaméricaine approuve le projet de programme et budget et l'autre qui recommandait qu'elle fixe les contributions des États Membres, des États participants et des Membres associés de l'OPS conformément au barème transitoire des contributions approuvé par l'Organisation des États Américains pour 2018 (voir paragraphes 63 à 67 ci-après).

54. M. Dean Chambliss (directeur du Département de la planification et du budget du BSP) a présenté le *Document officiel 354*, notant que le programme et budget constituait le principal instrument pour assurer la responsabilisation du Bureau vis-à-vis des États Membres. Il a fait également remarquer que le projet de programme et budget pour 2018-2019, le dernier exercice biennal dans le Plan stratégique, avait été préparé sur la base des résultats d'un exercice d'établissement des coûts ascendant auquel 47 pays et territoires avaient participé. L'exercice en question a abordé les ODD et autres mandats



régionaux et mondiaux. Le contenu programmatique a reflété également les priorités identifiées par les États Membres dans le cadre du processus de stratification des priorités, les amendements au Plan stratégique de l'OPS 2014-2019 (voir paragraphes 43 à 51 ci-dessus) et des changements programmatiques récents à l'OMS, en particulier dans le domaine des urgences sanitaires.

55. Le budget total proposé pour l'exercice biennal s'est élevé à US\$ 27,8 millions.<sup>4</sup> Ce montant a reflété des augmentations proposées de \$6,8 millions pour les programmes de base et \$20 millions pour les programmes spécifiques et pour l'intervention en cas d'épidémies et de crises. Aucune augmentation des contributions des États Membres n'a été proposée. L'augmentation dans les programmes de base sera entièrement financée par l'allocation de crédits de l'OMS à la Région, qui était passée de \$178,1 millions pour 2016-2017 à \$190,1 millions pour 2018-2019. Comme par le passé, le Bureau espérait recevoir environ 80 % de l'allocation totale de l'OMS pour l'exercice biennal. Le budget pour la catégorie 6 (Leadership, gouvernance et fonctions d'appui) avait été réduit de \$12,4 millions par rapport au programme et budget 2016-2017, partiellement en réponse aux préoccupations exprimées par les États Membres lors des réunions des Organes directeurs plus tôt dans l'année. Cette réduction a été due à une amélioration de l'administration et de l'efficacité opérationnelle ainsi qu'à la décision du Bureau de suivre la pratique de l'OMS concernant la budgétisation de l'investissement en capital et des dépenses inhérentes à l'infrastructure des technologies de l'information en dehors du programme.

56. Il a rappelé que le Comité exécutif avait manifesté des préoccupations au sujet de réductions dans certains domaines programmatiques qui étaient considérés comme hautement prioritaires, mais il a insisté sur le fait que le Bureau restait confiant que le budget était réaliste et reflétait un exercice d'établissement des coûts ascendant. Il a signalé également qu'en dépit de la réduction du budget pour les maladies à prévention vaccinale, par exemple, ce domaine restait le plus grand domaine programmatique dans la catégorie 1. De même, la santé des femmes, des mères, des nouveau-nés, des enfants, des adolescents et des adultes, ainsi que la santé sexuelle et génésique, restaient le plus grand domaine programmatique dans la catégorie 3. Dans certains cas, des réductions apparentes étaient en fait simplement des modifications de financement au sein de la même catégorie, qui reflétaient des changements programmatiques récents à l'OMS. C'était le cas dans le domaine programmatique 5.2 (Préparation des pays aux situations d'urgence sanitaire et Règlement sanitaire international).

57. M. Chambliss a conclu son exposé en présentant les caractéristiques du nouveau portail du programme et budget de l'OPS (<https://open.paho.org/>).

58. Les États Membres ont manifesté leur appui à l'égard du projet de programme et budget et ont fait l'éloge des processus d'établissement des priorités et des coûts ascendant. Les efforts du Bureau visant à accroître l'efficacité et à réaliser des économies ont été

---

<sup>4</sup> Sauf stipulation contraire, toutes les valeurs monétaires dans le présent rapport sont exprimées en dollars des États-Unis.

applaudis, tout comme l'a été l'engagement de ce dernier à l'égard de la transparence et de la responsabilisation. Il a été suggéré, pour encore accroître la transparence, que les pays qui étaient considérés comme constituant la ligne de référence pour divers indicateurs de production soient identifiés et que ceux qui s'étaient engagés à atteindre des cibles de production d'ici 2019 soient spécifiés.

59. Les délégués se sont dit satisfaits qu'aucune augmentation des contributions n'ait été proposée, même s'il a été reconnu que le niveau actuel des contributions en question était insuffisant pour relever tous les défis de la Région en matière de santé. Les États Membres ont été instamment priés de payer leurs contributions dans les meilleurs délais et le Bureau a été encouragé à poursuivre ses efforts en vue d'élargir sa base de donateurs afin d'augmenter les contributions volontaires, en particulier pour les domaines programmatiques prioritaires dans les catégories 2 et 3, souvent sous-financées. Une déléguée a lancé un appel au Directeur général de l'OMS pour assurer que la Région reçoive le plein montant qui lui avait été alloué.

60. M. Chambliss a dit que la suggestion relative aux références et cibles d'indicateur serait prise en considération au fur et à mesure que le Bureau progressait avec les cycles de planification pour 2018-2019 et 2020-2021. Il a affirmé que l'expansion de la base de donateurs était une priorité pour le Bureau.

61. La Directrice a remercié les États Membres pour leur engagement dans les processus d'établissement des priorités et de planification du programme et budget et a assuré les délégations que le Bureau avait fait tout son possible pour refléter les priorités identifiées par les États Membres, tout en respectant leur désir de maintenir une croissance nominale zéro des contributions fixées. En même temps, il avait été conscient du fait que certains domaines programmatiques souffraient d'un sous-financement de longue date, et il avait donc réduit les allocations proposées pour ces domaines à des niveaux plus réalistes. Il était important de se rappeler toutefois que le budget était une enveloppe vide qui devait encore être financée. Lorsqu'un financement souple se matérialiserait, le Bureau s'assurerait qu'il était affecté aux domaines que les États Membres avaient identifiés comme prioritaires.

62. La Conférence a adopté la résolution CSP29.R6, approuvant le programme et budget tels que contenus dans le *Document officiel 354*. La Conférence a également adopté la résolution CSP29.R14, qui fixait les contributions des États Membres, États participants et Membres associés pour 2018.

#### ***Nouveau barème des contributions fixées (document CSP29/5 et Add. I)***

63. Le Dr Rubén Nieto (représentant du Comité exécutif) a expliqué que le Comité exécutif avait été informé qu'un nouveau barème proposé des contributions fixées pour la période 2018-2020 avait été soumis en mars 2017 à la Commission des questions administratives et budgétaires de l'Organisation des États Américains (OEA), mais que le nouveau barème n'avait pas été approuvé. En revanche, il avait été demandé à cette Commission de réduire le taux de contribution maximum et de présenter divers scénarios de mise en œuvre, en tenant compte de la capacité de paiement du Membre. Un groupe de

travail avait été créé pour évaluer plusieurs options tant pour le barème des contributions fixées que pour les scénarios de mise en œuvre. Les recommandations du groupe de travail seraient présentées à une session spéciale de l'Assemblée générale de l'OEA qui se tiendra en octobre 2017. Dans l'intervalle, l'OEA avait décidé d'adopter un barème provisoire qui serait appliqué en 2018 seulement. Il avait donc été proposé que la Conférence sanitaire panaméricaine adopte également le barème provisoire pour 2018.

64. Au cours de la discussion qui a suivi, une déléguée a dit que son gouvernement s'était engagé à s'acquitter de ses obligations financières à l'égard des organisations internationales, en reconnaissant leur importante contribution à leurs États Membres ; elle a noté toutefois que son pays se trouvait dans une situation économique difficile et qu'il aurait de la peine à payer une contribution plus élevée telle que la propose le barème provisoire des contributions. Elle a suggéré que l'OPS attende que l'Assemblée générale de l'OEA ait eu lieu avant de prendre une décision finale au sujet du nouveau barème et qu'en attendant, elle maintienne les mêmes contributions que lors de l'exercice biennal 2016-2017. D'autres délégués ont partagé cette opinion.

65. M. Dean Chambliss (directeur du Département de la planification et du budget du BSP) a dit qu'il avait cru comprendre que le barème provisoire proposé pour 2018 resterait le même que le barème appliqué pour 2016-2017. Cependant, après réexamen, il avait réalisé qu'alors que les contributions fixées pour certains États Membres resteraient en fait les mêmes, celles d'autres pays allaient augmenter ou diminuer. Les différences ont été indiquées dans le document CSP29/5, Add. I. Il était impératif d'adopter un barème des contributions applicable en 2018, la première année du nouvel exercice biennal (voir paragraphes 50 à 60 ci-dessus), et le Bureau a donc recommandé que la Conférence adopte le barème provisoire adopté par l'Assemblée générale de l'OEA. Le Bureau soumettrait ensuite un barème révisé, qui serait basé sur le barème finalement adopté par l'OEA, aux fins d'examen par le Sous-comité du Programme, du budget et de l'administration en mars 2018.

66. La Directrice a ajouté qu'en vertu du mandat constitutionnel qui lui était conféré, l'OPS devait appliquer le barème de l'OEA. Étant donné que le barème de l'OEA pour 2018-2020 ne serait pas finalisé avant la dernière session des Organes directeurs de l'OPS pour 2017, il ne serait pas possible de reporter une décision à ce sujet jusqu'à ce que l'Assemblée générale ait adopté le nouveau barème.

67. La Conférence a décidé d'approuver le barème provisoire des contributions fixées pour 2018 (résolution CSP29.R13). Il a été demandé au Bureau d'informer promptement les États Membres des implications du barème adopté par l'Assemblée générale de l'OEA en octobre. Le Bureau a également été instamment prié de poursuivre ses efforts visant à accroître l'efficacité, maîtriser les dépenses et réduire la dépendance sur les contributions fixées. À cette fin, il a été encouragé à tirer parti de la technologie de l'information, notamment en tenant plus de réunions virtuelles, et à continuer de s'efforcer d'élargir sa base de donateurs et à recueillir plus de contributions volontaires.

***Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques 2018-2030 (documents CSP29/6, Rev. 3 et Add. I)***

68. Le Dr Rubén Nieto (représentant du Comité exécutif) a expliqué que le Comité avait été informé qu'un groupe de travail composé de représentants de 16 pays et présidé par l'Équateur travaillait à l'élaboration du Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques 2018-2030. Le Comité s'était félicité du travail accompli par le groupe de travail et avait accueilli favorablement le processus participatif qui caractérisait l'élaboration du Programme. Le Comité avait également accueilli favorablement l'alignement du Programme sur le Programme de développement durable à l'horizon 2030 et sur le Plan stratégique de l'OPS, et il avait applaudi l'accent mis sur la coordination intersectorielle. Il avait été suggéré que l'inclusion de cibles spécifiques pourrait réduire l'efficacité du Programme en tant qu'appel politique à l'action, puisque les cibles pourraient devoir être modifiées avec le temps. En même temps, il avait été souligné qu'il s'était avéré extrêmement difficile de réaliser l'évaluation à mi-parcours du Programme d'action sanitaire actuel pour les Amériques, précisément en raison du fait qu'il ne contenait pas de cibles spécifiques qui permettraient de mesurer les progrès réalisés. Le Comité a adopté la résolution CE160.R15, qui recommandait que la Conférence approuve le nouveau Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques.

69. Le Dr María Verónica Espinosa Serrano (Équateur, Présidente du Groupe de travail des pays) a examiné le processus suivi par le Groupe de travail des pays pour la formulation du projet de Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques, notant que le processus avait été intensément participatif et démocratique. Elle a donné ensuite un aperçu des diverses sections du Programme, qui représentaient la réponse du secteur de la santé aux engagements pris par les États Membres dans le cadre du Programme de développement durable à l'horizon 2030. Il fournirait un cadre pour l'élaboration des politiques et de la planification stratégique au plus haut niveau dans les Amériques pour la période 2018-2030. Le Programme réaffirme les principes de la solidarité panaméricaine de l'équité en santé, de l'universalité, de l'inclusion sociale et du droit à posséder le meilleur état de santé réalisable, présente une analyse de la situation et du contexte de la santé dans la Région et fixe 11 objectifs et 60 cibles à atteindre d'ici 2030. Le Programme sera mis en œuvre par le biais des plans stratégiques de l'OPS et des diverses stratégies et plans d'action adoptés par ses Organes directeurs, ainsi que par le biais des plans de santé adoptés aux niveaux infrarégionaux et nationaux.

70. Exprimant sa gratitude aux membres du Groupe de travail des pays et à tous les pays qui ont fourni des contributions au travail du Groupe, elle a invité la Conférence à adopter le Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques 2018-2030, un programme visionnaire et ambitieux, et a lancé un appel aux États Membres pour qu'ils continuent à faire en sorte que chaque femme, homme, fille et garçon des Amériques jouissent d'une vie saine.

71. La Conférence a exprimé un appui déterminé en faveur du projet de Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques et a rendu hommage aux efforts du Groupe de travail des pays, exprimant sa gratitude à son Président, l'Équateur, et à ses deux

Vice-présidents, la Barbade et le Panama. La Conférence a également remercié le Bureau pour son appui aux travaux du Groupe. Les délégations ont applaudi le processus participatif de l'élaboration du Programme, qui avait facilité une véritable prise en main par les pays. Il a été convenu que le Programme servirait de modèle pour l'action dans la santé publique dans le contexte des objectifs de développement durable et de guide pour les efforts individuels et collectifs d'amélioration de la santé dans l'ensemble des Amériques. De nombreux délégués ont affirmé que leurs pays avaient l'intention d'utiliser le Programme comme le principal document de référence pour la planification et l'élaboration de politiques à l'échelle nationale, plusieurs d'entre eux signalant qu'ils avaient déjà commencé d'aligner leurs plans de santé nationaux sur les objectifs et cibles du Programme. Il a été souligné que le prochain plan stratégique de l'OPS devra également s'aligner étroitement sur le Programme et définir des actions et des indicateurs pour atteindre les objectifs et les cibles.

72. De nombreux délégués ont été d'avis que le Programme contribuerait à un renforcement de la solidarité et de l'équité dans la Région. À cette fin, les États Membres ont été invités à saisir l'occasion d'établir une coopération sud-sud et nord-sud plus étroite, à échanger des expériences et à travailler conjointement au renforcement des systèmes de santé et à la réalisation de la couverture sanitaire universelle. On a également estimé que le Programme aiderait à promouvoir le travail intersectoriel nécessaire pour aborder les déterminants sociaux de la santé et réaliser les ODD. On a souligné l'importance de mesurer les progrès accomplis vers des résultats concrets et on a demandé au Bureau de travailler avec les États Membres pour développer des indicateurs à cette fin.

73. Plusieurs délégués ont attiré l'attention sur l'objectif 5 du Programme et ont souligné l'importance d'assurer un accès à des médicaments de qualité peu coûteux ; ils ont également souligné l'importance de profiter des assouplissements qu'offrait l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (ADPIC) pour faciliter l'accès aux médicaments. Une déléguée a signalé qu'une note de bas de page relative aux services de santé sexuelle et génésique dans le cadre de l'objectif 1 indiquait clairement que l'avortement ne devra jamais être promu en tant que méthode de régulation des naissances.

74. Des représentants de trois ONG ont fait l'éloge du Programme : l'un d'entre eux a fait valoir qu'il posait les fondements d'un changement radical et ouvrait la voie à l'équité dans les Amériques et un autre a signalé que le Programme représentait une formidable occasion d'accroître l'appui au plus haut niveau politique à la prévention et à la lutte contre les MNT. À cet égard, la déléguée du Pérou a noté que son gouvernement allait accueillir le Huitième Sommet des Amériques en 2018 et qu'il avait l'intention de promouvoir le Programme auprès des chefs d'État et de gouvernement qui assisteraient à cet événement.

75. Le Dr Espinosa Serrano a remercié les États Membres pour leurs expressions d'appui et pour leur participation au processus de consultation relatif au Programme.

76. La Directrice a manifesté sa gratitude à l'Équateur, à la Barbade et au Panama pour leur leadership au sein du Groupe de travail des pays et à tous les États Membres qui

avaient participé à ses travaux. Elle a promis que le Bureau travaillerait avec les États Membres pour assurer que le Programme soit mis en œuvre et les cibles atteintes.

77. La Conférence a adopté la résolution CSP29.R2, approuvant le Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques 2018-2030.

***Politique en matière d'ethnicité et de santé (document CSP29/7, Rev. 1)***

78. Le Dr Rubén Nieto (représentant du Comité exécutif) a signalé que le Comité exécutif avait examiné une version antérieure du document de politique en matière d'ethnicité et de santé et avait reconnu l'importance d'aborder l'association entre l'ethnicité et les inégalités en santé, notamment à la lumière de populations très diversifiées dans de nombreux pays de la Région. Il y avait eu un large consensus sur le besoin d'aborder les déterminants sociaux de la santé et de réorienter les services de santé par le biais d'une approche interculturelle, avec un accent sur le respect des droits individuels et collectifs. Plusieurs délégués avaient demandé l'inclusion d'un plus grand nombre d'expériences nationales dans le document de politique, un accent plus prononcé sur l'importance de la médecine traditionnelle et l'alignement de la politique sur la Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2014-2023. Un groupe de travail avait été formé pour revoir le libellé du document et de la résolution proposée, et le Comité avait ensuite adopté la résolution CE160.R11, recommandant que la Conférence sanitaire panaméricaine adopte la politique en matière d'ethnicité et de santé.

79. Dans la discussion qui a suivi, les États Membres ont accueilli favorablement le document de politique et ont remercié le BSP pour son engagement en faveur d'une approche interculturelle, avec un délégué suggérant qu'« ethnicité » soit remplacé par « interculturalisme » dans le titre de la politique. Les délégués ont reconnu que race et ethnicité étaient d'importants déterminants sociaux de la santé et que l'équité et l'inclusion étaient des droits de l'homme universels. Notant que la politique a été élaborée dans le contexte d'initiatives et d'accords importants à l'échelle mondiale qui ont reconnu le besoin d'assurer le respect des droits individuels et collectifs, de même que l'existence d'inégalités en santé basées sur l'ethnicité, divers délégués ont décrit les mesures prises par leurs pays pour éliminer les obstacles à l'accès et pour fournir des soins de santé de qualité à l'ensemble de leur population sans discrimination. Les mesures prises ont inclus les efforts de promotion en vue d'une participation communautaire significative par les afrodescendants, les autochtones, la minorité rom et d'autres groupes ethniques, ainsi que l'intégration de leur médecine traditionnelle et de leur vue du monde dans les soins de santé primaires pour assurer de meilleurs résultats de santé. Plusieurs délégués ont mentionné le besoin d'incorporer une perspective ethnique dans toutes les politiques.

80. Un consensus s'est établie sur le besoin de réorienter les systèmes de santé en adoptant une approche interculturelle, en particulier dans la formation des agents de santé, ainsi que sur l'importance d'une action interdisciplinaire et de partenariats stratégiques. Un délégué a mis en évidence le besoin d'un appui politique et financier suffisant, ainsi que d'une action synergique de la part d'entités nationales, régionales et mondiales, pour obtenir la mise en œuvre de la politique. Un des plus grands défis identifiés a été le besoin

d'une meilleure gestion de l'information car le manque de données comparables de qualité, ventilées par groupe ethnique et sexe, posait un véritable obstacle au progrès dans ce domaine. Les délégués ont donc instamment prié le BSP de fournir une coopération technique pour la production de données probantes afin d'obtenir une image précise de la situation dans les Amériques et de faciliter la mise en œuvre de politiques publiques fondées sur des données probantes.

81. Le Dr Luis Andrés de Francisco Serpa (directeur du Département de la famille, du genre et du parcours de vie du BSP) a remercié les États Membres pour leur participation aux consultations nationales, infrarégionales et régionales sur l'ethnicité et la santé. Accueillant favorablement le désir des pays d'aller de l'avant dans ce domaine, il a souligné le besoin de disposer d'informations plus détaillées et spécifiques sur les inégalités sociales et a affirmé que la mise en œuvre de la politique et du plan d'action qui devaient être élaborés par la suite fournirait les preuves nécessaires pour assurer que personne ne serait laissé pour compte. Il a insisté sur le fait que la formation des agents de santé aux pratiques ancestrales et la une vision du monde du public qu'ils servaient, de même que le changement de leurs attitudes à cet égard, étaient aussi essentiels pour garantir l'accès aux services de santé, des soins appropriés et la justice sociale. En ce qui concerne la suggestion de remplacer « ethnicité » par « interculturelisme » dans le nom de la politique, il a fait remarquer qu'« ethnicité » est le terme retenu au cours des discussions aux Nations Unies.

82. Le Dr Francisco Becerra Posada (Sous-directeur du BSP) a remercié les États Membres pour leurs contributions à la politique, en notant l'importance de son lien aux travaux accomplis en matière d'objectifs de développement durable pour assurer qu'aucune population vulnérable ne soit laissée pour compte. Il a également noté le lien de la politique avec le nouveau Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques (voir paragraphes 68 à 77 ci-dessus) et a convenu que sans données ventilées, il serait très difficile de faire des progrès dans le traitement des disparités en matière de santé au sein de différents groupes ethniques.

83. La Conférence a adopté la résolution CSP29.R3 sur la politique en matière d'ethnicité et de santé.

***Plan d'action pour la pérennité de l'élimination de la rougeole, de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale dans les Amériques 2018-2023 (document CSP29/8)***

84. Le Dr Rubén Nieto (représentant du Comité exécutif) a signalé que le Comité exécutif avait accueilli favorablement le plan d'action proposé et avait convenu de l'urgence d'une action visant à maintenir l'élimination et à contrer la menace de cas importés de rougeole et de rubéole. Un appui avait été manifesté en faveur des quatre axes stratégiques d'intervention proposés dans le cadre du plan. Des délégués avaient souligné, en particulier, le besoin d'une surveillance épidémiologique soutenue et une couverture vaccinale élevée. Plusieurs avaient exprimé des préoccupations au sujet de l'influence du mouvement anti-vaccination et avaient demandé des campagnes de communication et

d'éducation pour lutter contre la réticence face à la vaccination. Le Comité avait adopté la résolution CE160.R2, recommandant que le Conférence approuve le plan d'action.

85. Lors de la discussion qui a suivi, les États Membres ont fait l'éloge du plan d'action et de sa feuille de route, accueillant favorablement le fait qu'il était aligné sur des plans mondiaux et fournissait des axes d'intervention, des cibles et des indicateurs clairs. Des délégués ont décrit les réalisations de leurs pays en matière d'élimination de la rougeole, de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale, ainsi que les mesures prises pour maintenir une couverture vaccinale élevée et réduire l'accumulation de personnes susceptibles. Plusieurs délégués ont souligné le besoin de former les agents de santé pour qu'ils puissent établir la distinction entre la rougeole et la rubéole et d'autres maladies caractérisées par des éruptions et de la fièvre, notamment la maladie à virus Zika et la varicelle. Un consensus s'est établi sur le besoin de lutter contre la réticence face à la vaccination par le biais de campagnes d'éducation et de communication, avec plusieurs délégués insistant sur la nécessité d'une participation communautaire pour maintenir une couverture vaccinale élevée. Toutefois, une déléguée a exprimé des doutes quant à la faisabilité technique de maintenir une couverture de 95 % dans toutes les municipalités et a suggéré que des indicateurs intégrés de couverture vaccinale, la surveillance et d'autres mesures pourraient être plus appropriées dans certains cas.

86. Le BSP a été invité à appuyer les pays pour l'élaboration, la mise en œuvre et le soutien de systèmes d'information robustes avec des technologies appropriées pour améliorer la qualité du suivi de la couverture vaccinale et la surveillance épidémiologique. Les délégués ont été unanimes dans leurs préoccupations relatives au risque de cas importés en raison des voyages et de la migration à l'échelle mondiale, avec plusieurs délégués signalant l'apparition d'épidémies dans leurs pays et décrivant les interventions rapides déployées pour prévenir la reprise de transmission endémique. L'appui politique et technique, les partenariats d'élimination à l'échelle mondiale, les ressources financières et la surveillance active ont été considérés comme essentiels pour préserver les progrès qui avaient été réalisés dans la Région et assurer que les Amériques demeurent exemptes de toute épidémie. Cependant, étant donnée la basse couverture vaccinale dans certains endroits de la Région et la présence de la rougeole, de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale dans d'autres régions du monde, plusieurs délégués ont pensé qu'il était encore trop tôt pour fixer une date d'élimination mondiale.

87. Une représentante du *Sabin Vaccine Institute* a applaudi le leadership manifesté par le BSP dans l'élimination de la rougeole et du syndrome de rubéole congénitale dans les Amériques et a décrit la collaboration de l'Institut avec l'OPS pour renforcer les programmes de vaccination, améliorer l'accès aux traitements médicaux de base, faire progresser l'élaboration de vaccins innovants et collecter les données probantes nécessaires pour éclairer les décisions sur l'introduction et la mise en œuvre de vaccins. Elle a noté qu'au cours de la dernière décennie, les travaux de l'Institut avaient été menés par son ancien directeur exécutif et vice-président, le Dr Ciro de Quadros, dont l'héritage a inspiré chacun à l'Institut pour pérenniser le rôle des Amériques comme chef de file dans l'élimination des maladies à prévention vaccinale.



88. Le Dr Luis Andrés de Francisco Serpa (directeur du Département de la famille, du genre et du parcours de vie du BSP) a félicité les États Membres pour leur succès dans l'élimination de la transmission autochtone de la rougeole et de la rubéole et les a remerciés pour leur engagement en faveur du maintien de ce jalon. Il a précisé toutefois que les pays devaient demeurer attentifs au risque de réintroduction des virus de la rougeole et de la rubéole par le tourisme ou la migration en provenance d'autres régions, notant que l'Europe à elle seule avait enregistré 15 000 cas de rougeole en 2016-2017. Il était important de déclarer les cas suspects conformément au Règlement sanitaire international, qui était le mécanisme de dissémination de ce type d'information, et de tenir les pays au courant de la situation. Le BSP a aidé les États Membres par le biais du déploiement de consultants, de la coopération technique pour renforcer les programmes de surveillance épidémiologique et l'identification active de contacts et de cas, ainsi que de l'appui du Fonds renouvelable pour l'achat de vaccins pour leur permettre de se procurer les vaccins nécessaires pour une vaccination systématique et des trousseaux pour la confirmation de cas en laboratoire.

89. Il a reconnu qu'il était critique de lutter contre le mouvement anti-vaccination par le biais de campagnes de communication visant à éduquer les communautés sur les bienfaits de la vaccination ; de telles campagnes deviendraient de plus en plus importantes alors que la prévalence de la rougeole et de la rubéole diminuait. Il serait en particulier important d'accroître la couverture dans les communautés vulnérables. Il a également remarqué que certaines cohortes de médecins et d'infirmières n'avaient jamais vu un cas de l'une ou l'autre de ces maladies et avaient besoin d'une formation pour les reconnaître et les distinguer de cas d'autres maladies accompagnées d'éruptions et de fièvre, qui étaient en augmentation.

90. Il s'est prononcé en accord avec le besoin de renforcer les systèmes d'information. À cet égard, il a signalé que la raison pour laquelle il avait été décidé de fixer l'indicateur de couverture vaccinale à 95 % au lieu de 90 % comme dans d'autres régions avait trait aux efforts de normalisation des données vaccinales et la focalisation croissante dans de nombreux pays de la Région sur les dossiers de vaccination individuels, ce qui faciliterait l'évaluation de la couverture.

91. La Directrice a remercié les États Membres pour leur appui au plan d'action et confirme l'importance de consolider les acquis. Une couverture vaccinale élevée dans toutes les municipalités était extrêmement importante, tout comme l'étaient des systèmes de surveillance robustes, le renforcement des capacités et le plaidoyer pour aborder la réticence face à la vaccination qui, ayant commencé en Amérique du Nord s'étendait maintenant au reste de la Région. Elle a fait l'éloge du travail accompli par Dr Ciro de Quadros, qui avait également dirigé le programme de vaccination de l'OPS lors de nombreuses années.

92. La Conférence a adopté la résolution CSP29.R11, approuvant le *Plan d'action pour la pérennité de l'élimination de la rougeole, de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale dans les Amériques 2018-2023*.

***Plan d'action pour le renforcement des données d'état civil 2017-2022 (document CSP29/9)***

93. Le Dr Rubén Nieto (représentant du Comité exécutif) a expliqué que le Comité avait examiné une version antérieure du plan d'action et avait reconnu l'importance des données d'état civil pour le processus de prise de décisions, la planification et la mise en œuvre des programmes de santé publique, ainsi que pour l'amélioration des résultats sanitaires. Certains délégués avaient manifesté leur appui au plan d'action proposé et le considéraient comme un moyen de renforcer les systèmes de données d'état civil et de maintenir ces derniers comme prioritaire à l'ordre du jour des gouvernements. Cependant, d'autres délégués estimaient que l'orientation du plan était trop étroite et pensaient qu'il fallait aussi viser l'amélioration d'autres aspects des systèmes d'information en santé. Un consensus s'était établi sur le besoin d'une interopérabilité accrue des systèmes de données d'état civil et d'information en santé, de normalisation des données, de systèmes électroniques d'information et de l'utilisation d'une technologie comme celle des numéros d'identification personnels. L'importance d'un plus grand partage d'expériences et de pratiques optimales et d'une meilleure formation des ressources humaines pour la codification des décès avait également été mise en évidence.

94. En réponse aux commentaires du Comité, la Directrice avait suggéré que le Bureau pourrait réviser le plan d'action afin de préciser le lien entre le plan proposé et la question plus générale des systèmes d'information sur la santé et pourrait également commencer le processus de préparation d'un plan général complet sur les systèmes d'information en santé, qui pourrait être examiné par les Organes directeurs en 2018. Le Comité avait, par la suite, approuvé une proposition du Bureau d'entreprendre des consultations avec les États Membres au sujet du plan d'action proposé pour le renforcement des données d'état civil en vue de le présenter à la 29<sup>e</sup> Conférence sanitaire panaméricaine aux fins d'adoption. Le Comité avait également approuvé une feuille de route pour des consultations sur l'élaboration d'une stratégie et d'un plan d'action sur les systèmes d'information sur la santé aux fins d'examen par les Organes directeurs en 2018.

95. Le Dr Marcos Espinal (directeur du Département des maladies transmissibles et de l'analyse de la santé du BSP) a mis la Conférence au courant des développements intervenus depuis la session du Comité exécutif en juin. Il a noté que la Région avait fait de grands progrès en vue de la réalisation des objectifs du *Plan d'action régional pour le renforcement des statistiques de l'état civil et de la santé 2008-2013*. Cependant, des centaines de milliers de naissances et de décès dans les Amériques n'étaient toujours pas déclarés ni enregistrés, et il avait donc été recommandé en 2016 qu'un nouveau plan d'action sur les données d'état civil soit élaboré pour poursuivre les travaux entamés dans le cadre du plan antérieur. Le nouveau plan d'action proposé était le produit de consultations intensives avec les États Membres.

96. À la lumière des préoccupations exprimées par le Comité exécutif, un groupe de travail avait été formé en vue de renforcer le plan par le biais de consultations virtuelles en juillet et en août. Trois avant-projets du plan avaient été soumis aux États Membres, plus de 70 % d'entre eux avaient offert de précieuses suggestions qui avaient été incorporées

dans le nouveau plan tel que présenté dans le document CSP29/9. Le nouveau plan d'action contenait quatre axes stratégiques d'intervention, qui complétaient des initiatives mondiales telles que le *Global Civil Registration and Vital Statistics: Scaling up Investment Plan 2015-2024*, établi par la Banque mondiale et l'OMS, l'initiative *Roadmap for Health Measurement and Accountability* mise sur pied par l'OMS, la Banque mondiale et l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID). Le nouveau plan d'action constituait un premier pas dans le traitement de la question des systèmes d'information en santé, pour lesquels un plan plus large serait présenté en 2018.

97. La Conférence a accueilli favorablement le *Plan d'action pour le renforcement des données d'état civil 2017-2022* révisé. Les États Membres ont remercié le Bureau pour l'organisation des consultations en juillet et en août et ont convenu qu'elles avaient permis d'améliorer sensiblement le document original et avaient abouti à un plan complet et actualisé qui répondait aux besoins des États Membres en ce qui concerne l'amélioration de leurs données d'état civil. Un consensus s'est établi sur le fait que les systèmes de données d'état civil étaient une composante essentielle des systèmes d'information en santé et qu'ils appuyaient la santé publique par l'élaboration de politiques, l'identification de priorités et le renforcement des progrès pour atteindre les objectifs de santé nationaux et mondiaux. De nombreux délégués ont noté que l'enregistrement des enfants immédiatement après leur naissance établissait leur identité légale, facilitant ainsi leur accès à des prestations gouvernementales essentielles telles que les services d'éducation et de santé, alors qu'un enregistrement précis des décès facilitait, entre autres, le droit d'hériter, la mise à jour des listes électorales et la création d'un profil épidémiologique pour la population. Les délégués ont également signalé que des systèmes efficaces de données d'état civil avec une collecte de données en temps opportun étaient essentiels pour une allocation appropriée des ressources, l'élaboration des politiques, la surveillance sanitaire, le suivi des programmes, la présentation de rapports et la mesure des progrès accomplis en vue de la réalisation des ODD.

98. Les délégués ont décrit les progrès accomplis par leurs pays dans le développement et/ou l'amélioration de leurs systèmes de données d'état civil, plusieurs d'entre eux mentionnant l'utilité du Réseau latino-américain et caribéen pour le renforcement des systèmes d'information en santé (RELACIS), qui facilitait le partage des pratiques fructueuses. Les défis communs incluaient le manque d'interopérabilité inter-organismes, une interconnectivité limitée avec les systèmes d'information en santé internationaux, le manque de données comparables ventilées et stratifiées, ainsi qu'une formation inadéquate du personnel de santé à l'enregistrement des décès. Le BSP a été encouragé à élaborer des indicateurs additionnels pour renforcer l'intégration des données d'état civil dans les systèmes d'information en santé et il lui a été demandé de continuer à fournir des orientations aux pays qui cherchaient à améliorer leurs systèmes de données d'état civil.

99. Le Dr Espinal a remercié les États Membres pour leurs excellentes recommandations au cours des consultations virtuelles, ajoutant que ces dernières étaient un exemple remarquable d'organisation et de travail d'équipe. Le BSP s'est engagé à fournir la coopération technique et l'orientation que demandent les pays et à élaborer un plan d'action sur les systèmes d'information en santé aux fins d'examen en 2018. Le groupe

de travail qui avait collaboré avec le Bureau au renforcement du plan d'action sur les données d'état civil continuerait de fournir un appui non seulement à la mise en œuvre du plan, mais aussi à l'élaboration du plan d'action sur les systèmes d'information en santé, qui inclurait les indicateurs additionnels demandés par un des délégués.

100. La Directrice a affirmé que l'enregistrement des naissances était important pour permettre aux gens d'accéder non seulement aux services de santé mais aussi à d'autres services, tels que l'éducation, qui étaient des déterminants sociaux de la santé. Les lacunes dans l'enregistrement des naissances étaient un problème qui touchait en particulier les communautés pauvres et difficiles d'accès, ainsi que les personnes vivant dans des conditions de vulnérabilité. Elle a remercié les États Membres pour avoir travaillé avec le Bureau sur le document et la résolution et s'est réjouie de travailler avec eux sur le plan d'action sur les systèmes d'information en santé.

101. La Conférence a adopté la résolution CSP29.R4, approuvant le *Plan d'action pour le renforcement des données d'état civil 2017-2023*.

***Stratégie en matière de ressources humaines pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle (document CSP29/10)***

102. Le Dr Rubén Nieto (représentant du Comité exécutif) a signalé que le Comité exécutif s'était engagé à soutenir fermement la stratégie proposée sur les ressources humaines pour l'accès universel aux soins de santé et la couverture sanitaire universelle et avait estimé que la stratégie appuierait l'élaboration de politiques et de plans à l'échelle nationale et aiderait à remédier aux inégalités dans la disponibilité, la distribution et la qualité des ressources humaines. L'accent de la stratégie sur la collaboration intersectorielle, en particulier entre les secteurs de la santé et de l'éducation, avait reçu un accueil favorable, et le besoin d'incorporer l'instruction sur les nouvelles technologies de la santé dans la formation des professionnels de la santé avait été mis en évidence. Les délégués s'étaient réjouis du fait que la stratégie reconnaissait l'impact de la migration du personnel de la santé et avaient reconnu la nécessité d'incitatifs pour attirer et retenir les agents de santé dans les zones rurales et mal desservies. Les délégués avaient également appuyé l'accent que mettait la stratégie sur la mise en place d'équipes interprofessionnelles au premier niveau de soins et sur le développement de systèmes d'information permettant d'identifier les lacunes en matière de ressources humaines. Le Comité avait adopté la résolution CE160.R4, recommandant que la Conférence sanitaire panaméricaine adopte la stratégie.

103. La Conférence a manifesté un appui unanime pour la stratégie, avec divers délégués commentant qu'elle était opportune et identifiait parfaitement les principaux défis qui devaient être relevés en matière de ressources humaines pour les soins de santé dans la Région. Les délégués ont accueilli favorablement l'approche participative qui avait été prise dans l'élaboration de la stratégie et ont estimé que ses trois lignes d'action fourniraient une orientation appropriée pour la formulation et l'amélioration des politiques, plans et programmes nationaux de formation en matière de ressources humaines. Plusieurs

délégués ont expliqué que leurs pays avaient déjà mis en œuvre quelques-unes des interventions recommandées dans le cadre de la stratégie.

104. Il y a eu un consensus sur le fait qu'il serait impossible d'obtenir une couverture sanitaire universelle et de garantir le droit de tout être humain à la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre sans un approvisionnement suffisant en ressources humaines de qualité. Pour assurer l'accès à des services de santé pour les populations vulnérables et mal desservies, il était jugé essentiel d'assurer une disponibilité suffisante de personnel de santé dûment formé au niveau des soins primaires. L'importance d'avoir la bonne combinaison et répartition des professionnels de la santé a également été mise en évidence. À cet égard, divers délégués ont souligné le besoin d'une coordination entre les secteurs de la santé et de l'éducation pour améliorer la planification du personnel de santé et assurer que la formation des professionnels de la santé correspondait aux besoins de la population que ces derniers desservent. L'importance d'une formation continue pour le personnel sanitaire a également été mise en évidence, et il a été suggéré que le renouvellement des licences des professionnels de la santé devrait être lié à une exigence de formation continue.

105. De nombreux délégués ont mis en évidence la nécessité de stratégies et de régimes d'incitations efficaces pour encourager la rétention du personnel de santé, en particulier dans les zones reculées et mal desservies. Un certain nombre de délégués ont déploré également la fuite des cerveaux – qu'une déléguée a caractérisé comme un « vol de cerveaux » – que cause le recrutement du personnel de santé pour travailler à l'étranger, ce qui non seulement prive leurs pays d'origine des ressources humaines requises et paralyse la prestation de certains services de soins de santé, mais diminue également la qualité des soins. Il a été suggéré que la résolution proposée à ce sujet devrait être amendée pour exhorter les États Membres à poursuivre le dialogue et à maintenir les partenariats pour relever les défis aigus auxquels faisaient face les pays d'origine, y compris par le biais d'accords bilatéraux qui pourraient fournir des cadres pour le mouvement ordonné de personnels de santé qualifiés, et ce dans le but d'aborder les besoins des pays de destination sans compromettre la sécurité sanitaire des pays d'origine. L'importance d'adhérer au *Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé* a été mise en évidence.

106. Un représentant de la Fédération internationale des associations d'étudiants en médecine a fait remarquer qu'on ne pouvait pas remédier aux pénuries de professionnels de la santé par la simple augmentation du nombre de diplômés ; il était également essentiel d'assurer la qualité de leur éducation par des mécanismes d'assurance de la qualité et une accréditation obligatoire. Une représentante de l'*Inter-American Heart Foundation* s'est félicitée de l'accent que mettait la stratégie sur l'amélioration de la répartition des personnels de santé pour atteindre les populations vulnérables et mal desservies. Elle a attiré l'attention sur le problème des cardiopathies rhumatismales, notant qu'il touchait principalement les enfants et les jeunes vivant dans des conditions de pauvreté, et elle a recommandé que les interventions en matière de cardiopathies rhumatismales soient également incluses dans les soins de santé universels de base à l'échelon primaire.

107. Le Dr James Fitzgerald (directeur du Département des systèmes et services de santé du BSP) a rappelé que le Bureau avait entamé le processus d'élaboration de la stratégie en 2015 en réponse à un appel des États Membres pour une approche plus stratégique visant à aborder les besoins en ressources humaines. Il était clair que l'obtention de la couverture sanitaire universelle était articulée autour de la disponibilité, de la répartition et de la qualité des ressources humaines en santé. La Région devait accroître le nombre de médecins, de personnel infirmier et de sages-femmes pour 10 000 habitants du niveau actuel de 24 à 45, ce qui exigerait une augmentation massive de la production de ressources humaines en santé qualifiées.

108. Dans le cadre des consultations tenues au sujet de la stratégie, les États Membres avaient mis en évidence le besoin d'une bonne intendance afin de guider les systèmes de santé vers leurs objectifs. Un aspect de cette intendance consistait à déterminer quelles ressources humaines étaient requises, ce qui a demandé un dialogue intersectoriel entre les secteurs de la santé, de l'éducation, du travail, des finances et d'autres secteurs. Les résultats de ce dialogue ont ensuite dû être traduits en des politiques et règlements nationaux concernant les services de santé et les compétences et le rendement des professionnels de la santé.

109. La migration des agents de santé est un phénomène qui a affecté tous les pays, certains d'entre eux ayant subi des pertes importantes en ressources humaines. La stratégie a demandé l'adoption de mesures pour encourager la rétention, mais elle a également mis l'accent sur l'importance de la planification des effectifs, et non seulement du point de vue du secteur de la santé mais aussi du point de vue de l'éducation et du travail. L'expérience avait montré que même si la migration des agents de santé ne pouvait pas être complètement endiguée, elle pouvait certainement être réduite par l'application de stratégies globales qui incluaient des incitatifs économiques, des initiatives de perfectionnement professionnel et le déploiement d'efforts pour assurer des conditions de travail stables et décentes. Le plan d'action qui devait être élaboré au cours de l'année à venir fixerait des objectifs, cibles et calendriers d'action spécifiques sur la question de la migration. L'accréditation, qui pouvait être un outil important pour assurer la qualité et la capacité d'intervention tant des services de santé que du personnel de santé, serait également un des éléments essentiels du plan d'action.

110. Le Dr Francisco Becerra Posada (Sous-directeur du BSP) a observé que le thème des ressources humaines pour la santé était complexe. Alors que certains pays avaient besoin de plus de médecins et ne pouvaient pas en trouver, d'autres pays produisaient trop de médecins pour leurs systèmes de santé et ne pouvaient plus tous les absorber. Il en allait de même pour d'autres professionnels de la santé. Il y avait eu, cependant, un accent trop grand placé sur les professionnels médicaux. Il était important de reconnaître la contribution que les travailleurs techniques de la santé pouvaient apporter au renforcement des soins de santé primaires. Il était également important pour les établissements d'enseignement de travailler avec le secteur de la santé afin d'assurer que les programmes de formation produisaient des agents de santé possédant les bonnes compétences.

111. La résolution proposée contenue dans le document CSP29/10 a été amendée pour refléter les suggestions et commentaires qui avaient été faits au cours de la discussion, puis a été adoptée comme résolution CSP29.R15, permettant ainsi à la Conférence d'adopter la stratégie.

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

112. Le Dr Rubén Nieto (représentant du Comité exécutif) a expliqué que le Comité exécutif avait manifesté un appui général pour la stratégie et le plan d'action et avait approuvé les quatre axes stratégiques proposés dans le cadre du plan. Les délégués avaient reconnu le lien étroit entre la consommation de tabac et les décès et incapacités dus aux maladies non transmissibles, ainsi que l'impact économique d'un accroissement des dépenses de santé publique et des dépenses individuelles et d'une perte de productivité de la main-d'œuvre due à la consommation de tabac. Des préoccupations avaient été exprimées au sujet des défis continus que présentait la réduction de la consommation de tabac, en particulier les interférences de l'industrie du tabac avec les efforts de lutte antitabac. Plusieurs délégués avaient souligné le besoin de prioriser la santé par rapport aux intérêts commerciaux, notamment ceux de l'industrie du tabac, et ils avaient demandé au Bureau d'aider les États Membres à renforcer leurs capacités à cet égard, y compris par le biais de la coopération technique pour faciliter l'élaboration d'instruments juridiques et améliorer la compréhension des accords commerciaux internationaux. En même temps, il avait été souligné que les interventions liées à la lutte antitabac doivent tenir compte des contextes nationaux et locaux et doivent être conformes aux obligations des États en matière de commerce international. Le Comité avait adopté la résolution CE160.R10, recommandant que la Conférence sanitaire panaméricaine approuve la stratégie et plan d'action.

113. La Conférence a accueilli favorablement la stratégie et plan d'action et a noté avec satisfaction qu'ils étaient alignés sur les recommandations de la Conférence des Parties à la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. Les délégués ont reconnu que le fait de fumer était le premier facteur de risque pour les maladies non transmissibles, qui étaient la cause principale de morbidité et mortalité prématurées dans la Région. Notant les conséquences dévastatrices des MNT, qui affectaient les populations vulnérables de façon disproportionnée, les délégués ont convenu que l'épidémie de tabagisme nuisait aux progrès vers la réalisation des objectifs de développement durable. La stratégie et le plan d'action étaient considérés comme une bonne feuille de route pour les pays pour accélérer la mise en œuvre de la Convention-cadre et contribuer à la réduction des maladies non transmissibles et à l'amélioration de la santé pour les peuples des Amériques.

114. De nombreux délégués ont décrit les efforts et réalisations de leurs pays dans la lutte antitabac en ce qui concerne les quatre interventions prioritaires de la Convention-cadre, ou « formules les plus rentables », pour renforcer la lutte antitabac : l'augmentation des taxes sur les produits de tabac, des environnements sans fumée, de grands avertissements graphiques concernant la santé sur les emballages des produits du tabac et l'interdiction de faire la publicité, la promotion et le parrainage des produits du tabac.

Plusieurs délégués ont noté que leurs pays avaient constaté d'importantes réductions des MNT à la suite des efforts de lutte antitabac, mais ils ont indiqué que le tabagisme chez les adolescents et les jeunes adultes demeurait un grave problème de santé publique. L'importance d'une prévention de l'initiation au tabac a été mise en évidence. A cette fin, les délégués ont insisté sur l'adoption de mesures telles que les emballages neutres pour aider à faire du tabagisme une expérience moins attractive, le contrôle des cigarettes électroniques, ainsi que des campagnes d'éducation et de communication pour sensibiliser les gens aux dangers du tabagisme. Un délégué a demandé des alternatives économiquement viables à la culture du tabac pour réduire l'offre de produits du tabac.

115. Plusieurs délégués ont mentionné le besoin d'un contrôle efficace avec une législation à l'échelle nationale. Un domaine qui suscitait des préoccupations particulières était le commerce illicite des produits du tabac qui, dans un pays, représentait 20 % du marché des cigarettes. Pour lutter contre ce problème, un délégué a recommandé de renforcer les systèmes douaniers et d'accroître les inspections. Plusieurs ont signalé que leurs pays avaient ratifié le *Protocole pour éliminer le commerce illicite des produits du tabac*.

116. La plus grande préoccupation citée par les délégués a été l'interférence de l'industrie du tabac qui, dans certains pays, a contrecarré les efforts de mise en œuvre de la Convention-cadre. Les délégués ont cherché l'assistance du Bureau pour l'élaboration d'une législation nationale et la coordination des efforts pour lutter contre l'interférence de l'industrie. Plusieurs États Membres ont offert de partager leurs expériences de la lutte antitabac.

117. Les représentants de trois organisations non gouvernementales ont félicité l'Organisation pour la stratégie et le plan d'action, soulignant que le tabagisme était la principale cause évitable de morbidité et de mortalité prématurée dans les Amériques et le seul facteur de risque commun aux quatre principales maladies non transmissibles. Ils ont réclamé la mise en œuvre de mesures de base de santé publique pour décourager le tabagisme, la mesure la plus efficace semblant être des images graphiques en guise de mises en garde sanitaires sur les emballages des produits du tabac et des taxes plus élevées sur ces produits. Ils ont également lancé un appel à l'unité pour les efforts à déployer pour la lutte contre l'influence de l'industrie du tabac et contre ceux qui servaient ses intérêts, avec le représentant de l'*Inter-American Heart Foundation* exhortant à la ratification du *Protocole pour éliminer le commerce illicite des produits du tabac* en vue de couper court à l'argument de l'industrie du tabac que l'augmentation des taxes sur les produits du tabac allait entraîner un accroissement du commerce illicite.

118. Le Dr Anselm Hennis (directeur du Département des maladies non transmissibles et de la santé mentale du BSP) a noté qu'il était clair que les États Membres reconnaissaient que la stratégie et le plan d'action étaient opportuns et visaient une mise en œuvre accélérée de la Convention-cadre ainsi qu'un renforcement des axes d'interventions fondés sur des données probantes qui avaient montré des résultats dans la réduction de la consommation de tabac dans la Région. Il était encourageant de voir des données concrètes sur l'impact d'une pleine mise en œuvre de la Convention-cadre dans certains pays.



Elle avait été mise en œuvre avec succès par un certain nombre de pays dans la Région, montrant par là qu'elle était à la fois faisable et politiquement viable. Toutefois, 17 États Parties dans la Région devaient encore établir des environnements exempts de fumée dans les espaces publics et les lieux de travail, ce qui était le seul moyen efficace de protéger les gens contre l'exposition à la fumée du tabac. D'autre part, alors même qu'il y avait abondance de preuves que les mises en garde sanitaires sur les emballages étaient efficaces pour sensibiliser les fumeurs aux dangers de la consommation de tabac, 19 pays dans la Région ne les avaient toujours pas introduites.

119. Quelques progrès avaient été réalisés en ce qui concerne le commerce illicite du tabac : certains pays s'étaient déjà lancés dans le marquage, le suivi et le traçage des produits du tabac, ce qui était la seule manière de mettre fin à ce commerce. Cela était important, étant donnée l'affirmation de l'industrie du tabac que l'augmentation des taxes mènerait à un accroissement du commerce illicite. Il était important de noter que si 40 États Parties devaient ratifier le *Protocole pour éliminer le commerce illicite des produits du tabac* pour qu'il puisse entrer en vigueur et que 30 pays l'avaient déjà signé, seuls cinq pays dans les Amériques étaient devenus des États Parties.

120. Tout en répondant à des questions spécifiques soulevées au cours de la discussion, il a félicité le Guyana qui était le premier pays de la Région à mettre pleinement en œuvre une législation sur le tabac tout en notant que six autres pays avaient mis en œuvre trois des quatre « formules les plus rentables ». Relativement à la question de savoir comment le BSP allait s'attaquer au problème de l'interférence de l'industrie, il a indiqué que le Bureau allait élaborer des critères pour mesurer l'indicateur 4.1 du plan d'action, concernant la façon de renforcer la mise en œuvre de l'article 5.3 de la Convention-cadre. Le Bureau allait également compiler et partager des exemples de mise en œuvre de cet article qui lui avaient été communiqués dans les rapports d'étape biennaux des États Parties à la Convention-cadre. Les États Parties de la Région qui avaient documenté leurs efforts d'élaboration et d'introduction de lignes directrices pour améliorer la transparence et l'intégrité et éviter les conflits d'intérêt avaient produit des rapports à ce sujet qui présenteraient un intérêt particulier.

121. Le Dr Francisco Becerra Posada (Sous-directeur du BSP) a reconnu le travail des États Membres sur la lutte antitabac et il a noté qu'ils avaient encore une route ardue devant eux à la lumière de l'opposition de l'industrie du tabac ainsi que du secteur de la restauration et des bars. Un effort conjoint de la société était essentiel pour réaliser les objectifs de la lutte antitabac, comme l'avaient montré les pays avec les plus grandes réalisations. L'Uruguay a défendu avec succès ses restrictions anti-tabagisme dans le cadre d'un procès intenté par l'industrie du tabac, ce qui est devenu un exemple pour le reste de la Région. Un autre développement positif a été l'émergence d'une cohorte de jeunes gens passionnés par une amélioration de la santé publique, comme l'a démontré la représentante de la Fédération internationale des associations d'étudiants en médecine. Le Sous-directeur a exprimé l'espoir que cette représentante et ses collègues étudiants feraient ressortir leur passion en appuyant le travail des ministères de la Santé et que les ministères viendraient puiser dans l'enthousiasme de leurs étudiants en médecine pour communiquer des messages de santé à la population.

122. La Conférence a adopté la résolution CSP.R12, approuvant la stratégie et plan d'action.

***Mise à jour sur la situation et les défis en matière d'approvisionnement du vaccin inactivé contre la poliomyélite pour maintenir l'éradication de la maladie dans la Région des Amériques (document CSP29/16)***

123. Le Dr Cuauhtémoc Ruiz Matus (chef de l'Unité d'immunisation intégrale de la famille du BSP) a introduit ce point en fournissant une mise à jour sur les difficultés que la Région rencontrait dans l'achat du vaccin antipoliomyélique inactivé (VPI). Il a rappelé que dans le cadre de la stratégie mondiale pour l'élimination de la poliomyélite, chaque pays dans le monde avait commencé une transition du vaccin trivalent au vaccin bivalent, en éliminant la composante qui protégeait contre le poliovirus de type 2. Il avait donc été décidé que chaque pays allait introduire au moins une dose de VPI dans son calendrier de vaccination pour assurer la protection contre la circulation potentielle d'un poliovirus de type 2 dérivé d'une souche vaccinale, comme cela s'était produit dans certaines régions du monde. Les producteurs de vaccins s'étaient engagés à couvrir la demande mondiale actuelle de VPI, mais avaient signalé par la suite qu'ils ne pourraient satisfaire que 50 % à 60 % de cette demande, principalement en raison du contrôle de la qualité et de questions de libération des lots. Par conséquent, de nombreux pays n'avaient pas introduit le VPI ou avaient fait face à une rupture de stocks du vaccin. Selon le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), on avait pu répondre à moins de 50 % de la demande mondiale du vaccin.

124. Heureusement, la situation dans les Amériques n'était été aussi grave. Plus de 50 % de la demande de VPI avait été satisfaite avec une dose du vaccin dans des seringues préremplies. La demande totale pour 2017 avait été estimée à environ 8 millions de doses, et l'approvisionnement offert avait été d'environ 5,1 millions de doses. À ce jour, la Région avait reçu 2,4 millions de doses ; les fournisseurs n'avaient pas donné de calendrier de livraison pour les autres 2,7 millions de doses nécessaires et 31 pays étaient donc à risque de connaître une pénurie de vaccins.

125. En 2014, le Groupe consultatif technique (CGT) pour les Amériques a recommandé qu'au moins deux doses de VPI soient administrées aux enfants. Cependant, lorsque la pénurie mondiale a été mise en lumière, le CGT a décidé de recommander qu'une seule dose soit administrée. En 2016, lorsque les fabricants de vaccins ont annoncé d'autres limites à l'approvisionnement en vaccins, le Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination de l'OMS ont recommandé que tous les pays passent à l'utilisation de doses fractionnées de VPI. Dans les Amériques, le CGT a recommandé que la transition ait lieu en mars 2017. La recherche effectuée dans de nombreux pays, y compris Cuba dans les Amériques, avait indiqué que deux doses fractionnées de VPI fournissaient une protection suffisante contre tout type de poliovirus. Le principal défi associé à l'utilisation de doses fractionnées était le besoin de reformer des agents de santé à l'administration d'injections intradermiques. Huit pays étaient actuellement en voie de reformer leurs agents de santé.

126. Dans le cadre de leur mandat, le BSP et le Fonds renouvelable pour l'achat de vaccins ont été en contact constant avec des fournisseurs du monde entier, et il y avait possibilité d'obtenir une plus grande quantité de VPI pour 2017 et probablement pour la période 2018-2020. Assurer l'approvisionnement adéquat pour le reste de l'année en cours permettrait aux pays de reporter l'utilisation de doses fractionnées de VPI et leur donnerait le temps de reformer leurs agents de santé. Cependant, il pourrait s'avérer nécessaire de tenir des négociations extraordinaires avec les fournisseurs concernant la disponibilité de doses supplémentaires. Il a donc été demandé à la Conférence d'examiner la résolution proposée en annexe au document CSP29/16, qui autoriserait la Directrice à aller de l'avant avec les négociations.

127. Dans la discussion qui a suivi, les délégués ont convenu que la menace imminente de ruptures de stocks créait un risque pour le maintien de l'éradication de la polio dans la Région et pouvait aussi miner la confiance du public dans les programmes de vaccination. Les délégués ont noté que les pays de la Région faisaient face à des décisions difficiles, l'une d'entre elles étant de déterminer s'il y avait lieu d'utiliser des doses fractionnées de VPI en attendant une augmentation de l'approvisionnement en vaccins. La réaction à la proposition d'utiliser des doses fractionnées était partagée, certaines délégations la considérant comme une solution viable, alors que d'autres manifestaient une certaine réticence.

128. De nombreuses délégations ont manifesté leur appui pour la résolution proposée de permettre à la Directrice de négocier des prix en dehors des paramètres du Fonds renouvelable, tout en soulignant le besoin d'obtenir les meilleurs prix possibles. Certaines se sont inquiétées, cependant, que l'adoption de la résolution pourrait ouvrir la porte à des prix plus élevés pour tous les vaccins. Une déléguée a demandé une proposition détaillée pour les négociations sur les prix. On a insisté sur le fait que les intérêts commerciaux et financiers de l'industrie pharmaceutique ne doivent pas l'emporter sur les intérêts de la santé publique.

129. Il a été indiqué que la situation était particulièrement critique dans les Caraïbes, où les récents ouragans avaient détruit le réseau électrique et perturbé la chaîne de froid, avec pour résultat la perte de vaccins et d'autres fournitures médicales réfrigérées. Plusieurs délégués ont demandé au BSP de s'attaquer aux vulnérabilités particulières des Caraïbes, et une déléguée a demandé l'élaboration d'un plan directeur pour partager les vaccins entre les pays afin d'optimiser la vaccination des enfants dans la sous-région.

130. Le Dr Ruiz Matus a applaudi le travail des États Membres visant à maintenir une couverture vaccinale élevée et à assurer que la Région demeure exempte de polio. Il a noté que les commentaires des délégués avaient montré un appui important pour le Fonds renouvelable et a affirmé que la résolution proposée de permettre à la Directrice d'entamer des négociations sur les prix du VPI s'alignait sur les principes du Fonds concernant la solidarité et le panaméricanisme.

131. M. John Fitzsimmons (chef du Programme spécial du Fonds renouvelable pour l'achat de vaccins du BSP) a dit que le Bureau collaborerait avec les pays des Caraïbes

pour atténuer les effets des récents ouragans et la perte de vaccins et d'équipement. Abordant les préoccupations sur les prix élevés des vaccins en général si les négociations demandées vont de l'avant, il a insisté sur le fait que la situation du VPI était quelque chose d'exceptionnel. Le Bureau était prêt à explorer toutes les options afin de garantir des approvisionnements suffisants du vaccin, mais il n'avait pas obtenu un franc succès sur toute la ligne. La Directrice avait donc pensé qu'il était important de faire prendre conscience aux États Membres de cette situation et d'obtenir leur approbation pour mener des négociations extraordinaires, au besoin.

132. Le Dr Francisco Becerra Posada (Sous-directeur du BSP) a commenté que le travail du Fonds renouvelable impliquait non seulement un appui technique pour les États Membres par l'entremise de l'Unité de vaccination intégrale de la famille, mais aussi le contrôle de la qualité par l'entremise de l'Unité des médicaments et des technologies sanitaires du Département des systèmes et services de santé et la logistique des approvisionnements par l'entremise du Programme spécial du Fonds renouvelable pour l'achat de vaccins. Lui-même et l'équipe juridique du BSP avaient consacré de nombreuses heures à négocier au nom des pays pour garantir et maintenir les meilleurs prix possibles pour le Fonds renouvelable. Il a remercié les États Membres pour leur appui et efforts visant à maintenir une couverture vaccinale élevée et faire que la Région demeure à l'avant-garde des activités pour l'élimination des maladies à prévention vaccinale.

133. La résolution proposée a été amendée pour aborder les diverses préoccupations exprimées au cours de la discussion. En particulier, un texte a été ajouté pour préciser que l'autorisation d'ajuster les termes et conditions du Fonds renouvelable était accordée à titre exceptionnel et ne s'appliquait qu'aux négociations sur le VPI. Le Bureau a été invité à faire rapport en 2018 au Comité exécutif, par le biais du Sous-comité du programme, du budget et de l'administration, sur le résultat de toute négociation extraordinaire qui aurait été menée. Il a également été demandé au Bureau de continuer à assurer la coordination avec l'Initiative mondiale d'éradication de la polio.

134. La résolution amendée a été adoptée comme résolution CSP29.R16.

## **Questions administratives et financières**

### ***Rapport sur le recouvrement des contributions fixées (document CSP29/12 et Add. I)***

135. Le Dr Rubén Nieto (représentant du Comité exécutif) a signalé que le Comité exécutif avait été informé qu'au mois de juin 2017, l'Organisation avait reçu \$26,8 millions relativement aux contributions fixées des années antérieures, ce qui représentait 66 % du total en suspens. Il y avait donc un solde restant de \$13,7 millions provenant des années antérieures. Le Comité avait également été informé qu'en date de juin 2017, aucun État Membre n'était soumis aux restrictions de vote prévues à l'article 6.B de la Constitution de l'OPS. En ce qui a trait à l'année en cours, \$30,9 millions avaient été reçus en date du mois de juin, ce qui équivalait à 30,2 % du total de recouvrement des contributions pour 2017. Au total, 12 États Membres s'étaient acquittés du total de leurs contributions fixées pour 2017 et un d'entre eux s'était également acquitté d'une portion pour 2018.

136. M. Xavier Puente Chaudé (directeur du Département de la gestion des ressources financières du BSP) a indiqué qu'au 22 septembre 2017, \$51,7 millions avaient été reçus, ce qui représentait 50,5 % des contributions fixées pour l'année. Ce chiffre représentait environ \$600 000 de plus que ce qui était indiqué dans le document CSP29/12, Add. I, qui établissait le total au 18 septembre. Depuis cette date, des paiements avaient été reçus de Cuba, du Panama, du Paraguay et de l'Uruguay, tous ayant payé le total de leurs contributions. Au total, 23 États Membres avaient payé le total de leurs contributions, et des remerciements leur étaient dus. De même, trois pays avaient effectué des paiements anticipés pour 2018.

137. Alors que les recouvrements en date se montaient à seulement 50,5 % du montant dû, c'était en fait le taux le plus élevé reçu au même moment de l'année depuis 2012. En termes de contributions antérieures, \$40,1 millions avaient été reçus, ce qui représentait 99 % des contributions d'années antérieures avec un solde de seulement \$0,4 million, un excellent résultat pour l'Organisation. Aucun État Membre n'était actuellement l'objet de restrictions de vote stipulées aux termes de l'article 6.B de la Constitution de l'OPS.

138. La Directrice a remercié les États Membres qui avaient payé leurs contributions, tout en exprimant l'espoir que les futurs paiements seraient reçus plus tôt dans l'année.

139. La Conférence a adopté la résolution CSP29.R1, exprimant son appréciation aux États Membres qui avaient déjà effectué le versement de leurs contributions fixées pour 2017 et invitant tous les États Membres à s'acquitter de leurs obligations financières à l'égard de l'Organisation avec célérité.

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

140. Le Dr Rubén Nieto (représentant du Comité exécutif) a expliqué que le Comité exécutif avait été informé que le total des revenus consolidés en 2016, y compris les contributions volontaires et les fonds reçus pour les achats au nom des États Membres, s'était monté à \$1,4 milliard au total, ce qui était légèrement inférieur à 2015. La réduction avait été due principalement à une baisse de revenus provenant des contributions volontaires nationales, lesquelles avaient été, à leur tour, le résultat d'une dépréciation des taux de change. Le Comité avait également été informé que les dépenses totales en 2016 s'étaient montées à \$1,426 milliard et que l'année s'était terminée avec un surplus de \$21,8 millions. Il avait été noté qu'un surplus similaire avait été déclaré à la fin de l'année 2014, également la première année de l'exercice biennal, lorsque les dépenses tendaient à être plus basses que lors de la deuxième année.

141. Le Comité avait accueilli favorablement l'opinion sans réserve du commissaire aux comptes externe sur les états financiers et il avait fait l'éloge du Bureau pour sa gestion efficiente et transparente des ressources. Les délégués s'étaient aussi dits satisfaits du surplus, notant qu'il avait été obtenu en dépit d'une baisse des revenus en 2016. En même temps, il avait été signalé que la mise en œuvre du budget semblait également avoir connu une baisse et que certaines contributions volontaires avaient été rendues aux donateurs. Le Bureau avait été encouragé à prendre des mesures pour assurer que le financement de la

part des donateurs était pleinement mis en œuvre. Il avait été pris note de l'augmentation du taux de contribution, mais il avait été précisé que le taux était encore bas. Les délégués avaient demandé au Bureau de poursuivre ses efforts d'augmentation du taux de recouvrement et avaient pressé les États Membres à payer leurs contributions dans des délais convenables.

142. Dans la discussion qui a suivi, les délégués ont accueilli favorablement le rapport financier et le rapport du commissaire aux comptes externe, considérant qu'ensemble ils ont fait une importante contribution à l'obligation de rendre compte et ont permis aux États Membres de connaître dans quelle mesure l'Organisation réalisait ses objectifs. Aux fins de transparence, il a été suggéré que les futurs rapports devraient indiquer non seulement les valeurs monétaires des contributions volontaires mais aussi la catégorie et le domaine programmatique auxquels de telles ressources seraient affectées.

143. Le Bureau a été instamment prié de mettre en œuvre toutes les recommandations du commissaire aux comptes externe. Il a été signalé que les recommandations liées au Système d'information pour la gestion du BSP (PMIS) semblaient indiquer un besoin d'examiner comment le système était utilisé, et il a été souligné que l'utilisation du système ne devait pas entraver le travail de l'Organisation. Une déléguée notant que sa délégation avait exprimé ses préoccupations à maintes reprises au sujet du grand nombre de cadres supérieurs qui allaient prendre leur retraite sous peu a signalé que le commissaire aux comptes externe avait soulevé deux questions qui, à son avis, exigeait que des mesures soient prises non seulement par le Bureau mais aussi par les États Membres. Une avait trait au déficit de \$192,1 millions du régime d'assurance-maladie des fonctionnaires à la retraite et l'autre était la nécessité de mécanismes de saisie de la connaissance et de l'expérience du personnel à long terme de l'OPS. Elle a estimé que ces deux questions devaient être examinées plus en profondeur par le Sous-comité du programme, du budget et de l'administration dans le cadre de sa prochaine session et a demandé que le Bureau fournisse plus d'information avant la session sur l'étendue des problèmes et sur les mesures que le Bureau comptait prendre pour y remédier.

144. Un autre délégué a observé qu'il était bien connu que les contributions fixées n'étaient pas suffisantes pour financer les activités planifiées de l'Organisation et que les contributions volontaires avaient diminué et étaient irrégulières ; dans de nombreux cas, elles étaient aussi affectées à des fins spécifiques. Il a également noté que bien que l'allocation du budget de l'OMS à la Région avait augmenté quelque peu, le montant n'avait pas été suffisant pour résoudre le problème du financement insuffisant provenant des contributions. Il a demandé des clarifications sur la raison pour laquelle les contributions nationales volontaires n'étaient pas prises en compte dans le revenu de l'Organisation.

145. M. Xavier Puente Chaudé (directeur du Département de la gestion des ressources financières du BSP), en réponse aux commentaires sur le PMIS, a insisté sur le fait que 2016 était la première année au cours de laquelle l'Organisation avait travaillé avec le système dans son intégralité. Sa mise en œuvre avait été un défi pour le Bureau, qui avait toutefois été surmonté avec succès, et l'exercice avait pu être clos en utilisant le système. Un rapport avait déjà été fait sur les domaines auxquels les contributions volontaires

avaient été allouées, mais le Bureau ferait en sorte que des informations plus claires soient disponibles. Comme cela a été communiqué à plusieurs reprises dans le passé, l'OPS et l'OMS collaboraient en vue d'éliminer progressivement le déficit du régime d'assurance-maladie pour les fonctionnaires à la retraite et ce processus progressait de manière satisfaisante.

146. M. Dean Chambliss (directeur du Département de la planification et du budget du BSP) a expliqué que les contributions nationales volontaires n'étaient pas incluses dans le programme et budget de l'Organisation parce qu'elles avaient été négociées et données au niveau national, les conditions dans lesquelles elles devaient être dépensées étaient fixées à l'échelle nationale et la responsabilité pour l'utilisation des fonds demeurait à l'échelle nationale. En outre, les contributions nationales volontaires étaient actuellement très importantes, et leur incorporation dans le budget de l'OPS augmenterait le programme et budget de façon significative. Cependant, un groupe consultatif des États Membres allait examiner le prochain Plan stratégique et le prochain cycle du programme et budget à compter de 2018, et la question de savoir comment traiter les contributions nationales volontaires à l'avenir pourrait être examinée à ce moment là.

147. La Directrice a ajouté que les contributions nationales volontaires provenaient d'un nombre très restreint de pays et étaient destinées à des projets spécifiques au niveau national. Ces dernières années, la vaste majorité de ces contributions étaient venues du Brésil pour le projet *Mais Médicos*. Elle a reconnu que les contributions fixées représentaient une source importante de financement souple, en particulier dans le contexte du processus ascendant d'établissement des priorités de l'Organisation, alors que de nombreuses contributions volontaires étaient réservées pour des buts spécifiques. Le Bureau mettait tout en œuvre pour mobiliser davantage de contributions volontaires souples. En ce qui concerne le transfert des connaissances des futurs retraités, le Bureau avait élaboré un programme qui indiquait quels types de connaissances et d'expériences devaient être transférées et aidait à déterminer les nouveaux profils nécessaires, puisque l'expertise qui était requise il y a 30 ans n'était plus forcément requise.

148. La Conférence a pris note du rapport.

***Nomination du Commissaire aux comptes externe de l'OPS pour 2018-2021 (document CSP29/13)***

149. Le Dr Rubén Nieto (représentant du Comité exécutif) a signalé que le Comité exécutif avait été informé qu'en août 2016, le Bureau avait envoyé une note verbale aux États Membres, États participants et Membres associés demandant des nominations pour le poste de commissaire aux comptes externe. Comme aucune nomination n'avait été reçue avant la date limite du 31 janvier 2017, la date limite avait été repoussée au 19 juin. À la mi-juin, le Bureau avait reçu une communication du gouvernement du Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, présentant la candidature du *National Audit Office* pour le poste de commissaire aux comptes externe. Le Comité de vérification de l'OPS a examiné la documentation soumise avec la nomination et avait fortement recommandé que le *National Audit Office* soit choisi comme commissaire aux comptes externe de l'OPS.

150. Sir Amyas C. E. Morse (contrôleur et vérificateur général du Royaume-Uni) a brièvement résumé les services que le *National Audit Office* était en mesure d'offrir. Une description plus complète est contenue dans l'annexe B au document CSP29/13. Il a mis en évidence l'expertise et l'expérience du *National Audit Office* et son indépendance du gouvernement britannique, tout en faisant l'éloge de l'approche actualisée de l'OPS des questions relevant de la vérification.

151. Un certain nombre de délégués ont manifesté leur appréciation concernant l'approche détaillée et approfondie en matière d'audit adoptée par le *National Audit Office*, tel que décrit dans la présentation. Un délégué a remarqué qu'il serait utile que le *National Audit Office* puisse terminer son rapport d'audit à temps pour la session de mars du Sous-comité du programme, du budget et de l'administration.

152. La Conférence a adopté la résolution CSP29.R7, nommant le *National Audit Office* du Royaume-Uni comme commissaire aux comptes externe pour la période 2018-2021.

### **Sélection d'États Membres pour faire partie des Conseils et Comités**

#### ***Élection de deux 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 CSP29/14)***

153. La Conférence a nommé la Barbade et El Salvador comme membres du Comité consultatif du Centre d'information sur les sciences de la santé pour l'Amérique latine et les Caraïbes (BIREME) (résolution CSP29.R9).

### **Prix**

#### ***Prix de l'OPS en gestion et leadership dans le domaine des services de santé (2017) (document CSP29/15)***

154. Le Dr Rubén Nieto (représentant du Comité exécutif) a expliqué que le Jury d'octroi du Prix de l'OPS pour la gestion et le leadership en matière de services de santé, qui était formé de délégués de l'Argentine, du Brésil, des États-Unis d'Amérique, du Panama et de la Trinité-et-Tobago, s'était réuni au cours de la 160<sup>e</sup> session du Comité exécutif. Après avoir examiné l'information relative aux candidats nommés par les États Membres, le Jury d'octroi du Prix de l'OPS avait décidé de recommander que le Prix de l'OPS pour la gestion et le leadership en matière de santé pour 2017 soit décerné au Dr Stella Bolaños Varela, du Costa Rica, pour sa brillante carrière professionnelle et son engagement de longue date à l'égard de la qualité et de la gestion des services de santé au niveau national, ainsi que pour ses contributions extraordinaires dans le domaine de l'éducation en santé, de la gestion des services de santé pour les personnes âgées, et pour la mise en œuvre de modèles de soins de santé axés sur la personne.



155. Le Président de la Conférence et la Directrice ont présenté le Prix de l'OPS pour la gestion et le leadership en matière de services de santé (2017) au Dr Stella Bolaños Varela, dont le discours de remerciement se trouve sur la page Web de la Conférence.<sup>5</sup>

### **Questions soumises pour information**

#### ***Mise à jour sur la réforme de l'OMS (document CSP29/INF/1)***

156. Le Dr Rubén Nieto (représentant du Comité exécutif) a indiqué que le Comité avait été informé que la majorité des produits de la réforme de l'OMS avaient été obtenus et que l'OMS n'avait inclus aucun produit spécifique à la réforme dans le budget programme adopté par l'Assemblée mondiale de la Santé en mai 2017. Le Comité a aussi été informé que l'OPS et l'OMS avaient continué d'appliquer une approche ascendante de la planification pour l'élaboration de leurs programmes et budgets. D'autres réformes ont inclus la mise en œuvre du *Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques* (FENSA), l'établissement du Programme de gestion des situations d'urgence sanitaire de l'OMS aux niveaux mondial et régional, ainsi que l'introduction d'un nouvel outil de recrutement du personnel.

157. Le Comité exécutif s'était félicité des efforts réalisés aux niveaux mondial et régional pour mettre en œuvre la réforme de l'OMS et avait reconnu que les réformes à l'OPS étaient antérieures à celles de l'OMS dans certains domaines. Les délégués avaient considéré que les efforts de réforme devaient se poursuivre comme un moyen de renforcer le rendement, la transparence et la responsabilisation. L'alignement de l'OPS sur le Programme de gestion des situations d'urgence sanitaire de l'OMS avait reçu un accueil favorable, et le Bureau avait été encouragé à continuer d'aider les États Membres à renforcer leur capacité d'intervention en cas d'urgence et à établir des systèmes de santé résilients. Il avait été suggéré que les futurs rapports liés à la réforme de l'OMS pourraient mettre l'accent sur les questions concernant l'OPS et l'OMS revêtant une importance stratégique pour les États Membres et inclure de l'information sur de nouvelles initiatives et sur les progrès concernant les activités en cours, notamment le nouveau portail du programme et budget de l'OPS, le Programme de gestion des situations d'urgence sanitaire et des discussions liées à l'OPS lors des sessions des Organes directeurs de l'OMS.

158. Dans la discussion qui a suivi, les États Membres ont noté les progrès accomplis, se sont félicités des améliorations apportées en matière de transparence et de reddition de comptes et ont reconnu le leadership des Amériques dans les progrès de la réforme. Il a été suggéré que afin d'accroître la transparence, tous les cadres supérieurs de l'OPS, y compris les représentants de l'OPS/OMS, soient requis de signer des déclarations de conflit d'intérêts. Les réformes introduites dans le domaine de la gestion des situations d'urgence ont été accueillies favorablement, mais il a été signalé que de nombreux défis devraient encore être surmontés, et le Bureau a été instamment prié de continuer de travailler avec les États Membres pour améliorer leurs capacités de préparation et de réponse aux urgences. Il a également été noté qu'il restait du travail à faire dans le domaine de la

---

<sup>5</sup> Disponible sur :

[http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=13497&Itemid=2105&lang=fr](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13497&Itemid=2105&lang=fr)

réforme de la gouvernance. Les délégués ont considéré que pour être durable, la réforme devait être un processus constant. La recommandation concernant les futurs rapports sur la réforme de l'OMS a été réitérée. Il a été suggéré que d'autres thèmes à couvrir dans de futurs rapports pourraient inclure des mises à jour sur la mise en œuvre du FENSA et de l'information sur des événements importants revêtant un intérêt particulier pour les États Membres, notamment la Conférence mondiale de l'OMS sur les maladies non transmissibles, qui se tiendrait à Montevideo (Uruguay) en octobre 2017.

159. M. Dean Chambliss (directeur du Département de la planification et du budget du BSP) a dit que le Bureau allait préparer un document détaillant un projet d'approche pour les futurs rapports sur la réforme de l'OMS. Le document serait soumis aux fins d'examen par les Organes directeurs en 2018.

160. La Conférence a pris note du rapport.

#### ***Centres collaborateurs de l'OPS/OMS (document CSP29/INF/2)***

161. Le Dr Rubén Nieto (représentant du Comité exécutif) a expliqué que le Comité exécutif avait été informé qu'il y avait actuellement 182 centres collaborateurs dans la Région, répartis à travers 15 pays, qui contribuaient à la coopération technique de l'Organisation et facilitaient l'accès à l'expertise dans divers domaines où l'OPS manquait d'une capacité technique ou de ressources humaines suffisantes pour répondre aux besoins des États Membres. Le Comité avait affirmé l'importance des centres collaborateurs dans le renforcement de la coopération technique de l'OPS et de l'OMS avec les États Membres et pour faciliter l'échange d'expériences et d'enseignements tirés. Toutefois, plusieurs délégués avaient noté le besoin d'une plus grande transparence et d'une meilleure coordination et communication entre les centres collaborateurs et les gouvernements des pays dans lesquels ils étaient situés, et ils avaient demandé que l'appui et la surveillance du Secrétariat de l'OPS soient plus marqués pour assurer que le travail des centres collaborateurs avait un impact plus fort dans le pays d'accueil.

162. Dans la discussion qui a suivi, les délégués ont accueilli favorablement le rapport, voyant les centres comme un mécanisme important et rentable pour la coopération et reconnaissant qu'ils avaient permis à l'OPS de tirer profit de l'expérience et de la capacité des institutions de pointe à l'appui des activités de l'Organisation. Les centres étaient vus comme un exemple de réussite du panaméricanisme. Cependant, il a été signalé que le document n'énumérait pas tous les centres collaborateurs dans la Région ou tous les types de travail qu'ils accomplissaient, et il a été suggéré qu'une description plus complète permettrait aux États Membres de mieux tirer parti de leurs services. La déléguée de l'Argentine a exprimé sa gratitude pour la récente désignation de l'INCUCAI (*Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante*) comme centre collaborateur et a réitéré l'engagement de son pays de continuer à travailler avec l'OPS, l'OMS et d'autres États Membres dans le domaine de la donation et de la transplantation d'organes.

163. Le Dr Francisco Becerra Posada (Sous-directeur du BSP) a convenu que les centres collaborateurs étaient un outil utile pour répondre à des besoins hautement spécialisés que

le BSP pourrait ne pas en être en mesure de traiter. Il a noté que les délégués avaient reçu une brochure contenant un lien Internet où était reproduite une liste de tous les centres collaborateurs dans la Région, ventilée par catégories de travail de l'OPS. Il a insisté sur le fait que le BSP réexaminait continuellement sa collaboration avec des centres existants et potentiels et recherchait toujours l'approbation du gouvernement du pays concerné pour une désignation officielle en tant que centre collaborateur. Le Bureau travaillait également à l'amélioration de la plateforme web qui fournissait des renseignements sur les centres afin de faciliter la tâche des États Membres pour l'identification des domaines dans lesquels chacun travaillait. Il a remercié les États Membres qui appuyaient les centres collaborateurs et a prié instamment les pays qui avaient des institutions avec un potentiel de devenir des centres d'en informer le Bureau.

164. La Conférence a pris note du rapport.

***Répercussions de la violence sur la santé des populations des Amériques : rapport final (document CSP29/INF/3)***

165. Le Dr Karen Sealey (représentante du Comité exécutif) a mentionné que le Comité exécutif avait applaudi les progrès réalisés dans le traitement de la violence comme une question de santé publique, mais elle a noté que les Amériques restaient la plus violente des six régions de l'OMS et que par conséquent il y avait encore beaucoup de travail à faire. Il avait été convenu qu'il y a un besoin urgent d'intensifier les efforts de prévention et de réponse et l'OPS avait été encouragée à chercher des moyens de maximiser l'impact des investissements dans la prévention, les programmes, la pratique et les politiques pour aborder l'interconnexion entre les diverses formes de violence.

166. Dans le cadre de la discussion tenue par la Conférence au sujet du rapport, les délégués ont applaudi l'appui du Bureau aux pays pour s'attaquer à la question de la violence et ont décrit la situation dans leurs pays et les efforts du gouvernement et de la société civile pour prévenir la violence. Ils ont reconnu l'interconnexion entre les différentes formes de violence et ont recommandé la mise en œuvre continue des mesures établies dans les plans d'action mondiaux et régionaux. Il a été pris note du besoin d'une réponse coordonnée entre les services cliniques et communautaires, ainsi que de la formation en matière de traumatisme pour les agents de santé et de l'appui aux survivants. Les délégués ont exprimé des préoccupations sur la montée de la violence basée sur le genre et de la violence des gangs et ils ont souligné que la violence était un problème de société et qu'un changement culturel serait nécessaire pour atteindre les cibles des ODD liées à la prévention de la violence.

167. Un consensus s'est établi sur le fait que la violence et les blessures étaient un grave problème de santé publique qui exacerbait les indicateurs de morbidité, de mortalité et d'incapacité et faisait peser un fardeau croissant sur les systèmes de santé ; toutefois, la question n'avait été que très peu reconnue, ceci étant dû en partie au manque de données probantes pour l'élaboration de politiques. Les délégués ont demandé une amélioration de la collecte des données qui incluait l'identification des facteurs de risque, la ventilation des données, de meilleurs mécanismes de transmission des informations, un plus grand

échange d'information et une approche multisectorielle et institutionnelle globale, avec le secteur de la santé jouant un rôle clé dans l'identification et le traitement des victimes, l'établissement de rapports et la prévention.

168. La violence interpersonnelle, en particulier la violence contre les femmes, les enfants et d'autres populations vulnérables, telles que les personnes âgées et la communauté lesbienne, gay, bissexuelles et trans (LGBT), ainsi que l'homicide chez les hommes, a été longuement discuté. Notant qu'une violence de cette nature était souvent alimentée par l'alcool et la consommation de substances psychoactives, un certain nombre de délégués ont insisté sur l'importance des services communautaires de santé mentale et de désintoxication. Les délégués ont également mis en évidence le besoin d'une approche fondée sur le genre et d'un renforcement des stratégies d'égalité entre les sexes, ainsi que la formation du personnel hospitalier pour reconnaître les victimes de violence familiale, fournir les soins appropriés et signaler les cas aux autorités. On a recommandé l'utilisation de la trousse INSPIRE de l'OMS qui est un ensemble de stratégies pour mettre fin à la violence à l'encontre des enfants.

169. Les traumatismes subis dans le cadre d'accidents de la route ont été considérés comme un autre problème majeur, qui exigeait une intervention du gouvernement et de la société civile, en particulier dans les zones urbaines. Il a été signalé que de nombreux traumatismes de cette nature étaient aussi liés à la consommation d'alcool et de substances psychoactives, ce qui représente un fardeau de plus en plus lourd sur les systèmes de santé. Il y a eu consensus sur le fait qu'une attention insuffisante avait été portée à ce phénomène.

170. Plusieurs délégués ont souligné le besoin de restreindre la disponibilité et l'utilisation des armes à feu, l'un d'entre eux notant que le flux des armes illégales dans son pays entravait les efforts de prévention de la violence. Il a demandé l'aide de l'OPS et de l'OMS et la solidarité des autres pays pour prévenir la contrebande d'armes à feu à travers les frontières. Le délégué de la Colombie a ajouté que son pays déployait une stratégie pour lutter contre la violence émanant du conflit armé interne qui avait déchiré le pays pendant plus de 60 ans, notant que ce conflit était le résultat des iniquités, des problèmes structurelles et des normes sociales qui toléraient la violence. D'autres délégués ont offert de partager les expériences de leurs pays dans la prévention de la violence, et la délégation canadienne a invité les États Membres à participer à la 8<sup>e</sup> réunion de pointage de la campagne mondiale de l'OMS pour la prévention de la violence, qui aurait lieu plus tard cette année à Ottawa. Un représentant de la Fédération internationale des associations d'étudiants en médecine a fait l'éloge de l'OPS pour avoir déployé des efforts visant à faire reconnaître la violence comme une question de santé publique.

171. Le Dr Kira Fortune (chef par intérim du Programme de développement durable et équité en matière de santé du BSP) a remercié les États Membres pour leur travail en matière de traitement de la violence et de prévention de la violence, observant que tous avaient signalé des progrès, mais les défis étaient toujours là. La question était complexe et demandait des solutions complexes qui requéraient l'appui d'autres secteurs, notamment la justice et l'éducation. Le Programme de développement durable à l'horizon 2030, le premier accord mondial avec des cibles et des indicateurs qui abordaient la prévention de

la violence, représentait un changement de paradigme en ce sens qu'il n'était pas un programme propre à un secteur, et il ouvrait ainsi la voie à des possibilités de travail avec d'autres secteurs sur la question.

172. Il était impératif de reconnaître la violence comme un problème de santé publique. Les systèmes de santé ne devaient pas seulement identifier les victimes mais aussi recueillir des données et des preuves, qui pourraient être utilisées pour travailler avec d'autres secteurs afin d'assurer que les politiques et la législation sur la violence étaient mises en place. Le manque de données sur la violence était un des plus gros défis pour la Région. Les pays faisaient des progrès en matière d'élaboration de plans de prévention de la violence, mais l'absence de données de qualité était un frein au progrès. Le BSP travaillerait avec d'autres secteurs et avec d'autres organismes des Nations Unies pour aider à améliorer la collecte des données.

173. Il était important de reconnaître que les services de santé traitaient très différemment les hommes et les femmes victimes de violence. Les hommes qui étaient en contact avec le système de santé par suite d'une blessure par balles, par exemple, étaient traités comme des victimes de violence et enregistrés dans les statistiques ; cependant, ceci n'était pas forcément le cas pour les femmes et les enfants victimes de violence familiale et d'autres types de violence. La violence contre les femmes représentait un défi énorme dans la Région, et le Bureau avait donc consacré beaucoup de temps et de ressources à l'élaboration de lignes directrices et d'outils pour appuyer les autorités sanitaires nationales dans leur traitement de ce problème. Il avait également collaboré étroitement avec des prestataires de soins de santé pour offrir une formation pour assurer que le secteur de la santé était prêt à s'occuper des victimes qui s'adressaient au système de santé.

174. La violence contre les personnes âgées était un problème beaucoup plus grave qu'on ne l'avait cru au départ. Des données indiquaient qu'une personne âgée sur six était victime de violence. En mai 2017, l'Assemblée mondiale de la Santé avait adopté une résolution sur le vieillissement et la santé avec une ligne d'action spécifique sur la violence contre les personnes âgées. Le BSP examinerait la question et continuerait de recueillir des données et d'élaborer des lignes directrices axées sur une approche tout au long de la vie.

175. Comme l'avait indiqué le délégué de la Colombie, il était important de traiter la violence comme un problème lié aux iniquités. Le Bureau avait récemment créé une commission sur l'équité, dont les membres possédaient une expertise en matière de genre, de droits humains et d'ethnicité. Une des tâches de la commission était d'analyser la violence fondée sur le genre dans le cadre des déterminants de la santé afin de mieux comprendre ses causes fondamentales. L'objectif de la commission était d'élaborer des recommandations concrètes et susceptibles d'être traduites en actes.

176. La Directrice a dit qu'il était évident, d'après les commentaires des États Membres, que la violence était un grand problème de société dans la Région. La violence n'avait pas seulement un impact sur la morbidité et la mortalité, mais elle avait aussi des implications sociales et économiques de grande envergure. C'était un problème aux facettes multiples, profondément enraciné dans d'autres problèmes, notamment l'iniquité, la pauvreté et la

marginalisation des jeunes et des hommes dans la Région. Il s'agissait donc là d'une question qui exigeait un leadership et un engagement au plus haut niveau dans tous les États Membres pour accorder à la prévention de la violence la plus haute priorité. Le Bureau continuerait de travailler vers ce but et renforcerait son programme de prévention de la violence et des traumatismes, s'efforcera de fournir une sensibilisation à tous les niveaux de la société et prônera avec conviction une action conjointe, tout en collaborant étroitement avec les États Membres, le milieu universitaire, la société civile et le secteur privé pour établir une meilleure réponse de santé publique dans le cadre d'un effort multisectoriel plus large.

***Stratégie et plan d'action régionaux pour la prévention et le contrôle du cancer du col de l'utérus : rapport final (document CSP29/INF/4)***

177. Le Dr Karen Sealey (représentante du Comité exécutif) a mentionné que le Comité exécutif s'était félicité des avances faites dans la prévention et la lutte contre le cancer du col de l'utérus, mais elle a reconnu en même temps qu'il fallait faire plus, notamment accroître l'accès aux services de prévention et de traitement pour les femmes faisant partie de populations vulnérables. Un consensus général existait sur l'importance d'un partage de l'information, des enseignements tirés et des pratiques optimales. Plusieurs délégués avaient mentionné l'importance d'éduquer le public et de faire appel aux agents de santé et à la société civile pour promouvoir l'introduction du vaccin anti-VPH. D'autres personnes avaient parlé du besoin d'améliorer les systèmes d'information de la santé et les registres du cancer du col de l'utérus et de tirer parti du Fonds renouvelable pour acheter le vaccin anti-VPH à des prix abordables.

178. À son tour, la Conférence s'est félicitée des progrès réalisés, en mettant en évidence la valeur de la stratégie et du plan d'action pour l'appui aux efforts de prévention du cancer du col de l'utérus. Les délégués ont noté que bien que le cancer du col de l'utérus pouvait être prévenu et maintenu sous contrôle au moyen d'un programme complet d'éducation en santé, de dépistage, de diagnostic, de traitement et de soins palliatifs, il continuait de causer une mortalité prématurée et affectait dans une mesure disproportionnée les femmes des classes économiques défavorisées, démontrant ainsi les inégalités en santé qui existaient dans la Région. Les délégués ont demandé une coopération technique continue de la part du BSP pour renforcer la réponse de la santé publique à ce problème.

179. Les délégués ont décrit les programmes de cancer du col de l'utérus de leurs pays qui, dans la plupart des cas, faisaient partie des programmes nationaux des maladies non transmissibles. Ils ont souligné l'importance de la prévention par l'entremise de la vaccination anti-VPH et la détection et le traitement précoces des lésions précancéreuses et du cancer aux premiers stades. Il a été signalé que le coût du traitement d'un cancer avancé par la chirurgie, la chimiothérapie et/ou la radiothérapie était très élevé, en particulier dans les Caraïbes où les patients dans les pays qui ne disposaient pas de services de radiothérapie étaient souvent envoyés à l'étranger pour se faire traiter aux frais du gouvernement. Une déléguée a demandé une mise en œuvre renforcée des outils de planification, de suivi et d'évaluation pour assurer le suivi du dépistage, accroître la couverture de la détection et améliorer les liens au traitement.

180. Un consensus s'est fait sur la nécessité d'un plus grand échange interinstitutionnel d'information, de partenariats et de la collecte de données améliorée afin de renforcer les systèmes d'information sur le cancer, évaluer le rendement des programmes et appuyer le processus décisionnel. Le Bureau a été invité à offrir plus de possibilités de partage des expériences et des enseignements tirés. Les délégués ont pris note du fait que le BSP avait distribué aux gestionnaires des programmes nationaux de cancer du col de l'utérus des lignes directrices reposant sur des données probantes pour les aider à mettre à jour leurs pratiques de dépistage et à tirer parti des derniers développements dans ce domaine.

181. En ce qui concerne la prévention, de nombreuses délégations ont signalé que le vaccin anti-VPH avait été introduit dans les calendriers systématiques de vaccination de leurs pays pour les filles préadolescentes et adolescentes et, dans certains cas, pour les garçons et les jeunes adultes. Cependant, la nécessité de campagnes pour vacciner les personnes de plus de 25 ans a été prise en note. Plusieurs délégués ont signalé une résistance à la vaccination qui était attribuée à des barrières culturelles et religieuses, aux efforts de groupes anti-vaccination et à une publicité négative, et ils ont lancé un appel en faveur de campagnes de sensibilisation publique sur les avantages du vaccin anti-VPH. Les délégués ont souligné l'importance du Fonds renouvelable pour faire baisser le coût du vaccin et permettre aux États Membres de poursuivre les activités de vaccination dans des environnements limités en ressources. Un délégué a indiqué que son pays travaillait en partenariat avec une compagnie pharmaceutique pour produire le vaccin à l'échelle nationale afin d'en accroître l'accessibilité et la diffusion.

182. Les délégués ont décrit également les programmes de dépistage de leurs pays, dont la plupart misaient sur les frottis vaginaux périodiques ou sur une inspection visuelle avec de l'acide acétique, bien que le test anti-VPH était graduellement introduit ; cependant, en dépit de la disponibilité du dépistage gratuit, il existait toujours des lacunes de couverture, notamment parmi les femmes qui vivaient dans des endroits isolés. Les hésitations des femmes à se prévaloir des services de dépistage ont été citées comme un autre facteur de limitation de la couverture. Une déléguée a demandé le déploiement d'efforts pour réduire la stigmatisation et de la désinformation sur le dépistage du cancer du col afin d'encourager les femmes à se présenter au dépistage. L'importance des campagnes d'information et d'éducation ainsi que des activités de promotion telles que le Mois de la sensibilisation au cancer du col de l'utérus a été mise en évidence.

183. Une représentante de la *National Alliance for Hispanic Health* a confirmé l'engagement de son organisation de travailler avec l'OPS pour promouvoir et faire avancer la prévention et la lutte contre le cancer du col dans les Amériques. Elle a noté que l'Alliance travaillait en partenariat avec des organisations de la communauté et de la société civile au Brésil et au Pérou pour appuyer les efforts de sensibilisation et accroître la connaissance du VPH et la prévention du cancer du col de l'utérus, et qu'elle allait élargir son partenariat pour englober d'autres pays d'Amérique latine.

184. 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 progrès significatifs réalisés dans l'amélioration de leur réponse de santé publique face au cancer du col de

l'utérus. Tous les pays avaient maintenant un régime public de dépistage, et neuf avaient adopté des stratégies novatrices pour améliorer le dépistage, notamment en utilisant des tests du VPH comme stratégie primaire de dépistage, bien que le frottis vaginal était toujours la stratégie principale. Même si le suivi du dépistage tendait à être le principal indicateur du succès du programme, il n'y avait aucune information sur la proportion de femmes dont les résultats de tests étaient anormaux et qui avaient reçu un diagnostic et un traitement. Ceci mettait en évidence le besoin d'incorporer les indicateurs de rendement du programme du cancer du col de l'utérus dans les systèmes de santé.

185. À la fin décembre 2016, 23 pays et territoires des Amériques avaient introduit le vaccin anti-VPH, ce qui, dans un bon nombre de cas, avait été facilité par le Fonds renouvelable de l'OPS, et chaque pays dans la Région, à l'exception de certains pays des Caraïbes, avaient un programme de radiothérapie. Toutefois, le coût élevé du traitement du cancer et les limites de la capacité du système de santé à fournir des services de chirurgie oncologique, de radiothérapie et de chimiothérapie posaient un véritable défi à l'amélioration du traitement du cancer. Les soins palliatifs étaient un autre défi : seuls neuf pays avaient de tels services en place.

186. Commentant sur le consensus entre les pays qui estimaient que le cancer du col de l'utérus affectait de façon disproportionnée les femmes vivant dans des conditions de vulnérabilité, le Dr Hennis a noté la nécessité d'un appel à l'action car le cancer du col était tout à fait éliminable. Le BSP continuerait de travailler avec les États Membres à cette fin.

187. Le Dr Francisco Becerra Posada (Sous-directeur du BSP) s'est joint au Dr Hennis pour féliciter les États Membres pour les progrès réalisés dans la détection, la prévention et la lutte contre le cancer du col de l'utérus. Il a insisté sur le rôle important que le vaccin anti-VPH avait joué dans ces succès, notant que le prix du vaccin avait chuté de manière spectaculaire grâce aux efforts du Fonds renouvelable. Des données récentes ont confirmé que les pays qui avaient introduit le vaccin anti-VPH juste après sa commercialisation avaient connu une diminution importante de l'incidence du cancer du col dans les cohortes qui avaient reçu le vaccin. Cependant, des inégalités d'accès au vaccin existaient en raison de l'orientation urbaine des programmes de prévention du cancer du col : il fallait atteindre les femmes et les filles dans les zones rurales et la couverture pour ces groupes devait être mise en évidence dans les plans de vaccination. Il a invité les pays qui ne l'avaient pas encore fait à introduire le vaccin anti-VPH dans les plans de vaccination car il s'agissait de l'intervention la plus rentable pour la lutte contre le cancer du col de l'utérus.

188. La Conférence a pris note du rapport.

***Projet de plan décennal régional sur la santé buccodentaire pour les Amériques : rapport final (document CSP29/INF/5)***

189. Le Dr Karen Sealey (représentante du Comité exécutif) a signalé que le Comité exécutif avait applaudi les progrès réalisés dans le cadre du Plan décennal régional sur la santé bucco-dentaire. Il y avait eu consensus sur l'importance de la santé bucco-dentaire pour la santé générale et pour la prévention des maladies systémiques à toutes les étapes du parcours de vie. Divers délégués avaient décrit les programmes et réalisations de leurs pays



en matière de santé bucco-dentaire, soulignant le besoin d'efforts intégrés et intersectoriels qui incluait notamment des programmes éducatifs, des partenariats avec des universités, des programmes de santé bucco-dentaire dans des établissements de soins de santé primaires, la fluoruration de l'eau et du sel et des programmes de nutrition. L'importance d'une intervention précoce par le biais de programmes scolaires avait été mise en évidence.

190. Au cours de la discussion qui a suivi, les États Membres ont remercié le Bureau pour ses efforts d'amélioration de la santé bucco-dentaire dans la Région, soulignant l'importance de la santé bucco-dentaire pour la santé générale de la population. Les délégués ont demandé qu'une attention plus grande soit accordée à la santé bucco-dentaire et l'intégration durable des programmes de santé bucco-dentaire dans les soins de santé primaires. Il a été souligné que de tels programmes ne devaient pas se limiter à un accent sur les caries dentaires, mais devaient également aborder la maladie parodontale et le cancer bucco-dentaire. Un certain nombre de délégués ont attiré l'attention sur le besoin de créer des registres de patients pour renforcer les systèmes d'information sur la santé par une incorporation des données de santé bucco-dentaire. Ils ont également noté que toutes ces actions exigeraient des ressources matérielles, financières et humaines plus importantes.

191. Un consensus s'est établi sur le besoin de fournir aux équipes de soins de santé primaires une formation en santé bucco-dentaire ainsi que sur les facteurs de risque des maladies bucco-dentaires. Des partenariats avec d'autres initiatives régionales et mondiales pour la lutte contre les maladies non transmissibles chroniques ont été recommandés, puisque les principaux problèmes de santé bucco-dentaire étaient eux-mêmes des MNT chroniques. En raison du rôle clé de la santé bucco-dentaire dans le vieillissement sain et la qualité de vie, les délégués ont insisté sur l'importance d'adopter une approche du parcours de vie et appeler à la formation de partenariats avec les programmes de santé en milieu scolaire pour encourager une bonne santé bucco-dentaire dès le plus jeune âge.

192. Les délégués ont exprimé leur satisfaction à l'égard du fait que de grands progrès avaient été réalisés dans la réduction des problèmes de santé bucco-dentaire dans la Région, tout en reconnaissant le rôle des universités dans la formation des dentistes et d'autres professionnels de la santé bucco-dentaire et la recherche dans ce domaine. Un certain nombre de délégués ont décrit leurs programmes nationaux, notant qu'ils mettaient l'accent sur la prévention des caries et de la gingivite grâce à une bonne hygiène bucco-dentaire, des habitudes de vie et une alimentation saines et, par-dessus tout, la fluoruration de l'eau et du sel. Ils ont également noté le besoin d'accroître l'accès à des services de qualité par les populations vulnérables et ont souligné l'importance d'interventions préventives et réparatrices ciblées pour les femmes enceintes, les enfants de moins de 5 ans et les personnes souffrant d'un handicap. La nécessité de surmonter les barrières culturelles à la recherche des soins dentaires a également été mise en évidence.

193. Le Dr Luis Andrés de Francisco Serpa (directeur du Département de la famille, du genre et du parcours de vie du BSP) a affirmé que des progrès impressionnants avaient été réalisés en matière de santé bucco-dentaire au cours des dix dernières années grâce à la fluoruration de l'eau et du sel et à des améliorations en santé bucco-dentaire. Il a convenu du

fait qu'il y avait un lien évident entre la bonne santé bucco-dentaire et la qualité de vie et que l'adoption d'une approche préventive durant le parcours de vie dès le moment de la gestation était essentiel. Il a également convenu du fait que les données et la surveillance épidémiologique étaient essentielles, notant qu'il était nécessaire d'avoir des bases de données intégrées avec des informations sur la santé bucco-dentaire des enfants et des jeunes adultes. Il y avait un besoin particulier de données concernant les populations vulnérables, qui avaient les plus grands problèmes de santé bucco-dentaire mais recevaient le moins de soins. Une approche intersectorielle et un partenariat avec le secteur de l'éducation étaient très importants car les écoles fournissaient une occasion de promouvoir les interventions préventives et fournissent des renseignements concernant les problèmes de santé bucco-dentaire.

194. Le Dr Francisco Becerra Posada (Sous-directeur du BSP) a félicité les États Membres pour leurs progrès en santé bucco-dentaire, qui montraient la priorité qu'ils accordaient à la question. Il a insisté sur le fait qu'il était essentiel de prendre une approche de la santé bucco-dentaire tout au long de la vie pour protéger les dents dès les premières années et améliorer la qualité de vie des personnes âgées. Notant la persistance de caries et d'infections buccales et la hausse du nombre de cas de cancer buccal, il a recommandé que les États Membres envisagent d'accorder un rang élevé à la santé bucco-dentaire lors de l'exercice d'établissement des priorités pour le prochain plan stratégique de l'OPS et il s'est engagé à ce que le Bureau continue de travailler avec les pays pour intégrer la santé bucco-dentaire dans l'approche du parcours de vie comme question de qualité de vie.

195. La Conférence a pris note du rapport.

***Mise en œuvre du Règlement sanitaire international (RSI) (document CSP29/INF/6)***

196. Le Dr Ciro Ugarte (directeur du Département des urgences sanitaires du BSP) a présenté le rapport contenu dans le document CSP29/INF/6, notant qu'il comportait deux parties. La première, qui résumait l'information reçue des pays des Amériques sur leurs progrès dans la mise en œuvre du Règlement sanitaire international, indiquait que la Région avait fait des progrès lents mais constants dans le renforcement des capacités de bases du RSI, bien que des insuffisances subsistaient, surtout en ce qui a trait au traitement des situations d'urgence chimique et radiologique. La deuxième partie du rapport traitait des consultations avec les États Membres relativement à l'élaboration d'un projet de plan stratégique mondial quinquennal pour améliorer la préparation de l'action de santé publique et de la riposte et résumait les conclusions obtenues au cours de la consultation régionale tenue à São Paulo (Brésil) en juillet 2017. Les recommandations les plus essentielles émanant de cette consultation étaient que le plan stratégique mondial quinquennal devait être distinct du Cadre de suivi et d'évaluation du RSI, que le plan quinquennal devait être plus stratégique et que les évaluations externes conjointes prévues par le Cadre de suivi et d'évaluation devaient rester volontaires.

197. La Conférence s'est félicitée des progrès accomplis dans la mise en œuvre du Règlement, mais elle a reconnu qu'il y avait encore du travail à faire. Les délégués ont décrit les mesures que leurs pays avaient prises pour mettre en place et renforcer les

capacités de base du RSI et ils ont mis en évidence les défis auxquels ils avaient fait face. La suppression d'une date définitive pour une pleine mise en œuvre a été accueillie favorablement, une déléguée se disant soulagée que la conformité au RSI était maintenant considérée comme un processus continu et non une course pour le respect d'un délai. Il a été signalé que certaines capacités, telles qu'une capacité de laboratoire avancée et de réponse aux événements chimiques, radiologiques et nucléaires, pouvaient être traitées de façon plus appropriée au niveau régional et infrarégional, en particulier dans le cas de petits États insulaires en développement. Il a été demandé au BSP d'élaborer un processus spécial pour appuyer les pays qui avaient rencontré les plus grandes difficultés pour renforcer leurs capacités de base.

198. Plusieurs délégués ont mis en évidence les effets positifs de la mise en œuvre du RSI dans leurs pays, qui incluaient le renforcement des systèmes de santé et d'alerte, la capacité de riposte et l'établissement de liens et de partenariats plus étroits avec d'autres secteurs, lesquels avaient facilité, à leur tour, la mobilisation de l'appui aux efforts d'amélioration de la préparation aux situations d'urgence et les capacités d'intervention. Divers délégués ont noté qu'il était de plus en plus admis que le RSI était un outil permettant d'accroître la capacité d'exécution des fonctions essentielles de santé publique et d'institutionnaliser les mécanismes de collaboration intersectorielle. La nécessité d'éviter les distractions et les désaccords et de maintenir le cap pour atteindre le but de la pleine mise en œuvre a été soulignée.

199. En ce qui concerne le projet de plan stratégique mondial quinquennal pour améliorer la préparation de l'action de santé publique et de la riposte ainsi que le Cadre de suivi et d'évaluation du RSI, les États Membres ont approuvé les conclusions de la consultation régionale de 2017. Un appui a été exprimé en faveur des neuf principes directeurs du plan quinquennal, mais les délégués ont considéré le plan comme un travail en cours et ont demandé sa révision afin de réaliser l'objectif stratégique souhaité. Les délégués ont souligné que le pilier stratégique 1 devait lier les capacités de base du RSI aux fonctions de santé publique essentielles et refléter la variation dans l'ensemble des États Parties en ce qui concerne tant la maturité de leurs systèmes de santé que leur mise en œuvre du Règlement. L'élaboration d'un plan opérationnel régional quinquennal distinct des plans de travail biennaux de l'OPS n'a pas été considérée comme nécessaire.

200. Il y a eu un large consensus sur le fait que le Cadre de suivi et d'évaluation du RSI devait être présenté comme un document distinct, séparé du projet de plan stratégique mondial, aux fins d'examen et d'adoption par la Soixante-et-onzième Assemblée mondiale de la Santé en mai 2018, quoiqu'un délégué a fait valoir qu'en tant que document technique volontaire qui était déjà utilisé, le Cadre de suivi et d'évaluation ne justifiait pas d'autres délibérations au niveau des Organes directeurs. Les délégués ont souligné que les composantes volontaires du Cadre de suivi et d'évaluation devaient rester volontaires. Ils ont également insisté sur le fait que les avis exprimés dans le cadre des consultations régionales tenues en 2015, 2016 et 2017 devaient être pris en considération dans le

processus de consultation en cours et ont demandé que le rapport de la consultation de São Paulo<sup>6</sup> soit soumis au Conseil exécutif de l'OMS.

201. Le Dr Peter Salama (directeur exécutif du Programme de gestion des situations d'urgence sanitaire de l'OMS) a félicité la Région pour sa véritable prise en main du RSI et son travail de pionnier dans la consolidation de fonctions de santé publique essentielles. Il a assuré les États Membres que le Secrétariat de l'OMS ne cherchait pas à adopter une approche uniforme pour le Cadre de suivi et d'évaluation ou pour le plan stratégique mondial quinquennal. Le Secrétariat s'est engagé à assurer que le processus de consultation était transparent et inclusif et continuerait de tenir des consultations en ligne pour permettre aux États de fournir des contributions additionnelles. Une réunion d'une journée le 2 novembre 2017 à Genève fournirait une occasion supplémentaire de discuter des révisions au projet de plan quinquennal.

202. Il a affirmé que les composantes volontaires du Cadre de suivi et d'évaluation resteraient volontaires. Alors que le Secrétariat ne croyait pas nécessairement qu'un document séparé sur le suivi et l'évaluation soit nécessaire, il était très ouvert à une discussion sur une résolution potentielle qui approuverait le plan stratégique quinquennal et le Cadre de suivi et d'évaluation comme deux composantes importantes du travail accompli au sujet du RSI.

203. Il a fait remarquer que même s'il y avait encore des lacunes, des progrès considérables avaient été réalisés dans la mise en œuvre du Règlement. À son avis, il était important de faire une pause et de reconnaître ces progrès, et ne pas permettre à un quelconque désaccord d'entraver la robuste mise en œuvre du RSI à l'échelle mondiale.

204. Le Dr Ugarte a convenu qu'une approche infrarégionale ou régionale du développement des capacités de base serait peut-être plus appropriée dans certains cas. Il a noté que la Région des Amériques était la seule région de l'OMS qui avait tenu un processus de consultation comme celui de São Paulo, avec la participation de tous les pays et territoires, et il a noté qu'une telle participation était essentielle pour l'élaboration collective et transparente de processus pour la mise en œuvre du RSI.

205. La Directrice a exprimé ses remerciements aux États Membres pour leur active participation au processus de consultation et pour leur succès dans le renforcement des capacités de base du RSI au cours des deux dernières années. Elle a souligné l'importance d'une communication rapide des événements de santé publique susceptibles de susciter des préoccupations au niveau international, notant qu'une telle communication était cruciale à la capacité du Bureau de travailler avec le pays affecté et les pays voisins pour contenir la menace.

206. La Conférence a pris note du rapport.

---

<sup>6</sup> Disponible en anglais sur : [http://www.paho.org/disasters/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=2523&Itemid=270](http://www.paho.org/disasters/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=2523&Itemid=270).

**Rapports d'avancement sur les questions techniques (document CSP29/INF/7, A-M)**

207. Le Dr Rubén Nieto (représentant du Comité exécutif) a expliqué qu'en ce qui concernait le *Plan d'action sur la Santé dans toutes les politiques*, les États Membres avaient reconnu que les déterminants sociaux de la santé et les décisions prises par des secteurs autre que le secteur de la santé pouvaient affecter la santé des populations, aussi bien positivement que négativement, et ils avaient mis en évidence le besoin d'approches intersectorielles des problèmes de santé publique. En ce qui a trait au rapport sur *L'insuffisance rénale chronique dans les communautés agricoles en Amérique centrale*, la nécessité de mesures éducatives et préventives ciblant les jeunes en âge de travailler, les familles et les communautés avait été soulignée, comme l'avait été le besoin d'une surveillance épidémiologique des milieux de travail.

208. Concernant le rapport sur *La lutte contre les causes des disparités en matière d'accès et de recours aux services de santé par les personnes lesbiennes, gays, bisexuelles et trans (LGBT)*, les délégués avaient affirmé que tout être humain, indépendamment de son orientation sexuelle ou identité de genre, avait droit à la possession du meilleur état de santé physique et mentale qu'il était capable d'atteindre, et avaient mis en évidence le besoin de formation pour permettre aux prestataires de soins de santé de comprendre comment la discrimination et les stéréotypes sexistes pouvaient affecter la santé. En ce qui a trait au rapport sur *La santé et les droits de l'homme*, les délégués avaient fait savoir que le cadre conceptuel tenait compte de nombreux déterminants qui avaient un impact sur la santé et le bien-être mais qui ne reconnaissaient pas explicitement l'égalité des sexes comme un déterminant de la santé. Le Bureau avait été encouragé à intégrer l'égalité des sexes comme un élément clé dans l'ensemble de sa coopération technique sur la santé et les droits humains.

209. Il avait été pris note des progrès limités accomplis en vue de l'atteinte des cibles fixées dans le *Plan d'action en matière de vaccination*, et la nécessité pour les États Membres de réaffirmer leur engagement à l'égard du maintien d'une couverture vaccinale élevée avait été mise en évidence. Il avait été souligné que les cibles pour la rougeole et la rubéole devaient être maintenues car la migration et d'autres facteurs posaient un risque d'introduction de cas. En ce qui concerne la Stratégie et *Plan d'action sur l'épilepsie*, les délégués avaient appuyé les ajustements proposés aux divers indicateurs et avaient souligné l'importance de lutter contre la stigmatisation associée à l'épilepsie.

210. En ce qui a trait au *Plan d'action sur la santé mentale*, un solide appui avait été exprimé pour les modèles communautaires de soins pour les personnes souffrant de troubles mentaux, et l'importance d'incorporer les services de santé mentale dans les soins de santé primaires avait été mise en évidence. Un appui avait été manifesté pour les actions recommandées dans le rapport d'avancement, en particulier celles qui avaient trait au renforcement des systèmes d'information et de surveillance et à l'amélioration de l'exactitude de l'information sur le suicide dans la Région. En ce qui concerne le *Plan d'action sur les incapacités et la réadaptation*, il avait été suggéré que les futurs rapports devaient inclure l'information sur l'investissement au niveau national dans la formation et le recrutement de professionnels de la santé qualifiés pour desservir les

personnes souffrant d'un handicap et devraient inclure également des exemples de pratiques optimales en ce qui a trait aux interventions sur le plan des systèmes de santé pour améliorer les vies et le bien-être de ces personnes.

211. Lors de la discussion du Comité sur l'évaluation à mi-parcours du *Plan d'action pour la coordination de l'assistance humanitaire*, la déléguée de l'Équateur avait décrit le travail que son pays accomplissait actuellement, tirant les enseignements du récent tremblement de terre dans son pays. En ce qui concerne le rapport d'avancement sur *La coopération pour le développement en matière de santé aux Amériques*, les délégués avaient souligné la valeur d'un partage des expériences réussies et des enseignements tirés et avaient suggéré que les futurs rapports devraient fournir des exemples concrets de coopération pour le développement de la santé et des informations sur les résultats obtenus.

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

212. Il a été souligné qu'une approche de Santé dans toutes les politiques pourrait promouvoir une plus grande équité en santé ; le rôle de l'État dans le cadre de la réponse aux déterminants sociaux de la santé et du respect du droit de la population de participer à la promotion de sa propre santé a également été mis en évidence.

213. Le Dr Kira Fortune (chef par intérim du Programme de développement durable et équité en matière de santé du BSP) a affirmé que l'équité était au cœur du *Plan d'action sur la Santé dans toutes les politiques*. Notant que la Région était considérée comme un chef de file en matière de mise en œuvre des approches de santé dans toutes les politiques, elle a affirmé que le Bureau collaborait activement avec les États Membres pour documenter le progrès réalisé et identifier les pratiques optimales à cet égard. Le Bureau avait également établi un groupe de travail sur les ODD et la santé dans toutes les politiques, lequel avait effectué une analyse approfondie des objectifs et élaboré un plan de travail concret.

214. La Conférence a pris note du rapport.

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

215. Les délégués ont affirmé que la maladie rénale chronique d'étiologie non traditionnelle était un grave problème de santé publique, en particulier dans les pays d'Amérique centrale, et ils ont fait ressortir la nécessité d'une action multisectorielle pour y remédier. Il a été considéré comme particulièrement important de collaborer avec le secteur de l'agriculture pour réglementer et réduire les risques liés à l'utilisation de pesticides. Les délégués ont également insisté sur la nécessité d'une approche préventive et d'un diagnostic et d'un traitement précoces, et ils ont lancé un appel au Bureau pour qu'il accroisse son soutien aux efforts de prévention des pays. L'importance d'un renforcement de la surveillance épidémiologique pour déterminer la véritable magnitude du problème a été mise en évidence. Des représentants de deux ONG travaillant dans le domaine de la néphrologie ont attiré l'attention sur la nécessité d'entreprendre des recherches pour mieux comprendre la maladie rénale d'étiologie non traditionnelle, un des représentants signalant que la maladie était également apparue dans d'autres régions.

216. Le Dr James Fitzgerald (directeur du Département des systèmes et services de santé du BSP) a convenu que la prévention et la détection précoce étaient essentielles pour éviter les complications qui accompagnaient les stades avancés de la maladie rénale et pour minimiser le besoin de greffes du rein. Alors que la capacité de détection et de diagnostic était en voie d'amélioration, du chemin restait encore à faire avant de pouvoir assurer la possibilité de différencier la maladie rénale chronique due au diabète, à l'hypertension et à d'autres causes traditionnelles, de la maladie rénale chronique d'étiologie non traditionnelle ou inconnue. Il a également confirmé l'importance de la surveillance épidémiologique et la nécessité d'une coordination intersectorielle pour s'attaquer au problème : il a affirmé que le Bureau renforcerait sa coopération technique avec les États Membres dans ces domaines.

217. La Conférence a pris note du rapport.

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

218. Les États Membres se sont félicités des progrès accomplis dans le cadre du Plan d'action et ont souligné l'importance des dons volontaires non rémunérés. Il a été demandé au Bureau de continuer à appuyer les efforts des États Membres pour promouvoir de tels dons, atteindre l'autosuffisance en matière de sang et de produits du sang et assurer la sécurité de leur approvisionnement en sang. Les délégués ont demandé un appui pour améliorer leurs systèmes de gestion de l'information afin de leur permettre d'évaluer la suffisance et la sécurité de leur approvisionnement en sang. Il a également demandé au Bureau de faciliter le partage des expériences réussies et des pratiques optimales.

219. Le Dr James Fitzgerald (directeur du Département des systèmes et services de santé du BSP) a souligné le lien entre les efforts visant la réorganisation et la consolidation des services de don de sang pour accroître l'efficacité, minimiser les pertes et améliorer le don et la transfusion, d'une part, et les efforts visant à accroître l'accès à des services de santé complets axés sur la personne et la communauté dans le cadre du mouvement vers l'obtention de l'accès universel à la santé et de la couverture sanitaire universelle. Il a également noté la nécessité de renforcer la gouvernance, la bonne gestion et la capacité réglementaire afin d'assurer la qualité, la sécurité et l'efficacité des produits médicaux, y compris le sang et les dérivés du sang. Il a fait remarquer que la capacité limitée de fractionnement était un problème dans la Région, tout comme l'était le gaspillage de sang, et il a ajouté que le Bureau prêterait davantage attention à ces questions. Il partagerait également les résultats d'études actuellement en cours concernant les barrières culturelles, socioéconomiques et autres à l'accès aux services de sang.

220. La Directrice a dit que des améliorations notables étaient nécessaires en ce qui concerne l'accès au sang sécurisé dans la Région. Seuls 15 pays avaient établi un plan stratégique national à cette fin et seuls 10 pays en Amérique latine et dans les Caraïbes disposaient d'un système de don de sang bénévole non rémunéré. L'augmentation des cas de violence et de traumatisme allait entraîner un accroissement de la demande de sang, et

les États Membres et le Bureau devraient donc redoubler d'efforts pour assurer un approvisionnement suffisant en sang et produits du sang sécurisés et de qualité.

221. La Conférence a pris note du rapport.

*D. 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 (LGBT) : rapport d'avancement*

222. Les délégués ont rendu compte des efforts de leurs pays pour améliorer l'accès aux services de santé et traiter la discrimination contre les personnes LGBT, en mettant l'accent sur l'importance d'approches axées sur les droits. Les gouvernements ont été vivement encouragés à décriminaliser les comportements homosexuels, à appuyer le travail d'organisations communautaires LGBT et à lutter contre la violence et la discrimination à l'encontre de personnes sur la base de leur orientation sexuelle ou de leur identité sexuelle. On a rappelé le problème de la discrimination intersectionnelle contre les personnes LGBT, qui pouvaient aussi faire face une discrimination sur la base de la race, de l'ethnicité et d'autres facteurs. Note a été prise de l'importance des soins de santé mentale pour les personnes LGBT. La nécessité d'une formation pour la lutte contre les stéréotypes et la stigmatisation par les professionnels des soins de santé a été mise en évidence, tout comme l'a été l'importance d'incorporer une perspective de genre dans toutes les politiques et programmes de santé. Il a également été considéré crucial d'améliorer la collecte de données pour éclairer les processus stratégiques et décisionnels, même si la nécessité de protéger la vie privée des personnes LGBT a été mise en évidence. Il a été suggéré que les personnes intersexuées devaient être comprises dans le groupe visé par la résolution CD52.R6. Il a été demandé au Bureau de faciliter l'identification et le partage d'expériences réussies et d'envisager l'élaboration de lignes directrices pour aborder les questions soulevées dans le prochain rapport de la Directrice sur la situation de la santé des personnes LGBT et leurs accès aux soins de santé.

223. Mme Heidi Jiménez (conseillère juridique du BSP) a décrit quelques-unes des mesures que le Bureau avait prises pour mettre en œuvre la résolution CD52.R6, notant que la Région des Amériques était la première région de l'OMS à adopter une résolution spécifique sur les droits des personnes LGBT et sur les disparités dans leur accès aux services de santé. Afin de compiler le rapport demandé dans la résolution, la Directrice avait établi un groupe de travail interprogrammatique pour recueillir l'information non seulement des États Membres mais aussi des ONG et d'autres intervenants intéressés. Le Bureau était convaincu que l'information qu'il avait recueillie lui permettrait de formuler des recommandations au sujet des mesures législatives et autres que les États Membres pouvaient appliquer au niveau du pays pour réduire la discrimination et améliorer l'accès des personnes LGBT aux soins de santé.

224. Le Dr James Fitzgerald (directeur du Département des systèmes et services de santé du BSP) a dit qu'il était clair à la lecture du rapport d'étape, que des progrès sensibles avaient été faits dans la prestation de services à la population LGBT. Cependant, les progrès avaient été inégaux et il y avait encore des lacunes à aborder. Surmonter la



discrimination et la stigmatisation était un défi essentiel, tout comme l'était le fait d'assurer la protection financière et l'accès à l'assurance pour les personnes LGBT. Il était clair que la formation et le renforcement des capacités étaient également nécessaires pour permettre aux professionnels de la santé de fournir des services respectueux de la culture.

225. La Conférence a pris note du rapport.

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

226. La nécessité d'incorporer une perspective de droits dans toutes les politiques de santé et dans le travail sur les ODD a été mise en évidence, tout comme l'a été le besoin de travailler avec les branches législative et judiciaire du gouvernement et avec la société civile pour protéger le droit à la santé.

227. Mme Heidi Jiménez (conseillère juridique du BSP) a insisté sur le fait que les droits humains, y compris le droit à la santé, étaient un thème transversal dans l'ensemble du travail du Bureau et a assuré les délégations que le BSP était prêt à aider tout État Membre qui faisait une demande de coopération technique en rapport avec les droits à la santé et les droits humains.

228. La Conférence a pris note du rapport.

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

229. Les délégués ont insisté sur la nécessité de redoubler d'efforts pour atteindre les cibles établies dans le cadre du plan d'action, notant que le manque de progrès à ce jour, avec en plus une mobilité croissante de la population, faisait peser le risque d'une réémergence de maladies qui avaient été éliminées dans la Région. L'importance de la vaccination pour la réalisation des ODD a été mise en évidence. Le besoin de maintenir un engagement national à l'égard des programmes de vaccination a été souligné, comme l'a été le besoin de campagnes d'information pour remédier à la réticence à la vaccination. Les délégués ont exprimé leur appréciation pour les contributions de l'OPS au renforcement de leurs programmes de vaccination, en particulier par l'entremise du Fonds renouvelable pour l'achat de vaccins, et ils ont affirmé que la vaccination demeurerait une des interventions de santé publique les plus rentables.

230. Le Dr Luis Andrés de Francisco Serpa (directeur du Département de la famille, du genre et du parcours de vie du BSP) a noté, tout en adressant ses remerciements aux États Membres pour leur solide engagement à l'égard de la vaccination, que la Région avait fait des progrès exceptionnels dans l'élimination des maladies à prévention vaccinale. Afin de protéger cet acquis, il serait nécessaire de maintenir une surveillance épidémiologique efficace et assurer des ressources financières et humaines suffisantes pour les programmes de vaccination. Il a assuré les États Membres que le Bureau continuerait d'appuyer leurs efforts dans ces domaines.

231. La Directrice a indiqué qu'il existait des preuves de la réduction de la couverture pour certains des vaccins les plus anciens et elle a souligné la nécessité de maintenir une

couverture élevée pour tous les vaccins dans l'ensemble des municipalités de tous les pays afin de prévenir la réintroduction de maladies qui avaient été éliminées. Elle a encouragé les États Membres à faire preuve de solidarité en achetant des vaccins par l'entremise du Fonds renouvelable afin d'assurer que tous les pays puissent continuer à avoir accès aux vaccins à un prix abordable. Elle a convenu que la réticence aux vaccins était un problème sérieux et a affirmé que le Bureau travaillerait avec les États Membres pour élaborer une stratégie permettant de répondre à ce problème.

232. La Conférence a pris note du rapport.

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

233. Les délégués ont noté que l'épilepsie était une cause majeure de perte d'années de vie en bonne santé, même si cette maladie était relativement peu coûteuse à prévenir et à traiter. La lutte contre la stigmatisation associée à l'épilepsie était considérée comme essentielle pour améliorer la qualité de vie des personnes souffrant de cette maladie. Il était également nécessaire que les gouvernements, de même que les secteurs public et privé, déploient des efforts constants pour la mise en œuvre de programmes efficaces de prévention et de traitement. Un appui a été exprimé pour les ajustements proposés aux indicateurs 1.1.1, 1.2.1 et 1.2.3, et il a été suggéré que les États Membres devraient envisager d'établir un indicateur ou plusieurs pour l'objectif 3.2 qui pourrait être utilisé pour assurer le suivi de la mise en œuvre de programmes d'éducation sur l'épilepsie et des campagnes publiques de sensibilisation.

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

234. Les délégués ont insisté sur le fait que la santé mentale était aussi importante que la santé physique et que les deux étaient étroitement liées, et ils ont loué les efforts constants déployés par l'OPS pour prévenir la maladie mentale et promouvoir le bien-être mental, tout en attirant l'attention sur les coûts économiques et sociaux d'une mauvaise santé mentale. Les délégués ont exprimé un appui solide aux modèles de soins communautaires pour les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale et ils ont souligné l'importance d'incorporer les services de santé mentale dans les soins de santé primaires. L'importance de l'appui aux familles de personnes souffrant de troubles mentaux a également été mise en évidence. Les délégués ont manifesté leur préoccupation relativement au problème croissant du suicide et ont noté le lien entre une mauvaise santé mentale et le risque accru de traumatismes intentionnels et accidentels. L'importance d'une approche de la santé mentale tout au long de la vie a été mise en évidence, avec une déléguée soulignant la nécessité d'une attention accrue pour les besoins spécifiques de santé mentale des jeunes, alors qu'un autre délégué a attiré l'attention sur la nécessité de services de santé pour aborder le fardeau croissant des problèmes de santé mentale associés au vieillissement de la population. Une déléguée a remarqué qu'il pourrait y avoir un accroissement des problèmes de santé mentale à la suite d'ouragans et d'autres catastrophes naturelles.

*I. Plan d'action sur les incapacités et la réadaptation : évaluation à mi-parcours*

235. Les délégués ont réaffirmé leur appui au plan d'action et ont décrit les mesures prises par leurs pays pour renforcer les services de soins de santé et de réadaptation pour les personnes souffrant d'un handicap et pour promouvoir leur inclusion, protéger leurs droits et prévenir la discrimination à leur encontre. Le délégué du Brésil a attiré l'attention sur le besoin de se préparer à faire face aux incapacités associées à la microcéphalie chez les enfants nés de mères qui avaient été infectées par le virus Zika au cours de leur grossesse. Plusieurs délégués ont noté la nécessité de disposer de données plus nombreuses et fiables sur les incapacités et ont lancé un appel au Bureau pour qu'il appuie les pays dans le renforcement de leurs systèmes d'information. L'appui à la formation des ressources humaines a également été demandé. Pour les futurs rapports d'étape, le Bureau a été invité à spécifier les pays qui servaient de référence pour les divers indicateurs et ceux qui avaient atteint les cibles respectives.

236. Le Dr Anselm Hennis (directeur du Département des maladies non transmissibles et de la santé mentale du BSP), en réponse aux commentaires sur les évaluations à mi-parcours des plans d'action sur l'épilepsie, la santé mentale et les incapacités et la réadaptation, a félicité les États Membres pour les progrès accomplis dans les trois domaines. En ce qui concerne l'épilepsie, il a convenu que la lutte contre la stigmatisation était essentielle, tout comme l'était l'amélioration des soins à toutes les étapes de la vie. Il a également convenu de la nécessité de renforcer les services au niveau des soins de santé primaire et il a pris note des suggestions qui avaient été faites pour améliorer les indicateurs et les objectifs. Il s'est félicité de l'intégration accrue des services de santé mentale et de soins de santé primaire et a reconnu les appels lancés en faveur de l'autonomisation des familles des malades mentaux, notant que le BSP avait déjà commencé de travailler dans ce domaine. Il a également reconnu les défis auxquels les États Membres faisaient face en matière de données et d'information, notant que ces domaines exigeraient un investissement important et une coopération technique. Il a également noté les progrès réalisés dans le domaine des incapacités et de la réadaptation, en particulier le succès des systèmes de délivrance des certificats d'incapacité. Il a encouragé tous les États Membres à inclure la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) dans leurs systèmes de certification.

237. La Conférence a pris note des rapports.

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

238. Les délégués se sont félicités des progrès accomplis dans le cadre du Plan d'action. Une déléguée a fait remarquer qu'une coordination efficace de l'aide humanitaire était plus importante que jamais en des temps marqués par un changement climatique évident, des événements météorologiques graves et qui empiraient, des épidémies, toutes ces conditions ayant un impact sur la santé et causant des dégâts à l'écosystème et des pertes économiques majeures. Elle a insisté sur le besoin de chercher l'efficacité et d'éviter la duplication des efforts dans la mise en œuvre des plans pour la coordination de l'aide humanitaire.

L'importance de la coordination entre les programmes de gestion des situations d'urgence humanitaire de l'OPS et de l'OMS a été mise en évidence, et des informations ont été demandées sur la façon dont l'OPS allait utiliser le système de gestion des incidents de l'OMS. Les délégués ont décrit les arrangements administratifs et l'infrastructure physique de leurs pays pour la coordination de l'aide humanitaire. On a signalé que les États Membres d'UNASUR avaient récemment adopté une déclaration sur les exigences minimales pour les équipes médicales d'urgence et que plusieurs pays d'Amérique latine travaillaient ensemble pour établir un réseau logistique.

239. Le Dr Ciro Ugarte (directeur du Département des urgences sanitaires du BSP) a noté que le plan d'action avait été formulé en tenant compte des capacités déjà existantes dans la Région. Il a indiqué que la plupart des cibles prévues par le plan avaient déjà été atteintes, voire dépassées, grâce au fait que, depuis de nombreuses années, la Région disposait de capacités substantielles installées, qui avaient été encore renforcées grâce à un appui financier reçu de divers pays. Un bon nombre d'initiatives que l'OMS était en train de promouvoir, y compris le système de gestion des incidents et le réseau d'équipes médicales d'urgence, étaient en place dans la Région depuis des années. Il a insisté sur le fait que les initiatives visant à garantir des hôpitaux sûrs, intelligents et résilients avaient manifestement porté leurs fruits: dans les pays récemment affectés par des ouragans, certains hôpitaux avaient subi des dommages, mais ils avaient néanmoins tous continué de fonctionner, et au Mexique également, aucun hôpital ne s'était effondré à la suite du récent tremblement de terre.

240. La Directrice a dit que les États Membres pouvaient être fiers des programmes d'actions d'urgence qui avaient été établis dans la Région depuis de nombreuses années. Elle a confirmé que l'OPS travaillait en étroite collaboration avec le Programme de gestion des situations d'urgence sanitaire de l'OMS, partageant les expériences et les enseignements tirés. Cependant, à certains égards, les activités de gestion des urgences de santé de l'OPS étaient plus avancées que celles de l'OMS, comme l'avait fait remarquer le Dr Ugarte, et elle ne croyait pas judicieux de réduire les actions de l'OPS uniquement à des fins de bonne coordination avec l'OMS.

241. Le BSP avait adopté une approche englobant l'ensemble du Bureau en matière de réponse aux catastrophes et d'aide humanitaire. Des procédures étaient en place pour rendre automatique une bonne partie du travail de réponse : lorsqu'une catastrophe se produisait, le personnel des départements des achats, de la finance et des ressources humaines savaient quel était leur rôle et passaient immédiatement à l'action. La réduction des risques de catastrophe était une composante importante du Programme de gestion des situations d'urgence sanitaire car la réduction des risques aidait à renforcer les capacités dans les pays et à atténuer ou prévenir les catastrophes. Le Bureau continuerait d'évaluer la réponse à toutes les catastrophes et à appliquer les enseignements tirés afin de renforcer davantage ses capacités de gestion des situations d'urgence.

242. La Conférence a pris note du rapport.

*K. La coopération pour le développement en matière de santé aux Amériques : rapport d'avancement*

243. Les progrès réalisés dans ce domaine ont été accueillis favorablement. Il a été suggéré que toute nouvelle activité à réaliser dans ce contexte soit définie en consultation avec les États Membres et comprenne une assistance technique différenciée adaptée aux besoins de chaque pays individuel. Plusieurs délégués ont fait l'éloge de l'aide fournie par le Centre FIOCRUZ pour les relations internationales en santé dans le but de renforcer les capacités des bureaux de relations internationales au sein des ministères de la Santé de la Région, en particulier dans le domaine de la diplomatie de la santé. On a fait remarquer qu'une plus forte capacité en matière de diplomatie de la santé permettrait aux États Membres de participer plus efficacement au programme sanitaire mondial et à la gouvernance mondiale de la santé. Le Bureau a été encouragé à continuer de coopérer avec le Centre. Il a également été invité à faciliter l'échange et la dissémination de l'information sur les opportunités potentielles de coopération ainsi que sur les expériences de réussite en matière de coopération.

244. Mme Ana Solis-Ortega Treasure (chef du bureau de la coordination nationale et infrarégionale du BSP) a félicité les États Membres pour leurs efforts visant à promouvoir la coopération pour le développement de la santé comme un aspect de la coopération sud-sud. Elle s'est prononcée en accord avec la nécessité de renforcer et de promouvoir les pratiques optimales et les enseignements tirés. Elle a également reconnu le besoin de renforcer les bureaux de relations internationales, tel que demandé par plusieurs États Membres, et de continuer à déployer des efforts en vue du renforcement de la coopération entre les pays. Reconnaisant les diverses suggestions faites en vue d'une amélioration du travail de la part de l'OPS, elle a noté que l'Organisation avait établi un mécanisme de financement en matière de coopération pour le développement de la santé, et a encouragé les autorités sanitaires à soumettre des propositions de projet pertinentes aux représentants de l'OPS/OMS dans leurs pays.

245. La Directrice a noté que la Région avait une longue tradition d'activités dans la coopération sud-sud et triangulaire. Le Bureau avait officialisé un programme d'appui à la coopération au développement orientée vers la santé entre les pays, mais il avait reconnu que pour améliorer le programme, il devait aussi incorporer le réseau des responsables des relations internationales au sein des ministères de la Santé. Un des domaines nécessiterait un travail supplémentaire était le développement d'un répertoire de projets, y compris ceux qui avaient été exécutés entre les pays sans que l'OPS y participe. Elle a lancé un appel aux États Membres pour qu'ils aident à la mise en place d'un répertoire des informations concernant les projets, ce qui pourrait être utile à la Région dans son ensemble.

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

246. Un délégué a attiré l'attention sur certains problèmes qui s'étaient produits en rapport avec l'achat de produits immunobiologiques par le biais du Fonds renouvelable en

raison de perturbations de la chaîne de froid et de retards dans le remplacement des produits immunobiologiques qui avaient été rejetés consécutivement à ces perturbations.

247. M. John Fitzsimmons (chef du Programme spécial du Fonds renouvelable pour l'achat de vaccins du BSP) a dit que le Bureau était conscient du fait qu'il y avait eu des défis à relever en matière de chaîne du froid pour un certain nombre de vaccins et de produits immunobiologiques fournis dans le cadre du Fonds renouvelable. Cette question complexe était liée à la relation entre les fournisseurs et les compagnies de transport. Le Bureau travaillait avec les États Membres fournisseurs pour empêcher toute perturbation de la chaîne de froid et assurer que les produits arrivaient dans les conditions prévues dans le contrat d'achat. Une évaluation de la situation était actuellement en cours, et le Bureau ferait parvenir ses conclusions aux États Membres en temps voulu.

*M. Situation des Centres panaméricains*

248. La Conférence a pris note du rapport.

***Résolutions et autres actions d'organisations intergouvernementales revêtant un intérêt pour l'OPS (document CSP29/INF/8, Rev. 1, A-C)***

249. Le Dr Rubén Nieto (représentant du Comité exécutif) a fait savoir que le Comité exécutif avait examiné un rapport sur les résolutions et autres mesures prises par la Soixante-dixième Assemblée mondiale de la Santé ainsi que par diverses entités infrarégionales, qui étaient considérées comme présentant un intérêt particulier pour les Organes directeurs de l'OPS. Une attention particulière avait été accordée aux résolutions de l'Assemblée mondiale de la Santé relatives aux ressources humaines pour la santé et à la mise en œuvre des résultats de la Commission de haut niveau des Nations Unies sur l'Emploi en Santé et la Croissance Économique ainsi qu'à la décision sur le renforcement des synergies entre l'Assemblée mondiale de la Santé et la Conférence des parties à la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. En ce qui concerne les actions des entités infrarégionales revêtant un intérêt pour l'OPS, il avait été noté qu'un certain nombre de résolutions et d'accords sur des questions liées à la santé avaient été adoptés par des organisations d'intégration en Amérique centrale, dans les Caraïbes et en Amérique du Sud et que le Bureau était toujours résolu à appuyer les processus infrarégionaux dans des domaines tels que les négociations conjointes sur le prix des médicaments aux coûts élevés, la coordination de politiques sur la formation des ressources humaines pour la santé et la réponse aux maladies à transmission vectorielle.

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

250. Mme Piedad Huerta (conseillère principale du bureau des Organes directeurs du BSP) a félicité les pays de la Région pour le travail qu'ils avaient accompli lors de l'Assemblée mondiale de la Santé, où ils avaient présenté plusieurs positions régionales coordonnées et joué de nombreux rôles de facilitateurs.

251. La Conférence a pris note du rapport.

*B. Quarante-septième session ordinaire de l'Assemblée générale de l'Organisation des États Américains*

252. La Conférence a pris note du rapport.

*C. Organisations infrarégionales*

253. Un délégué s'est félicité de l'addition au rapport d'informations supplémentaires sur les organisations sud-américaines d'intégration, mais il a signalé que l'information sur le travail de l'Institut sud-américain de gouvernance en santé (ISAGS) n'avait pas été incluse. Le délégué du Brésil a noté que son pays avait récemment assumé la présidence du Marché commun du cône sud (MERCOSUR) et allait accueillir une réunion des ministres de la Santé du MERCOSUR en décembre 2017. Les thèmes qui seraient discutés incluaient les maladies non transmissibles chroniques et les ressources humaines pour la santé. Il a également suggéré que l'OPS cherche à promouvoir les intérêts de la Région des Amériques dans le contexte du G-20, qui impliquait cinq pays de la Région et serait présidé par l'Argentine en 2018.

254. La Directrice a expliqué que le rapport ne couvrait que les plus grandes entités infrarégionales et cherchait à renforcer la compréhension des questions discutées et des décisions prises à un niveau stratégique au sein de chaque sous-région. Il y avait de nombreuses autres entités infrarégionales, mais il n'était pas possible d'inclure des informations sur chacune d'entre elles. Elle a confirmé que tant le Bureau que le Secrétariat de l'OMS étaient déjà en discussion avec l'Argentine pour assurer que la santé soit prise en considération lors des délibérations du G-20.

255. La déléguée de l'Argentine a remercié le BSP et le Secrétariat de l'OMS pour leur assistance dans la préparation du travail laborieux concernant le G20 qu'il y avait encore lieu d'accomplir.

256. La Conférence a pris note du rapport.

***Rapport sur la mise en œuvre du Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques (FENSA) (document CSP/INF/9)***

257. Le Dr Rubén Nieto (représentant du Comité exécutif) a expliqué que le Comité exécutif avait été informé que le Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques (FENSA) avait remplacé les Lignes directrices de l'OPS concernant la collaboration avec des entreprises commerciales ainsi que les Principes régissant les relations entre l'OPS et les organisations non gouvernementales. Le Comité avait également été informé d'autres mesures prises pour mettre FENSA en œuvre dans la Région, y compris la publication d'un bulletin d'information générale qui expliquait la nouvelle politique au personnel et des séances d'information dans le cadre de diverses réunions du personnel au niveau régional et infrarégional. Le Comité s'était félicité des progrès accomplis dans la mise en œuvre du FENSA au niveau régional et avait affirmé que le Cadre faciliterait la protection contre toute influence indue de la part d'acteurs non étatiques dans la formulation et la mise en œuvre des politiques de santé publique, la préservation de l'intégrité et l'indépendance de

l'OPS et de l'OMS, et le renforcement de la confiance du public dans les deux organisations.

258. Lors de la discussion tenue par la Conférence au sujet du rapport sur FENSA, les États Membres ont exprimé leur appréciation pour les efforts déployés par le Bureau pour assurer la pleine mise en œuvre du Cadre de collaboration dans un délai de deux ans et ont noté que la Région avait joué un rôle de pointe dans l'élaboration du Cadre de collaboration et qu'elle avait ouvert la voie à sa mise en œuvre. Il a été souligné que FENSA devait être un outil juste, crédible et pratique pour appuyer l'engagement de l'OMS à chacun des trois niveaux de l'Organisation et qu'il devait être appliqué de façon cohérente et consistante et avec le soin approprié et la diligence voulue.

259. En même temps, il a été considéré que l'application du Cadre de collaboration ne devait pas rendre le processus d'engagement excessivement fastidieux. L'OPS et l'OMS ont été encouragées à adopter une approche qui gérait le risque sans être trop réfractaire aux risques ou excessivement désinvolte. L'importance de fournir à l'ensemble du personnel à tous les niveaux une formation sur le Cadre de collaboration a également été mise en évidence. Le Bureau a été invité à faire rapport sur tout défi qui s'était présenté dans le cadre de la mise en œuvre du Cadre de collaboration, y compris, par exemple, s'il avait été nécessaire de suspendre les relations avec un acteur non étatique et combien de temps il avait fallu consacrer à l'exécution du processus d'approbation.

260. Mme Heidi Jiménez (conseillère juridique du BSP) a dit que si la mise en œuvre du Cadre de collaboration était en bonne voie, le Bureau attendait encore que l'OMS finisse ses travaux sur plusieurs outils qui étaient nécessaires pour achever le processus de mise en œuvre. Un de ceux-ci était le guide à l'intention du personnel, qui était encore en cours d'examen. Le Secrétariat de l'OMS avait tenu des consultations approfondies avec toutes les régions, et l'OPS y avait participé activement et fourni des commentaires tant par écrit que de vive voix. Le Bureau avait été informé que le document serait prêt d'ici la fin 2017. Le manuel pour les acteurs non étatiques, un autre des outils que l'OMS avait été chargée de préparer, était également en cours d'examen et devait être prêt d'ici la fin 2017.

261. En ce qui concernait le registre des acteurs non étatiques, le dernier élément des outils en cours d'élaboration à l'OMS, le Bureau croyait savoir que l'OMS avait rencontré plus de défis qu'anticipé initialement. Elle avait publié un outil pilote, mais il n'était pas encore complètement opérationnel. Le Bureau avait été informé que le Secrétariat de l'OMS attendait un lancement complet du registre d'ici le début de 2018. Dès que ces outils seraient disponibles, le Bureau ferait de son mieux pour les mettre en œuvre rapidement dans la Région.

262. Le Bureau était encore en train d'étudier son engagement à l'égard des acteurs non étatiques à la lumière du Cadre de collaboration. Il appliquait une approche équilibrée qui alliait la diligence raisonnable à l'analyse des risques, sans pour autant être excessivement hostile aux risques. Même si le Cadre de collaboration était encore relativement nouveau et l'expérience du Bureau à son sujet par conséquent limitée, il serait heureux de préparer un rapport pour donner un aperçu des défis qu'il avait rencontrés, du temps passé à l'examen



de chaque engagement et, de façon générale, de la manière dont le cadre était appliqué dans la Région.

263. La Conférence a pris note du rapport.

***Projet de note de synthèse en vue du treizième programme général de travail de l'OMS 2019-2023 (document CSP29/INF/10)***

264. Le Dr Peter Salama (directeur exécutif du Programme de gestion des situations d'urgence sanitaire de l'OMS) a introduit le projet de note de synthèse, notant qu'il avait été présenté à tous les comités régionaux dans le but de donner le coup d'envoi aux consultations sur le treizième programme général de travail de l'OMS (GPW13) et de connaître le point de vue des États Membres, particulièrement en ce qui concernait la proposition de tenir une session spéciale du Conseil exécutif de l'OMS afin de poursuivre les discussions sur le GPW13, dont la première mouture devait être publiée en novembre 2017. L'objectif était que l'Assemblée mondiale de la Santé approuverait le nouveau programme de travail en mai 2018. Entre-temps, il y aurait des consultations en ligne et en présentiel avec les États Membres.

265. Le GPW13 déterminerait comment l'OMS allait appuyer les pays pour la réalisation des objectifs de développement durable au cours de la période 2019-2023. Il reflèterait également la vision et les cinq priorités de leadership du Directeur général : urgences sanitaires, couverture sanitaire universelle, santé des femmes, des enfants et des adolescents, répercussions du changement climatique et des changements environnementaux sur la santé et transformation de l'OMS en une organisation plus efficace, plus transparente et plus responsable. De plus, le GPW13 incorporerait des engagements mondiaux et régionaux constants. Dans le cadre du GPW13, le Secrétariat mettrait l'accent sur les réalisations et les impacts, fixerait des priorités claires et en assurerait le suivi, s'efforcera de faire de l'OMS une organisation plus opérationnelle tout en renforçant également ses fonctions normatives et techniques, placera les pays directement au centre du travail de l'OMS et fournira un leadership politique avec un accent marqué sur l'équité.

266. Le Dr Salama a conclu sa présentation en résumant quelques-unes des questions soulevées dans les consultations avec d'autres comités régionaux et en examinant l'échéancier des consultations portant sur le GPW13 (voir à ce sujet le document CSP29/INF/10). Les questions soulevées par d'autres comités régionaux étaient liées, entre autres, aux systèmes de santé et aux personnels de santé, à la nécessité d'une approche multisectorielle pour relever les défis en matière de santé, notamment le changement climatique et les maladies non transmissibles, tout en assurant que l'OMS jouait son rôle en partenariat avec les ministères de la Santé en vue de plaider en faveur d'un financement accru pour la santé, et en assumant la défense de l'égalité des sexes en matière de santé comme un droit de l'homme.

267. Les délégués se sont félicités de l'occasion qui leur était donnée de faire des commentaires sur le projet de note de synthèse, mais plusieurs d'entre eux ont regretté de n'avoir pas eu plus de temps pour examiner le document. Certains ont appuyé le plan du

Secrétariat de l'OMS visant à accélérer l'approbation du nouveau programme général de travail, ce qui donnerait plus de temps pour examiner l'élaboration du budget programme 2020-2021 et mobiliser des ressources. D'autres délégués se sont dit préoccupés par le fait qu'il n'y aurait pas suffisamment de temps pour réaliser un processus ascendant et approfondi de consultation et de détermination des priorités. L'importance d'une prise en charge du GPW par les États Membres a été mise en évidence, avec une déléguée faisant remarquer qu'un accent mis sur les pays ne voulait pas forcément dire une prise en charge par les pays et notant en outre que les États Membres devaient participer à la mise en œuvre du GPW et au contrôle et à l'évaluation de sa mise en œuvre.

268. Il a été signalé que la participation à une session spéciale du Conseil exécutif en novembre pourrait s'avérer difficile pour les États Membres qui n'ont pas inscrit les ressources nécessaires à leur budget à cette fin et pour ceux qui n'ont toujours pas de mission permanente à Genève. Le Secrétariat de l'OMS a été invité à prendre des dispositions pour la participation de tous les États Membres au processus de consultation. Il a été suggéré qu'un groupe de travail des États Membres à composition non limitée pourrait être mis sur pied à cette fin. La déléguée de la Barbade a dit que la mission de son pays serait heureuse de recevoir et transmettre les commentaires des délégations qui ne seraient pas en mesure de participer en personne à Genève.

269. En ce qui concerne le cadre proposé pour le GPW13, les États Membres ont apprécié l'alignement sur les objectifs de développement durable et les cinq priorités du Directeur général. Cependant, une élaboration plus poussée a été demandée sur la façon dont le GPW contribuerait au progrès à accomplir en vue de la réalisation des cibles des ODD. La priorité qui devait être accordée aux impacts du changement climatique et environnemental sur la santé, en particulier, a été applaudie, tout comme l'a été l'accent mis sur le renforcement et la résilience des systèmes de santé.

270. Un accueil favorable a également été réservé à l'accent mis sur les impacts. À cet égard, il a été suggéré qu'il était important de retenir une chaîne de résultats comme celle du douzième programme de travail, ce qui avait facilité l'identification des moyens d'obtenir des impacts, tant par le Secrétariat que par les équipes techniques dans les pays. Il a été signalé que les indicateurs d'impact dans le cadre du nouveau programme de travail devraient être conçus pour permettre de tenir compte de la situation des petits États insulaires, pour lesquels les rapports sur les indicateurs pour 100 000 habitants seraient un défi. On a également souligné la nécessité de tenir compte des différences de situation entre les diverses régions pour l'établissement des priorités. On a noté à cet égard que la Région des Amériques avait déjà éradiqué la poliomyélite.

271. Plusieurs délégations ont souligné le besoin d'une réforme continue de l'OMS, avec une déléguée demandant une réforme intensive et un renouvellement de l'engagement envers les principes fondamentaux. D'autres ont mis en évidence le besoin de trouver de nouveaux moyens de travailler et de répondre aux menaces et aux risques, et d'exercer l'influence de l'OMS aux niveaux décisionnels les plus élevés. Un représentant d'une ONG a attiré l'attention sur le besoin d'aborder le prix élevé des médicaments et des technologies de la santé et il a lancé un appel à l'OMS et l'OPS pour qu'elles envisagent de prendre les

mesures nécessaires pour changer de modèle d'activité et dissocier des prix le financement pour la recherche et le développement.

272. Le Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus (Directeur général de l'OMS) a dit qu'en réponse aux nombreux points soulevés au cours de la discussion, il pourrait s'avérer utile d'élucider quelques-uns des changements proposés dans le cadre du GPW13. Le premier était l'accent mis sur les objectifs de développement durable, qui formerait la base du nouveau programme de travail. Le deuxième était l'éloignement des objectifs axés sur les produits et les processus et un accent plus marqué sur la planification et les objectifs axés sur les impacts et les réalisations, un changement important qui entraînait une mesure des progrès en termes de vies sauvées et d'accès accrus aux services de soins de santé, par exemple. Cela voulait aussi dire identifier exactement ce que la contribution de l'OMS pouvait être. Le troisième changement était l'approche de l'établissement des priorités, qui exigerait la coopération des États Membres. Ils devraient être prêts à accepter un nombre limité de priorités sur lesquelles ils s'étaient tous mis d'accord et à ne pas insister pour que leurs priorités particulières soient les priorités de l'Organisation dans son ensemble, parce que si tout devenait une priorité, plus rien ne le serait.

273. Un autre changement important consisterait à rendre l'OMS plus opérationnelle dans les pays qui requéraient un appui opérationnel, tels que les pays en conflit où les systèmes de santé s'étaient effondrés et où il y avait d'énormes lacunes dans les services. Dans de telles situations, l'OMS pourrait jouer un rôle en s'impliquant elle-même directement dans les opérations et en coordonnant les activités opérationnelles d'autres acteurs. En même temps, l'OMS devait assurer qu'elle restait utile à tous les États Membres. Dans le passé, l'Organisation avait eu tendance à collaborer principalement avec des pays à faible et à moyen revenu, mais elle devait aussi être en mesure d'entamer un dialogue politique et de fournir une assistance technique appropriée aux pays à revenu élevé, qui pouvaient aussi avoir des lacunes et des faiblesses dans leurs systèmes.

274. Devenir plus opérationnel ne voulait pas dire, toutefois, que l'OMS négligerait ses fonctions normatives. Au contraire, elle chercherait à renforcer ces fonctions. Mais à son avis, il était essentiel pour l'OMS de jouer un rôle plus opérationnel dans les pays fragiles, puisque sans une forte présence de l'OMS, de tels pays pourraient devenir des incubateurs pour la prochaine épidémie mondiale. De plus, le renforcement des systèmes de santé de ces pays contribuerait au développement général.

275. Le cinquième changement consistait à mettre les pays au centre du travail de l'Organisation et à assurer que le pays participait au travail et s'engageait à cet égard, faute de quoi aucun progrès significatif ne pouvait être réalisé. Un aspect important de la focalisation sur le pays était d'assurer que le programme général de travail reflétait non seulement un consensus mondial, mais aussi les priorités régionales et nationales. À cet égard, le Dr Tedros a indiqué que la préparation du GPW13 avait été un processus ascendant, qui avait débuté avec les consultations entreprises au cours de sa campagne électorale. En fait, un grand nombre des changements qu'il a décrits sous ce point et ceux qu'il a mentionnés dans les domaines de la gestion des situations d'urgence et du changement climatique dans ses remarques antérieures sur le rapport quinquennal de la

Directrice (voir paragraphes 13 à 26 ci-dessus) avaient été proposés par les États Membres et par le personnel de l'OMS aux niveaux national et régional.

276. Un autre changement serait l'amélioration du rôle politique de l'OMS, qui avait depuis longtemps eu principalement une orientation technique. Cependant l'Organisation avait des responsabilités en matière de sensibilisation politique, et elle ne devait pas fuir devant ces responsabilités parce que des questions comme la façon de financer les systèmes de santé et assurer l'accès aux médicaments étaient des questions d'ordre politique. Dans un même ordre d'idées, à l'échelle nationale, les ministres de la santé ne devaient pas éviter de s'engager avec les chefs d'État et de gouvernement et autres leaders politiques de haut niveau. Il était aussi important de s'engager dans le travail de sensibilisation avec des citoyens et des groupes de la société civile au niveau de base.

277. Il a pensé qu'il devait aussi y avoir un changement dans la mobilisation des ressources. Le dialogue actuel sur le financement était, à son avis, un modèle irréalisable parce qu'il faisait de l'OMS un quémendeur et des États Membres des donateurs. Un meilleur modèle serait celui où les États Membres et le Secrétariat travaillaient ensemble pour financer le programme mondial d'action pour la santé, qui nous appartenait à tous. Il était aussi important de reconnaître que des organisations telles que le Fonds mondial et l'Alliance GAVI étaient des partenaires, et non des concurrents, pour faire avancer le programme mondial d'action pour la santé et considérer le financement du programme comme une grosse enveloppe dans laquelle les fonds de l'OMS n'étaient qu'un sous-ensemble.

278. En matière de réforme, l'OMS s'alignerait sur le programme de réforme du Secrétaire général et travaillerait avec d'autres organismes des Nations Unies, en cherchant à créer des synergies et à travailler plus efficacement pour fournir de meilleurs résultats pour les États Membres, en particulier dans les efforts conjoints pour réaliser les ODD.

279. En ce qui concerne le calendrier prévu pour l'approbation du GPW13, le Dr Tedros a insisté sur le fait que l'Organisation ne pouvait prendre deux ans pour convenir d'un programme de travail. Elle devait avoir un document en place pour guider l'élaboration du prochain budget programme et pour servir de base pour la mobilisation des ressources. Il a invité les États Membres à continuer de fournir des contributions au GPW et s'engage à ce que le Secrétariat fasse en sorte que tous les pays, y compris ceux qui n'ont pas de représentation à Genève, puissent participer pleinement au processus de consultation.

280. La Conférence a pris note du rapport.

### **Autres questions**

281. Une mise à jour a été demandée sur les mesures que le Bureau comptait prendre pour aider les pays et territoires des Caraïbes dont les approvisionnements en vaccins avaient été détruits par les récents ouragans. La Directrice a répondu que le Bureau travaillerait d'abord avec les îles touchées pour évaluer les dommages causés à la chaîne du froid et aux approvisionnements en vaccins. Il préparerait ensuite un plan pour le remplacement des vaccins et de l'équipement de chaîne du froid et agirait rapidement afin

d'obtenir un financement pour le plan. Entre-temps, un mécanisme était en place pour que les pays voisins puissent fournir des vaccins en vue de couvrir les besoins les plus pressants.

### **Clôture de la session**

282. Après les échanges de courtoisie habituels, le Président a déclaré la clôture de la 29<sup>e</sup> Conférence sanitaire panaméricaine.

### **Résolutions et décisions**

283. Les résolutions et décisions suivantes ont été adoptées par la 29<sup>e</sup> Conférence sanitaire panaméricaine :

#### ***Résolutions***

#### ***CSP29.R1 Recouvrement des contributions fixées***

#### ***LA 29<sup>e</sup> CONFÉRENCE SANITAIRE PANAMÉRICAINNE,***

Ayant examiné le rapport de la Directrice portant sur le recouvrement des contributions fixées (documents CSP29/12 et Add. I), de même que les préoccupations exprimées par la 160<sup>e</sup> session du Comité exécutif quant à la situation du recouvrement des contributions fixées ;

Notant qu'aucun État Membre n'a un arriéré tel qu'il tomberait sous le coup de l'article 6.B de la Constitution de l'OPS,

#### ***DÉCIDE :***

1. De prendre acte du rapport de la Directrice portant sur le recouvrement des contributions fixées (documents CSP29/12 et Add. I).
2. D'exprimer sa reconnaissance aux États Membres qui ont déjà effectué des paiements en 2017, et de recommander vivement à tous les États Membres qui ont des arriérés de paiement de s'acquitter promptement de leurs obligations financières envers l'Organisation.
3. De féliciter les États Membres qui se sont pleinement acquittés, jusqu'à la fin de 2017, de leurs obligations fixées.
4. De complimenter les États Membres qui ont effectué des efforts significatifs en vue de réduire leurs arriérés de contributions fixées relatifs aux années antérieures.

5. De demander à la Directrice :

- a) de continuer à chercher 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 56<sup>e</sup> Conseil directeur sur la situation du recouvrement des contributions fixées pour 2018 et pour les années antérieures.

*(Deuxième réunion, 25 septembre 2017)*

***CSP29.R2 Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques 2018-2030***

***LA 29<sup>e</sup> CONFÉRENCE SANITAIRE PANAMÉRICAINNE,***

Ayant examiné le *Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques 2018-2030 : un appel à l'action pour la santé et le bien-être dans la Région* (documents CSP29/6, Rev. 3 et Add. I) ;

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

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

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

**DÉCIDE :**

1. D'approuver le *Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques 2018-2030 : un appel à l'action pour la santé et le bien-être dans la Région* (document CSP29/6, Rev. 3).
2. De remercier le Groupe de travail des pays, par l'entremise de sa Présidente, la ministre de la Santé publique de l'Équateur, et de ses vice-présidents, les ministres de la santé de la Barbade et du Panama, pour leur leadership et les contributions qu'ils ont faites à l'élaboration du Programme, et de remercier la Directrice pour le précieux appui fourni par le Bureau en sa qualité de secrétariat technique du groupe.
3. De prier instamment les États Membres :
  - a) d'utiliser ce Programme comme un intrant stratégique essentiel pour la formulation des politiques de santé dans leurs pays, dans la mesure où ils le jugent approprié ;
  - b) de déterminer les mesures et les ressources nécessaires pour atteindre les objectifs de ce Programme et pour le mettre en œuvre dans son intégralité, en tenant compte du contexte particulier de chaque pays, des priorités établies et des obligations internationales ;
  - c) d'échanger expériences et bonnes pratiques, et de promouvoir des alliances axées sur la réalisation des buts et objectifs, dans le respect du principe de la solidarité panaméricaine ;
  - d) de déployer des efforts afin de promouvoir la coordination gouvernementale intersectorielle et la participation des organisations de la société civile pour assurer les progrès dans la mise en œuvre du Programme, tout en encourageant la reddition de comptes ;
  - e) d'appuyer et de participer au suivi, à l'évaluation et à la présentation de rapports, au moyen de mécanismes établis, sur les progrès accomplis dans leurs pays pour la réalisation des buts et objectifs du Programme.
4. De demander à la Directrice :
  - a) d'utiliser le Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques 2018-2030 comme cadre de politique et de planification stratégique de plus haut niveau dans la Région afin de guider la formulation des prochains plans stratégiques de l'OPS ;
  - b) d'établir que les plans stratégiques de l'OPS seront les instruments pour mener à bien le nouveau Programme dans le contexte régional et que, par l'intermédiaire de ces plans stratégiques, il sera possible de guider les efforts et les stratégies de coopération de l'Organisation avec les États Membres ;
  - c) d'établir, avec les États Membres, les processus de définition des indicateurs pour l'exécution, le suivi, l'évaluation et la présentation de rapports sur le nouveau

Programme, sur la base des systèmes qui existent actuellement au sein de l'Organisation ;

- d) d'assurer une coordination avec les instances pertinentes de l'Organisation des États Américains (OEA) et avec la Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes (CEPALC) pour le renforcement des mécanismes de coopération régionale dans l'exécution de ce Programme et du Programme à l'horizon 2030 ;
- e) de promouvoir la diffusion du nouveau Programme parmi les organismes de coopération internationale et les forums d'intégration régionale et infrarégionale dans le domaine de la santé, dans le but d'obtenir une harmonisation et des synergies qui favorisent les contributions au succès des objectifs du Programme ;
- f) de faire rapport aux États Membres sur l'exécution du Programme, y compris les progrès accomplis en vue de la réalisation des objectifs, au moyen de rapports périodiques remis aux Organes directeurs de l'OPS.

*(Deuxième réunion, 25 septembre 2017)*

### ***CSP29.R3 Politique en matière d'ethnicité et de santé***

#### ***LA 29<sup>e</sup> CONFÉRENCE SANITAIRE PANAMÉRICAINNE,***

Ayant examiné la *Politique en matière d'ethnicité et de santé* (document CSP29/7, Rev. 1) ;

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

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

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



Se référant au cadre des missions de l'OPS concernant la santé des peuples autochtones, à l'intégration de l'ethnicité en tant qu'axe transversal dans le Plan stratégique de l'OPS 2014-2019 et aux enseignements tirés de l'expérience ;

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

Tenant compte de la nécessité d'adopter les mesures nécessaires pour garantir l'approche interculturelle dans le domaine de la santé et l'égalité de traitement entre les peuples autochtones, les personnes d'ascendance africaine, les Roms et les membres d'autres groupes ethniques, dans un souci d'égalité et de respect mutuel, et prenant en considération l'importance de leurs pratiques culturelles, parmi lesquelles figurent les modes de vie, les systèmes de valeurs, les traditions et les visions du monde,

**DÉCIDE :**

1. D'adopter la *Politique en matière d'ethnicité et de santé* (document CSP29/7, Rev. 1) ;
2. De prier instamment tous les États Membres, selon qu'il convient et compte tenu de leur contexte national, de leurs cadres normatifs, de leurs priorités et de leurs possibilités financières et budgétaires :
  - a) de promouvoir des politiques publiques qui considèrent l'ethnicité comme un déterminant social de la santé dans la perspective des peuples autochtones, des personnes d'ascendance africaine, des Roms et des membres d'autres groupes ethniques ;
  - b) d'encourager l'amélioration de l'accès à des services de santé de qualité, entre autres, en favorisant des modèles de santé interculturels qui incluent, par le dialogue, les perspectives des savoirs et des pratiques ancestrales et spirituelles des peuples autochtones, des personnes d'ascendance africaine, des Roms et des membres d'autres groupes ethniques, selon la réalité nationale propre à chacun ;
  - c) de renforcer les capacités institutionnelles et communautaires dans les États Membres pour disposer de données suffisantes et de qualité, et produire des données factuelles sur les inégalités et les injustices dans le domaine de la santé que connaissent les peuples autochtones, les personnes d'ascendance africaine, les Roms et les membres d'autres groupes ethniques, en vue de la prise de décisions politiques intersectorielles dans le domaine de la santé ;
  - d) de renforcer les capacités institutionnelles et communautaires à tous les niveaux pour mettre en œuvre une approche interculturelle dans les systèmes et services de

santé qui contribue, entre autres, à garantir l'accès à des services de santé de qualité ;

- e) d'élargir, de promouvoir et d'assurer la participation sociale de tous les peuples autochtones, des personnes d'ascendance africaine, des Roms et des membres d'autres groupes ethniques, selon une démarche soucieuse d'équité entre les sexes, et englobant le parcours de vie, dans la transposition normative de la politique de santé et sa mise en œuvre ;
- f) de promouvoir la production de connaissances et d'espaces propres à la médecine et aux savoirs ancestraux dans le cadre du renforcement de l'optique interculturelle en matière de santé ;
- g) d'intégrer l'approche ethnique et la vision des peuples autochtones, des personnes d'ascendance africaine, des Roms et des membres d'autres groupes ethniques dans l'application du *Plan d'action sur la santé dans toutes les politiques* (document CD53/10, Rev. 1 [2014]), conformément aux réalités nationales ;
- h) de promouvoir la coopération intersectorielle pour le développement durable des peuples autochtones, des personnes d'ascendance africaine, des Roms et des membres d'autres groupes ethniques.

3. De prier la Directrice, dans le cadre des possibilités financières de l'Organisation :

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

(Troisième réunion, le 26 septembre 2017)

**CSP29.R4 Plan d'action pour le renforcement des données d'état civil 2017-2022**

**LA 29<sup>e</sup> CONFÉRENCE SANITAIRE PANAMÉRICAINNE,**

Ayant examiné le *Plan d'action pour le renforcement des données d'état civil 2017-2022* (document CSP29/9) ;

Reconnaissant qu'il est important d'améliorer la couverture et la qualité des données d'état civil afin de disposer d'informations plus fiables et valables pour concevoir, mettre en œuvre, suivre et évaluer les politiques sanitaires dans les pays, suivant les recommandations internationales ;

Reconnaissant qu'il faut disposer de données valables, opportunes et, autant que possible, ventilées aux niveaux infranational, national, infrarégional et régional pour le diagnostic et la formulation de politiques sanitaires et le suivi d'indicateurs tels que ceux définis pour les Objectifs de développement durable, le Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques 2018-2030 et le Plan stratégique de l'OPS 2014-2019 ;

Consciente des efforts déployés et des résultats obtenus à ce jour grâce au précédent plan d'action pour le renforcement du recueil des données d'état civil et de santé (2008-2012) et des recommandations des États Membres tendant à le prolonger et à l'élargir, en mettant l'accent au niveau infranational et sur les capacités d'analyse des statistiques ;

Tenant compte de l'importance d'un nouveau plan d'action qui oriente en permanence l'amélioration de la couverture et de la qualité des données d'état civil dans les pays la Région des Amériques,

**DÉCIDE :**

1. D'approuver le *Plan d'action pour le renforcement des données d'état civil 2017-2022* (document CSP29/9), suivant la situation particulière de chaque pays.
2. De prier instamment les États Membres :
  - a) de promouvoir la participation et la coordination des bureaux nationaux et sectoriels de la statistique et de l'état civil, des domaines de l'information sanitaire et de l'épidémiologie, des programmes prioritaires et des unités chargées des finances aux ministères de la Santé, des centres collaborateurs de l'OPS/OMS et d'autres acteurs publics et privés à l'analyse de la situation et à l'élaboration ou au renforcement des plans d'action nationaux ;

- b) d'envisager de mobiliser des ressources humaines, technologiques et financières pour mettre en œuvre ce nouveau plan d'action en vue de renforcer les données d'état civil ;
  - c) de coordonner, avec d'autres pays de la Région, le déroulement des activités prévues dans leurs plans d'action et la diffusion et l'utilisation d'outils qui favorisent le renforcement des processus de production des données d'état civil et celui des technologies de l'information et de la communication ;
  - d) d'intensifier la participation aux réseaux créés pour renforcer les systèmes d'information sanitaire, tels que le Réseau latino-américain et des Caraïbes pour le renforcement des systèmes d'information sanitaire (RELAC SIS) et le réseau de centres collaborateurs pour la Famille de classifications internationales de l'OMS, afin d'exploiter les ressources investies et de tirer le meilleur parti des possibilités offertes par la coopération Sud-Sud.
3. De prier la Directrice :
- a) de collaborer avec les États Membres pour évaluer et actualiser leurs plans d'action nationaux et pour diffuser des outils qui favorisent la production et le renforcement des données d'état civil dans le cadre d'une conception nouvelle des systèmes d'information sanitaire ;
  - b) de renforcer la coordination du plan d'action moyennant des initiatives de la même nature prises par d'autres organismes internationaux techniques et de financement et des initiatives mondiales en matière de renforcement des données d'état civil dans les pays ;
  - c) de collaborer avec les États Membres à l'élaboration d'une stratégie et d'un plan d'action pour le renforcement des systèmes d'information pour la santé, qui puisse être soumis à considération des Organes directeurs en 2018 ;
  - d) d'informer périodiquement les Organes directeurs des progrès accomplis et des difficultés rencontrées dans la mise en œuvre du plan d'action.

*(Quatrième réunion, le 26 septembre 2017)*

**CSP29.R5** *Plan stratégique de l'Organisation panaméricaine de la Santé 2014-2019 (amendé)*

**LA 29<sup>e</sup> CONFÉRENCE SANITAIRE PANAMÉRICAINNE,**

Ayant examiné les amendements proposés au *Plan stratégique de l'Organisation panaméricaine de la Santé 2014-2019* (Document officiel 345 et Add. 1), qui modifie la version 2014 du Plan stratégique ;

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

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

***DÉCIDE :***

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

*(Quatrième réunion, 26 septembre 2017)*

***CSP29.R6 Programme et budget de l'Organisation panaméricaine de la Santé 2018-2019***

***LA 29<sup>e</sup> CONFÉRENCE SANITAIRE PANAMÉRICAINNE,***

Ayant examiné le *Programme et budget de l'Organisation panaméricaine de la Santé 2018-2019* (Document officiel 354 et documents Add. I et Add. II) ;

Ayant examiné le rapport de la 160<sup>e</sup> session du Comité exécutif (document CSP29/2) ;

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

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

**DÉCIDE :**

1. D'approuver le programme de travail de l'Organisation panaméricaine de la Santé avec un budget d'US\$ 619,6 millions pour les programmes de base et de \$56,0 millions pour les programmes spécifiques et la réponse aux situations d'urgence, tel que décrit dans le Programme et budget de l'OPS 2018-2019.

2. D'encourager les États Membres à continuer de payer leurs contributions dans les délais impartis en 2018 et 2019 ainsi que les arriérés de contributions qu'ils pourraient avoir accumulés au cours des périodes budgétaires précédentes.

3. D'encourager les États Membres à continuer de plaider en faveur d'une répartition équitable des ressources de l'OMS et en particulier pour que l'OMS finance pleinement l'espace budgétaire alloué à la Région des Amériques.

4. D'encourager les États Membres, les États participants et les Membres associés à faire des contributions volontaires alignées sur le Programme et budget 2018-2019 et, dans la mesure du possible, à envisager de rendre ces contributions pleinement flexibles et de les assigner à un groupe de fonds non affectés.

5. D'affecter le budget pour la période budgétaire 2018-2019 parmi les six catégories programmatiques suivantes :

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

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

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

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

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

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

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

*(Quatrième réunion, 26 septembre 2017)*

***CSP29.R7 Nomination du Commissaire aux comptes de l'OPS pour la période 2018-2021***

***LA 29<sup>e</sup> CONFÉRENCE SANITAIRE PANAMÉRICAINÉ,***

Ayant considéré le rapport de la Directrice du Bureau sanitaire panaméricain (BSP) sur la nomination du Commissaire aux comptes (document CSP29/13) ;

Notant les règlements, règles et pratiques de l'Organisation panaméricaine de la Santé,

***DÉCIDE :***

1. De nommer le Bureau d'audit national du Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord Commissaire aux comptes de l'Organisation panaméricaine de la Santé pour la période 2018-2021, conformément aux principes et conditions stipulés à l'article XIV du Règlement financier.
2. De demander à la Directrice :
  - a) d'établir les conditions générales d'un contrat entre l'Organisation et le Commissaire aux comptes nommé pour couvrir les modalités du travail du Commissaire aux comptes dans l'accomplissement de son mandat conformément à l'annexe B du document CSP29/13 qui offre des informations de référence sur la nomination du Commissaire aux comptes.
  - b) d'exprimer son appréciation au Président de la Cour d'audit espagnole pour l'excellent service auprès de l'Organisation panaméricaine de la Santé pour les exercices financiers de 2012 à 2017, en particulier en ce qui concerne son engagement vis-à-vis de son mandat et la qualité des recommandations fournies, qui ont contribué à l'amélioration de l'efficience et l'efficacité des opérations de l'Organisation.

*(Cinquième réunion, le 27 septembre 2017)*

***CSP29.R8 Élection de trois États Membres au Comité exécutif au terme des mandats des États-Unis d'Amérique, du Guatemala et de la Trinité-et-Tobago***

***LA 29<sup>e</sup> CONFÉRENCE SANITAIRE PANAMÉRICAINNE,***

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 Belize, Canada et Pérou ont été élus pour faire partie du Comité exécutif au terme des mandats des États-Unis d'Amérique, du Guatemala et de la Trinité-et-Tobago,

***DÉCIDE :***

1. De déclarer que Belize, Canada et Pérou ont été élus pour faire partie du Comité exécutif pour une période de trois ans.



2. De remercier les États-Unis d'Amérique, le Guatemala et la Trinité-et-Tobago pour les services rendus à l'Organisation au cours des trois dernières années par leurs représentants au sein du Comité exécutif.

*(Cinquième réunion, 27 septembre 2017)*

***CSP29.R9 Élection de deux 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)***

***LA 29<sup>e</sup> CONFÉRENCE SANITAIRE PANAMÉRICAINE,***

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 la Directrice 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 sanitaire panaméricaine 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 la Barbade et El Salvador ont été élus membres du Comité consultatif du BIREME pour exercer un mandat commençant le 1<sup>er</sup> janvier 2018 en raison du terme du mandat du Panama et de la Trinité-et-Tobago,

***DÉCIDE :***

1. De déclarer que la Barbade et El Salvador sont élus membres non permanents du Comité consultatif du BIREME pour une période de trois ans.

2. De remercier le Panama et la Trinité-et-Tobago 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, 27 septembre 2017)*

***CSP29.R10 Élection du Directeur du Bureau sanitaire panaméricain et proposition pour la nomination du Directeur régional de l'Organisation mondiale de la santé pour les Amériques***

***LA 29<sup>e</sup> CONFÉRENCE SANITAIRE PANAMÉRICAINE,***

Gardant à l'esprit les articles 4.E et 21.A de la Constitution de l'Organisation panaméricaine de la Santé, qui prévoit que le Bureau sanitaire panaméricain aura un Directeur élu à la Conférence par vote d'une majorité des membres de l'Organisation ;

Tenant compte de l'article 4 de l'Accord entre l'Organisation mondiale de la Santé et l'Organisation panaméricaine de la Santé et de l'article 52 de la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, qui établissent la procédure pour la nomination des Directeurs régionaux de l'Organisation mondiale de la Santé ;

Satisfaite que l'élection du Directeur du Bureau sanitaire panaméricain s'est tenue conformément aux règles et procédures établies,

***DÉCIDE :***

1. De déclarer le Dr Carissa F. Etienne Directeur élu du Bureau sanitaire panaméricain pour une période de cinq ans commençant le 1<sup>er</sup> février 2018 et se terminant le 31 janvier 2023.
2. De soumettre au Conseil exécutif de l'Organisation mondiale de la Santé le nom du Dr Carissa F. Etienne pour nomination au titre de Directeur régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour les Amériques pour la même période.

*(Cinquième réunion, le 27 septembre 2017)*

***CSP29.R11 Plan d'action pour la pérennité de l'élimination de la rougeole, de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale dans les Amériques 2018-2023***

***LA 29<sup>e</sup> CONFÉRENCE SANITAIRE PANAMÉRICAINE,***

Ayant examiné le *Plan d'action pour la pérennité de l'élimination de la rougeole, de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale dans les Amériques 2018-2023* (document CSP29/8) ;

Ayant pris note de la déclaration de l'élimination de la rougeole, de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale dans les Amériques qui figure dans le rapport présenté par la Présidente du Comité international d'experts chargé de documenter et vérifier l'élimination de la rougeole, de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale dans les

Amériques à la Directrice et aux États Membres au cours du 55<sup>e</sup> Conseil directeur de l'OPS (68<sup>e</sup> session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques) de septembre 2016 ;

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

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

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

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

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

**DÉCIDE :**

1. De féliciter les États Membres et leur personnel de santé d'avoir remporté un succès historique en éliminant la rougeole, la rubéole et le syndrome de rubéole congénitale dans la Région des Amériques.
2. D'approuver et de mettre en œuvre le *Plan d'action pour la pérennité de l'élimination de la rougeole, de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale dans les Amériques 2018-2023* (document CSP29/8), compte tenu de la situation de chaque pays.
3. De prier instamment tous les États Membres :
  - a) de promouvoir la mise en œuvre des objectifs et indicateurs qui figurent dans le *Plan en matière de vaccination* (document CD54/7, Rev. 2 [2015]) de l'OPS pour 2015-2019, afin d'obtenir, aux niveaux national et municipal, une couverture de 95 % au moins pour la première et la deuxième dose de vaccin contre la rougeole, les oreillons et la rubéole et une couverture de 95 % au moins, aux niveaux national

- et municipal, lors des campagnes de vaccination de suivi contre la rougeole et la rubéole ;
- b) de renforcer la surveillance épidémiologique de la rougeole, de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale afin de pouvoir détecter correctement tous les cas suspects ou confirmés de ces maladies, dans le cadre de l'émergence de nouvelles affections prioritaires du point de vue de la santé publique, telles que les arboviroses ;
  - c) de développer les capacités nationales et opérationnelles des pays afin que l'élimination de la rougeole et de la rubéole soit durable, moyennant la création ou le maintien des commissions nationales afin de suivre les plans pour la pérennité de l'élimination et grâce à l'utilisation d'outils régionaux et nationaux pour former les agents de santé du secteur public et du secteur privé et actualiser leurs connaissances ;
  - d) d'établir les mécanismes standard permettant une riposte rapide face aux cas importés de rougeole, de rubéole et de syndrome de rubéole congénitale en vue d'éviter la reprise de la transmission endémique de ces maladies dans les pays, en créant ou en activant des groupes de riposte rapide formés à cette fin et en appliquant des plans nationaux de riposte rapide aux cas importés.
4. De prier la Directrice :
- a) de continuer à assurer la coopération technique avec les États Membres pour renforcer les capacités nationales qui contribuent à la mise en œuvre des activités nécessaires à la vaccination de la population et à la surveillance épidémiologique de qualité de la rougeole, de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale, suivant ce qui est décrit dans ce plan d'action pour la pérennité de l'élimination de ces virus ;
  - b) de continuer à mobiliser le financement supplémentaire nécessaire pour soutenir les États Membres dans la préparation de la riposte aux flambées de rougeole et de rubéole liées à des cas importés et dans l'organisation de campagnes de vaccination de suivi et des autres activités décrites dans le plan d'action ;
  - c) de continuer à promouvoir au plus haut niveau politique, avec les autres régions du monde et les partenaires, les efforts destinés à progresser rapidement vers les cibles définies par l'OMS pour l'élimination de la rougeole et de la rubéole au niveau mondial en vue d'éradiquer les deux virus à l'avenir.

*(Sixième réunion, le 27 septembre 2017)*

***CSP29.R12 Stratégie et le plan d'action visant à renforcer la lutte antitabac dans la Région des Amériques 2018-2022***

***LA 29<sup>e</sup> CONFÉRENCE SANITAIRE PANAMÉRICAINNE,***

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

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

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

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

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

Reconnaissant également que les circonstances qui ont rendu difficile l'application au niveau national des mesures par les États Parties à la Convention-cadre sont nombreuses, mais soulignant que le défi commun majeur auquel se trouvent confrontés tous les pays est l'interférence de l'industrie du tabac et de ceux qui travaillent pour défendre ses intérêts ;

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

**DÉCIDE :**

1. D'approuver la *Stratégie et le plan d'action visant à renforcer la lutte antitabac dans la Région des Amériques 2018-2022* (document CSP29/11) en fonction des conditions propres à chaque pays ;
2. De prier instamment les États Membres, compte tenu de leur contexte national :
  - a) de promouvoir des pratiques de santé publique qui protègent la population en général, et les enfants et les adolescents en particulier, des dangers du tabac et de l'exposition à la fumée du tabac pour, en définitive, réduire le fardeau de morbidité et de mortalité qu'ils entraînent ;
  - b) de considérer comme prioritaires l'adoption d'une réglementation intégrale relative aux espaces non-fumeurs et à l'utilisation de mises en garde sanitaires sur le conditionnement du tabac, ainsi que le renforcement et l'éventuelle amélioration de la réglementation existante dans ces domaines et son observation, dans le but de protéger, par ces mesures, l'ensemble de la population de la Région des Amériques ;
  - c) de considérer l'adoption ou le renforcement de l'application du reste des mesures figurant dans la Convention-cadre, en mettant en particulier l'accent sur l'interdiction de la publicité en faveur du tabac, de la promotion et du parrainage en accord avec l'article 13, ainsi que sur les mesures fiscales visant à réduire la demande de tabac ;
  - d) de considérer les taxes sur le tabac comme une source de recettes qui, en accord avec la législation nationale, pourraient être utilisées comme une source interne de financement de la santé en particulier, et du développement en général ;
  - e) de renforcer leurs systèmes nationaux de surveillance afin de pouvoir évaluer non seulement la prévalence du tabagisme, mais aussi l'efficacité des mesures appliquées, et pouvoir obtenir des informations ventilées par sexe, genre et groupe ethnique, entre autres, dans la mesure du possible et utiliser cette information pour mener des interventions basées sur des données probantes visant à la réduction des disparités ;
  - f) de s'opposer aux tentatives de l'industrie du tabac et des groupes qui lui sont associés d'interférer dans l'application des mesures de lutte antitabac visant à protéger la santé de la population, de la retarder, de l'empêcher ou d'y faire obstacle ; et de reconnaître la nécessité, dans le respect de la législation nationale en vigueur, de suivre les activités de l'industrie, de se tenir informé de celles-ci et de les rendre publiques afin de pouvoir mettre en évidence ses stratégies et d'en réduire l'efficacité ;
  - g) de prendre en compte la nécessité de disposer d'instruments juridiques pour aborder la question des conflits d'intérêts chez les fonctionnaires et les employés de l'État en ce qui concerne la lutte antitabac ;

- h) d'envisager, lorsqu'ils sont parties à la Convention-cadre, de ratifier le *Protocole pour éliminer le commerce illicite des produits du tabac*, afin de garantir son entrée en vigueur au plus tôt au niveau international.
3. De prier la Directrice :
- a) d'apporter son soutien aux États Membres en vue de l'élaboration, la révision et l'application de la réglementation et des politiques de lutte antitabac, indépendamment de leur qualité d'État Partie ou non à la Convention ;
  - b) de promouvoir la coopération technique avec les pays et entre ceux-ci pour échanger les meilleures pratiques et les enseignements tirés ;
  - c) de renforcer la coopération technique visant à l'amélioration des capacités des États Membres pour encourager la cohérence entre les politiques en matière de commerce et de santé publique dans le contexte de la lutte antitabac et protéger la santé de l'interférence de l'industrie du tabac ;
  - d) d'encourager les alliances avec d'autres organismes internationaux et instances infrarégionales, ainsi qu'avec les membres de la société civile aux niveaux national et international en vue de la mise en œuvre de la stratégie et du plan d'action.

(Sixième réunion, le 27 septembre 2017)

**CSP29.R13 Nouveau barème des contributions fixées**

**LA 29<sup>e</sup> CONFÉRENCE SANITAIRE PANAMÉRICAINNE,**

Ayant examiné le rapport du Comité exécutif sur le *Nouveau barème des contributions fixées* pour les États Membres, les États participants, et les Membres associés de l'Organisation panaméricaine de la Santé (documents CSP29/5 et Add. I) ;

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

Notant que près de 34 % du Programme et budget de l'OPS 2018-2019, considéré dans le *Document officiel 354*, seront financés par les contributions fixées des États Membres, États participants et Membres associés ;

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

**DÉCIDE :**

1. D'approuver le barème proposé des contributions fixées pour les États Membres, États participants et Membres associés de l'Organisation panaméricaine de la Santé pour application durant l'exercice financier 2018 comme indiqué dans le tableau ci-dessous.

2. De soumettre à la considération des Organes directeurs de l'OPS un barème révisé des contributions pour l'exercice financier 2019, sur la base du barème des contributions fixées de l'OEA 2019, une fois le barème adopté.

État Membre	Taux de contribution (%)
Antigua-et-Barbuda	0,022
Argentine	3,000
Bahamas	0,047
Barbade	0,026
Belize	0,022
Bolivie	0,070
Brésil	12,457
Canada	9,801
Chili	1,415
Colombie	1,638
Costa Rica	0,256
Cuba	0,132
Dominique	0,022
El Salvador	0,076
Équateur	0,402
États-Unis d'Amérique	59,445
Grenade	0,022
Guatemala	0,171
Guyana	0,022
Haïti	0,022
Honduras	0,043
Jamaïque	0,053
Mexique	6,470
Nicaragua	0,022
Panama	0,191
Paraguay	0,087
Pérou	1,005
République dominicaine	0,268
Saint-Kitts-et-Nevis	0,022
Saint-Vincent-et-les-Grenadines	0,022
Sainte-Lucie	0,022
Suriname	0,022
Trinité-et-Tobago	0,129



État Membre	Taux de contribution (%)
Uruguay	0,298
Venezuela	1,940
État participant	Taux de contribution (%)
France	0,203
Pays-Bas	0,022
Royaume-Uni	0,022
Membre associé	Taux de contribution (%)
Aruba	0,022
Curaçao	0,022
Porto Rico	0,025
Sint Maarten	0,022
<b>TOTAL</b>	<b>100,00</b>

(Huitième réunion, le 28 septembre 2017)

***CSP29.R14 Contributions fixées des Etats Membres, des Etats participants et des Membres associés de l'Organisation panaméricaine de la Santé pour 2018***

***LA 29<sup>e</sup> CONFÉRENCE SANITAIRE PANAMÉRICAINNE,***

Considérant que la 29<sup>e</sup> Conférence sanitaire panaméricaine a approuvé, par la résolution CSP29.R6, le *Programme et budget de l'Organisation panaméricaine de la Santé 2018-2019* (Document officiel 354) ;

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

Gardant à l'esprit que la 29<sup>e</sup> Conférence sanitaire panaméricaine, par la résolution CSP29.R13, a adopté le barème de contributions pour les Membres de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) pour 2018,

***DÉCIDE :***

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

2. D'exhorter le Bureau sanitaire panaméricain à réviser les contributions fixées des États Membres, des États participants et des Membres associés de l'Organisation

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

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

<b>CONTRIBUTIONS FIXÉES DES ÉTATS MEMBRES, DES ÉTATS PARTICIPANTS ET DES MEMBRES ASSOCIÉS DE L'ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ POUR 2018</b>										
<b>Membres</b>	<b>Taux de contribution (%)</b>		<b>Contributions brutes (dollars US)</b>		<b>Crédit provenant du Fonds de péréquation des impôts (dollars US)</b>		<b>Ajustements pour impôts imposés par les États Membres sur les émoluments du personnel du BSP (dollars US)</b>		<b>Contributions nettes (dollars US)</b>	
	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>
Nicaragua	0.022		23 170		1 797					21 373
Panama	0.191		201 161		15 605					185 557
Paraguay	0.087		91 628		7 108					84 521
Pérou	1.005		1 058 466		82 109					976 358
République dominicaine	0.268		282 258		21 896					260 362
Saint-Kitts-et-Nevis	0.022		23,170		1,797					21,373
Saint-Vincent-et-les Grenadines	0.022		23 170		1 797					21 373
Sainte-Lucie	0.022		23 170		1 797					21 373
Suriname	0.022		23 170		1 797					21 373
Trinité-et-Tobago	0.129		135 863		10 539					125 324
Uruguay	0.298		313 854		24 347					289 507
Venezuela	1.940		2 043 208		158 498		35 000			1 919 710
<b>États participants</b>										
France	0.203		213 800		16 585					197 215
Pays-Bas	0.022		23 170		1 797					21 373
Royaume-Uni	0.022		23 170		1 797					21 373
<b>Membres associés</b>										
Aruba	0.022		23 170		1 797					21 373
Curaçao	0.022		23 170		1 797					21 373

<b>CONTRIBUTIONS FIXÉES DES ÉTATS MEMBRES, DES ÉTATS PARTICIPANTS ET DES MEMBRES ASSOCIÉS DE L'ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ POUR 2018</b>										
<b>Membres</b>	<b>Taux de contribution (%)</b>		<b>Contributions brutes (dollars US)</b>		<b>Crédit provenant du Fonds de péréquation des impôts (dollars US)</b>		<b>Ajustements pour impôts imposés par les États Membres sur les émoluments du personnel du BSP (dollars US)</b>		<b>Contributions nettes (dollars US)</b>	
	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>
Porto Rico	0.025		26 330		2 043				24 288	
Sint-Maarten	0.022		23 170		1 797				21 373	
<b>TOTAL</b>	<b>100.000</b>		<b>105 320 000</b>		<b>8 170 000</b>				<b>6 075 000</b>	

*(Huitième reunion, le 28 septembre 2017)*

***CSP29.R15 Stratégie en matière de ressources humaines pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle***

***LA 29<sup>e</sup> CONFÉRENCE SANITAIRE PANAMÉRICAINE,***

Ayant examiné la *Stratégie en matière de ressources humaines pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle* (document CSP29/10) présentée par la Directrice ;

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

Conscient du fait que la mise en œuvre de la *Stratégie pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle* approuvée par le 53<sup>e</sup> Conseil directeur de l'OPS en 2014 nécessite des ressources humaines en quantité suffisante, réparties équitablement et disposant de capacités adéquates, suivant les besoins des communautés ;

Sachant que la Soixante-neuvième Assemblée mondiale de la Santé a approuvé en mai 2016 la *Stratégie mondiale sur les ressources humaines pour la santé à l'horizon 2030* et qu'en novembre 2016 la Commission de haut niveau sur l'emploi en santé et la croissance économique convoquée par l'Organisation des Nations Unies a affirmé que l'investissement en faveur de l'emploi dans le secteur de la santé peut favoriser la croissance économique et contribuer au développement des pays et que la Soixante-dixième Assemblée mondiale de la Santé, en mai 2017, a adopté le *Plan d'action quinquennal pour l'emploi en santé et la croissance économique inclusive (2017-2021)* (document A70/18) ;

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

***DÉCIDE :***

1. D'approuver la *Stratégie en matière de ressources humaines pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle* (document CSP29/10).
2. De prier instamment les États Membres, selon qu'il conviendra dans leur contexte et en accord avec leurs priorités nationales :

- a) de mettre en place des mécanismes officiels pour renforcer la direction du développement des politiques nationales de ressources humaines pour la santé, y compris la collaboration et la coordination des hautes autorités pour favoriser les synergies dans la réglementation, la planification stratégique et la prise de décisions fondées sur les besoins du système de santé ;
- b) d'accroître les investissements publics et d'améliorer l'efficacité du financement en favorisant la qualité de l'enseignement et de l'emploi dans le secteur de la santé afin d'accroître la disponibilité des ressources humaines, de motiver les équipes sanitaires, de promouvoir leur fidélisation, d'améliorer les résultats en matière de santé et de contribuer au développement économique ;
- c) de renforcer les processus de planification stratégique, la prévision des besoins actuels et futurs ainsi que le suivi de la qualité de la performance grâce à la mise au point de systèmes d'information sur les ressources humaines pour la santé ;
- d) de favoriser la création d'équipes interprofessionnelles dans les réseaux de services grâce à la formation interprofessionnelle et à la diversification des contextes d'apprentissage, en adaptant les profils professionnels aux modalités d'organisation du travail (délégation et redistribution des tâches) afin d'insérer ces équipes dans les réseaux intégrés de services de santé ;
- e) de mettre en œuvre des stratégies de fidélisation des ressources humaines pour la santé, notamment dans les zones mal desservies et suivant les caractéristiques interculturelles de chaque communauté, qui associent des incitations économiques mais aussi ayant trait au développement professionnel, au projet de vie, aux conditions de travail et à l'infrastructure ;
- f) de prôner la transformation de la formation des professionnels de la santé moyennant un renforcement de l'accréditation afin d'y intégrer les principes de la mission sociale, les questions de santé publique et les déterminants sociaux de la santé comme piliers de la formation des ressources humaines pour la santé ;
- g) de promouvoir des accords de haut niveau entre le secteur de l'éducation et celui de la santé pour que la formation des ressources humaines corresponde aux besoins actuels et futurs des systèmes de santé et pour progresser dans les processus d'évaluation et d'homologation des programmes de formation en sciences de la santé, en tenant compte de la pertinence sociale dans les normes de qualité de l'enseignement ;
- h) de mettre au point des stratégies de formation permanente pour les professionnels de la santé, en y intégrant les nouvelles technologies de l'information et de la communication, la télésanté, l'éducation virtuelle et les réseaux d'apprentissage afin d'améliorer la capacité à résoudre les problèmes et la qualité des services dans les réseaux intégrés de services de santé ;
- i) de renforcer la gouvernance de la planification et de la réglementation de la formation des spécialistes, en fixant des cibles progressives pour l'attribution de

- places en médecine générale et communautaire et dans les spécialités essentielles ;
- j) de tenir compte du genre ainsi que des besoins des travailleuses dans les nouveaux modèles d'organisation et d'embauche dans les services de santé, étant donné la féminisation croissante des ressources humaines dans le secteur ;
  - k) d'œuvrer (en utilisant comme guide le Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé) au renforcement du dialogue et des partenariats, y compris par des arrangements bilatéraux, s'il y a lieu, afin de relever les défis liés aux migrations des personnels de santé et au renforcement des systèmes de santé ; ces arrangements pourraient porter sur le renforcement de la formation du personnel qualifié des pays d'origine et fournir des cadres pour des mouvements ordonnés de personnel de santé qualifié, entre autres mesures présentées dans le Code, en vue de répondre aux besoins des pays de destination sans affaiblir la sécurité sanitaire dans les pays d'origine.
3. De prier la Directrice :
- a) de promouvoir le dialogue politique intersectoriel pour faciliter la mise en œuvre de la *Stratégie en matière de ressources humaines pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle* dans les États Membres et, en particulier, l'augmentation des investissements en faveur des ressources humaines pour la santé ;
  - b) d'élaborer d'ici à 2018 un plan d'action régional comportant des objectifs précis et des indicateurs afin de mettre en œuvre plus rapidement cette stratégie ;
  - c) de soutenir les pays dans le renforcement des capacités de planification stratégique et de gestion des ressources humaines et de développement des systèmes d'information pour étayer l'analyse des scénarios actuels et futurs concernant l'extension progressive de l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle ;
  - d) de favoriser la recherche, le partage d'expériences et la coopération entre les pays sur des sujets tels que les équipes sanitaires interprofessionnelles, la qualité d'une éducation socialement pertinente et les stratégies de fidélisation des ressources humaines ;
  - e) de promouvoir la coordination entre les institutions des Nations Unies et d'autres organismes internationaux qui s'intéressent aux questions liées aux ressources humaines pour la santé et de créer une commission technique de haut niveau chargée d'évaluer les tendances, les capacités et la mobilité des professionnels de la santé dans la Région des Amériques.

(Huitième réunion, le 28 septembre 2017)



***CSP29.R16 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***

***LA 29<sup>e</sup> CONFÉRENCE SANITAIRE PANAMÉRICAINNE,***

Ayant examiné le document *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 CSP29/16) sur les progrès historiques réalisés dans la Région des Amériques en ce qui concerne l'éradication de la poliomyélite ainsi que sur les défis actuels en matière d'approvisionnement du vaccin antipoliomyélitique inactivé (VPI) ;

Reconnaissant les inestimables contributions du Fonds renouvelable pour l'achat de vaccins de l'Organisation panaméricaine de la Santé (ci-après le Fonds renouvelable) pour garantir l'accès ponctuel et équitable aux vaccins antipoliomyélitique pour les États Membres de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) ;

Considérant l'importance de la participation active des États Membres de l'OPS au Fonds renouvelable ;

Réaffirmant les principes, les termes et conditions, et les procédures du Fonds renouvelable, ainsi que leurs avantages pour la santé publique dans la Région des Amériques (résolution CD52.R5 [2013]) ;

Reconnaissant l'importance de maintenir la Région des Amériques exempte de poliomyélite et de progresser vers l'éradication mondiale de cette maladie ;

Consciente des circonstances particulières entourant actuellement la mise en œuvre du *Plan stratégique pour l'éradication de la poliomyélite et la phase finale 2013-2018* et de la situation actuelle de la demande mondiale et de l'approvisionnement limité en VPI, question sur laquelle le Directeur général de l'OMS a fait rapport en mai 2017, ainsi que de l'importance de préserver le maintien l'éradication de la poliomyélite dans la Région des Amériques ;

Considérant en outre que si le Fonds renouvelable réussissait à obtenir des doses additionnelles de VPI, cela permettrait aux États Membres participant au Fonds renouvelable de planifier de façon adéquate l'utilisation d'une fraction de la dose de VPI (VPIf) administrée par voie intradermique dans une série de deux doses ;

Reconnaissant que le Bureau sanitaire panaméricain (le Bureau) doit obtenir l'autorisation des États Membres de l'OPS pour mener à bien toute négociation qui ne serait pas conforme aux principes, aux termes et conditions, et aux procédures du Fonds renouvelable,

**DÉCIDE :**

1. De prier instamment les États Membres :
  - a) de continuer de reconnaître le Fonds renouvelable de l'OPS comme le mécanisme stratégique de coopération le mieux adapté pour permettre l'accès aux vaccins, tel que le VPI ;
  - b) de promouvoir la solidarité et le panaméricanisme par le biais de leur participation au Fonds renouvelable.
2. De prier la Directrice :
  - a) de négocier de façon extraordinaire le meilleur prix possible pour l'achat de VPI pour la Région des Amériques et d'ajuster, si nécessaire, les termes et conditions du Fonds renouvelable pour cette seule occasion afin de prendre en compte les circonstances particulières actuelles et d'approvisionner en VPI la Région des Amériques ;
  - b) de maintenir la coordination avec l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite, tout au long de ce processus, conformément au *Plan stratégique pour l'éradication de la poliomyélite et la phase finale 2013-2018* ;
  - c) de maintenir le dialogue avec les partenaires et les producteurs mondiaux de VPI afin d'accélérer et de garantir la capacité à produire les doses de VPI nécessaires pour la Région des Amériques ;
  - d) de continuer d'appuyer les États Membres de l'OPS dans la préparation à l'utilisation du VPIf ;
  - e) de faire rapport en 2018 au Comité exécutif, par l'intermédiaire du Sous-comité du Programme, du budget et de l'administration, sur la situation de l'approvisionnement en VPI dans la Région des Amériques, ainsi que sur les éventuelles négociations extraordinaires, et les résultats obtenus et les progrès accomplis dans le cadre du dialogue susmentionné.

*(Huitième réunion, le 28 septembre 2017)*

**Décisions**

**Décision CSP29(D1): Constitution de la Commission de vérification des pouvoirs**

Conformément à l'article 32 du Règlement intérieur de la Conférence sanitaire panaméricaine, la Conférence a nommé la Barbade, El Salvador et l'Uruguay comme membres de la Commission de vérification des pouvoirs.

*(Première réunion, 25 septembre 2017)*

***Décision CSP29(D2): Élection du Bureau***

Conformément à l'article 17 du Règlement intérieur de la Conférence sanitaire panaméricaine, la Conférence a nommé le Paraguay comme Président, le Guyana et le Panama comme Vice-présidents et le Canada comme Rapporteur de la 29<sup>e</sup> Conférence sanitaire panaméricaine.

*(Première réunion, 25 septembre 2017)*

***Décision CSP29(D3): Constitution de la Commission générale***

Conformément à l'article 33 du Règlement intérieur de la Conférence sanitaire panaméricaine, la Conférence a désigné la Bolivie, Cuba et les États-Unis d'Amérique comme membres de la Commission générale.

*(Première réunion, 25 septembre 2017)*

***Décision CSP29(D4): Adoption de l'ordre du jour***

Conformément à l'article 11 du Règlement intérieur de la Conférence sanitaire panaméricaine, la Conférence a adopté l'ordre du jour présenté par la Directrice, tel qu'amendé au cours de la session (document CSP29/1, Rev. 1).

*(Première réunion, 25 septembre 2017)*

EN FOI DE QUOI, le Président de la 29<sup>e</sup> Conférence sanitaire panaméricaine, 69<sup>e</sup> session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques, délégué du Paraguay, et le Secrétaire de droit, Directrice du Bureau sanitaire panaméricain, signent le présent Rapport final rédigé dans la langue espagnole.

FAIT à Washington, D.C., en ce vingt-neuvième jour de septembre de l'année deux mille dix-sept. Le Secrétaire déposera les textes originaux dans les archives du Bureau sanitaire panaméricain. Le Rapport final sera publié sur la page Web de l'Organisation panaméricaine de la Santé une fois approuvé par le Président.

---

Antonio C. Barrios Fernández  
Président de la  
29<sup>e</sup> Conférence sanitaire panaméricaine,  
69<sup>e</sup> session du Comité régional de l'OMS  
pour les Amériques  
Délégué du Paraguay

---

Carissa Etienne  
Secrétaire de droit de la  
29<sup>e</sup> Conférence sanitaire panaméricaine  
69<sup>e</sup> session du Comité régional de l'OMS  
pour les Amériques  
Directrice du  
Bureau sanitaire panaméricain

## **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 Rapports du Bureau sanitaire panaméricain :
  - a) Rapport quinquennal 2013-2017 du Directeur du Bureau sanitaire panaméricain
  - b) La Santé aux Amériques
- 3.3 Élection du Directeur du Bureau sanitaire panaméricain et proposition pour la nomination du Directeur régional de l'Organisation mondiale de la santé pour les Amériques
- 3.4 Élection de trois États Membres au Comité exécutif au terme des mandats des États-Unis d'Amérique, du Guatemala et de Trinité-et-Tobago

### **4. QUESTIONS RELATIVES A LA POLITIQUE DES PROGRAMMES**

- 4.1 Plan stratégique de l'Organisation panaméricaine de la Santé 2014-2019 (amendé 2017)
  - 4.2 Programme et budget de l'OPS 2018-2019
  - 4.3 Nouveau barème des contributions fixées
-

- 4. QUESTIONS RELATIVES A LA POLITIQUE DES PROGRAMMES** *(suite)*
  - 4.4 Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques 2018-2030
  - 4.5 Politique en matière d'ethnicité et de santé
  - 4.6 Plan d'action pour la pérennité de l'élimination de la rougeole, de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale dans les Amériques 2018-2023
  - 4.7 Plan d'action pour le renforcement des données d'état civil 2017-2022
  - 4.8 Stratégie en matière de ressources humaines pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle
  - 4.9 Stratégie et plan d'action visant à renforcer la lutte antitabac dans la Région des Amériques 2018-2022
  - 4.10 Mise à jour sur la situation et les défis en matière d'approvisionnement du vaccin inactivé contre la poliomyélite pour maintenir l'éradication de la maladie dans la Région des Amériques
  
- 5. QUESTIONS ADMINISTRATIVES ET FINANCIÈRES**
  - 5.1 Rapport sur le recouvrement des contributions fixées
  - 5.2 Rapport financier du Directeur et rapport du Commissaire aux comptes pour 2016
  - 5.3 Nomination du Commissaire aux comptes externe de l'OPS pour 2018-2021
  
- 6. SELECTION D'ÉTATS MEMBRES POUR FAIRE PARTIE DES CONSEILS ET COMITÉS**
  - 6.1 Élection de deux 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)
  
- 7. PRIX**
  - 7.1 Prix de l'OPS en gestion et leadership dans le domaine des services de santé (2017)

## 8. QUESTIONS POUR INFORMATION

- 8.1 Mise à jour sur la réforme de l’OMS
- 8.2 Centres collaborateurs de l’OPS/OMS
- 8.3 Répercussions de la violence sur la santé des populations des Amériques : rapport final
- 8.4 Stratégie et plan d’action régionaux pour la prévention et le contrôle du cancer du col de l’utérus : rapport final
- 8.5 Projet de plan décennal régional sur la santé bucco-dentaire pour les Amériques : rapport final
- 8.6 Mise en œuvre du Règlement sanitaire international (RSI)
- 8.7 Rapports d’avancement sur les questions techniques :
  - A. Plan d’action sur la Santé dans toutes les politiques : rapport d’avancement
  - B. L’insuffisance rénale chronique dans les communautés agricoles en Amérique centrale : rapport d’avancement
  - C. Plan d’action pour l’accès universel à la sécurité transfusionnelle : évaluation à mi-parcours
  - D. 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 (LGBT) : rapport d’avancement
  - E. La santé et les droits de l’homme : rapport d’avancement
  - F. Plan d’action en matière de vaccination : évaluation à mi-parcours
  - G. Stratégie et plan d’action sur l’épilepsie : évaluation à mi-parcours
  - H. Plan d’action sur la santé mentale : évaluation à mi-parcours
  - I. Plan d’action sur les incapacités et la réadaptation : évaluation à mi-parcours
  - J. Plan d’action pour la coordination de l’assistance humanitaire : évaluation à mi-parcours
  - K. La coopération pour le développement en matière de santé aux Amériques : rapport d’avancement
  - L. Examen de la commission prélevée sur les achats de fournitures de santé publique effectués pour le compte des États Membres : rapport d’avancement
  - M. Situation des Centres panaméricains

**8. QUESTIONS POUR INFORMATION** (*suite*)

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

- A. Soixante-dixième Assemblée mondiale de la Santé
- B. Quarante-septième session ordinaire de l'Assemblée générale de l'Organisation des États Américains
- C. Organisations infrarégionales

8.9 Rapport sur la mise en œuvre du Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques (FENSA)

8.10 Projet de note de synthèse en vue du treizième programme général de travail de l'OMS 2019-2023

**9. AUTRES QUESTIONS**

**10. CLÔTURE DE LA SESSION**



## LISTE DES DOCUMENTS

### Documents officiels

<i>OD345</i> et Add. I	Plan stratégique de l'Organisation panaméricaine de la Santé 2014-2019 (amendé 2017)
<i>OD353</i>	Rapport financier du Directeur et rapport du Commissaire aux comptes pour 2016
<i>OD354</i> , Add. I et Add. II	Programme et budget de l'OPS 2018-2019
<i>OD355</i> et Corr.	Rapport quinquennal 2013-2017 du Directeur du Bureau sanitaire panaméricain
<i>PCT642</i> et Add. I	La santé aux Amériques

### Documents de travail

CSP29/1, Rev. 2	Adoption de l'ordre du jour
CSP29/2	Rapport annuel du Président du Comité exécutif
CSP29/3	Élection du Directeur du Bureau sanitaire panaméricain et proposition pour la nomination du Directeur régional de l'Organisation mondiale de la santé pour les Amériques
CSP29/4	Élection de trois États Membres au Comité exécutif au terme des mandats des États-Unis d'Amérique, du Guatemala et de Trinité-et-Tobago
CSP29/5 et Add. I	Nouveau barème des contributions fixées
CSP29/6, Rev. 3 et Add. I	Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques 2018-2030
CSP29/7, Rev. 1	Politique en matière d'ethnicité et de santé
CSP29/8	Plan d'action pour la pérennité de l'élimination de la rougeole, de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale dans les Amériques 2018-2023

---

**Documents de travail** (*suite*)

CSP29/9	Plan d'action pour le renforcement des données d'état civil 2017-2022
CSP29/10	Stratégie en matière de ressources humaines pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle
CSP/29/11	Stratégie et plan d'action visant à renforcer la lutte antitabac dans la Région des Amériques 2018-2022
CSP29/12 et Add. I	Rapport sur le recouvrement des contributions fixées
CSP29/13	Nomination du Commissaire aux comptes de l'OPS pour 2018-2021
CSP29/14	Élection de deux 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)
CSP29/15	Prix de l'OPS en gestion et leadership dans le domaine des services de santé (2017)

**Documents de information**

CSP29/INF/1	Mise à jour sur la réforme de l'OMS
CSP29/INF/2	Centres collaborateurs de l'OPS/OMS
CSP29/INF/3	Répercussions de la violence sur la santé des populations des Amériques : rapport final
CSP29/INF/4	Stratégie et plan d'action régionaux pour la prévention et le contrôle du cancer du col de l'utérus : rapport final
CSP29/INF/5	Projet de plan décennal régional sur la santé bucco-dentaire pour les Amériques : rapport final
CSP29/INF/6	Mise en œuvre du Règlement sanitaire international (RSI)

**Documents de information** (*suite*)

- CSP29/INF/7                      Rapports d'avancement sur les questions techniques :
- A. Plan d'action sur la Santé dans toutes les politiques : rapport d'avancement
  - B. L'insuffisance rénale chronique dans les communautés agricoles en Amérique centrale : rapport d'avancement
  - C. Plan d'action pour l'accès universel à la sécurité transfusionnelle : évaluation à mi-parcours
  - D. 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 (LGBT) : rapport d'avancement
  - E. La santé et les droits de l'homme : rapport d'avancement
  - F. Plan d'action en matière de vaccination : évaluation à mi-parcours
  - G. Stratégie et plan d'action sur l'épilepsie : évaluation à mi-parcours
  - H. Plan d'action sur la santé mentale : évaluation à mi-parcours
  - I. Plan d'action sur les incapacités et la réadaptation : évaluation à mi-parcours
  - J. Plan d'action pour la coordination de l'assistance humanitaire : évaluation à mi-parcours
  - K. La coopération pour le développement en matière de santé aux Amériques : rapport d'avancement
  - L. Examen de la commission prélevée sur les achats de fournitures de santé publique effectués pour le compte des États Membres : rapport d'avancement
  - M. Situation des Centres panaméricains
- CSP29/INF/8                      Résolutions et autres actions d'organisations intergouvernementales revêtant un intérêt pour l'OPS :
- A. Soixante-dixième Assemblée mondiale de la Santé
  - B. Quarante-septième session ordinaire de l'Assemblée générale de l'Organisation des États Américains
  - C. Organisations infrarégionales

**Documents de information** (*suite*)

CSP29/INF/9                      Rapport sur la mise en œuvre du Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques (FENSA)

CSP29/INF/10                    Projet de note de synthèse en vue du treizième programme général de travail de l’OMS 2019-2023

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

<b>President / Presidente:</b>	Dr. Antonio C. Barrios Fernández (Paraguay)
<b>Vice-President / Vicepresidente:</b>	Hon. Ms. Volda Lawrence (Guyana)
<b>Vice-President / Vicepresidente:</b>	Dr. Miguel Mayo Di Bello (Panamá)
<b>Rapporteur / Relator:</b>	Ms. Lucero Hernandez (Canada)

**MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS**

**ARGENTINA**

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Dr. Jorge Daniel Lemus  
Ministro de Salud  
Ministerio de Salud de la Nación  
Buenos Aires

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de Delegación

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

Delegates – Delegados

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

Dra. María del Carmen Lucioni  
Asesora del Ministro  
Ministerio de Salud  
Buenos Aires

Alternates and Advisers – Suplentes y Asesores

Dr. Valentín Aragüés y Oroz  
Asesor del Ministro  
Ministerio de Salud  
Buenos Aires

Dra. Daniela Rocío Lemus  
Asesora Privada del Sr. Ministro  
Ministerio de Salud  
Buenos Aires

**ARGENTINA (cont.)**

Alternates and Advisers – Suplentes y Asesores (cont.)

Sra. María Lorena Capra  
Primera Secretaria, Representante Alternativa de Argentina ante la Organización de los Estados Americanos  
Washington, D.C.

**BAHAMAS**

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Hon. Dr. Duane Sands  
Minister of Health  
Ministry of Health of the Commonwealth of the Bahamas  
Nassau

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de Delegación

Dr. Merceline Dahl-Regis  
Consultant  
Ministry of Health  
Nassau

Delegates – Delegados

Dr. Phillip Swann  
Registrar  
Ministry of Health  
Nassau

**MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)**

**BARBADOS**

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Ms. Gabrielle Springer  
Permanent Secretary  
Ministry of Health  
St. Michael

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de Delegación

His Excellency Selwin Hart  
Ambassador, Permanent Representative  
of Barbados to the Organization of  
American States  
Washington, D.C.

Delegates – Delegados

Dr. Joy St. John  
Chief Medical Officer  
Ministry of Health  
St. Michael

Dr. Alafia Samuels  
Director, George Alleyne Chronic Disease  
and Research Centre  
University of West Indies  
St. Michael

Alternates and Advisers – Suplentes y Asesores

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

**BELIZE/BELICE (cont.)**

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de Delegación

His Excellency Francisco D. Gutierrez  
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

Dr. Álvaro Terrazas Peláez  
Viceministro de Salud y Promoción  
Ministerio de Salud  
La Paz

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de Delegación

Excmo. Sr. Diego Pary  
Embajador, Representante Permanente de  
Bolivia ante la Organización de los  
Estados Americanos  
Washington, D.C.

Delegates – Delegados

Dr. Dante Ergueta Jiménez  
Director General de Seguros de Salud  
Ministerio de Salud  
La Paz

Dr. Miguel Jorge Seoane Gómez  
Profesional Técnico  
Ministerio de Salud  
La Paz

**MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)**

**BOLIVIA (PLURINATIONAL STATE OF/ ESTADO PLURINACIONAL DE) (cont.)**

Alternates and Advisers – Suplentes y Asesores

Sra. Tania Paz González  
Primera Secretaria, Representante Alternativa de Bolivia ante la Organización de los Estados Americanos  
Washington, D.C.

**BRAZIL/BRASIL**

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Sr. Ricardo Barros  
Ministro de Estado da Saúde  
Ministério da Saúde  
Brasília

Alternate Head of Delegation – Jefe Alternativo de Delegación

Excmo. José Luiz Machado E. Costa  
Embaixador, Representante Permanente do Brasil junto à Organização dos Estados Americanos  
Washington, D.C.

Delegates – Delegados

Dr. Nísia Trindade Lima  
Presidente, Fundação Oswaldo Cruz  
Rio de Janeiro

Sr. Paulo Buss  
Director do Centro de Relações Internacionais em Saúde  
Ministério da Saúde  
Brasília

Alternates and Advisers – Suplentes y Asesores

Sr. Antonio Carlos Figueiredo Nardi  
Secretário-Executivo do Ministério da Saúde  
Ministério da Saúde  
Brasília

**BRAZIL/BRASIL (cont.)**

Alternates and Advisers – Suplentes y Asesores (cont.)

Conselheiro Fabio Rocha Frederico  
Assessor Especial do Ministro da Saúde  
Para Assuntos Internacionais  
Ministério da Saúde  
Brasília

Sra. Indira Meira Gonçalves  
Técnica da Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde  
Ministério da Saúde  
Brasília

Sr. Alexandre Fonseca  
Director de Programas da Secretaria Executiva  
Ministério da Saúde  
Brasília

Sr. Luiz Augusto Galvão  
Assessor para organismos multilaterais  
Centro de Relações Internacionais em Saúde  
Ministério da Saúde  
Brasília

Sr. Bernardo Paranhos Velloso  
Ministro, Representante Alternativo do Brasil junto à Organização dos Estados Americanos  
Washington, D.C.

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

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

**MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)**

**CANADA/CANADÁ**

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Hon. Ginette Petitpas Taylor  
Minister of Health  
Office of International Affairs for the  
Health Portfolio  
Health Canada  
Ottawa

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de Delegación

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

Delegates – Delegados

Mr. Simon Kennedy  
Deputy Minister of Health  
Office of International Affairs for the  
Health Portfolio  
Health Canada  
Ottawa

Dr. Theresa Tam  
Chief Public Health Officer  
Public Health of Canada  
Ottawa

Alternates and Advisers – Suplentes y Asesores

Ms. Genevieve Hinse  
Chief of Staff, Minister's Office  
Office of International Affairs for the  
Health Portfolio  
Health Canada  
Ottawa

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

**CANADA/CANADÁ (cont.)**

Alternates and Advisers – Suplentes y Asesores (cont.)

Ms. Christine Harmston  
Acting Director  
Multilateral Relations Division  
Office of International Affairs for the  
Health Portfolio  
Health Canada  
Ottawa

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

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

Mr. Sebastien Sigouin  
Counselor, Alternate Representative of  
Canada to the Organization of  
American States  
Washington, D.C.

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

Dr. Horacio Arruda  
Directeur national de santé publique et  
sous-ministre adjoint  
Ministère de la Santé et des Services  
Sociaux du Québec  
Québec



**MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)**

**CANADA/CANADÁ (cont.)**

Alternates and Advisers – Suplentes y  
Asesores (cont.)

Ms. Geneviève Poirier  
Conseillère en coopération internationale  
Direction des affaires intergouvernementales  
et de la coopération internationale  
Ministère de la Santé et des Services  
Sociaux du Québec  
Québec

Mr. Frédéric Tremblay  
Directeur  
Bureau du Québec  
Washington, D.C.

Ms. Nicola Toffelmire  
Youth Delegate  
Simon Fraser University  
Ottawa

**CHILE**

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Dra. Carmen Castillo Taucher  
Ministra de Salud  
Ministerio de Salud  
Santiago

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de  
Delegación

Excmo. Sr. Juan Aníbal Barría  
Embajador, Representante Permanente de  
Chile ante la Organización de los Estados  
Americanos  
Washington, D.C.

Delegates – Delegados

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

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

**CHILE (cont.)**

Alternates and Advisers – Suplentes y  
Asesores

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

**COLOMBIA**

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Dr. Luis Fernando Correa Serna  
Viceministro de Salud Pública y Prestación  
de Servicios  
Ministerio de Salud y Protección Social  
Bogotá

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de  
Delegación

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

Delegates – Delegados

Sra. Carmen Inés Vásquez Camacho  
Ministra Plenipotenciaria, Representante  
Altern de Colombia ante la Organización  
de los Estados Americanos  
Washington, D.C.

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

Alternates and Advisers – Suplentes y  
Asesores

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

**MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)**

**COSTA RICA**

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Dra. Karen Mayorga Quirós  
Ministra de Salud  
Ministerio de Salud  
San José

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de Delegación

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

Delegates – Delegados

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

**CUBA**

Head of Delegation – Jefe de Delegación

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

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de Delegación

Excmo. Sr. José R. Cabañas Rodríguez  
Embajador Extraordinario y Plenipotenciario de la República de Cuba ante los Estados Unidos  
Washington, D.C.

Delegates – Delegados

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

**CUBA (cont.)**

Delegates – Delegados (cont.)

Sr. Luis Javier Baro Báez  
Primer Secretario  
Embajada de Cuba ante la Organización de las Naciones Unidas  
Ginebra, Suiza

Alternates and Advisers – Suplentes y Asesores

Sr. Alfonso Casanova Valdés  
Segundo Secretario  
Embajada de Cuba  
Washington, D.C.

**DOMINICA**

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Her Excellency Loreen Bannis Roberts  
Ambassador, Permanent Representative of the Commonwealth of Dominica to the United Nations  
New York

Alternates and Advisers - Suplentes y Asesores

Ms. Judith-Anne Rolle  
First Secretary, Alternative Representative of Dominica to the Organization of American States  
Washington, D.C.

**DOMINICAN REPUBLIC/REPÚBLICA DOMINICANA**

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Dra. Altagracia Guzmán Marcelino  
Ministra de Salud  
Ministerio de Salud Pública  
Santo Domingo

**MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)**

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

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de Delegación

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

Delegates – Delegados

Licda. Dania Guzmán  
Directora de Planificación Institucional  
Ministerio de Salud Pública  
Santo Domingo

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

Alternates and Advisers - Suplentes y Asesores

Sr. Pedro Zaiter  
Encargado de Negocios, a.i., Representante Alterno de la República Dominicana ante la Organización de los Estados Americanos Washington, D.C.

Sra. Érika Álvarez Rodríguez  
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

**ECUADOR (cont.)**

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de Delegación

Excmo. Sr. Marcelo Vázquez  
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

Sr. Soc. Peter N. Skerrett Guanoluisa  
Analista de Cooperación y Relaciones Internacionales  
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

Excmo. Carlos Calles Castillo  
Embajador, Representante Permanente de El Salvador ante la Organización de los Estados Americanos Washington, D.C.

Delegates – Delegados

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

**MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)**

**EL SALVADOR (cont.)**

Delegates – Delegados (cont.)

Srta. Wendy J. Acevedo  
Representante Alternativa 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 and Social Security  
Ministry of Health and Social Security  
St. George's

Alternate Head of Delegation – Jefe Alternativo de  
Delegación

His Excellency Dr. E. Angus Friday  
Ambassador, Permanent Representative  
of Grenada to the Organization of the  
American States  
Washington, D.C.

Delegates – Delegados

Dr. George Mitchell  
Chief Medical Officer  
Ministry of Health and Social Security  
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 Alternativo de  
Delegación

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

**GUATEMALA (cont.)**

Delegates – Delegados

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

Sr. Mauricio R. Benard Estrada  
Tercer Secretario, Representante Alternativo  
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 Alternativo de  
Delegación

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

Delegates – Delegados

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

**HAITI/HAÏTÍ**

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

**MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)**

**HAITI/HAÏTÍ (cont.)**

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de Delegación

Ambassadeur Léon Charles  
Représentant Permanent, a.i.  
Mission Permanente de la République  
d'Haïti auprès de l'OEA  
Washington, D.C.

Delegates – Delegados

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

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

Alternates and Advisers – Suplentes y Asesores

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

Dr Pavel Desrosiers  
Conseiller Technique à la Direction Générale  
Ministère de la Santé Publique et de la  
Population  
Port-au-Prince

Madame Claudine Lebrun Veillard  
Première Secrétaire  
Mission Permanente de la République  
d'Haïti auprès de l'OEA  
Washington, D.C.

**HONDURAS**

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Dra. Delia Rivas Lobo  
Secretaria de Estado en el Despacho  
de Salud  
Secretaría de Salud  
Tegucigalpa

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de Delegación

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

Delegates – Delegados

Dra. Janethe Aguilar Montano  
Directora de la Unidad de Planeamiento  
y Evaluación de la Gestión  
Secretaría de Salud  
Tegucigalpa

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

**JAMAICA**

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Hon. Christopher Tufton  
Minister of Health  
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.

**MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)**

**JAMAICA (cont.)**

Delegates – Delegados

Mrs. Sancia Bennett Templer  
Permanent Secretary  
Ministry of Health  
Kingston

Dr. Winston De La Haye  
Chief Medical Officer  
Ministry of Health  
Kingston

Alternates and Advisers – Suplentes y  
Asesores

Ms. Ava-Gay Timberlake  
Director of International Cooperation  
Ministry of Health  
Kingston

Ms. Denese McFarlane  
Health Specialist  
Planning Institute of Jamaica  
Kingston

Mrs. Marsha Coore-Lobban  
Deputy Chief of Mission  
Embassy of Jamaica  
Washington, D.C.

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

**MEXICO/MÉXICO**

Head of Delegation – Jefe de Delegación

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

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de  
Delegación

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

**MEXICO/MÉXICO (cont.)**

Delegates – Delegados

Dra. Gudelia Rangel  
Comisión de Salud Fronteriza México-  
Estados Unidos  
México, D.F.

Licdo. Jesús Schucry Giacoman Zapata  
Consejero, Representante Alterno 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 Alterno de  
Delegación

Licdo. Luis E. Alvarado Ramirez  
Ministro Consejero, Representante Alterno  
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 Alterno de  
Delegación

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

**MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)**

**PANAMA/PANAMÁ (cont.)**

Delegates – Delegados

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

Dra. Itza Barahona de Mosca  
Directora General de Salud  
Ministerio de Salud  
Ciudad de Panamá

Alternates and Advisers – Suplentes y  
Asesores

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

Dr. Julio García Vallarín  
Subdirector General de la Caja  
del Seguro Social  
Ministerio de Salud  
Ciudad de Panamá

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

**PARAGUAY**

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Dr. Antonio Carlos Barrios Fernández  
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.

**PARAGUAY (cont.)**

Delegates – Delegados

Dra. Rocío Fernández de Britez  
Directora General de Asesoría Jurídica  
Ministerio de Salud Pública y  
Bienestar Social  
Asunción

Dra. Águeda Cabello  
Directora General de Vigilancia de la Salud  
Ministerio de Salud Pública y  
Bienestar Social  
Asunción

Alternates and Advisers – Suplentes y  
Asesores

Lic. Rubén Darío Barrios Velásquez  
Director Financiero  
Dirección General de Administración  
y Finanzas  
Asunción

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

**PERU/PERÚ**

Head of Delegation – Jefe de Delegación

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

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de  
Delegación

Lic. Rocío Cathia Casildo Canedo  
Directora General de Cooperación Técnica  
Ministerio de Salud  
Lima

**MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)**

**PERU/PERÚ (cont.)**

Delegates – Delegado

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

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 Honourable Mary Issac  
Minister for Health and Wellness  
Ministry of Health and Wellness  
Waterfront, Castries

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de  
Delegación

Dr. Merlene Fredericks  
Chief Medical Officer  
Ministry of Health and Wellness  
Waterfront, Castries

**SAINT KITTS AND NEVIS/SAINT KITTS  
Y NEVIS**

Head of Delegation – Jefe de Delegación

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

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de  
Delegación

Her Excellency Dr. Thelma Phillip-Browne  
Ambassador  
Embassy of St. Kitts & Nevis  
Washington, D.C.

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

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Honorable 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. Patrick V. Pengel  
Minister of Health  
Ministry of Health  
Paramaribo

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de  
Delegación

Mrs. Edith J. Tilon  
Deputy Director of Health  
Ministry of Health  
Paramaribo

Delegates – Delegados

Mrs. Ludmilla H. Williams  
UN Focal Point  
Ministry of Health

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

**TRINIDAD AND TOBAGO/TRINIDAD Y  
TABAGO**

Head of Delegation – Jefe de Delegación

His Excellency Brigadier General  
(Ret'd.) Anthony W. J. Phillips-Spencer  
Ambassador, Permanent Representative  
of the Republic of Trinidad and Tobago to  
the Organization of American States  
Washington, D.C.



**MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)**

**TRINIDAD AND TOBAGO/TRINIDAD Y TABAGO (cont.)**

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de Delegación

Dr. Karen Sealey  
Executive Technical Advisor  
Ministry of Health  
Port-of-Spain

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

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Honorable Dr. Tom Price  
Secretary of Health and Human Services  
Department of Health and Human Services  
Washington, D.C.

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de Delegación

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

Delegates – Delegados

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

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

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

Alternates and Advisers – Suplentes y Asesores

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

Mr. Keagan Lenihan  
Senior Counselor  
Department of Health and Human Services  
Washington, D.C.

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

Ms. Maggie Wynne  
Counselor to the Secretary  
Immediate Office of the Secretary  
Director, Multilateral 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. Adriana Gonzalez  
Office of Management, Policy, and  
Resources  
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.)**

Alternates and Advisers – Suplentes y Asesores (cont.)

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

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

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

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

Ms. Tammy Pomerleau  
Management Analyst  
Office of Management, Policy, and Resources  
Bureau of International Organization Affairs  
Department of State  
Washington, D.C.

Ms. Katie Qutub  
Senior Health System Strengthening Advisor  
Bureau for Latin America and the Caribbean  
Agency for International Development  
Washington, D.C.

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

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

Alternates and Advisers – Suplentes y Asesores (cont.)

Mr. John Stowell  
Health Advisor  
Office of Economic and Development Assistance  
U.S. Department of State  
Washington, D.C.

Ms. Rachel Wood  
Global Health Officer  
Multilateral Affairs Office  
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

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

Sra. Paula Rolando  
Consejera, Representante Alterna del Uruguay ante la Organización de los Estados Americanos  
Washington, D.C.

**MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS** *(cont.)*

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

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Dr. Maiqui Micheli Flores Meneses  
Viceministro de Salud Integral  
Poder Popular para la Salud  
Caracas

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de Delegación

Excma. Sra. Carmen Velásquez de Visbal  
Embajadora, Encargada de Negocios, a.i.  
de la República Bolivariana de Venezuela  
ante la Organización de los Estados  
Americanos  
Washington, D.C.

Delegates – Delegados

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

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

Delegates – Delegados *(cont.)*

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

Alternates and Advisers – Suplentes y Asesores

Sra. Gabriela Torrealba  
Personal de Apoyo  
Misión Permanente de la República  
Bolivariana de Venezuela ante la  
Organización de los Estados Americanos  
Washington, D.C.

Sra. Rocío Figueroa García  
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

Mr. Michel Pinard  
Ambassador, Permanent Representative of  
France to the Organization of American  
States  
Washington, D.C.

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de Delegación

Mr. Pierre Pedico  
Alternate Observer of France to the  
Organization of American States  
Washington, D.C.

**FRANCE/FRANCIA** *(cont.)*

Delegates - Delegados

Mrs. Ondine Tavernier  
Policy Officer  
French Mission to the Organization of  
American States  
Washington, D.C.

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

**PARTICIPATING STATES/ESTADOS PARTICIPANTES (cont.)**

**FRANCE/FRANCIA (cont.)**

Alternates and Advisers – Suplentes y  
Asesores

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

**NETHERLANDS/PAÍSES BAJOS**

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Dr. Regine Aalders  
Counselor  
Ministry of Health, Welfare and Sport  
Embassy of the Kingdom of the Netherlands  
Washington

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de  
Delegación

Ms. Eline Huisman  
Ministry of Health, Welfare and Sport  
Embassy of the Kingdom of the Netherlands  
Washington

Delegates - Delegados

Mr. Roland A. Driece  
Deputy Director  
International Affairs  
Ministry of Health, Welfare and Sport  
Embassy of the Kingdom of the Netherlands  
Washington

**UNITED KINGDOM/REINO UNIDO**

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Mrs. Alison Raw  
Lead for Overseas Territories and Devolved  
Administrators  
Department of Health  
United Kingdom

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de  
Delegación

Mrs. Catherine Houlsby  
Lead, of Global Health and International  
Business  
Department of Health  
United Kingdom

Delegates - Delegados

Mrs. Nueteki Akuetteh  
Senior Policy Adviser  
Global and Economic Policy Group  
British Embassy  
Washington D.C.

**ASSOCIATE MEMBERS/MIEMBROS ASOCIADOS**

**ARUBA**

**CURAÇAO**

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Honorable Suzanne Camellia-Römer  
Minister of Health and the Environment  
Ministry of Health and the Environment  
Willemstad

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de Delegación

Mrs. Aimée Fransisco-Kleinmoedig  
Chief of Staff  
Ministry of Health and the Environment  
Willemstad

**CURAÇAO (cont.)**

Delegates - Delegados

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

**PUERTO RICO**

**SINT MAARTEN/SAN MARTÍN**

**OBSERVER STATES/ESTADOS OBSERVADORES**

**PORTUGAL**

Ms. Mariana Faisca  
Counselor to the Deputy Chief of Mission  
Embassy of Portugal  
Washington, D.C.

**SPAIN/ESPAÑA**

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

**SPAIN/ESPAÑA (cont.)**

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

Sr. D. Ignacio Lázaro  
Colaborador  
Misión Observadora Permanente de España  
ante la Organización de los Estados  
Americanos  
Washington, D.C.

**REPRESENTATIVES OF THE EXECUTIVE COMMITTEE/  
REPRESENTANTES DEL COMITÉ EJECUTIVO**

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

Dr. Karen Sealey  
Executive Technical Advisor  
Ministry of Health  
Port-of-Spain

**AWARD WINNERS/  
GANADORES DE LOS PREMIOS**

**PAHO Award for Health Services  
Management and Leadership 2017/  
Premio OPS a la Gestión y al Liderazgo en  
los Servicios de Salud 2017**

Dra. Stella Bolaños Varela  
Costa Rica

**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. Inés Bustillo  
Sra. Helvia Velloso

**United Nations Environment Programme/  
Programa de las Naciones Unidas para el  
Medio Ambiente**

Ms. Laura Fuller

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

**Amazon Cooperation Treaty  
Organization/Organización del Tratado de  
Cooperación Amazónica**

Dr. Luis Francisco Sanchez Otero

**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  
Dr. Jorge Jemio  
Sra. Gloria Lagos

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

Sr. Horrys Friaça

**Institute of Nutrition of Central America and  
Panama/Instituto de Nutrición de Centro  
América y Panamá**

Sra. Carolina Siu Bermúdez  
Dra. Ana Victoria Román

**Japan International Cooperation  
Agency/Agencia de Cooperación  
Internacional del Japón**

Mr. Yosuke Kobayashi

**REPRESENTATIVES OF INTERGOVERNMENTAL ORGANIZATIONS/  
REPRESENTANTES DE ORGANIZACIONES INTERGUBERNAMENTALES (cont.)**

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

Dr. Carlene Radix

**Proyecto de Integración y Desarrollo de  
Mesoamérica/ Mesoamerica Integration and  
Development Project**

Dra. Lidia Fromm Cea

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

Sr. Mauricio Rands

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

Dra. Carina Vance Mafla

**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

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

Sr. Luis Villalba  
Sr. Juan Carlos Trujillo de Hart  
Mr. Herlys Gianelli  
Mr. Antonio Arce  
Mr. Carl Meacham  
Mr. Ariosto Matus Pérez

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

Ms. Vina HuLamm

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

Dr. Beatriz Champagne

**Latin American Society of Nephrology and  
Hypertension/Sociedad Latinoamericana de  
Nefrología e Hipertensión**

Dr. Alberto Alles  
Dr. Alfonso Cueto-Manzano

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

Sra. Pilar Tello Espinoza

**Mundo Sano**

Ms. Amber Cashwell

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

Dr. Rubén Abete

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

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

Ms. Marcela Gaitán

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

Mr. Brian Davis  
Ms. Ana Carvalho  
Ms. Tara Hayward  
Ms. Carly Gasca  
Ms. Sarah Kester  
Ms. Cathy Smith  
Ms. Chidi Obasi  
Ms. Dana Silver

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

**American Heart Association/Asociación  
Americana del Corazón**

Ms. Diana Vaca McGhie

**International Federation of Medical  
Students' Associations/Federación  
Internacional de Asociaciones de  
Estudiantes de Medicina**

Mr. Frank Rodríguez Yépez  
Mr. Iván Canaval Díaz  
Ms. Marian Antonieta Flores Salinas  
Ms. Michelle Houde  
Mr. Juan Camilo Londoño  
Mr. Andres Quinteros Leyra

**Bill and Melinda Gates Foundation/  
Fundación Bill y Melinda Gates**

Ms. Sandra Fried

**Framework Convention Alliance for  
Tobacco Control/Alianza para el Convenio  
Marco para el Control del Tabaco**

Mr. Laurent Huber  
Ms. Patricia Sosa

**International Federation of Pharmaceutical  
Manufacturers Associations/Federación  
Internacional de la Industria del  
Medicamento**

Ms. Shira Kilcoyne  
Ms. Kathleen Laya  
Ms. Alejandra Martínez

**Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis  
and Malaria/ Fondo mundial para la lucha  
contra el VIH/SIDA, la tuberculosis y la  
malaria**

Ms. Annelise Hirschmann  
Ms. Lilian Pedrosa

**Knowledge Ecology International**

Ms. Claire Cassidy  
Mr. Andrew Goldman

**Union for International Cancer Control**

Mr. Paul Holmes



**SPECIAL GUESTS/  
INVITADOS ESPECIALES**

Sir Amyas Morse  
Comptroller and Auditor General of the  
United Kingdom  
National Audit Office  
London

Mr. Simon Irwin  
Audit Manager  
National Audit Office  
London

Mr. Ahn H-Young  
Ambassador  
Embassy of the Republic of Korea

Mr. Minsoo Park  
Minister-Counselor for Health & Welfare  
Embassy of the Republic of Korea

Sra. Samuel Samuel  
Coordinadora Nacional de Organizaciones  
negras panameñas (CONEGPA)  
Panamá

Sra. Dali Ángel  
Coordinadora de la Unidad de Juventud  
Indígena del Fondo para el Desarrollo de  
los Pueblos Indígenas de América Latina y  
el Caribe (FILAC)  
México

Sra. Ariadyne Acunha  
Asociación Internacional Mayle Sara Kali  
Brasil

**WORLD HEALTH ORGANIZATION/  
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD**

Dr. Tedros Ghebreyesus  
Director-General

Dr. Senait Fisseha  
Senior Advisor to the Director General

Dr. Peter Salama  
Executive Director, HEO

Dr. Carmen Dolea  
Technical Officer, IHR Global Functions

Mr. Nicholas Jeffreys  
Comptroller and Director, FNM

Mr. Werner Obermeyer  
Deputy Executive Director  
United Nations Office  
New York

Ms. Jessica Clark  
Meetings and Events Coordinator  
United Nations Office  
New York

**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. Francisco Becerra Posada  
Assistant Director  
Subdirector

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

Mr. Gerald Anderson  
Director of Administration  
Director de Administración

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

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

- - -