



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

28^e CONFÉRENCE SANITAIRE PANAMÉRICAINNE
64^e SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL

Washington, D.C., ÉUA, du 17 au 21 septembre 2012

Point 3.2-A de l'ordre du jour provisoire

OD343 (Fr.)
21 août 2012
ORIGINAL : ANGLAIS

**RAPPORT QUINQUENNAL 2008-2012 DU DIRECTEUR
DU BUREAU SANITAIRE PANAMÉRICAIN**

100 ans du progrès panaméricain en santé

TABLE DES MATIÈRES

CHAPITRE I : LES AMERIQUES AU NOUVEAU MILLENAIRE	4
Interventions et réussites en santé publique.....	7
CHAPITRE II : L'OPS : UN PARTENAIRE POUR LE NOUVEAU SIÈCLE	16
La réalisation des OMD et le renouvellement des soins de santé primaires.....	17
La lutte contre les maladies chroniques	22
Les pays prioritaires de l'OPS	24
Les partenariats pour la santé.....	28
La promotion les réseaux de santé publique	32
La promotion de la préparation.....	35
La pandémie de grippe H1N1 de 2009	36
CHAPITRE III : UNE ORGANISATION EN EVOLUTION	38
Politique budgétaire et gestion fondée sur les résultats	38
Décentralisation	39
Nouveaux modèles et entités	43
Politiques et processus des lieux de travail.....	44
Compétences et apprentissage	46
Cybermanuel et manuel des opérations au niveau de pays.....	47
Transparence, responsabilisation et contrôle	48
Cadre de réponse institutionnelle et EOC.....	51
Technologies de l'information et de la communication	51
Stratégie du savoir et des communications et Web 2.0	53
Système d'information pour la gestion du BSP.....	55
Achats, recrutement et performance	56
CHAPITRE IV : LES PROGRES FUTURS EN SANTE PUBLIQUE	58
Consolider les réalisations	58
Réaliser le programme inachevé.....	63
Défis émergents	67

Du Directeur

Aux États Membres :

Conformément aux dispositions de la Constitution de l'Organisation panaméricaine de la Santé, j'ai l'honneur de présenter le rapport quinquennal 2008-2012 portant sur le travail accompli par le Bureau sanitaire panaméricain, Bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour les Amériques. Ce rapport souligne les principales réalisations du Bureau pour ce qui est de fournir une coopération technique au cours de cette période, dans le cadre du Plan stratégique 2008-2012 de l'Organisation panaméricaine de la Santé, tel que défini par les Organes directeurs de l'Organisation panaméricaine de la Santé.

Mirta Roses Periago

Pendant 110 ans, le panaméricanisme a représenté une force puissante pour le progrès de la santé, entraînant des réalisations que peu auraient pu imaginer il y a un siècle. Alors que nous célébrons ces réalisations, nous voulons également établir de nouveaux objectifs plus ambitieux, afin de combler les écarts de santé persistants entre les pays et en leur sein. À cet effet, il nous faut renforcer la volonté politique et mobiliser toute la société pour venir à bout des déterminants historiques de la santé qui sont autant d'obstacles sur le chemin menant à la sécurité humaine et au développement durable. Notre rêve partagé est que notre hémisphère soit en mesure d'annoncer, de préférence le plus tôt possible, la réalisation de « la santé pour tous. »

*Mirta Roses Periago
Directrice*

CHAPITRE I

LES AMERIQUES AU NOUVEAU MILLENAIRE

1. La première décennie du nouveau millénaire a été une période de progrès importants, bien que mitigés, pour la santé et le développement dans les Amériques. Au niveau régional, l'espérance de vie s'est allongée de 4 années entre 2000 et 2010, passant de 72,2 à 76,2 ans. Le taux de mortalité a diminué de 11 %, bien que la population vieillisse rapidement (et la diminution du taux de mortalité a certainement contribué à ce vieillissement).

2. Malgré le ralentissement économique qu'a connu la fin de la décennie, le nombre de personnes vivant dans la pauvreté dans la Région a diminué de 44 millions entre 2002 et 2011, et le nombre de personnes vivant dans une extrême pauvreté a chuté de 27 millions. Cela était en bonne partie le résultat d'une croissance économique soutenue au début de la décennie, mais aussi le résultat des politiques anti-pauvreté ciblées que plusieurs pays avaient mises en œuvre.

3. Sur le plan du développement politique, les tendances positives des années 1990 se sont poursuivies dans les années 2000, avec la consolidation continue de la démocratie et de la primauté du droit, une décentralisation politique et administrative accrue, et une plus grande participation des citoyens à la gouvernance locale. Il y a bien eu des menaces à l'ordre démocratique, mais elles ont été peu nombreuses, et elles n'ont pas modifié l'évolution régionale vers un approfondissement de la démocratie. En fait, l'Amérique latine et les Caraïbes ont enregistré le meilleur score parmi les régions en développement au cours de cette décennie quant à l'« indice de démocratie » établi par l'Economist Intelligence Unit, devancées seulement par l'Europe et l'Amérique du Nord.

4. La révolution en cours quant à l'usage des technologies de l'information, qui a amplifié de manière exponentielle la communication et le partage d'informations au sein des pays, a contribué à ces tendances positives. L'usage croissant des médias Web et des médias sociaux a donné naissance à de nouveaux réseaux sociaux ou axés sur des centres d'intérêt, y compris de nouvelles « communautés de pratique », dont beaucoup portent sur des questions de santé. Ces médias ont manifestement aidé à mobiliser et à canaliser des exigences nouvelles et grandissantes réclamant inclusion et participation sociales, ainsi qu'une obligation de rendre compte de la part des gouvernements, des organisations et des entreprises.

5. Bien que des progrès vers une gouvernance plus démocratique et participative aient eu lieu dans de nombreux pays de la Région, d'autres ont dû faire face à des défis importants à cet égard, surtout ceux qui sont les plus touchés par le commerce de la drogue et le crime organisé. À la fin de la décennie, les succès enregistrés quant au contrôle du trafic de drogue dans des pays comme la Colombie et le Mexique ont eu pour effet de déplacer les itinéraires de transport de la drogue et la violence qui y est liée vers d'autres pays, particulièrement l'Amérique centrale. Ce déplacement a attiré l'attention sur la nécessité de disposer d'approches régionales et infrarégionales de ce problème, et a suscité des appels à élargir le débat portant sur les politiques internationales pour qu'il considère de nouvelles options, y compris la décriminalisation ainsi que des interventions accrues et novatrices en matière de prévention et de réduction de la demande dans des régions à forte consommation comme l'Europe et les États-Unis.

6. Sur le plan économique, les pays ont accru leur participation au sein de l'économie mondiale au cours de la décennie tout en continuant de suivre des modèles de développement adaptés à leurs propres besoins et à leurs propres réalités. Une tendance particulièrement digne de mention a été le progrès continu de l'intégration régionale et infrarégionale. À des mécanismes bien établis tels que le Marché commun du cône sud (MERCOSUR), la Communauté andine et la Communauté des Caraïbes, ainsi que le Système d'intégration de l'Amérique centrale (SICA) sont venus s'ajouter de nouvelles entités : l'Union des nations sud-américaines (UNASUR), la Communauté d'États latino-américains et caribéens (CELAC), l'Alliance bolivarienne pour les peuples de notre Amérique (ALBA) et l'Alliance du Pacifique (Chili, Colombie, Mexique et Pérou). Ces initiatives ont non seulement aidé à étendre le commerce intrarégional et les exportations régionales, mais ont aussi accru la coopération panaméricaine dans plusieurs domaines, allant du développement des infrastructures et de la sécurité énergétique à l'harmonisation des règlements sanitaires et l'accès aux médicaments essentiels (voir aussi le chapitre II). Grâce à son appartenance au groupe BRICS, le Brésil a commencé à explorer des possibilités de coopération similaires avec les principales économies émergentes du monde. Pendant ce temps, 12 États Membres de l'OPS participent à des réunions du Groupe des 20 (G20) pays en développement : l'Argentine, la Bolivie, le

Brésil, le Chili, Cuba, l'Équateur, le Guatemala, le Mexique, le Paraguay, le Pérou, l'Uruguay et le Venezuela.

7. Toutefois, malgré les progrès importants du point de vue économique et social réalisés au cours de la décennie, les Amériques n'ont pas surmonté leur situation en tant que région la plus inégalitaire du monde. L'inégalité sur le plan du revenu, telle que mesurée par l'indice de Gini, s'est améliorée d'à peine 6,5 % au cours de la décennie (passant de 0,46 en 2000 à 0,43 en 2010). En 2010, les 20 % les plus riches au sein de la population de la Région gagnaient 49,6 % du revenu total, alors que les 20 % les plus pauvres ne gagnaient que 5,6 %.

8. Cette inégalité se manifestait aussi quant à des déterminants sociaux de la santé et du développement clés, y compris l'accès à l'eau et à l'assainissement ainsi que l'exposition à des contaminants environnementaux. Deux exemples particulièrement poignants de cette inégalité ont été l'épidémie de choléra en Haïti et l'épidémie inexplicite d'insuffisance rénale dans des pays d'Amérique centrale, qui ont causé la mort de plus de 18 000 personnes au cours de la décennie. Cela nous a rappelé de manière alarmante les effets potentiels des risques environnementaux sur des groupes vulnérables, principalement des familles rurales dans ce cas.

9. L'impact des nombreux désastres naturels qui ont frappé la Région au cours de la décennie a, en outre, révélé clairement les inégalités et les vulnérabilités qui perdurent dans les pays et les groupes de population plus pauvres. Ces désastres allaient des inondations et des sécheresses qui ont touché des dizaines de milliers de personnes en Amérique centrale rurale au séisme de janvier 2010 en Haïti, dont on estime qu'il a causé la mort de plus de 200 000 personnes. L'impact catastrophique du séisme d'une magnitude de 7,0 en Haïti contrastait fortement, en partie à cause de la plus grande vulnérabilité d'Haïti, avec l'impact moindre du séisme d'une magnitude de 8,8 et du tsunami qui ont frappé le Chili quelques semaines plus tard.

10. En matière de santé publique, deux tendances démographiques et épidémiologiques globales ont défini la décennie : le vieillissement de la population dans la Région et le fardeau croissant des maladies non transmissibles (MNT) chroniques. Entre 2000 et 2009, le nombre de personnes de plus de 60 ans est passé de 92 millions à près de 120 millions. Cette augmentation a créé des défis particuliers pour les systèmes de santé, qui, dans la plupart des pays, se sont avérés sous-équipés sur le plan financier et organisationnel pour faire face à la progression rapide des MNT et des autres aspects du vieillissement qui concernent la santé. Cette tendance a aussi accru les pressions sur les familles et en particulier sur les femmes, qui fournissent la majorité des soins aux adultes vieillissants. Toutefois, l'impact s'est fait sentir surtout sur les personnes âgées elles-mêmes : beaucoup d'entre elles souffrent non seulement de problèmes de santé liés à l'âge, mais aussi de la pauvreté et d'un manque de protection sociale.

11. Parmi les tendances clés qui ont eu une influence sur la santé et sur le développement social, on peut noter l'urbanisation continue et en grande partie non planifiée dans la Région, les migrations internationales et les déplacements de population internes, ainsi que le changement climatique ; tous ces facteurs ont augmenté l'exposition aux risques pour la santé parmi les groupes vulnérables. Néanmoins, la Région a, tout compte fait, enregistré des gains importants en matière de développement humain au cours de la décennie. La prochaine section décrit quelques-uns des processus importants de santé publique qui ont contribué à ces réussites au sein de la Région.¹

Interventions et réussites en santé publique

12. La Déclaration du Millénaire de 2000 ainsi que les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) et les cibles qui ont suivi ont confirmé un consensus croissant aux niveaux mondial et régional : la santé est une composante essentielle du développement économique et social ainsi que du bien-être humain fondamental. Dans la Région des Amériques, ce consensus s'est traduit par de nouveaux investissements et de nouvelles initiatives d'envergure, et par les progrès importants réalisés quant à l'atteinte des buts relatifs à la santé publique au cours de la décennie.

13. Les dépenses publiques totales en santé sont passées, au cours de la décennie, de 212,8 milliards de dollars US (en 2000) à 304,2 milliards de dollars US (en 2010), soit une augmentation de 43 % en dollars constants. (Durant la même période, les dépenses privées en santé ont diminué de 6,7 %, passant de 282,1 milliards de dollars US à 263,1 milliards de dollars US.) La plus grande partie de cette augmentation a eu lieu durant la première moitié de la décennie. De 2000 à 2005, les dépenses en santé publique ont augmenté de 8,6 % par an, bien au-delà de la croissance économique, passant de 3,1 % à 4,0 % du produit intérieur brut (PIB). En revanche, durant la seconde moitié de la décennie, les dépenses en santé publique n'ont pas suivi le rythme de la croissance économique et sont passées de 4,0 % à 3,7 % du PIB.

14. L'accroissement des dépenses en santé au début de la décennie était dû en partie aux coûts croissants des soins de santé, mais il traduisait aussi une détermination accrue de la part des pays à remédier à des problèmes que les réformes en santé, à la fin des années 1980 et au cours des années 1990, n'avaient pas réussi à résoudre. Ces problèmes comprenaient, entre autres, des systèmes de santé fragmentés, le grand nombre de personnes dépourvues de protection sociale et relative aux soins de santé, de même que les problèmes étroitement liés que sont la pauvreté, l'exclusion sociale et les autres déterminants sociaux de l'inégalité en matière de santé.

¹ On peut trouver des détails et une analyse complémentaires des tendances récentes en santé et en développement dans la Région des Amériques dans l'édition 2012 de l'ouvrage *Health in the Americas*, le rapport quinquennal de l'OPS publié en même temps que le présent rapport.

15. En 2006, les États Membres de l'OPS se sont mis à l'œuvre pour concevoir une approche régionale de ces défis. Ce travail a finalement mené à l'une des plus importantes initiatives régionales de la décennie en matière de santé publique : le Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017. Élaboré grâce à un vaste processus de consultation et de création de consensus, le Programme représente la vision politique et stratégique du plus haut niveau en matière de santé dans les Amériques. Il est destiné à guider les interventions collectives réalisées par toutes les parties concernées dans le domaine de la santé, y compris les planificateurs nationaux des services de santé, les organismes de coopération technique et les autres partenaires sanitaires de la Région.

16. L'élaboration du Programme a commencé en mars 2006 et a été dirigée par un groupe de travail spécial composé de représentants de 10 pays (Argentine, Brésil, Chili, Costa Rica, El Salvador, États-Unis d'Amérique, Guyana, Panama, Saint-Vincent-et-les Grenadines et Venezuela [République bolivarienne du]); le Bureau sanitaire panaméricain (BSP) servait de secrétariat. Au cours d'un processus d'une durée d'un an, le groupe a reçu des contributions de tous les pays de la Région ainsi que d'agences et d'organismes de coopération technique onusiens et autres, d'établissements d'enseignement et d'organisations non gouvernementales. Le lancement du document final a eu lieu en juin 2007 devant la 37^e Assemblée générale de l'Organisation des États américains (OEA) à Panama ; le document était accompagné d'une déclaration signée par les autorités sanitaires de tous les États Membres de l'OPS.

17. Le Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017 se fonde sur les principes communs suivants : la santé comme droit de l'homme, l'équité en matière de santé, l'universalité, l'accès et l'inclusion, la participation sociale et la solidarité panaméricaine. Il présente une analyse de situation qui traduit une vision commune des défis courants de santé publique avec lesquels sont aux prises les pays de la Région ainsi que des mesures nécessaires pour y faire face. Le Programme expose huit domaines d'intervention clés : renforcer les autorités sanitaires nationales, agir sur les déterminants de la santé, accroître la protection sociale et l'accès à des services de santé de qualité, réduire les inégalités en matière de santé entre les pays et au sein des pays, diminuer le risque et le fardeau que représente la maladie, renforcer la gestion et le développement des agents de santé, mettre à profit le savoir, la science et la technologie, et renforcer la sécurité sanitaire.

18. L'un des processus régionaux les plus importants qui contribuent aux progrès de la Région vers l'atteinte des OMD et des buts du Programme d'action sanitaire pour les Amériques a été l'élargissement de la protection sociale, en matière de santé de même qu'en ce qui a trait à des déterminants sociaux de la santé aussi cruciaux que la sécurité du revenu et l'accès aux services essentiels, en accord avec l'Initiative pour un socle de protection sociale des Nations Unies.

La Conférence mondiale sur les déterminants sociaux de la santé

L'une des réussites les plus importantes dans le domaine du plaidoyer en santé mondiale au cours de la première décennie des années 2000 a été une meilleure visibilité politique pour les déterminants sociaux de la santé (DSS). Le rapport final 2008 de la Commission sur les déterminants sociaux de la santé, intitulé *Comblant le fossé en une génération*, a démontré avec succès que les déterminants sociaux – où les gens naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent, ainsi que leur accès aux services de santé – constituent les facteurs principaux qui sous-tendent les inégalités en matière de santé existant entre les individus partout dans le monde.

Afin de développer un appui quant à une intervention sur ces questions, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a tenu la Conférence mondiale sur les déterminants sociaux de la santé à Rio de Janeiro, au Brésil, en octobre 2011. La conférence a été organisée par le ministère de la Santé, le ministère des Affaires étrangères et la Fondation Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), en étroite coordination avec l'OMS et l'OPS ; le gouvernement du Brésil en a été l'hôte.

En prévision de la conférence, l'OPS a organisé trois consultations destinées à formuler des recommandations régionales : une réunion d'États Membres, une consultation virtuelle avec 300 organisations de la société civile (suivie d'une réunion plus petite, en face à face, visant à synthétiser les résultats) et une consultation virtuelle avec les membres de la liste de diffusion Équité, santé et développement humain de l'OPS visant à atteindre d'autres parties concernées. Les recommandations nées de ces consultations ont été documentées et largement diffusées.

Un des points saillants de la conférence mondiale – laquelle a attiré plus de 1000 personnes en plus des 19 000 participants virtuels – fut la présentation de sept études de cas provenant des Amériques, illustrant les aspects systématiques et pratiques de la mise en œuvre de l'approche axée sur les DSS au niveau des pays.

Par la suite, la Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé a été entérinée par la 65^e Assemblée mondiale de la Santé de l'OMS, ainsi que des mesures visant à appuyer ses cinq domaines d'intervention prioritaires : gouvernance visant à s'attaquer aux causes fondamentales des inégalités en matière de santé, promotion de la participation et du leadership communautaire, rôle du secteur sanitaire dans la réduction des inégalités, interventions parmi les partenaires mondiaux et les parties concernées, et suivi des progrès accomplis.

En juin 2012, la Conférence des Nations Unies sur le développement durable (Rio+20) a renforcé davantage l'approche axée sur les DSS en demandant « de se concentrer sur les facteurs sociaux et environnementaux de la santé, tant pour les segments pauvres et vulnérables que pour l'ensemble de la population, en vue d'édifier des sociétés ouvertes, justes, productives et saines ».

19. Au cours de la première décennie des années 2000, les dépenses moyennes de santé publique en Amérique latine et dans les Caraïbes ont atteint un sommet à 4,1 % du PIB en 2008-2009 ; les dépenses de santé des pays pris individuellement ont été, dans de nombreux cas, nettement plus faibles durant cette décennie. Le Rapport sur la santé dans le monde 2010, intitulé *Le financement des systèmes de santé : le chemin vers une couverture universelle*, fait la preuve qu'aucun pays n'a atteint une couverture universelle en santé avec des dépenses de santé publique de moins de 5-6 % du PIB. Néanmoins, plusieurs pays ont augmenté la couverture sanitaire en accroissant la proportion de la population couverte ou le niveau de services offert, ou en réduisant les frais assumés par les individus et les familles, ou par ces trois moyens combinés.

20. Le *Sistema Único de Saúde* (« système de santé unifié ») du Brésil a été créé à l'origine en 1988 et, à la fin de la décennie, s'était élargi au point de couvrir 80 % des presque 200 millions d'habitants du pays. Le régime public volontaire du Mexique, *Seguro Popular* (« assurance populaire »), établi en 2004, était en mesure à la fin de la décennie d'atteindre quelque 50 millions de personnes dans 32 États qui n'étaient pas couvertes par d'autres institutions de sécurité sociale. Le programme *Régimen de Garantías Explícitas en Salud* (AUGE) (« accès universel avec garanties explicites ») du Chili, établi en 2005, a renforcé le système de soins de santé universel déjà existant en fournissant une couverture garantie dans des délais précis pour 70 problèmes de santé représentant un fardeau important. Le *Sistema Nacional Integrado de Salud* (« système de santé national intégré ») de l'Uruguay, créé en 2007, a accru la qualité et la durabilité du système de soins de santé universel grâce à des réformes concernant son financement, à un ensemble garanti de services, et à une répartition améliorée des bénéficiaires entre les fournisseurs privés et publics, indépendamment de leur capacité de payer. Aux États-Unis, la loi intitulée *Patient Protection and Affordable Care Act* (« loi sur la protection des malades et les soins abordables »), adoptée en 2010, cherche à accroître progressivement la couverture d'assurance-maladie tout en améliorant aussi la prestation des soins de santé et en réduisant les coûts ; cette loi représente l'effort de réforme en santé le plus important aux États-Unis depuis les années 1960.

21. La couverture de soins de santé s'est également accrue comme élément d'un nombre croissant de programmes ciblés anti-pauvreté, qui exigeaient que les prestataires reçoivent des interventions de santé comme condition à des transferts de fonds. À la fin de la décennie, quelque 3,1 millions de familles au Brésil recevaient des prestations sanitaires et d'autres prestations du programme *Bolsa Familia* (« bourse familiale »), alors que quelque 5,8 millions de familles profitaient du programme *Oportunidades* (« opportunités ») du Mexique et 1,1 million de personnes profitaient de *Chile Solidario* (« Chili solidaire »). D'autres pays – dont la Colombie, l'Équateur et le Pérou – ont lancé des initiatives importantes visant à faire progresser le débat national portant sur la couverture sanitaire universelle.

22. L'importance croissante que les gouvernements accordent au fait de remplir leurs engagements en matière de santé et de développement social a aussi mené à un usage accru de l'élaboration de lois, de l'autorité budgétaire gouvernementale et du droit constitutionnel pour réformer les systèmes de santé et de protection sociale et pour élargir l'action gouvernementale à des domaines liés aux déterminants sociaux de la santé. En poursuivant un processus entamé dans les années 1990, la Bolivie, l'Équateur et la République dominicaine furent parmi les pays qui adoptèrent de nouvelles constitutions garantissant explicitement le droit à la santé. Ces constitutions comprennent aussi des mandats relatifs à des réformes juridiques qui renforcent le rôle directeur de l'autorité sanitaire nationale et accroissent la participation, la transparence et l'obligation de rendre compte dans le secteur de la santé.

23. En plus de ces dispositions constitutionnelles, d'autres pays ont élaboré de nouveaux cadres juridiques pour le secteur de la santé, y compris des lois visant à créer de nouvelles agences réglementaires ou à consolider les agences existantes. L'Argentine, le Guatemala et le Panama figurent parmi les pays qui ont rédigé de nouvelles lois nationales sur la santé et ont ouvert des dialogues nationaux sur les propositions législatives, menés par les autorités sanitaires nationales et par des commissions parlementaires sur la santé. La proposition législative du Panama cherche à créer une nouvelle autorité réglementaire sur les médicaments, alors que la République dominicaine se propose de créer une nouvelle agence destinée à gérer les services de santé du secteur public. Le Paraguay considère actuellement un projet de nouveaux règlements visant à guider la mise en œuvre de sa loi de 1996 (n° 2.319), qui établit les fonctions et les compétences de l'autorité sanitaire nationale.

24. Un fait connexe à ces développements a été l'usage croissant de traités internationaux et d'autres accords comme instruments d'intervention collective visant à protéger la santé des populations contre des menaces courantes. Le plus important de ces instruments a été la Convention-cadre pour la lutte antitabac (CCLAT) de l'OMS, adoptée par l'Assemblée mondiale de la Santé en 2003 comme premier traité international dans l'histoire du monde relatif à la santé. En 2012, 29 des 35 pays des Amériques avaient signé le traité, dont les sept pays signataires les plus récents – les Bahamas, la Colombie, le Costa Rica, le Nicaragua, Saint-Kitts-et-Nevis, Saint-Vincent-et-les Grenadines et le Suriname – qui ont tous ratifié le traité au cours des cinq dernières années.

25. De 2008 à 2012, plusieurs pays de la Région ont fait des progrès importants quant à la mise en œuvre de la CCLAT. Douze pays ont adopté de nouvelles lois interdisant de fumer dans les lieux publics intérieurs et sur les lieux de travail, se joignant ainsi à l'Uruguay, le premier pays de la Région à mettre en œuvre une telle interdiction en 2005. En 2012, le Canada avait institué, au niveau infranational, des lois antitabac qui protégeaient efficacement 90 % de la population. De plus, 14 pays ont adopté des lois

portant sur l'emballage et l'étiquetage des produits du tabac, dont la plupart correspondaient aux dispositions de la CCLAT quant à la taille des mises en garde relatives à la santé, à l'usage d'illustrations de mise en garde et à l'interdiction d'employer des termes trompeurs (par ex. cigarettes « légères »). Tout cela a été réalisé malgré les efforts agressifs de l'industrie du tabac pour entraver les progrès dans le domaine de la lutte antitabac.

26. En 2011, les États Membres de l'OPS/OMS ont entériné des mesures similaires concernant l'alcool, comme élément du Plan d'action régional pour réduire l'usage nocif de l'alcool (CD51.R14). Le plan propose des mesures comprenant des taxes plus élevées sur les boissons alcooliques, des restrictions portant sur l'âge, le type de commerce et les heures légales quant à la vente et à l'achat d'alcool, ainsi que des limites à la commercialisation de l'alcool, en particulier celle qui vise les jeunes. Comme pour le tabac, l'industrie de l'alcool a réagi par des efforts soutenus visant à empêcher la mise en œuvre de telles mesures.

27. En accord avec ces initiatives et comme contribution à l'accroissement de la couverture sanitaire, on a mis de plus en plus l'accent – bien qu'on en soit encore au début – sur les mesures de santé publique fondées sur les droits de l'homme, l'égalité entre les sexes et la diversité culturelle. Dans tous les pays de la Région, ces questions ont fait l'objet de nouvelles lois, de nouvelles politiques ou de nouveaux mécanismes destinés à protéger et à promouvoir « la santé pour tous ». Il convient particulièrement de noter les efforts, entre les pays et au sein des pays, visant à définir des réponses multisectorielles, de la part de l'État et de la société civile, à des inégalités et à des défis complexes de santé publique, y compris la violence envers les femmes, l'accès au traitement et aux soins relatifs au VIH, l'identité de genre, ainsi que les droits génésiques et sexuels.

28. Ces efforts ont mené à des réussites telles que de nouvelles politiques sur l'égalité entre les sexes dans le secteur de la santé, des réformes en santé mentale qui comprennent des protections relatives aux droits de l'homme, la décriminalisation des comportements relatifs à l'orientation sexuelle, la criminalisation de la violence envers les femmes, la création de ministères ou de bureaux de haut niveau interculturels gouvernementaux, des engagements infrarégionaux quant à l'égalité entre les sexes et entre les ethnies dans le domaine de la santé, et la création de groupes techniques gouvernementaux dont le but est de préconiser l'équité en matière de santé dans les programmes sanitaires régionaux, infrarégionaux et nationaux. Un bon nombre de ces processus incluaient des traités, des conventions ou des résolutions universels ou régionaux par lesquels les pays s'engagent à protéger la santé et les droits de l'homme.

29. La détermination de la Région pour ce qui est de remédier à l'épidémie croissante de MNT a grandi au cours de la décennie et s'est traduite par plusieurs nouvelles

initiatives et nouveaux engagements régionaux. Ceux-ci allaient des efforts mentionnés plus haut visant la mise en œuvre de la CCLAT aux initiatives des Premières dames concernant l'obésité chez les enfants – par exemple, « Bougeons ! » aux États-Unis et « Choisis de vivre en bonne santé » au Chili – ainsi qu'aux lois et aux règlements sur la commercialisation des aliments auprès des enfants et le fait de servir d'aliments vides dans les écoles, comme au Chili, au Costa Rica et au Mexique.

30. Les Caraïbes ont été un chef de file régional en ce qui a trait à ces efforts : elles ont organisé le premier Sommet régional sur les maladies chroniques non transmissibles à Trinité-et-Tobago en 2007. La Déclaration finale de Port of Spain, intitulée *Uniting to Stop the Epidemic of Chronic NCDs* (S'unir pour mettre fin à l'épidémie de MNT chroniques), a fait passer les maladies chroniques au sommet du programme sanitaire des Caraïbes et a promis une série de politiques et de mesures fondées sur un cadre multisectoriel qui inclut la société entière. Celles-ci comprennent : initiatives d'éducation à la santé et de promotion de la santé, programmes élargis de dépistage et de prise en charge des MNT, mesures incitatives et ressources destinées à améliorer l'alimentation et à accroître l'activité physique dans les écoles et dans d'autres milieux, mise en œuvre intégrale de la CCLAT, mandats concernant la mention de la valeur nutritive sur l'étiquette des aliments, et politiques relatives à l'agriculture et au commerce qui favorisent les produits locaux et combattent les effets négatifs de la mondialisation sur l'approvisionnement en denrées alimentaires.

31. En 2010, les pays des Caraïbes ont présenté une résolution lors de l'Assemblée générale des Nations Unies demandant la tenue d'une réunion de haut niveau destinée à sensibiliser les gens au fardeau que représentent les MNT partout dans le monde et à encourager la prise de nouveaux engagements pour s'attaquer à ce problème. La Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles a eu lieu à New York les 19 et 20 septembre 2011. Il s'agissait seulement de la deuxième réunion de ce genre des Nations Unies axée sur la santé, après la Session extraordinaire de 2001 portant sur l'épidémie de VIH/sida. La déclaration finale a fait écho à l'accord de Port of Spain en demandant l'élaboration de politiques et de mesures multisectorielles destinées à s'attaquer aux MNT et à leurs facteurs de risque, et en recommandant vivement la mise en œuvre des stratégies mondiales de l'OMS sur l'alimentation, l'activité physique et la santé, ainsi que la mise en œuvre accélérée de la CCLAT.

32. Le vieillissement de la population dans la Région et l'augmentation connexe des maladies chroniques non transmissibles ont créé de nouveaux défis pour les systèmes de santé, mais n'ont pas éliminé la nécessité de faire face à des problèmes plus anciens tels que les maladies infectieuses et les maladies liées à la pauvreté. Dans certains pays, comme la Bolivie, le Guatemala et le Paraguay, les maladies transmissibles sont toujours celles qui contribuent le plus au fardeau global de la maladie. D'autres pays doivent faire

face à un fardeau épidémiologique « double » (ou même « triple ») : les maladies infectieuses continuent de représenter une large part des maladies et des décès, alors que les maladies chroniques progressent rapidement et que les causes extérieures, en particulier les blessures et la violence, contribuent aussi de manière importante au fardeau de la maladie.

33. Bien que d'autres régions en développement doivent faire face à des conjonctures épidémiologiques similaires, l'Amérique latine et les Caraïbes ont dépassé les autres régions dans un domaine clé : la réduction du fardeau des maladies évitables par la vaccination. En 2010, la couverture vaccinale de base était, en moyenne, supérieure à 92 % chez les enfants de moins de 1 an dans les Amériques. Grâce à ces taux de couverture élevés, la Région a pu consolider des réussites importantes telles que l'élimination de la rougeole et de la rubéole endémiques (en cours de vérification) et les taux de mortalité infantile les plus bas de toute région en développement. De plus, presque tous les pays ont éliminé le tétanos néonatal comme problème de santé publique. L'exception, Haïti, a réalisé un événement historique au début de 2012 : des efforts d'immunisation redoublés grâce auxquels quelque 3 millions d'enfants ont été vaccinés contre la polio, la rougeole et la rubéole, avec un taux de couverture de plus de 98 % pour tous les groupes d'âge. On prévoit que l'introduction du vaccin pentavalent se fera en Haïti d'ici la fin de septembre 2012.

34. En plus des progrès réalisés contre les maladies évitables par la vaccination, la Région a également fait une percée importante contre plusieurs maladies que l'on qualifie de maladies négligées ou de maladies dues à la pauvreté. À la fin de la décennie, tous les pays de la Région sauf le Brésil avaient éliminé la lèpre au niveau national (avec moins d'un cas pour 10 000 habitants), et les 21 pays où existe la maladie de Chagas endémique en avaient interrompu la transmission par des vecteurs domestiques. En 2007, la Région avait éliminé la cécité due à l'onchocercose, et la transmission de la maladie avait été interrompue ou éliminée dans divers foyers d'infestation en Colombie, en Équateur, au Guatemala, au Mexique et au Venezuela. En 2011, le Costa Rica, le Suriname et Trinité-et-Tobago avaient interrompu la transmission de la filariose lymphatique. Toutefois, cette maladie constituait toujours un problème au Brésil, au Guyana, en Haïti et en République dominicaine. Parmi les autres maladies dues à la pauvreté qui représentaient toujours un problème dans la Région, on notait les infections à géohelminthes, le trachome, la schistosomiase, la leptospirose et la leishmaniose, cette dernière étant l'une des rares maladies infectieuses à avoir progressé au cours de la décennie.

35. L'adoption du nouveau Règlement sanitaire international (RSI) en 2005 a constitué un jalon clé en santé publique au niveau mondial et aussi dans les Amériques ; elle a engendré un processus, qui est encore en cours, de renforcement des capacités en matière d'alerte et de riposte épidémiologiques. Les programmes de coopération technique de l'OPS/OMS ont appuyé ce processus ainsi que d'autres processus et

réussites clés en santé publique au cours de la décennie. Le chapitre II présente les points saillants de ce travail.

CHAPITRE II

L'OPS : UN PARTENAIRE POUR LE NOUVEAU SIÈCLE

36. Les défis complexes en matière de santé auxquels les Amériques doivent faire face au début du nouveau millénaire, ajoutés au contexte changeant de la coopération internationale relative au développement, ont mené à un vaste réexamen des programmes de coopération technique de l'OPS/OMS, de ses modèles d'organisation et de gestion, ainsi que de ses relations avec ses États Membres et avec les autres parties concernées.

37. Une partie de ce processus a été dirigée par un groupe de travail spécial sur l'OPS au 21^e siècle, composé de l'Argentine, de la Barbade, du Costa Rica, de Cuba et du Pérou, avec la collaboration du Canada, des États-Unis, du Guatemala et d'Haïti. À la suite d'un processus de consultation mené avec d'autres États Membres, le groupe a publié un rapport analysant les défis et les occasions auxquels l'Organisation doit faire face et formulant des recommandations sur ses programmes de coopération technique et sa réforme interne.

38. Les recommandations du groupe ont été incorporées dans une initiative majeure de réorganisation qui avait déjà été amorcée par la Direction exécutive de l'OPS en 2003. Les processus combinés ont produit des changements quant à la structure de programmes de l'OPS, à la façon dont elle alloue des ressources, à sa gestion des ressources humaines, et à ses interactions avec ses États Membres et avec d'autres partenaires.

39. Le *Rapport du Groupe de travail sur l'OPS au 21^e siècle* réitérait trois mandats globaux attribués à l'OPS/OMS par ses États Membres au début des années 2000 : *a)* appuyer les progrès réalisés par les pays quant aux objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) relatifs à la santé en les incorporant dans ses programmes, ses politiques et ses opérations de coopération technique, et en aidant les pays à les intégrer dans leurs politiques sanitaires nationales, *b)* aider les pays à redoubler d'efforts pour garantir une protection sociale élargie en matière de santé, *c)* faire en sorte que tous les programmes techniques de l'Organisation soient fondés sur les principes des soins de santé primaires.

40. De plus, le groupe de travail a défini plusieurs fonctions clés pour l'OPS/OMS dans le contexte changeant de la coopération internationale en santé. Ces fonctions étaient les suivantes : *a)* fournir un leadership, une coordination et une orientation technique pour le nombre croissant d'acteurs du domaine de la santé dans la Région, *b)* mobiliser des ressources, *c)* promouvoir les partenariats et les réseaux de santé, *d)* faciliter l'échange de connaissances, de technologie et de capacité technique, *e)* élaborer des systèmes et des mécanismes relatifs à l'obligation de rendre compte et à la

transparence, f) s'efforcer d'assurer une cohérence entre les diverses stratégies et interventions aux niveaux national, régional et mondial.

41. Le présent chapitre relate des faits saillants de la coopération technique réalisée par l'Organisation dans ces domaines, en mettant l'accent sur les cinq dernières années. Le chapitre III expose en détail les changements institutionnels effectués en réponse au rapport sur l'OPS au 21^e siècle et aux autres mandats provenant des États Membres.

La réalisation des OMD et le renouvellement des soins de santé primaires

42. Comme nous l'avons noté au chapitre I, la Région des Amériques a fait des progrès importants quant à l'atteinte des OMD relatifs à la santé et des autres OMD durant la première décennie des années 2000. En revanche, les progrès ont varié d'un pays à l'autre, et il y a eu, dans tous les pays, des collectivités et des groupes qui n'ont pas eu pleinement part aux avantages qui en ont résulté.

43. La coopération technique de l'OPS/OMS a contribué aux progrès relatifs aux OMD non seulement grâce à des programmes existants, mais aussi grâce à des initiatives conçues expressément pour atteindre les OMD. Il y a eu, entre autres, des programmes et des projets destinés à réduire la mortalité maternelle et infantile, à améliorer l'alimentation, à combattre le VIH et les autres maladies infectieuses, à promouvoir l'accès à une eau potable de bonne qualité et à l'assainissement, à renforcer les systèmes de santé et à élargir la protection sociale en matière de santé.

44. En vue d'atteindre les OMD au niveau local, l'OPS/OMS a créé l'initiative Visages, voix et lieux, qui fait la promotion d'une approche intégrée et participative de la santé et du développement dans les collectivités vulnérables. L'initiative opère par le moyen de partenariats multisectoriels et inter-organismes en vue de fournir une coopération technique qui donne aux collectivités les moyens d'agir sur les déterminants sociaux de la santé. En 2012, l'initiative avait pris de l'ampleur jusqu'à inclure plus de 50 collectivités situées dans 23 pays et quatre territoires transnationaux.

45. Les activités ci-dessus ainsi que d'autres activités de coopération technique de l'OPS/OMS en appui aux OMD relatifs à la santé sont présentées en détail dans le rapport annuel de la Directrice, intitulé *La Santé et les objectifs du Millénaire pour le développement : de l'engagement à l'action* (CD51/3 [2011]).

46. L'un des efforts régionaux les plus importants de la décennie en matière de santé, un effort qui a contribué de manière considérable aux progrès des OMD, a été le processus de « renouvellement des soins de santé primaires », amorcé en 2003 lors du 25^e anniversaire de la Conférence internationale sur les soins de santé primaires tenue en 1978 (« Alma Ata »). À la demande des États Membres, le BSP a organisé une série

d'activités visant à commémorer l'héritage d'Alma Ata et son appel à la « santé pour tous ». Lors de consultations tenues aux niveaux régional, infrarégional et national, les États Membres ont examiné les expériences vécues quant à l'adoption de la stratégie des soins de santé primaires (SSP) au cours des 25 années précédentes et en ont analysé la pertinence pour ce qui est de rendre les systèmes de santé actuels plus efficaces, efficaces et équitables. Ces activités ont mené à la publication en 2007 du document *Renouvellement des soins de santé primaires dans les Amériques*, un exposé de position de l'OPS qui présentait des pistes d'intervention stratégiques pour le développement et le renforcement des systèmes de santé sur la base des soins de santé primaires.

47. Cette vision renouvelée des SSP a été entérinée par la conférence internationale appelée « Buenos Aires 30-15 : d'Alma Ata à la Déclaration du Millénaire » tenue en 2007, a été incorporée dans le Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017 et a été renforcée au niveau mondial dans le Rapport sur la santé dans le monde 2008, intitulé *Les soins de santé primaires : maintenant plus que jamais*.

48. La stratégie des SSP a guidé le travail réalisé par l'OPS/OMS dans le domaine du renforcement des systèmes de santé pendant une bonne partie de la décennie. L'Unité des Systèmes de santé basés sur les soins de santé primaires (HSS), sous cette nouvelle dénomination et de concert avec d'autres unités de l'OPS/OMS, a fourni une coopération technique visant à rendre les systèmes de santé plus efficaces, équitables, inclusifs et efficaces. Les domaines clés en matière de programmes étaient les suivants : réseaux intégrés de services de santé (RISS), ressources humaines en santé, qualité et acceptabilité des soins, accès aux médicaments et aux technologies de la santé, égalité entre les sexes et multiculturalité, élaboration de politiques et recherche. Voici quelques exemples du travail réalisé :

- a) Consultations nationales organisées dans 10 pays – Argentine, Belize, Brésil, Chili, Cuba, Équateur, Mexique, Paraguay, Trinité-et-Tobago et Uruguay – sur les RISS comme stratégie visant à accroître l'efficacité et la qualité au sein de systèmes de santé fragmentés. Parmi les participants, on notait des représentants des ministères de la Santé, d'institutions de sécurité sociale, d'assureurs privés et de prestataires de soins de santé privés, du monde universitaire, d'organisations de la société civile et d'associations professionnelles.
- b) Efforts visant à renforcer l'organisation et la gestion des services médicaux d'urgence (SMU) par un examen des lois existantes, la publication d'un manuel portant sur le triage en salles d'urgence et l'élaboration d'une analyse de la situation régionale en matière de SMU mettant l'accent sur les soins pré-hospitaliers. À ce jour, on a réalisé des études de cas dans 14 pays : Bolivie, Chili, Colombie, Costa Rica, Équateur, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panama, Paraguay, Pérou, République dominicaine, Uruguay et Venezuela.

- c) Appui à l'élaboration, à la révision et à la mise en œuvre de politiques pharmaceutiques dans 12 pays : Barbade, Belize, Colombie, El Salvador, Équateur, Haïti, Nicaragua, Panama, Paraguay, Sainte-Lucie, Suriname et Uruguay.
- d) Renforcement des autorités de réglementation nationales (ARN) en matière pharmaceutique grâce au Réseau panaméricain d'harmonisation de la réglementation pharmaceutique (RPHRP), créé en partenariat avec les ARN de toute la Région pour faire progresser l'harmonisation de la réglementation dans le domaine pharmaceutique.
- e) Appui à l'évaluation, au niveau national, des services de radiothérapie dans 11 pays – Bahamas, Costa Rica, El Salvador, Guyana, Honduras, Nicaragua, Panama, Paraguay, République dominicaine, Suriname et Trinité-et-Tobago – et des services d'imagerie au Guyana, au Suriname et à Trinité-et-Tobago.
- f) Plans visant l'évaluation et l'amélioration de la réglementation relative à la sécurité radiologique en Argentine, en Colombie, au Costa Rica, au Honduras, au Nicaragua, au Panama et au Paraguay, ainsi qu'un plan d'action pour les pays membres de la CARICOM.
- g) Appui à l'évaluation, au niveau national, des systèmes de santé mentale dans 32 pays d'Amérique latine et des Caraïbes, à l'aide de l'Instrument d'évaluation des systèmes de santé mentale de l'OMS (WHO-AIMS), en vue de fournir des données probantes servant à la planification sanitaire nationale.
- h) Collaboration, dans la plupart des pays d'Amérique latine et des Caraïbes, portant sur l'élaboration et la diffusion de politiques nationales sur la recherche en santé.
- i) Élaboration de plans de collaboration détaillés pour 10 pays – Bolivie, Colombie, El Salvador, Guatemala, Guyana, Honduras, Nicaragua, Paraguay, Pérou et Suriname – visant à incorporer l'égalité entre les sexes dans le secteur sanitaire.
- j) Appui accordé à six pays – Bolivie, Chili, Colombie, Équateur, Pérou et Venezuela – pour la création de commissions nationales destinées à répondre aux besoins particuliers des personnes afro-descendantes en matière de santé.
- k) Impulsion pour la formation d'un groupe de travail dans les Caraïbes portant sur l'accès par des groupes clés – surtout les travailleurs et travailleuses du sexe, les hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes et les personnes transgenres – à des services de qualité concernant la prévention, le traitement et les soins relatifs au VIH.

49. En plus de ces efforts visant à renforcer les systèmes de santé, l'OPS/OMS a aussi réalisé plusieurs initiatives destinées à renforcer l'approche axée sur les SSP en elle-même. Celles-ci ont inclus un partenariat avec la New York University afin de recueillir des données de base pour le suivi des progrès réalisés dans le domaine des SSP dans les

pays d'Amérique latine et des Caraïbes, ainsi qu'un partenariat avec la Johns Hopkins University afin d'élaborer un cadre et une méthodologie analytiques servant à mesurer la performance des systèmes de santé du point de vue des SSP. Le rapport annuel 2009 de la Directrice, intitulé *Vers la « Santé pour tous » : Le point des soins de santé primaires aux Amériques*, fournit davantage de détails sur les efforts réalisés par l'OPS/OMS pour faire progresser les SSP.

50. Comme nous l'avons noté au chapitre I, parmi les réussites les plus importantes de la Région en matière de santé durant la première décennie des années 2000, on retrouve les progrès vers l'accès universel aux soins de santé, un but central de l'approche axée sur les SSP. Élargir l'accès aux soins de santé a exigé des pays qu'ils cherchent des approches innovatrices du financement et de la gestion de leurs systèmes de santé afin d'en accroître l'efficacité et la durabilité. L'Argentine, la Bolivie et la Colombie comptent parmi plusieurs pays qui ont amélioré la gestion et la formation des ressources humaines pour faire en sorte que la répartition, la composition et les compétences du personnel de santé correspondent aux besoins prioritaires en santé. D'autres pays ont accru la durabilité et l'efficacité de leurs systèmes grâce à une décentralisation, par exemple au Brésil, où le Système de santé unifié est géré et financé en partie par les États et les gouvernements municipaux. D'autres pays, comme le Mexique, se sont concentrés sur l'élaboration de RISS pour améliorer aussi bien l'efficacité que la qualité des services de santé. L'OPS/OMS a appuyé et favorisé ces approches au niveau national de même qu'au niveau régional.

51. L'Organisation a également travaillé en étroite collaboration avec les ministères de la Santé pour améliorer leur capacité de produire et d'analyser des informations servant à la planification sanitaire, à l'économie de la santé et au financement des systèmes de santé, et pour améliorer l'efficacité de même que l'équité relatives à l'allocation et à l'usage des ressources disponibles.

52. À l'aide d'une méthodologie élaborée par l'OPS/OMS, sept pays – Brésil, Canada, Chili, Colombie, Jamaïque, Mexique et Pérou – ont réalisé un premier ensemble d'études portant sur l'évolution, au cours des 10-15 dernières années, de l'égalité quant au recours aux services de santé. Les résultats ont montré une réduction des inégalités dans quatre pays, aucun changement dans deux pays et une inégalité accrue dans un pays.

53. Une initiative de la Commission andine sur la santé et l'économie (CASE) et de la Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes (CEPALC) des Nations Unies cherche à harmoniser les données relatives aux dépenses en santé dans les pays des Andes. L'OPS/OMS a également commencé à élaborer un nouveau cadre commun servant à analyser l'impact économique du fardeau croissant que représentent les maladies non transmissibles dans la Région afin d'appuyer la formulation de politiques dans un cadre d'action multisectorielle.

54. L'initiative ProVac de l'OPS/OMS, appuyée par la Fondation Bill et Melinda Gates, a aidé les pays à recueillir et à analyser des données probantes servant à la prise de décisions concernant l'introduction de nouveaux vaccins, et a aussi fourni des conseils pour ce qui est de planifier l'incorporation efficace et durable de nouveaux vaccins dans leurs calendriers de vaccination nationaux.

55. À la différence des décennies précédentes, alors que les pays à revenu moins élevé de la Région avaient beaucoup de retard sur les États-Unis et le Canada quant à l'introduction de vaccins nouvellement sur le marché, 24 pays et territoires d'Amérique latine et des Caraïbes ont introduit le nouveau vaccin antipneumococcique conjugué et 16 ont introduit le vaccin antirotavirus entre 2002 et 2012. Plusieurs pays ont également réussi à accroître la distribution du vaccin contre la grippe saisonnière. En outre, de nombreux pays, grâce à l'appui technique et à l'appui en matière d'approvisionnement accordés par l'OPS par le moyen du Fonds renouvelable de l'OPS, ont réussi à introduire le vaccin contre la grippe pandémique H1N1 de 2009 malgré des défis considérables sur le plan réglementaire et logistique et sur le plan des relations publiques.

La Semaine de la vaccination aux Amériques a 10 ans

Un jalon important au niveau régional en matière de santé a été la célébration en 2012 du 10^e anniversaire de la Semaine de la vaccination aux Amériques (SVA), la plus grande initiative sanitaire panaméricaine de la Région. On estime que la SVA, qui a inclus 44 millions d'hommes, de femmes et d'enfants visés dans 45 pays et territoires en 2012, a atteint un nombre total de plus de 400 millions de personnes au cours de ses 10 ans d'existence. Grâce en bonne partie à l'intérêt produit par la SVA et au travail de sensibilisation effectué par ses sympathisants, un nombre croissant de régions de l'OMS ont créé leurs propres semaines de la vaccination au cours de cette décennie. Le point culminant de tous ces efforts – et la réalisation d'un rêve mondial sur le plan de la santé – a été la participation de plus de 180 pays et territoires des six régions de l'OMS à la toute première Semaine mondiale de la vaccination en 2012.

56. Le Fonds renouvelable et le Fonds stratégique de l'OPS ont joué un rôle clé dans les efforts visant à améliorer l'efficacité des systèmes de santé, en achetant des vaccins, des médicaments et d'autres fournitures de santé publique à des prix inférieurs grâce à des achats en masse, mais aussi en liant leur acquisition à des processus techniques en matière de planification et de programmation. Les dépenses annuelles réalisées par le Fonds renouvelable au nom des États Membres de l'OPS sont passées de 105,3 millions de dollars US en 2000 à 505,3 millions de dollars US en 2011, et pour le Fonds stratégique, de 3,5 millions de dollars US en 2004 (sa première année de pleine activité) à 49,7 millions de dollars US en 2011. Plus de 24 pays participent maintenant au Fonds stratégique ; celui-ci a été employé par les États Membres afin de tripler la quantité de

médicaments disponibles pour traiter la maladie de Chagas depuis 2008, tout en aidant à faire baisser les prix des médicaments servant à traiter le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme.

Le Programme de leaders en santé internationale

Comme élément de ses efforts visant à renforcer les ressources humaines en santé, l'OPS/OMS a inauguré en 2008 une nouvelle version décentralisée de son programme de formation destiné aux professionnels en santé internationale, créé à l'origine en 1985. Le nouveau Programme de leaders en santé internationale Edmundo Granda Ugalde vise les gestionnaires et les directeurs de niveau intermédiaire ou supérieur qui occupent des postes décisionnels dans les ministères de la Santé, du Développement, des Finances, des Affaires étrangères et autres ministères, ainsi que dans le monde universitaire, les ONG, les bureaux dans les pays de l'OPS/OMS et d'autres organismes internationaux. Chaque session, d'une durée de neuf mois, comprend une série d'expériences d'apprentissage virtuel centrées sur des problèmes à résoudre qui font appel au Campus virtuel de santé publique. De plus, les participants deviennent membres d'équipes nationales intersectorielles qui élaborent et mettent en œuvre des projets basés sur les besoins et les priorités des pays, en coopération avec les bureaux des pays de l'OPS/OMS, les autorités nationales, et d'autres partenaires nationaux et internationaux. Depuis son inauguration en 2008, plus de 200 professionnels venant de 32 pays ont participé au programme remanié, contribuant à plus de 90 projets nationaux et, dans certains cas, à la transformation des modèles de coopération technique de l'OPS/OMS.

La lutte contre les maladies chroniques

57. Au début des années 2000, les maladies non transmissibles (MNT) chroniques sont devenues la cause principale de décès et de maladie dans presque tous les pays membres de l'OPS/OMS. L'Organisation a appuyé les efforts visant à faire face à cette épidémie aux niveaux régional, infrarégional et national par le moyen du plaidoyer et de l'élaboration de politiques, de la surveillance, de la promotion et de la prévention en santé, ainsi que de la prise en charge intégrée des maladies.

58. La Stratégie régionale et le Plan d'action pour une approche intégrée de la prévention et du contrôle des maladies chroniques, y compris l'alimentation, l'activité physique et la santé, ont guidé le travail réalisé dans ce domaine, de même que des stratégies spécifiques portant sur le diabète et l'obésité, le cancer du col de l'utérus et le rôle de l'alimentation quant au développement. Les pays ont accompli des progrès importants dans la mise en œuvre de ces stratégies ainsi que d'autres initiatives de lutte contre les MNT tout au long de la décennie.

59. En Argentine, l'Organisation a appuyé la création d'un nouveau ministère de Promotion de la santé et de Prévention et de contrôle des MNT, d'un nouvel Institut

national du cancer et d'un nouveau programme sur la prévention et le contrôle du cancer du col de l'utérus, ainsi que des améliorations aux systèmes d'information relatifs au cancer. Elle a aussi appuyé des initiatives visant à réduire la quantité de sel dans l'alimentation, à augmenter la consommation de fruits et légumes, à éliminer les graisses trans des aliments transformés par l'industrie et à promouvoir les lois antitabac.

60. À Aruba, l'OPS/OMS s'est associée au ministère de la Santé pour organiser la première et la deuxième Conférences panaméricaines sur l'obésité (PACO) en 2011 et 2012. Les conférences ont réuni des ministres de la Santé, de l'Éducation, de l'Agriculture, du Développement, des Transports et autres ministres, ainsi que des représentants des gouvernements locaux et de la société civile, afin d'examiner les causes de l'obésité et de promouvoir des mesures multisectorielles visant à prévenir ce problème et à y remédier.

61. Au Belize, l'OPS/OMS s'est associée à l'Organisation pour l'alimentation et l'agriculture (FAO), à l'Institut de nutrition d'Amérique centrale et du Panama (INCAP) et au Caribbean Food and Nutrition Institute (CFNI) pour appuyer l'élaboration de directives nutritionnelles axées sur les aliments et appelées « Panier à provisions du Belize ». Cette approche convertit l'information scientifique portant sur les besoins nutritionnels et la composition des aliments en directives faciles à comprendre, qui visent à encourager les choix favorisant la santé et à promouvoir la prévention. Les ministères de la Santé, de l'Éducation et de l'Agriculture ont inauguré le nouveau « Panier à provisions » en 2012.

62. Au Brésil, l'Organisation a appuyé les efforts du Programme national de lutte antitabac visant à mettre en œuvre les dispositions de la Convention-cadre sur la lutte antitabac (CCLAT). Ceux-ci comprenaient la ratification d'une loi portant sur les lieux publics sans fumée, de nouvelles restrictions quant à la publicité sur le tabac, des exigences concernant les mises en garde relatives à la santé figurant sur les emballages et de nouvelles taxes sur les produits du tabac. La Bloomberg Family Foundation a appuyé ces efforts, ainsi qu'une activité similaire réalisée au Mexique comme élément de l'Initiative mondiale Bloomberg.

63. En Colombie, l'OPS/OMS s'est associée au ministère de la Santé pour renforcer la mise en œuvre des lois antitabac du pays, fixer des normes favorisant les repas nutritifs dans les écoles, et mettre en place un projet pilote visant à transformer le ministère ainsi que le bureau national de l'OPS/OMS en « lieux de travail sains ».

64. En décembre 2009, l'Organisation a tenu un Forum spécial des partenaires dans la lutte contre les maladies non transmissibles², auquel ont assisté des représentants

² Parmi les membres et sympathisants, on notait le Forum économique mondial, le Forum international des chefs d'entreprise, l'InterAmerican Heart Foundation, la section latino-américaine de Consumers

d'organisations de la société civile, de gouvernements membres et du secteur privé. L'initiative a été relancée en 2012 sous la forme d'une nouvelle entité, le Forum panaméricain d'intervention sur les maladies non transmissibles. Ce forum réunit des professionnels de la santé qui sont membres du réseau Actions concertées pour la réduction et la prise en charge des MNT (CARMEN) ainsi que des représentants d'établissements d'enseignement et du secteur privé, pour faire progresser la collaboration et l'innovation stratégiques intersectorielles en vue de produire des politiques et des campagnes sur la prévention et le contrôle des maladies chroniques.

65. Un partenariat avec le Forum économique mondial a eu pour résultat en septembre 2011 la première Semaine du bien-être, qui s'est tenue à New York à la veille de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur les maladies non transmissibles. Inspirée à l'origine par la Journée du bien-être aux Caraïbes (célébrée le deuxième samedi de septembre dans les Caraïbes), la Semaine du bien-être 2011 a cherché à sensibiliser les gens à l'importance des lieux favorisant la santé pour ce qui est de réduire les facteurs de risque concernant les maladies non transmissibles et de promouvoir la prévention. À New York, on notait aussi parmi les partenaires la Greater Harlem Chamber of Commerce, la New York Academy of Medicine et le City College of New York. La semaine a aussi été célébrée dans d'autres pays, y compris l'Argentine, le Costa Rica, Cuba, El Salvador, l'Équateur, l'Espagne, le Nicaragua et le Pérou.

Les pays prioritaires de l'OPS

66. Cinq pays – la Bolivie, le Guyana, Haïti, le Honduras et le Nicaragua – étaient identifiés dans les plans stratégiques 2003-2007 et 2008-2012 de l'OPS comme des « pays clés » devant faire face à des défis en matière de santé et d'équité qui exigeaient une considération particulière quant aux programmes de coopération technique et à la mobilisation de ressources. Ces cinq pays clés ont reçu des allocations supérieures provenant du budget de l'OPS, ainsi qu'une considération prioritaire quant à leur inclusion dans des subventions et des propositions majeures portant sur leurs besoins respectifs en matière de santé. Quatre de ces cinq pays clés ont été parmi les premiers à disposer d'une Stratégie de coopération avec les pays (CCS), un outil inclus dans la politique en faveur des pays préconisée par l'OPS, qui cherche à renforcer les liens avec le ministère de la Santé du pays, à aligner les priorités en matière de coopération technique sur les besoins nationaux, et à coordonner ses efforts avec ceux des partenaires de développement qui travaillent dans ces pays. (Dans le cas d'Haïti, les circonstances politiques et la situation d'urgence ont rendu nécessaire l'adoption d'un Cadre de coopération intérimaire plutôt qu'une CCS, plus détaillée.)

International, 5 A Day, la Healthy Caribbean Coalition, l'Université McGill, la Fondation mondiale du diabète, l'Agence de la santé publique du Canada, les CDC, l'AECID, Kraft Foods, Unilever, Nestlé, Pepsi-Cola, Grupo Bimbo, Coca-Cola, Pfizer, GSK, Merck, Medtronic, Sanofi et Johnson & Johnson.

La liste suivante met en relief des activités de coopération technique et des réussites dont l'OPS/OMS a récemment été responsable dans ces cinq pays clés.

En Bolivie :

- a) Appui à l'élaboration d'une nouvelle loi visant à établir un Système de santé unifié ainsi qu'un nouveau modèle de santé familiale, communautaire et interculturelle (SAFCI) qui inclut des droits en matière d'égalité des sexes et des ethnies ainsi que des droits de l'homme.
- b) Création de mesures de protection sociale pour les groupes vulnérables, dont les femmes en âge de procréer (SUMI) et les personnes âgées (SSPAM). On ajuste actuellement ces mesures afin de les inclure dans le Système de santé unifié, en vue d'atteindre ultimement une couverture universelle.
- c) Mise en place de modèles de surveillance communautaire aussi bien dans les régions urbaines que dans les régions rurales visant à réduire la mortalité maternelle, axés sur la participation et l'autonomisation communautaires comme éléments du modèle SAFCI. Dans le domaine de la santé maternelle et périnatale, on a renforcé le système de dossiers de santé et le système d'information. Cela comprend l'usage, par le ministère de la Santé, de logiciels et de bases de données de géolocalisation afin d'analyser la fonctionnalité du réseau des services de santé pour fournir des données probantes pouvant mener à des changements ou à des ajustements.
- d) Élaboration et mise en œuvre d'une nouvelle politique nationale sur les ressources humaines en santé (RHS), renforcement du système d'information relatif aux RHS, et formation à la gestion et à l'usage du modèle SAFCI.
- e) Consolidation d'un système unifié d'acquisition et d'approvisionnement relatif aux médicaments et aux fournitures médicales, fondé sur des renseignements à jour, dans 81 % des systèmes publics de soins de santé. Mise en œuvre d'une stratégie sur l'usage rationnel des médicaments, assortie de mesures visant à promouvoir l'efficacité, la transparence et l'obligation de rendre compte.
- f) Introduction de nouveaux vaccins – vaccin antirotavirus (en partenariat avec GAVI), vaccins contre la grippe saisonnière et contre la grippe H1N1, et injections de rappel du vaccin DTC et du vaccin antipoliomyélitique – dans le Plan national de vaccination, mise en œuvre de diverses stratégies visant à maintenir les taux de couverture vaccinale et progrès vers la certification attestant que le pays est exempt de rougeole et de rubéole.
- g) Campagnes de vermifugation de masse dans les régions endémiques de La Paz pour près de 400 000 habitants.
- h) Élaboration du premier plan national sur les maladies non transmissibles et intégration de ses variables dans le système national d'information sanitaire.

Au Guyana :

- a) Formation en milieu de travail pour le personnel sanitaire qui administre des soins obstétricaux et néonataux d'urgence, en collaboration avec le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP) et le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF).
- b) Élaboration d'un plan stratégique pour le secteur de l'assainissement.
- c) Réduction de la prévalence du VIH chez les adultes au cours des cinq dernières années.
- d) Soins de santé primaires renforcés grâce à l'élargissement du programme de prise en charge intégrée des maladies de l'adolescent et de l'adulte (PCIMAA), une composante du Programme de lutte contre la maladie du ministère de la Santé. On a reconnu ce programme par l'attribution au Guyana du prix Sérgio Arouca en 2011.
- e) Réduction de 50 % des cas de paludisme entre 2000 et 2009 comme résultat d'efforts comprenant la décentralisation du Système d'information sur le paludisme et son intégration dans les services de soins de santé primaires (avec l'appui de l'Initiative amazonienne contre le paludisme, du Réseau amazonien de surveillance de la résistance aux antipaludiques et de l'OPS) et adoption d'une stratégie intégrée de gestion de lutte aux vecteurs, comprenant la création d'un réseau de lutte aux vecteurs.
- f) Mise en place d'un système de suivi des patients en matière de soins et de traitement relatifs au VIH, qui a été documenté comme constituant une pratique exemplaire.
- g) Introduction d'un vaccin antirotavirus et d'un vaccin antipneumococcique (en partenariat avec GAVI).

En Haïti :

- a) Formation à la gestion de cas et renforcement de la surveillance durant la flambée épidémique de choléra.
- b) Création et élargissement des soins obstétricaux gratuits (SOG) et des soins infantiles gratuits (SIG), qui offrent un accès gratuit aux services de santé pour les enfants de moins de 5 ans.
- c) Mise en place du premier Système d'information périnatale en temps réel, qui facilitera la prise de décisions fondée sur des données probantes.
- d) Redémarrage du programme national de vaccination des enfants grâce à l'élaboration du Plan stratégique du Programme élargi de vaccination pour 2010-

2015. (Cela s'est ajouté à la campagne de vaccination post-catastrophe menée dans les départements et les municipalités les plus touchés par le séisme.)
- e) Élaboration d'un protocole national sur le traitement de la malnutrition aiguë et adaptation de ce protocole à la situation existant après la catastrophe.

Au Honduras :

- a) Stratégie visant à accélérer la réduction de la mortalité maternelle et infantile, y compris l'institutionnalisation du Système d'information périnatale.
- b) Introduction de nouveaux vaccins contre le rotavirus et contre le pneumocoque (en partenariat avec GAVI).
- c) Renforcement de la surveillance épidémiologique et d'une base de données (SISLOC) qui a considérablement amélioré la surveillance des maladies transmissibles.
- d) Plan stratégique national de lutte contre le cancer et de prévention du cancer pour 2009-2013.
- e) Plan stratégique sur la prévention, le contrôle et l'élimination des maladies négligées et sur les soins aux personnes atteintes pour 2012-2015.
- f) Évaluation menée à l'échelle du pays certifiant l'interruption de la maladie de Chagas transmise par *Rhodnius prolixus*.
- g) Élaboration d'un modèle d'intervention intégré en matière de paludisme dans la municipalité de Wampusirpi. Le projet a été choisi parmi les Champions de la lutte contre le paludisme dans les Amériques pour 2011.
- h) Progrès quant aux mesures relatives aux déterminants de la santé, y compris l'élaboration de politiques portant sur l'eau potable, l'assainissement et la gestion des déchets, et le renforcement des cadres juridiques et institutionnels qui facilitent les interventions opportunes.
- i) Comme élément d'une initiative Visages, voix et lieux, renforcement des services de santé destinés aux adolescents et amélioration de la qualité de l'eau et de la gestion des déchets pour la population miskito vivant dans le département de Gracias a Dios.
- j) Avec l'appui du secrétaire d'État au développement des peuples indigènes et afro-honduriens, formation d'infirmiers auxiliaires choisis par les communautés.

Au Nicaragua :

- a) Réduction de 26 % de la mortalité maternelle entre 2006 et 2010, laquelle est passée de 90 à 67 décès par 100 000 naissances vivantes.

- b) Baisse annuelle de 6 % de la mortalité des enfants de moins de 5 ans au cours des dernières années ; le pays est donc sur la bonne voie pour ce qui est d'atteindre le but qu'il s'est fixé, à savoir 24 décès par 1000 naissances vivantes d'ici 2015.
- c) Introduction du vaccin antirotavirus en 2006 et du vaccin antipneumococcique en 2011 (en partenariat avec GAVI).
- d) Augmentation du pourcentage de municipalités où la couverture vaccinale est de plus de 95 % ; ce pourcentage est passé de 16 % en 2006 à 58 % en 2011.
- e) Réduction quant à la prévalence de la transmission du VIH et de la syphilis de la mère à l'enfant.
- f) Accès universel garanti à des services de santé gratuits de qualité dans le cadre du modèle de santé familial et communautaire (MOSAFC), qui encourage le développement d'une culture nationale de promotion et de protection de la santé fondée sur des soins de santé primaires renouvelés.
- g) Amélioration de l'accès aux médicaments mettant l'accent sur la qualité et sur l'usage rationnel, efficace et sûr de ceux-ci, grâce à la mise en œuvre du Plan stratégique national de promotion de l'usage rationnel des médicaments (PENPURM).
- h) Atteinte du but consistant à faire en sorte que les dons de sang soient 100 % volontaires dans la réserve nationale de sang.
- i) Progrès concernant la lutte contre le paludisme, qui ont été reconnus par les prix des Champions de la lutte contre le paludisme dans les Amériques pour 2011 et qui ont fait progresser le Nicaragua à la phase pré-élimination.
- j) Certification internationale attestant que le pays a interrompu la transmission verticale de la maladie de Chagas.

Les partenariats pour la santé

67. Vu le nombre croissant d'acteurs sanitaires dans la Région au cours de la dernière décennie, l'OPS/OMS a eu à cœur d'élargir ses partenariats et ses réseaux politiques, techniques et de mobilisation de ressources. Ses partenaires bilatéraux, dont le Canada (ACDI), la Norvège (NORAD), l'Espagne (AECID), la Suède (ASDI) et les États-Unis (USAID), ont tous continué d'appuyer les programmes de coopération technique de l'Organisation par des ententes pluriannuelles. En outre, le Canada, l'Espagne et la France ont augmenté les effectifs du personnel technique de l'OPS/OMS en prêtant leurs propres experts au Siège de l'Organisation, situé à Washington, D.C., ainsi qu'à plusieurs bureaux dans les pays.

68. L'OPS/OMS a servi d'organisme d'exécution pour des projets en Amérique latine et dans les Caraïbes appuyés par le Fonds pour la réalisation des OMD (Espagne), le

Fonds d'affectation spéciale des Nations Unies pour la sécurité humaine (Japon), le Fonds d'affectation spéciale des Nations Unies pour l'élimination de la violence à l'égard des femmes (plusieurs donateurs) et le Programme commun de développement rural au Guatemala (Suède). L'OPS a aussi appuyé les autorités sanitaires et les ONG quant à l'élaboration et à la mise en œuvre de projets soumis au Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme.

69. Les initiatives résultant de ces partenariats ont inclus, entre autres, des projets d'amélioration de l'eau potable, de l'assainissement et du logement en El Salvador, en Équateur, au Nicaragua et dans la région du Chaco au Paraguay, financés grâce au Fonds pour la réalisation des OMD et exécutés en partenariat avec d'autres agences des Nations Unies. Des projets communs au Salvador, en Équateur, au Guatemala, au Nicaragua et au Paraguay ont porté sur la prévention de la violence, en particulier la violence intrafamiliale et fondée sur le sexe, et sur une amélioration du traitement des victimes par les services de santé et les services d'application de la loi.

Les partenariats pour la santé sexuelle et génésique

Un domaine clé de la collaboration de l'OPS/OMS avec ses partenaires internationaux durant la première décennie des années 2000 a été la promotion d'une approche complète de la santé sexuelle et génésique, comprenant l'accès à la contraception, des soins obstétricaux améliorés, et une attention accordée aux groupes vulnérables tels que les adolescents, les travailleurs et travailleuses du sexe et les personnes atteintes du VIH. Voici quelques-unes des nombreuses activités et alliances réalisées dans ce domaine :

- Appui au Plan pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et les cas graves de morbidité maternelle, qui est actuellement mis en œuvre dans tous les pays de l'Amérique latine et des Caraïbes. Ce plan met l'accent sur la prévention des grossesses chez les adolescentes, sur des soins périnataux de qualité et sur une approche de l'accès à des services complets fondée sur les droits des personnes et sur l'équité. Le Groupe de travail régional pour la réduction de la mortalité maternelle, un groupe multi-partenaires (GTR)³, a accordé son appui à ce plan.
- Participation, au sein du Groupe des Nations Unies pour le développement – Amérique latine et Caraïbes (GNUD ALC), au groupe de travail sur l'information et l'obligation de rendre compte en matière de santé des femmes et des enfants (la Commission), qui cherche à optimiser l'impact des ressources en santé maternelle et infantile. L'OPS fait fonction de secrétariat technique pour ce groupe.
- Appui aux efforts visant à éliminer la transmission du VIH et de la syphilis congénitale de la mère à l'enfant dans les Amériques, la première région de l'OMS à viser cette double élimination. Avec l'appui de l'OPS/OMS, de l'UNICEF et d'autres partenaires, 32 pays mettent actuellement en œuvre des plans d'action, et la Région a réussi à assurer la plus vaste couverture de services destinés à prévenir la transmission de la mère à l'enfant

³ Membres : l'OPS/OMS, l'UNICEF, le FNUAP, USAID, la Banque mondiale, la BID, le Population Council, Family Care International (FCI), la Fédération latino-américaine des sociétés d'obstétrique et de gynécologie (FLASOG), la Fédération panaméricaine des professionnels en soins infirmiers (FEPPEN) et la Confédération internationale des sages-femmes.

parmi toutes les régions en développement.

- Une étude de la santé sexuelle et génésique ainsi que du VIH parmi les jeunes autochtones réalisée en Bolivie, en Équateur, au Guatemala, au Nicaragua et au Pérou, avec l'appui de l'Espagne et de la Norvège.
- Formation à la prévention et aux soins destinés aux travailleuses du sexe, aux hommes homosexuels et aux autres hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes, et/ou aux personnes transgenres. Cette formation est donnée à des pairs éducateurs venant de l'Argentine, de la Bolivie, du Brésil, du Costa Rica, du Salvador, du Guatemala, d'Haïti, du Honduras, du Nicaragua, du Panama, du Paraguay, de la République dominicaine et de l'Uruguay, en collaboration avec la World Association for Sexual Health (WAS) et USAID (AIDStar One).
- Appui technique et financier au nouvel Observatoire de santé sexuelle et génésique en Argentine, de concert avec l'UNICEF, le FNUAP, l'Académie nationale de médecine, le Centre d'études de l'État et de la société (CEDES) et le Centre Rosarino d'études périnatales (un centre collaborateur de l'OPS/OMS).

70. D'autres partenariats, avec des agences sœurs des Nations Unies, des associations professionnelles internationales, des organismes religieux et d'autres organisations de la société civile ont été essentiels au travail accompli par l'OPS/OMS et aux réussites de la Région en matière de santé publique au cours de la décennie. Parmi ces partenaires, on notait le GTR, l'Alliance pour la santé néonatale en Amérique latine et dans les Caraïbes⁴ l'Initiative pour une maternité sans risques⁵ et l'Alliance panaméricaine pour la nutrition et le développement (APND).⁶ Parmi les autres organisations avec lesquelles l'Organisation a travaillé en étroite collaboration, on notait l'Alliance GAVI, le Sabin Vaccine Institute, Rotary International et la Fondation Rotary, la United Nations Foundation, le Council of the Americas, Save the Children, Enfants du Monde, le Conseil épiscopal latino-américain (CELAM), l'Église de Jésus-Christ des Saints des derniers jours, la Conférence générale des adventistes du septième jour, les Frères de la Charité, Partners in Health, RAD-AID International, ainsi que les Croix-Rouges américaine, canadienne et internationale, entre autres.

71. Dans le secteur privé, l'OPS a travaillé de concert avec des organisations et des programmes qui comprenaient le Forum international des chefs d'entreprise (IBLF), le Global Business Forum (GBF), le programme Global Health Fellows de Pfizer, le programme PULSE de GSK, Oral Health Partnership (avec Colgate) et la Fédération internationale de l'industrie du médicament (FIIM).

⁴ Membres : l'OPS/OMS, l'UNICEF, USAID, ACCESS, BASICS, le CORE Group, Plan USA, University Research Co./Center for Human Services (URC/CHS), Save the Children/Saving Newborn Lives, l'Association latino-américaine de pédiatrie (ALAPE), la Confédération internationale des sages-femmes et la FLASOG.

⁵ Membres : les membres du GTR ainsi que l'OEA et la Fondation La Caixa (Espagne).

⁶ Membres : l'OPS/OMS, le PNUD, l'UNICEF, la CEPALC, le FNUAP, l'OIT, le PAM, l'UNDOC, l'ONUSIDA, ONU Femmes et l'UNOPS.

72. En tant que membre du système interaméricain, l'OPS/OMS a préconisé l'inclusion des questions de santé publique dans le programme politique régional par le moyen de sa participation au Groupe de travail du Sommet des Amériques, aux réunions du Groupe de suivi des Sommets (GSS) et aux séances de briefing du Conseil permanent de l'Organisation des États américains (OEA). De même que la Banque mondiale et que la Banque interaméricaine de développement (BID), l'Organisation a aussi participé au Groupe des amis d'Haïti, dirigé par l'OEA, un forum axé sur l'échange d'informations et la coordination de l'appui politique et technique accordé par les pays et les organisations qui sont actifs en Haïti.

73. L'OPS/OMS a également participé, de concert avec d'autres agences onusiennes, aux efforts visant à réformer l'ONU, par le moyen des équipes de pays des Nations Unies et du Bilan commun de pays/Plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement (BCP/PNUAD), ainsi que par son appartenance au Groupe des Nations Unies pour le développement – Amérique latine et Caraïbes (GNUD ALC).

74. Au niveau infrarégional, l'Organisation a continué de s'associer à des organismes traditionnels d'intégration régionale tout en travaillant de concert avec de nouvelles entités. Ces partenariats ont eu pour résultat plusieurs nouvelles initiatives sanitaires infrarégionales. En Amérique du Sud et dans la région des Andes, la collaboration de l'OPS a mené à une coopération entre pays sur la surveillance du VIH dans les régions frontalières du Mercosur, à un cadre collectif pour l'évaluation des technologies de la santé, au développement des services pharmaceutiques dans les pays de la communauté andine, à un plan de travail quinquennal détaillé visant à promouvoir l'accès aux médicaments au sein de l'UNASUR et à la création d'un Réseau andin d'observatoires de ressources humaines en santé. De plus, l'OPS a collaboré avec l'Organisation du traité de coopération amazonienne (OTCA) pour favoriser la réalisation des buts de son Programme stratégique relatifs à la santé.

75. En Amérique centrale et en République dominicaine, la coordination effectuée par l'OPS a mené à l'élaboration d'un plan stratégique infrarégional visant à réduire la transmission verticale du VIH et de la syphilis congénitale, à des ententes avec le COMISCA (Conseil des ministres de la Santé) et le COMMCA (Conseil des ministres de la Condition féminine) portant sur des mesures sanitaires multisectorielles, à la mise en commun des achats de vaccins et d'autres médicaments, et à la formation de commissions techniques infrarégionales concernant les médicaments essentiels, les ressources humaines en santé, les maladies non transmissibles, la surveillance sanitaire et les systèmes d'information.

76. Dans les Caraïbes, l'OPS/OMS a collaboré avec la nouvelle Agence de santé publique des Caraïbes (CARPHA) et avec le Conseil pour le développement humain et social (COHSOD) de la CARICOM concernant les maladies chroniques, la promotion de

la santé, la santé des adolescents et la prévention du crime, entre autres sujets. Cette collaboration comprenait un appui à l'intégration de la nutrition et de la santé dans les politiques relatives à l'agriculture et à la sécurité alimentaire, comme suite à la Déclaration de Port of Spain et à la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale de l'ONU sur les MNT. D'autres efforts ont aidé à améliorer la surveillance des maladies, à renforcer les laboratoires (y compris quant au recours à la réaction en chaîne de la polymérase) et à créer un nouveau cadre pour la reconnaissance des laboratoires par le Caribbean Epidemiology Center (CAREC) de l'OPS.

77. Ces activités infrarégionales ont été appuyées par une allocation spéciale incluse au budget programme de l'OPS, comme l'a été le travail du Caribbean Food and Nutrition Institute (CFNI) et du bureau du Caribbean Program Coordination (CPC).

78. En juin 2012, l'OPS/OMS a créé la Coalition régionale sur l'eau et l'assainissement en vue d'éliminer le choléra de l'île d'Hispaniola. Cette Coalition cherche à mobiliser ressources financières, expertise technique et engagement politique pour faire en sorte que l'on réalise les investissements nécessaires dans l'infrastructure relative à l'eau et à l'assainissement avec pour but ultime d'éliminer le choléra d'Haïti et de la République dominicaine. En plus de l'OPS/OMS, les membres initiaux de la coalition sont l'OEA, les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) des États-Unis, l'UNICEF, l'AECID, l'Association interaméricaine de génie sanitaire et environnemental (AIDIS), la BID, la Fondation sanitaire nationale du Brésil (FUNASA), USAID et l'Association des médecins haïtiens à l'étranger.

79. Tous ces partenariats se sont ajoutés à la collaboration permanente que l'OPS/OMS entretient au niveau des pays avec des organisations professionnelles, universitaires, de bienfaisance, religieuses et d'autres organisations de la société civile, et à sa coordination avec les autorités nationales, départementales et locales dans des secteurs tels que la santé, l'éducation, l'agriculture, le développement, l'environnement, ainsi que la condition féminine et les affaires autochtones.

La promotion les réseaux de santé publique

80. En sa qualité de catalyseur de la collaboration régionale et infrarégionale en santé publique, l'OPS/OMS a aidé à créer ou à élargir des réseaux reliant personnes, institutions et établissements en vue de partager des connaissances et de mobiliser expertise, ressources et actions pour atteindre des buts communs. Certains de ces réseaux organisent des réunions ou des ateliers périodiques pour leurs membres, alors que d'autres sont des réseaux virtuels qui profitent des occasions présentées par l'accès croissant à Internet et à d'autres technologies de l'information partout dans la Région. Voici quelques exemples de ces réseaux physiques et virtuels :

- a) Le Réseau de collaboration en soins de santé primaires, formé en partenariat avec le ministère de la Santé du Brésil et l'École de santé publique d'Andalousie (Espagne) pour promouvoir l'échange de connaissances et de pratiques optimales concernant l'approche axée sur les SSP.
- b) Le Réseau régional des autorités d'achat et de gestion des réserves pharmaceutiques (CARIPROSUM), créé avec la participation des autorités nationales responsables des achats dans les pays des Caraïbes pour promouvoir la mise à disposition continue de produits pharmaceutiques sûrs, efficaces et abordables pour le secteur sanitaire public.
- c) Le Réseau régional pour l'évaluation des technologies de la santé, qui aide les États Membres à se procurer et à analyser des données probantes servant à déterminer la valeur ajoutée comparative des nouveaux médicaments ou produits médicaux et des nouvelles interventions sanitaires au sein des systèmes de santé.
- d) CARMEN (Actions concertées pour la réduction et la prise en charge des MNT), un réseau de pays, d'organisations, d'établissements et d'institutions qui travaillent à réduire le fardeau des maladies chroniques ainsi que leurs facteurs de risque dans les Amériques.
- e) Health Research Web/Amériques, créé de concert avec le Council on Health Research for Development (COHRED) afin d'aider les pays et les individus à établir des politiques et des priorités pour la recherche en santé, accroître la pertinence de la recherche et améliorer les compétences liées à la recherche en fournissant des ressources en matière d'information et en facilitant les échanges entre les pays.
- f) Red Salud (« Réseau Santé »), qui relie 2500 journalistes de la santé et qui a été créé en partenariat avec la Communication Initiative et avec la Fondation pour le nouveau journalisme ibéro-américain en vue d'aider à améliorer la couverture des questions de santé publique réalisée par les médias.
- g) Le réseau Americas Network for Chronic Disease Surveillance (AMNET), appuyé par les CDC et l'Environmental Protection Agency (EPA) des États-Unis, Santé Canada, le ministère de la Santé de la Finlande et les ministères de la Santé d'autres pays membres de l'OPS.
- h) Le réseau Water Safety Plan Network for Latin America and the Caribbean (WSP/LAC NETWORK), formé en partenariat avec les CDC et l'EPA pour appuyer et promouvoir la mise en œuvre de plans de gestion de la sécurité sanitaire de l'eau dans les villes d'Amérique latine et des Caraïbes. L'Association interaméricaine de génie sanitaire et environnemental (AIDIS), l'International Water Association (IWA) et l'ONU-Habitat sont également membres.
- i) Le Réseau amazonien de surveillance de la résistance aux antipaludiques (RAVREDA), organisé de concert avec la Bolivie, le Brésil, la Colombie,

- l'Équateur, le Guyana, le Pérou, le Suriname et le Venezuela pour suivre la résistance aux médicaments antipaludiques dans l'Amazonie.
- j) L'initiative amazonienne contre le paludisme (AMI), créée en partenariat avec USAID et appuyée par les CDC, l'organisme Management Sciences for Health et la United States Pharmacopeia.
 - k) Le réseau BiVa-PaD, une initiative commune réalisée de concert avec la Communauté andine, le Centre régional d'information sur les désastres pour l'Amérique latine et les Caraïbes et la Stratégie internationale pour la prévention des catastrophes, ainsi que des organisations partenaires du Comité andin pour la prévention des catastrophes et le secours en cas de catastrophe (CAPRADE), visant à faciliter le partage d'informations sur la gestion des risques et l'atténuation des urgences et des catastrophes.
 - l) La Coalition interaméricaine pour la prévention de la violence, organisée en partenariat avec l'OEA, d'autres agences onusiennes, USAID et les CDC.

81. L'initiative de l'Organisation qui a eu la plus grande portée pour ce qui est de tirer parti de l'élargissement de l'accès à Internet a été le Campus virtuel de santé publique, une initiative d'apprentissage en réseau qui relie individus et organisations pour leur permettre de partager informations, connaissances et possibilités éducatives en santé publique. Depuis 2003, le Campus virtuel est passé d'un projet pilote comptant 13 institutions partenaires à un réseau comptant 144 institutions situées dans 11 pays. Au cours des cinq dernières années, plus de 5300 utilisateurs ont profité de plus de 150 cours offerts par le réseau, et son interopérabilité avec la Bibliothèque virtuelle en santé du BIREME fournit un accès virtuel à quelque 3600 autres ressources éducatives. Le Campus virtuel est appuyé par les gouvernements du Canada, de Cuba et de l'Espagne et fait partie des efforts réalisés par l'OPS/OMS pour renforcer les ressources humaines en santé.

82. Une des plus récentes initiatives de réseautage de l'Organisation est la Plateforme régionale sur l'accès et l'innovation en technologies de la santé (PRAIS), créée en 2012 avec l'appui du Brésil et de la Food and Drug Administration (FDA) des États-Unis. En tant que composante des efforts visant à promouvoir l'accès aux médicaments et aux technologies essentiels, cette initiative relie réseaux, ressources d'information et communautés de pratique afin de promouvoir le transfert de technologie et d'améliorer la capacité et la gouvernance dans le secteur du développement pharmaceutique.

83. Une initiative similaire de réseautage virtuel, le portail Coopération entre pays pour le développement en santé, sur le site Web de l'OPS, fait la promotion du partage de connaissances, de la coopération et des partenariats Sud-Sud.

84. La volonté de l'Organisation de tirer profit des possibilités que présentent les nouvelles technologies de l'information et de la communication (TIC) a mené à l'élaboration d'une nouvelle Stratégie et d'un nouveau Plan d'action sur la cybersanté, approuvés par le 51^e Conseil directeur en 2011 (CD51.R5). Cette stratégie et ce plan d'action cherchent à utiliser les outils et les méthodologies des TIC pour améliorer la santé publique et la santé vétérinaire dans des domaines tels que l'administration de la santé, les ressources humaines, la coordination et la prestation des services de santé, ainsi que la production et la diffusion des connaissances scientifiques et techniques.

85. Les applications pratiques des TIC en matière de santé que met en évidence la stratégie sur la cybersanté comprennent les cartes santé personnelles, les dossiers médicaux numériques, les ordonnances électroniques, les rendez-vous en ligne, la télémédecine, l'apprentissage et la formation continue à distance, les blogues et les portails sur la santé, les centres d'appels, les bases de données sur la gestion du risque et la sécurité des patients, les outils de réseautage social en cas de catastrophe et d'urgence, et la numérisation de la documentation clinique et administrative. Parmi les utilisateurs potentiels, on peut noter les agents de santé, les patients et le grand public.

La promotion de la préparation

86. La première décennie du 21^e siècle a amené une série de situations d'urgence et de catastrophes pour la Région des Amériques. À la différence des conditions qui avaient cours durant une bonne partie du siècle dernier, cependant, la plupart des pays de la Région ont aujourd'hui la capacité de répondre à des événements mineurs ou même modérés sans aide internationale. L'OPS/OMS a joué un rôle dans ces progrès grâce au travail qu'elle a réalisé de concert avec les ministères de la Santé pour créer et renforcer des programmes de riposte aux catastrophes et aux urgences, et pour élaborer des stratégies régionales destinées à réduire l'impact des catastrophes sur la santé.

87. Les niveaux de préparation varient considérablement d'un pays à l'autre, cependant, et la gravité des événements dangereux a de beaucoup dépassé, dans certains cas, la capacité des pays à y répondre. L'exemple récent le plus tragique en a été le séisme de 2010 en Haïti, qui a causé la mort de plus de 200 000 personnes et a touché la majeure partie de la population haïtienne. Comme pour la plupart des désastres, les Haïtiens eux-mêmes ont sauvé des centaines de vies et se sont occupés de milliers de blessés et de personnes sans foyer, avec l'appui de leurs voisins les plus proches, à commencer par la République dominicaine, suivie de Cuba et d'autres pays des Caraïbes. Toutefois, l'appui de la communauté internationale dans son ensemble a également été crucial en ce qui concerne la réponse et le rétablissement à plus long terme.

88. L'OPS/OMS a joué un rôle crucial dans ces efforts en tant que responsable du Groupe de Santé, qui a coordonné des centaines d'organisations travaillant dans le

domaine de la santé, et comme co-administrateur avec le gouvernement haïtien de l'entrepôt pharmaceutique national, PROMESS. L'Organisation a également supervisé le contrôle de la qualité de l'eau potable aux sites de chloration, a aidé le Laboratoire national de santé publique à reprendre ses activités et a aidé à élaborer une base de données et des plans relatifs à l'emplacement des établissements de santé existants et des partenaires de santé qui travaillaient dans le pays. (Cet appui est décrit plus en détail dans le rapport annuel 2010 de la Directrice, intitulé *Promotion de la santé, du bien-être et de la sécurité humaine aux Amériques.*)

89. Les partenariats de santé qui ont été renforcés à la suite du séisme de janvier 2010 en Haïti ont été, encore une fois, cruciaux pour la réponse à l'épidémie de choléra qui a commencé en octobre de la même année. La réponse a été compliquée par les faiblesses persistantes du système de santé du pays et par le fait que les agents de santé n'avaient que peu ou pas d'expérience concernant une maladie que l'on n'avait pas vue en Haïti depuis plus d'un siècle. L'OPS/OMS et d'autres partenaires ont aidé les autorités sanitaires à établir des centres de traitement du choléra et ont mobilisé ressources et expertise dans des domaines tels que la gestion de cas, l'approvisionnement en médicaments et fournitures essentiels, la surveillance et l'alerte rapide relatives à la maladie, la formation et les directives, les messages de prévention et la santé environnementale.

La pandémie de grippe H1N1 de 2009

90. La première pandémie de grippe du nouveau millénaire a commencé dans les Amériques et s'est étendue partout dans le monde en quelques mois. Même si elle était bien moins grave qu'on ne l'avait craint initialement, elle a causé la mort de milliers de personnes et a révélé des faiblesses importantes dans les systèmes de santé des pays. Le grand nombre de cas, ajouté à l'incertitude de la population quant à la virulence de ce virus, a exercé des pressions sur les hôpitaux et les établissements de santé dans plusieurs pays, et certains gouvernements ont répondu en adoptant des restrictions inefficaces et inutiles en matière de circulation des individus. Cela a fait ressortir la nécessité d'investir davantage dans la santé publique en général et de renforcer les soins de santé primaires en particulier, de même que l'importance d'avoir des politiques publiques basées sur des données probantes.

91. La pandémie de grippe H1N1 de 2009 a également servi de test pour les efforts de préparation dont l'OPS/OMS avait fait la promotion dans la Région à la suite de la flambée épidémique de SRAS en 2003 et des préoccupations quant à la menace croissante que représentait la grippe H5N1. Une réunion d'examen à laquelle assistaient des représentants des États Membres, tenue fin 2009, a conclu que ces efforts avaient été couronnés de succès, mais que les plans de préparation aux pandémies de la majorité des pays n'avaient pas été assez opérationnels, en particulier au niveau local. L'examen a

demandé qu'il y ait une meilleure coordination avec le secteur sanitaire privé ainsi que plus de clarté concernant les flux de l'information et les ressources nécessaires pour mettre en œuvre une surveillance améliorée.

92. En plus de ces efforts de préparation, l'OPS/OMS a joué un rôle de soutien clé tout au long de la pandémie de grippe H1N1 de 2009, laquelle a eu un impact important dans toute la Région (voir aussi le chapitre I). Immédiatement après que le Mexique eut signalé la flambée, l'OPS/OMS a activé son Centre d'opérations d'urgence et, par le moyen du Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie de l'OMS (GOARN), a commencé à mobiliser des experts internationaux en épidémiologie, en gestion des urgences, en laboratoires, en communication, en services de santé, en promotion de la santé et en immunisation, entre autres domaines. À mesure que l'épidémie s'étendait, l'OPS/OMS a appuyé les pays en coordonnant l'achat d'antiviraux (oseltamivir), d'équipement de protection individuel et d'équipement et de matériel de laboratoire, et a aussi donné une formation quant à l'usage de la réaction en chaîne de la polymérase pour détecter le virus de la pandémie. Lorsqu'on a pu se procurer le vaccin contre la pandémie, le Fonds renouvelable de l'OPS a aidé à faire obtenir plus de 20 millions de doses de vaccin à 23 pays.

93. La pandémie a également mis à l'épreuve le nouveau Règlement sanitaire international (RSI), qui a été un élément important de la coopération technique de l'OPS/OMS en matière d'alerte et de riposte aux flambées pour ce qui est d'aider les pays à se conformer entièrement au Règlement. La réunion d'examen portant sur la pandémie régionale, tenue en 2009, a conclu que le RSI, grâce à ses points focaux nationaux, s'était avéré un mécanisme efficace pour alerter et informer les États Membres, avait aidé à influencer les recommandations émises par les autorités sanitaires et avait accru la crédibilité de celles-ci en favorisant la transparence. Toutefois, la pandémie avait aussi révélé un manque d'harmonisation entre les systèmes de surveillance des pays ainsi que des lacunes en matière de cadres juridiques nationaux ; tout cela fait obstacle à une entière conformité au RSI.

CHAPITRE III

UNE ORGANISATION EN EVOLUTION

94. Comme noté dans le Chapitre II, les recommandations du groupe de travail sur l'OPS au 21^e siècle ont donné lieu à des changements dans la collaboration de l'OPS avec les États Membres et d'autres parties prenantes ainsi que dans sa structure de programme, l'allocation des ressources et la gestion des ressources humaines. Ces changements ont été mis en œuvre au titre d'une réorganisation majeure ayant pour but de rendre l'OPS plus efficace, plus rentable et plus responsable vis-à-vis de ses parties prenantes. Ces changements comportaient de nouvelles politiques, stratégies, modèles et modalités, ainsi que des procédures instruments, technologies et infrastructures également nouveaux. Le présent chapitre met en relief les principales composantes du développement institutionnel de l'Organisation au cours de la dernière décennie.

Politique budgétaire et gestion fondée sur les résultats

95. Le développement et la mise en œuvre de la nouvelle politique régionale de budget programme de l'OPS a constitué l'un des éléments qui a le plus contribué à la transformation de l'OPS au cours de la décennie. La politique régionale de budget programme, une politique nouvelle de l'Organisation et l'une des premières dans le système des Nations Unies, a été développée à l'aide d'un processus mené par les États Membres visant à assurer une distribution plus équitable des ressources.

96. L'objectif global de la politique budgétaire consiste à appuyer les pays à réaliser leurs cibles programmatiques convenues collectivement par les États Membres au titre du Plan stratégique de l'OPS, d'une façon qui garantit également la distribution équitable des ressources. La politique accorde des fonds à trois niveaux – régional, infrarégional et au niveau du pays – et utilise des critères fondés sur les besoins pour classer les pays selon leur état de santé relatif et les niveaux d'inégalité. Ces nouveaux critères d'allocation ont eu pour résultat un changement considérable : un transfert des ressources budgétaires vers les pays à plus faible niveau de revenu ainsi qu'un déplacement du siège de l'OPS vers les niveaux national et infrarégional.

97. La première politique régionale de budget programme a été approuvée par le 45^e Conseil directeur en 2004 pour l'exercice biennal 2006-2007, et des révisions y ont été apportées à la demande des États Membres lors des exercices biennaux suivants. La dernière révision de la politique, pour l'exercice biennal 2014-2015, a été dirigée par un groupe de travail composé du Brésil, du Chili, des États-Unis d'Amérique, de la Grenade, du Pérou et du Venezuela [République bolivarienne du], l'Argentine étant présente en qualité d'observateur, et elle sera présentée à la 28^e Conférence sanitaire panaméricaine en septembre 2012.

98. Un changement tout aussi important au cours de la décennie a été constitué par le passage décisif de l'OPS à la gestion et la programmation fondées sur les résultats, ayant pour but d'améliorer sa performance à la poursuite des objectifs définis par ses États Membres. Même si la focalisation sur les résultats n'était pas un concept entièrement nouveau, l'adoption par l'OPS d'un Cadre de gestion fondé sur les résultats (RBM) était parallèle aux développements se produisant à l'OMS et dans d'autres organismes du système des Nations Unies.

99. Le cadre de la gestion fondée sur les résultats définit des objectifs clairs, choisit des indicateurs pour mesurer les progrès sur la voie de ces objectifs, établit des cibles pour chaque indicateur et fournit les éléments pour la collecte, l'analyse et les rapports des résultats, permettant une évaluation objective de la performance de l'Organisation. Le cadre de la gestion fondée sur les résultats a considérablement changé la façon dont l'Organisation fonctionne, en faisant des résultats et de la performance l'axe central de tout son travail.

100. La mise en œuvre du cadre de la gestion fondée sur les résultats été un processus participatif, en particulier à l'aide du système d'évaluation de la performance, et elle a été appuyée par un cours obligatoire de cyberapprentissage pour tout le personnel. Une récente analyse externe des lacunes a confirmé que l'OPS est devenue un chef de file en matière de gestion fondée sur les résultats au sein du système des Nations Unies. Néanmoins, en tant que processus, la gestion fondée sur les résultats exige par sa nature une mise en œuvre et une adaptation constantes pour garantir qu'elle continue à mettre en valeur le travail de l'Organisation.

101. Le nouveau cadre de la gestion fondée sur les résultats a été incorporé dans l'instrument de planification au plus haut niveau de l'Organisation, le Plan stratégique de l'OPS 2008-2012. Le plan définit les contributions de l'Organisation à la réalisation du Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017 et les OMD et il est aligné sur le 11^e programme général de travail de l'OMS et le Plan stratégique à moyen terme. Il contient 16 objectifs stratégiques qui sont directement alignés sur ceux de l'OMS et définit les résultats escomptés régionaux (RER) et les indicateurs en fonction des préoccupations de santé publique prioritaires actuelles de la Région, tout en tenant compte de l'émergence de nouveaux problèmes et menaces. Les RER de l'OPS contribuent aux résultats escomptés à l'échelle de l'organisation (OWER), et leurs indicateurs forment un tout au niveau mondial.

Décentralisation

102. Outre le cadre de la gestion fondée sur les résultats, l'adoption d'un modèle de coopération technique décentralisée a représenté l'un des changements aux implications

les plus importantes de la décennie. En conjonction avec la nouvelle politique régionale de budget programme, ce nouveau modèle a progressivement transféré les compétences, fonctions et ressources de l'Organisation du siège aux niveaux infrarégional, national et infranational. L'objectif consistait à accroître l'efficacité de l'usage des ressources humaines, techniques et financières, à encourager une collaboration plus étroite avec les homologues des pays et infranationaux, et à renforcer la prise de décisions au niveau local au titre de la décentralisation continue prenant place dans les pays.

103. La mise en œuvre du modèle de coopération technique décentralisée a progressé considérablement au cours de la décennie. Plusieurs programmes techniques régionaux qui étaient auparavant basés au siège ont été transférés aux pays, y compris les programmes sur la dengue (Costa Rica), la maladie de Chagas (Uruguay), le handicap (Argentine), la lèpre et la leishmaniose (Brésil), la santé oculaire (Colombie) et la santé autochtone (Panama), entre autres. De plus, le Domaine de la santé familiale et communautaire (FCH) a décentralisé son équipe technique sur la femme et la santé génésique au Centre latino-américain de périnatalogie et développement humain (CLAP) en Uruguay et le Domaine de la surveillance de la santé et de la prévention et du contrôle des maladies (HSD) a transféré ses activités de santé publique vétérinaire au Centre panaméricain de la fièvre aphteuse (PANAFTOSA) à Rio de Janeiro au Brésil.

104. Le Domaine de la préparation aux catastrophes et des secours d'urgence (PED) a établi trois bureaux qui couvrent différentes zones géographiques : Équateur/Colombie pour l'Amérique du Sud, la Barbade pour les Caraïbes et Panama pour l'Amérique centrale. De plus, le Canada, Cuba, les États-Unis et le Mexique sont couverts par le Bureau régional à Washington, D.C. Chaque bureau possède un conseiller en préparation aux urgences et du personnel de soutien. Le bureau à la Barbade dispose également d'un spécialiste de la réduction du risque de catastrophe. Cette décentralisation garantit non seulement une coopération technique proche des besoins réels, en facilitant l'interaction et en réduisant les coûts, mais elle signifie également une réponse plus rapide en cas de catastrophe. De plus, l'OPS a décentralisé le conseiller principal régional en réponse aux catastrophes à la Barbade. Des membres du personnel de PED sont également présents en Colombie et en Haïti.

105. D'autre part, comme le mentionne le Chapitre II, de nouveaux programmes infrarégionaux de coopération technique, mandatés par les Organes directeurs et conformes aux recommandations du groupe de travail de l'OPS au 21^e siècle, ont été établis pour répondre aux priorités sanitaires des systèmes d'intégration infrarégionaux. Les programmes suivants ont été établis : pour l'Amérique centrale, le Conseil de Ministres de la Santé (COMISCA) et la réunion du secteur de la santé d'Amérique centrale et de la République dominicaine (RESSCAD) ; pour les Caraïbes, le Conseil pour le développement humain et social du CARICOM (COHSOD) et le Caucus des Ministres caribéens de la Santé ; pour la région andine, l'Accord de l'Agence de Santé

andine/Hipólito Unanue (ORAS/CONHU) et la Communauté andine de Nations (et en conformité aux résolutions de la réunion des Ministres de la Santé de la Région andine, REMSAA) ; et pour le Cône Sud, le MERCOSUR (sous-groupe de travail #11) et les commissions de santé intergouvernementales. Le programme de coopération technique pour la frontière États-Unis – Mexique continue à être réalisé au Bureau d'El Paso, au Texas, qui a fêté son 70^e anniversaire en 2012.

106. Divers bureaux dans les pays ont entrepris une décentralisation ultérieure de leurs programmes de coopération technique, en réponse aux priorités établies dans le Plan stratégique de l'OPS et en accord avec les homologues nationaux et infranationaux. Par exemple, les bureaux dans les pays en Bolivie, au Brésil, en Colombie, au Mexique et au Nicaragua ont établi une coopération technique décentralisée au niveau infranational, dans certains cas avec la présence permanente de personnel de l'OPS. Dans le cas de l'Équateur, la coopération technique sur les maladies transmissibles est assurée à partir d'un sous-bureau à Guayaquil, car le principal homologue se trouve dans la zone côtière. Dans le cas des pays des Caraïbes orientales, une décision a été prise pour établir la présence permanente de l'OPS dans les îles au moyen de spécialistes de programmes de pays qui interagissent avec leurs homologues nationaux sur une base quotidienne alors que les équipes de programme situées à la Barbade fournissent la coopération technique spécialisée.

107. Parallèlement à la décentralisation des programmes de coopération technique de l'OPS, il s'est produit des changements dans l'administration de plusieurs de ses Centres panaméricains spécialisés. Depuis les années 1950, l'OPS a créé ou géré 13 Centres chargés de mener à bien la recherche, de fournir la coopération technique et de renforcer la capacité dans des domaines prioritaires pour les États Membres. Pendant ce temps, les Organes directeurs de l'OPS ont exhorté le BSP à réexaminer les Centres périodiquement et à envisager des alternatives dans les cas où les institutions nationales sont en mesure de fournir les services de coopération technique dans les domaines de spécialisation des Centres pour leurs pays et pour d'autres États Membres de l'OPS.

108. En réponse, le BSP a entrepris au début des années 2000 un examen des opérations, du financement de chaque Centre et de leur alignement sur les politiques régionales et infrarégionales de l'OPS, tout en étudiant des structures, des accords et des sources de financement de remplacement qui pourraient être plus efficaces et rentables pour aborder les problèmes dans le domaine de spécialisation de chaque Centre.

109. En résultat, en 2005, l'Institut panaméricain pour la protection alimentaire et la lutte contre les zoonoses (INPPAZ), basé en Argentine, a été fermé et une équipe technique spécialisée en sécurité alimentaire a été établie au Centre panaméricain de la fièvre aphteuse (PANAFTOSA) au Brésil. Par la suite, l'Institut de nutrition de l'Amérique centrale et du Panama (INCAP) a été transféré à son Conseil directeur, l'OPS

en demeurant un membre avec les huit États Membres de l'Institut. La même année, le Centre panaméricain de génie sanitaire et des sciences de l'environnement (CEPIS) au Pérou a été fermé, ses laboratoires ont été transférés au Gouvernement péruvien et une équipe technique régionale sur l'eau et l'assainissement (ETRAS) a été établie par le biais d'un accord avec le Pérou pour fournir une coopération technique constante en matière d'eau et d'assainissement.

110. Dans les Caraïbes, les deux Centres panaméricains, le Centre d'épidémiologie des Caraïbes (CAREC) et l'Institut des Caraïbes pour l'alimentation et la nutrition (CFNI), opèrent leur transition à l'Agence de santé publique des Caraïbes (CARPHA). Le CFNI sera mis hors service à la fin de 2012, et les fonctions dont s'acquitte le CAREC seront transférées à CARPHA. Le travail au cours des 10 dernières années a été axé sur la consolidation et le renforcement des opérations de ces deux centres pour faciliter une transition sans heurts.

111. CARPHA est devenue une entité juridique le 4 juillet 2011, quand les Chefs de Gouvernement des Caraïbes ont signé un accord intergouvernemental pour son établissement. L'agence devrait être entièrement opérationnelle en janvier 2013. Un Conseil exécutif a été établi et une équipe intérimaire a développé une stratégie de mobilisation des ressources et un plan de viabilité, un plan de marketing social et de communication, et un plan de travail axé sur les services de laboratoire, la surveillance et l'analyse de la santé.

112. Les centres collaborateurs de l'OPS/OMS ont continué à jouer un rôle important dans le travail de l'Organisation en menant à bien la recherche qui appuie ses programmes techniques, en aidant à étendre les réseaux de l'Organisation et en contribuant au renforcement de la capacité nationale et régionale dans les domaines de l'information, des services, de la recherche et de la formation.

113. Au cours de la décennie, l'OPS a considérablement accru son implication dans la désignation de nouveaux centres collaborateurs. Alors que traditionnellement la plupart des centres étaient initiés par le siège de l'OMS, de 2002 à 2012, cette tendance s'est inversée : 60 nouveaux centres collaborateurs ont été établis par l'OPS/AMRO et 32 par le siège de l'OMS. Trente-sept des 92 nouveaux centres collaborateurs dans la Région sont situés en Amérique latine et dans les Caraïbes, dont les tous premiers centres collaborateurs en Bolivie et en Uruguay. Pour la première fois depuis les années 1980, trois nouveaux centres ont été désignés au Costa Rica.

114. D'autre part, une nouvelle catégorie de relation a été instaurée pour les institutions nationales associées à l'OPS en coopération technique, avec des procédures pour identifier, désigner et suivre ces institutions. Le processus a pour but de renforcer la coopération technique dans les pays tout en intensifiant également la capacité nationale,

assurant la collaboration intersectorielle et encourageant des initiatives publiques et privées et la collaboration avec des institutions de la société civile.

Nouveaux modèles et entités

115. Afin d'appuyer le cadre de la gestion fondée sur les résultats, le BSP a créé un nombre de nouvelles entités au cours de la décennie. Outre le modèle décentralisé de coopération technique, un nouveau modèle organisationnel horizontal axé sur l'équipe a été approuvé. Il utilise des équipes, des groupes collaborateurs normalisés et des réseaux plutôt que les unités organisationnelles traditionnelles. Le but consiste à rassembler des personnes de différents milieux et compétences pour travailler à un objectif commun dans une culture fondée sur les résultats. Le modèle prévoit des ajustements organisationnels dans chaque nouveau cycle de planification en réponse aux besoins changeants des États Membres. Il définit également un processus de délégation des pouvoirs qui aide à clarifier les rôles et les responsabilités pour des résultats définis dans le Plan stratégique de l'OPS.

116. Afin d'appuyer la mise en œuvre du Cadre et de la culture de la gestion fondée sur les résultats, l'OPS a également créé une nouvelle équipe de projet pour l'efficacité et le développement organisationnels (IDU) en 2010 au sein du Domaine de la planification, du budget et de la coordination des ressources (PBR). Son mandat consiste à renforcer la capacité de l'OPS d'utiliser ses ressources de façon novatrice, efficace et rentable afin de s'acquitter de sa vision et de sa mission. L'équipe est dotée d'experts en efficacité et développement institutionnels ayant une expérience régionale et mondiale.

117. Parmi les contributions d'IDU à la transformation de l'OPS dans les années 2000 on peut citer l'approbation par les Organes directeurs du nouveau cadre de la gestion fondée sur les résultats, la facilitation de la transition des Centres panaméricains, l'appui au nouveau système d'information pour la gestion de l'OPS (PMIS), la supervision du développement des opérations et des manuels de gestion de l'OPS et la garantie de l'usage systématique des tableaux de bord en ligne pour la programmation et la budgétisation.

118. La plus ancienne des nouvelles entités formées pour appuyer le cadre de la gestion fondée sur les résultats était l'équipe de la direction exécutive (EXM), composée du Directeur, du Sous-directeur, du Directeur adjoint et du Directeur de l'Administration, avec un chef de cabinet aux fonctions de liaison, de coordination et de secrétaire. Établi en 2003 pour renforcer les pratiques de gestion de l'OPS, EXM a amélioré la transparence dans la prise de décisions à tous les niveaux de l'Organisation.

119. EXM est responsable du développement de la direction stratégique, des priorités et des politiques de l'OPS pour la coordination, la planification et la mise en œuvre des initiatives au niveau de l'ensemble de l'Organisation, y compris les priorités et les

politiques transversales. L'équipe est également chargée de définir les besoins en ressources de l'Organisation et de surveiller leur mobilisation. De plus, EXM favorise le partage de l'information, la communication, la collaboration et la responsabilisation à tous les niveaux de l'Organisation, avec pour objectif d'améliorer l'efficacité et la transparence.

120. Au titre du modèle de gestion participative, un forum permanent des administrateurs a été créé dans le but d'obtenir l'efficacité, la rentabilité et la synergie dans le travail de l'Organisation. Il permet à EXM et aux administrateurs du BSP d'échanger des informations et de discuter de thèmes d'importance, renforçant et facilitant un dialogue ouvert, le travail d'équipe et le consensus. Le forum comprend une réunion semestrielle en face-à-face.

Politiques et processus des lieux de travail

121. Le Plan stratégique de l'OPS 2008-2012 a établi six priorités transversales – genre, ethnicité, droits de l'homme, soins de santé primaires, promotion de la santé et protection sociale en santé – et préconisait la détermination de leur caractère prioritaire et leur intégration dans tous les programmes de coopération technique de l'OPS.

122. L'une de ces priorités, le genre, a conduit au développement et à la mise en œuvre de la politique d'égalité entre les sexes de l'OPS, qui a été approuvée par le 46^e Conseil directeur en 2005 (CD46.R16). En plus de préconiser l'inclusion du genre dans la planification, la programmation et les interventions en santé par les pays et dans les programmes de coopération technique de l'OPS, la politique et son plan d'action appelait le BSP lui-même à lutter pour la parité entre les sexes dans le recrutement et le plan de carrière.

123. Un rapport de 2009 des Nations Unies a indiqué que l'OPS avait déjà atteint l'égalité entre les sexes entre les professionnels au siège, avant de nombreuses autres institutions des Nations Unies. Toutefois, dans les bureaux de pays de l'Organisation, les femmes étaient sous-représentées au sein du personnel professionnel et au sein des personnes nommées à des postes à long terme et nouvellement nommées. Les rapports annuels de situation depuis l'adoption de la politique d'égalité entre les sexes ont indiqué une augmentation du recrutement des femmes tant au siège que dans les bureaux de l'OPS dans les pays et tant au niveau professionnel qu'au niveau administratif.

124. En 2004, l'OPS a adopté sa première politique relative au harcèlement sur les lieux de travail. Visant à encourager un environnement de travail respectueux à l'aide de la prévention et de la résolution rapide des cas de harcèlement, la politique couvrait deux types de harcèlement sur les lieux de travail – personnel et sexuel – et expliquait

comment utiliser les processus de résolution informels et formels pour traiter les comportements qui pouvaient constituer un harcèlement.

125. En 2012, la politique a été élargie pour inclure l'intimidation, l'abus de pouvoir et un environnement de travail hostile comme d'autres formes de harcèlement. D'autres changements ont inclus l'élimination de l'examen des pairs dans le processus formel de plainte et l'établissement d'échéances pour garantir une résolution prompte des allégations.

126. En mai 2006, l'OPS a établi un Bureau de l'éthique indépendant, qui rend compte directement aux Organes directeurs par le biais du Comité exécutif. Son mandat consiste à fournir des orientations, des conseils et une formation pour aider le personnel à prendre des décisions éthiques justes en conformité avec le Code des principes d'éthique et de conduite de l'OPS mis en œuvre en janvier 2006. Il est également chargé d'enquêter sur les allégations d'inconduite, dont le harcèlement, ainsi que de violations suspectées du code d'éthique de l'OPS.

127. Le Bureau d'éthique est accessible à tout le personnel de le BSP, aux membres de leurs familles, aux clients, parties prenantes et vendeurs. En juin 2007, une ligne d'assistance téléphonique d'éthique a été ouverte pour permettre aux personnes à l'intérieur et à l'extérieur de l'Organisation de dénoncer des méfaits suspectés ou de répondre à des questions sur des problèmes qui pourraient avoir des implications éthiques. La ligne d'assistance téléphonique est administrée par un vendeur extérieur et permet aux personnes qui appellent de rester anonymes si elles le souhaitent.

128. En 2005, l'Organisation a lancé un nouveau Bureau de l'Ombudsman pour fournir des services de gestion et de résolution des différends pour les membres du personnel ayant des préoccupations, des problèmes ou des défis concernant leur travail. Le bureau respecte des pratiques et des procédures qui sont conformes aux normes de pratique et au code d'éthique de l'Association internationale des ombudsmans. Son travail est basé sur quatre principes – confidentialité, impartialité, indépendance, et absence de formalité – et il prêche les valeurs essentielles de l'OPS – équité, excellence, solidarité, respect, et intégrité.

129. Le Bureau de l'Ombudsman appuie la mission de l'OPS en promouvant l'équité dans les processus organisationnels. Il traite en priorité les préoccupations des employés le plus tôt possible dans le but de prévenir, gérer, limiter ou résoudre les conflits avant qu'ils ne s'aggravent. Ses services sont ouverts à toute personne qui travaille dans un bureau quelconque du BSP, que ce soit le siège, les bureaux dans les pays et les Centres, indépendamment du statut du contrat de la personne. Au cours des cinq dernières années, plus de 750 employés ont consulté le Bureau de l'Ombudsman pour poser des questions ou faire part de leurs préoccupations. Les visiteurs ont systématiquement renvoyé l'image

du profil démographique de l'Organisation en termes de lieu, de genre et de statut de leur contrat. Le bureau agit également en tant qu'observateur et prévisionniste, fournissant une rétro-information ponctuelle à l'Administration et aux administrateurs de l'OPS afin de prévenir un préjudice évitable aux personnes individuelles ou à l'Organisation.

130. En octobre 2007, l'OPS a lancé un système d'intégrité et de gestion des conflits (ICMS). L'ICMS incorpore toutes les ressources internes qui traitent les problèmes d'intégrité et de gestion des conflits dans un système cohérent de façon à les rendre plus accessibles, efficaces et facilement compris par le personnel du BSP. Ces ressources englobent le Bureau de l'Ombudsman, le Bureau d'éthique, le Bureau juridique, le Bureau de sécurité de l'information, la Gestion des ressources humaines, l'Association du personnel OPS/OMS, le Bureau des services de contrôle interne et d'évaluation (IES) et le Comité d'appel. En novembre 2011, l'OPS a nommé pour la première fois un président extérieur à son Comité d'appel.

131. Chacune de ces ressources joue un rôle distinct, et l'ICMS fournit une information claire sur le mandat, la portée du travail, le pouvoir et la capacité de prise de décisions, les relations de préparation des rapports, l'accessibilité, le niveau de confidentialité, l'indépendance et la reddition des comptes, ainsi que l'accès aux personnes responsables et aux dossiers de chaque ressource individuelle.

132. Depuis son début, l'ICMS a été le catalyseur du développement de plusieurs initiatives institutionnelles importantes relatives à la bonne gouvernance, dont un programme de déclaration de confidentialité (2007), une politique de protection des personnes qui signalent des malversations ou qui coopèrent à une enquête ou un audit (2009) et un protocole pour mener des enquêtes sur les lieux de travail (2010).

133. Afin de promouvoir la santé et le bien-être du personnel, le BSP a créé un comité de bien-être en tant qu'organe consultatif auprès du Directeur. Il fournit un forum pour discussion et des recommandations sur les questions liées à la santé sur les lieux de travail du BSP. Le comité a également dirigé un effort connu sous le nom de « OPS verte » qui cherche à diminuer les émissions de CO₂ de l'Organisation.

Compétences et apprentissage

134. En 2003, l'OPS a établi un groupe de travail sur le capital humain (WGHC) dont la responsabilité consistait à analyser les compétences et les qualifications du personnel jugées nécessaires pour la performance effective de l'Organisation et faire des recommandations. Le groupe a produit un premier projet d'une carte de compétences, consistant en 20 compétences divisées en trois sections : *a*) compétences générales, *b*) compétences techniques pour les professionnels intervenant dans la coopération technique et *c*) compétences pour le personnel travaillant dans les services de soutien

administratif. La carte initiale a été examinée et révisée par le domaine de la gestion des ressources humaines (HRM) en 2006 au titre de l'initiative d'évaluation stratégique et d'alignement des ressources de l'OPS (SARA) et elle a été révisée à nouveau en 2007. Les modifications incluaient l'addition de niveaux et des descriptions des comportements souhaités liés à différentes compétences. En 2007, la carte a été révisée à nouveau et elle a été validée par la suite par un bureau de consultants extérieur.

135. La carte de compétences s'inscrivait dans un effort plus vaste pour mettre en œuvre la gestion des ressources humaines fondée sur les compétences. Cet effort a également comporté l'utilisation d'interviews et de tests psychométriques basés sur les compétences dans le processus de sélection du personnel et l'alignement, la mise à jour et l'amélioration des descriptions de postes à l'aide de l'incorporation de conditions fondées sur la carte de compétences.

136. À partir de 2004, le BSP a lancé un effort majeur pour se renforcer comme organisation d'apprentissage, afin de garantir que les qualifications et les connaissances de son personnel se développent et évoluent parallèlement aux nouveaux progrès technologiques, scientifiques, en matière de politique et organisationnels.

137. Pour guider ce processus, le comité d'apprentissage a été créé. Il a été chargé d'évaluer les besoins d'apprentissage prioritaires, les initiatives de pointe pour répondre à ces besoins et de garantir que ces initiatives sont alignées sur les besoins des activités et les politiques institutionnelles de l'OPS, ainsi que sur les objectifs de son Plan stratégique.

138. Depuis 2004, le programme d'apprentissage a établi des plans d'apprentissage régionaux et mondiaux axés sur huit « trajectoires d'apprentissage » : introduction et mise à jour, les fondamentaux de l'OPS, excellence en leadership et en gestion, gestion de projets, excellence technique, excellence administrative, compétences administratives, et compétences de soutien. Tous les membres du personnel sont tenus de suivre un stage obligatoire d'introduction, un cours sur le Code des principes éthiques et de conduite de l'OPS, et deux cours (de base et avancé) relatifs à la sécurité sur le terrain. À compter de 2012, chaque membre du BSP est également tenu d'inclure 10 jours/80 heures d'activités d'apprentissage dans leurs plans de travail personnels (voir également ci-dessous).

Cybermanuel et manuel des opérations au niveau de pays

139. Le nouveau cybermanuel de l'OPS/OMS constitue une initiative importante pour soutenir et codifier le développement institutionnel de l'OPS. Le cybermanuel est un instrument unifié qui aide le personnel de l'OPS à s'acquitter de ses responsabilités pour réaliser les objectifs stratégiques de l'Organisation. Il incorpore les règles, règlements, politiques et procédures du cybermanuel de l'OMS ainsi que des variances spécifiques à

l'OPS par rapport aux politiques de l'OMS, telles qu'établies par le Directeur du BSP et autorisées par le statut juridique séparé de l'Organisation vis-à-vis de l'OMS. Développé sur une période de cinq ans et entièrement opérationnel depuis la mi-2012, le cybermanuel de l'OPS/OMS est maintenant l'unique archive des politiques obligatoires de l'OPS, qui étaient auparavant distribuées sur divers sites de l'Organisation.

140. Actuellement, l'Organisation met également au point un manuel de gestion opérationnelle pour les bureaux des pays de l'OPS et les Centres spécialisés. Ce nouveau manuel offrira des orientations pour les administrateurs au niveau des pays dans tous les domaines de la gestion, y compris le développement de stratégies de coopération avec les pays, les plans de travail biennaux et les plans de développement institutionnel. Le manuel mettra également en relief la façon dont ces processus sont interdépendants. Une version électronique fournira aux usagers des liens aux documents et aux politiques du cybermanuel se rapportant à chaque processus.

141. Le cybermanuel de l'OPS/OMS et les manuels au niveau des pays disposeront d'un site internet consacré à travers lequel toutes les variances proposées aux politiques de l'OMS ou les changements aux politiques en place de l'OPS seront indiqués. Des projets de propositions, des commentaires, des révisions et des communications écrites seront développés, transmis, approuvés et publiés à l'aide du système de cybermanuel. Le comité permanent du cybermanuel de l'OPS, composé du Directeur de l'Administration et du Conseiller juridique de l'OPS approuveront toutes les variances de politique proposées.

142. Le cybermanuel de l'OPS/OMS et le manuel des opérations au niveau de pays contribueront tous deux à la réalisation de l'objectif stratégique 16 et au développement de l'OPS en tant qu'organisation d'apprentissage.

Transparence, responsabilisation et contrôle

143. En conformité aux recommandations du groupe de travail sur l'OPS au 21^e siècle, le BSP a institué un nombre de changements visant à accroître la transparence et la responsabilisation dans le travail de l'OPS. Ces changements ont compris l'adoption des premières règles spécifiques régissant l'élection du Directeur du BSP. En fonction des recommandations d'un groupe de travail spécial sur la rationalisation des mécanismes de gouvernance de l'OPS, les nouvelles règles comportaient des critères à l'usage des États Membres dans la sélection de leurs candidats, un calendrier et des procédures pour les nominations et pour la tenue de l'élection, ainsi que l'établissement d'un nouveau forum de candidats, prévu pour coïncider avec les réunions du Comité exécutif, afin de permettre aux candidats de présenter leurs plateformes et de répondre aux questions des États Membres.

144. Les règles comprenaient également des réglementations spécifiques relatives aux candidats qui sont des membres de l'OPS ou de l'OMS ainsi que des mécanismes de contrôle relatifs à la contractualisation de délégués d'Etats Membres participant à l'élection et à l'usage de certains fonds de l'Organisation avant et après l'élection.

145. En 2009, l'OMS a institué un nouveau processus mondial pour la sélection des Chefs des bureaux dans les pays de l'OMS (HWCO), également connus sous le nom de Représentants de l'OPS/OMS (PWR). Le processus cherche à garantir les qualités de leadership et les compétences des PWR/HWCO à travers un processus compétitif de sélection, l'éducation continue et une évaluation rigoureuse de la performance, combiné à une prise de fonctions, un mentorat et un encadrement appropriés, ainsi qu'un appui et un soutien réactifs.

146. Le nouveau processus inclut une liste mondiale de candidats pré-qualifiés à partir de laquelle tous les PWR/HWCO seront sélectionnés. Le comité d'évaluation de la liste mondiale, composé de hauts responsables des six Bureaux régionaux et du Siège de l'OMS, veille à ce que les candidats satisfassent les conditions essentielles minimums pour le poste et que le processus d'évaluation soit conforme aux normes institutionnelles. Le processus inclut un test écrit pour évaluer les connaissances des candidats concernant les aspects fondamentaux de la santé publique et les valeurs des Nations Unies et de l'OMS, ainsi que des interviews et des simulations pour évaluer leurs compétences politiques dans des situations auxquelles les PWR/HWCO font généralement face.

147. Pour les postes vacants de PWR (AMRO), les candidats de la liste mondiale sont examinés par le Comité principal de sélection de l'OPS, qui propose un candidat au Directeur général de l'OMS. Les nominations se poursuivent sur la base d'un accord mutuel avec le gouvernement hôte.

148. En plus de ces changements, le BSP a également décidé de modifier le processus pour la sélection de l'Auditeur externe de l'OPS. Lors des 30 années précédant l'exercice biennal 2008-2009, le Bureau d'Audit national du Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord (NAO) avait été nommé par les Organes directeurs pour assumer la fonction d'Auditeur externe de l'OPS. Dans un effort pour améliorer la transparence dans les processus de contrôle, le BSP a adopté la procédure utilisée par l'OMS, par laquelle l'Auditeur externe n'exerce ses fonctions que pendant deux exercices biennaux successifs. En 2008, le Bureau d'Audit national du Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord était l'unique candidat et a été sélectionné à nouveau comme Auditeur externe pour deux exercices biennaux. En 2011, les États Membres ont nommé la Cour des Comptes espagnole pour les exercices biennaux 2012-2013 et 2014-2015 après un processus compétitif.

149. Plusieurs autres entités et processus nouveaux ont été établis afin de renforcer la gouvernance au moyen de l'amélioration du contrôle, de la gestion des risques et de l'évaluation. Ils comprenaient le nouveau Bureau des services de contrôle interne et évaluation (IES), établi en 2009 et dirigé par l'Auditeur général de l'OPS. L'IES est chargé de réaliser les audits internes et les évaluations, d'identifier les problèmes de risque et de contrôle interne, de faire des recommandations et de suivre leur mise en œuvre. L'IES agit indépendamment de la direction, et offre des services consultatifs sur une base adaptée aux circonstances.

150. La création du comité d'audit de l'OPS, qui s'est réuni pour la première fois en 2010, a constitué un développement connexe. Composé de professionnels expérimentés qui agissent indépendamment des États Membres et du BSP, le comité contribue à renforcer la gouvernance institutionnelle, la gestion du risque et les processus de contrôle interne en effectuant des audits internes et des évaluations et en prodiguant des conseils à la gestion du BSP. Ses membres participent également aux réunions de l'ICMS, au comité pour la protection des biens et la prévention des pertes (APLP), et au projet de modernisation du PMIS, entre autres.

151. Le nouveau comité permanent pour la protection des biens et la prévention des pertes (APLP), a été établi en 2009 pour faire des recommandations sur les politiques et les mesures destinées à prévenir les pertes, le mauvais usage ou le vol de ressources et de biens de l'OPS. Une de ses premières recommandations, mise en œuvre en 2010, a été que toutes les déclarations de vol présumé, de perte ou d'inconduite soient faites à un point focal dans l'Organisation, à savoir le Bureau d'éthique. En 2012, une nouvelle politique a été émise sous les auspices du comité de l'APLP stipulant que le personnel est responsable lorsque des biens ou équipements appartenant à l'Organisation sont perdus ou volés par négligence ou conduite inappropriée.

152. L'OPS a institué d'autres processus nouveaux visant à garantir l'intégrité, la transparence et la responsabilisation dans l'exercice de ses mandats. À partir de 2005, les membres du personnel à certains niveaux de grade et occupant des positions importantes sont tenus de soumettre une déclaration d'intérêt divulguant tout intérêt financier, professionnel ou autre qui pourrait potentiellement donner lieu à un conflit d'intérêt. La déclaration requiert également la divulgation des intérêts pertinents des membres de la famille immédiate.

153. À compter de 2010, l'Organisation a adopté les normes comptables internationales du secteur public (IPSAS) dans ses rapports comptables et financiers. Auparavant, elle utilisait les normes comptables du système des Nations Unies (UNSAS). L'OPS est l'une des huit organisations du système des Nations Unies qui a réussi à mettre en œuvre les nouvelles normes en 2010.

Cadre de réponse institutionnelle et EOC

154. La pandémie de grippe H1N1 de 2009 et le séisme en Haïti de 2010 ont été parmi les opérations de réponse les plus vastes et les plus compliquées depuis que le programme d'urgence de l'OPS a été créé en 1976. En conséquence de ces expériences et des demandes considérables qu'elles ont imposées à l'Organisation, l'OPS a commencé à modifier sa propre gestion des catastrophes et ses opérations de réponse.

155. Ce processus a impliqué de longues consultations à l'intérieur et à l'extérieur de l'Organisation, avec des experts de diverses disciplines, y compris des spécialistes de gestion des urgences, des premiers intervenants, des épidémiologistes et des administrateurs, parmi d'autres. Le résultat a été un nouveau cadre de réponse institutionnelle aux urgences et aux catastrophes visant à améliorer la capacité de l'Organisation de répondre avec la vitesse, la mobilité et l'efficacité voulues aux besoins des États Membres dans des cas d'urgence.

156. Au titre du nouveau cadre, l'espace occupé précédemment par la bibliothèque au bâtiment du siège a été adapté pour abriter le nouveau Centre des opérations d'urgence (EOC) et le Centre du savoir, avec des espaces de travail interconnectés et flexibles pour permettre aux différents domaines techniques au sein de l'Organisation de collaborer dans une réponse de santé publique. L'EOC joue un rôle de coordination, connectant tous les points des opérations pour garantir une réponse ponctuelle et efficace aux événements urgents de santé publique. Son intégration à la Bibliothèque de l'OPS et aux réseaux d'information (KMC/LI) et à l'équipe d'alerte et réponse et maladies épidémiques du Règlement sanitaire international (HSD/IR) permet une meilleure collaboration entre le Domaine de préparation aux catastrophes et secours d'urgence (PED), le Domaine de la gestion du savoir et communication (KMC), le Domaine de la surveillance de la santé et de la prévention et du contrôle des maladies (HSD) et d'autres domaines techniques et administratifs. Le nouvel espace de l'EOC/Centre du savoir a été inauguré à l'occasion de la session du 150^e Comité exécutif en juin 2012.

Technologies de l'information et de la communication

157. En complément au nouveau cadre de réponse institutionnelle et en contribution à la continuité des affaires et à l'efficacité opérationnelle, de nouveaux efforts ont été accomplis pour améliorer l'infrastructure de l'information et de la communication de l'Organisation.

158. La nouvelle stratégie de technologies de l'information et de la communication (TIC) de l'OPS a constitué le cadre de base pour ces efforts. Elle articule le consensus sur les besoins de la communauté de l'OPS et ses partenaires, et présente une vision globale de l'endroit où doit se situer la TIC dans l'OPS dans le moyen terme. Un projet de la

politique de TIC a été formulé à l'aide d'une consultation au niveau de toute la Région impliquant 13 groupes focaux et la participation de plus de 100 membres du personnel du BSP.

159. En fonction d'un horizon quinquennal de planification, la stratégie de TIC incorpore l'évolution à court terme de l'industrie en matière de virtualisation, d'informatique dématérialisée (*cloud computing*), de normalisation, de consolidation et de gestion des services. Alors que l'Organisation poursuit le transfert progressif vers un usage de services et de systèmes mobiles, ces approches et ces technologies devraient améliorer la souplesse et la capacité de la TIC afin de répondre aux besoins en évolution de l'OPS et de ses communautés.

160. La stratégie de TIC de l'OPS met en relief le positionnement de l'Organisation comme chef de file dans l'information en santé électronique ainsi que dans la collaboration et le réseautage. Elle tient compte du focus sur les pays de l'OPS et souligne la connectivité accrue du réseau pour garantir un accès équitable pour tous, à l'appui des objectifs stratégiques de l'OPS.

161. Les projets compris dans la stratégie ont été mis en œuvre de manière collaborative par l'équipe des services de la technologie de l'information (ITS) avec le Domaine de la gestion du savoir et communication (KMC) pour assurer l'intégration avec le modèle conceptuel et l'interopérabilité de KMC avec l'Intranet/Extranet 2.0 de l'OPS, les archives institutionnelles mondiales de l'OMS et le campus virtuel de santé publique.

162. Les principaux projets de TIC ont compris :

- a) Le projet d'actualisation de la technologie d'ordinateur, qui offre une expérience d'ordinateur commune au personnel au siège, dans les bureaux dans les pays et dans les Centres panaméricains, et sur des systèmes multiples. Il facilite la gestion d'instance unique pour la configuration des logiciels, améliore la standardisation et simplifie le soutien de proximité local.
- b) Le projet de modernisation du courrier électronique, qui a progressivement mis à niveau les systèmes de courrier électronique des bureaux dans les pays et des centres de l'OPS, tout en migrant de nombreux bureaux au Datacenter WDC afin de consolider le matériel et d'améliorer la continuité des affaires. Dans le cadre du plan de continuité des activités de l'OPS, ITS a également mis en œuvre un nouveau système de gestion du courrier électronique (EMS) qui comprend une infrastructure de remplacement en cas d'interruption des systèmes essentiels de courrier électronique de l'OPS.
- c) Le projet de virtualisation des serveurs de l'OPS, qui a fourni une infrastructure plus solide et plus flexible pour les serveurs au siège et qui a permis une réponse plus rapide aux exigences de continuité des activités.

163. Au titre de ses efforts pour améliorer les communications organisationnelles, l'OPS a entrepris un effort majeur pour améliorer la connectivité entre les bureaux dans les pays, les centres panaméricains et le Siège. Auparavant, ces entités étaient reliées à l'aide d'un patchwork de connexions locales, souvent peu fiables, limitées par un débit inapproprié et des coûts élevés et sujettes à des interruptions et une performance médiocre.

164. Pour corriger cette situation, l'Organisation a institué le réseau privé de l'OPS (PPN), une infrastructure de télécommunications qui offre la connectivité requise à tous les emplacements de l'OPS au moyen d'une capacité de communication, d'un débit, d'une sécurité et d'une fiabilité supplémentaires.

165. Le PPN appuie les capacités de réunions virtuelles, l'accroissement du partage des connaissances, le réseautage social axé sur la santé, le protocole de téléphonie de la voix sur réseau IP (VoIP), les communications en temps réel et la capacité de vidéoconférence. Le réseau offre également un fondement pour la future implication directe des États Membres dans les activités du BSP, ainsi que la connectivité pour étendre les systèmes dans les institutions de santé.

166. Dans le cadre de la mise en œuvre du PPN, l'OPS a mis à niveau la plupart de ses systèmes téléphoniques dans la Région et utilise des technologies de pointe pour garantir un système de communications intégré pour l'ensemble du personnel.

Stratégie du savoir et des communications et Web 2.0

167. In 2011, l'OPS a approuvé sa première stratégie institutionnelle visant à intégrer la gestion du savoir et les communications. Le développement de la stratégie a impliqué les contributions de 13 groupes de travail différents et l'incorporation d'éléments d'une stratégie antérieure de gestion du savoir ainsi que d'une stratégie existante pour les ressources humaines et la technologie de l'information.

168. La nouvelle stratégie du savoir et des communications offre des orientations pour la planification des politiques de gestion du savoir et des communications, identifiant des objectifs stratégiques dans des domaines englobant la collaboration, l'apprentissage, les réseaux et la communication en santé. La stratégie est mise en œuvre dans l'ensemble de l'Organisation sous la responsabilité principale du Domaine de la gestion du savoir et des communications (KMC).

169. Le passage au modèle Web 2.0 de présence en ligne a constitué un changement majeur institué dans le cadre de la stratégie du savoir et des communications. Contrastant avec les modèles web traditionnels, Web 2.0 implique l'interaction et la collaboration

entre usagers qui sont en mesure de créer et produire un contenu en tant que membres d'une communauté virtuelle, plutôt que des usagers étant essentiellement des bénéficiaires passifs de contenus créés pour leur consommation.

170. L'adoption de Web 2.0 par l'Organisation a ouvert de nouvelles opportunités pour le partage de l'information, le réseautage, l'interaction, l'interopérabilité et la production de contenus. La mise en œuvre du modèle par l'OPS a mis l'accent sur :

- a) Des normes pour la gestion de l'information qui a pour but une évolution conjointe entre différents usagers.
- b) L'interopérabilité qui permet la consolidation de flux d'information internes et externes.
- c) Le ciblage de groupes d'utilisateurs dans la production et le partage du contenu.
- d) L'expansion de réseaux pour la diffusion de l'information et l'innovation, y compris à travers les communautés de pratique et l'usage des médias sociaux.
- e) La création de nouvelles formes fonctionnelles pour préparer l'arrivée de systèmes mobiles et l'accès.
- f) La préservation de l'expertise du savoir et la mémoire historique.

171. La mise en œuvre de Web 2.0 a renforcé la présence de l'OPS en tant que source faisant autorité en matière d'information scientifique et technique en santé publique, a étendu la publication multilingue dans un environnement à l'accès ouvert, a favorisé l'alignement stratégique et fonctionnel sur le site web de l'OMS, a amélioré l'interopérabilité entre sources internes et externes d'information en santé publique et a rendu le contenu de l'OPS plus accessible aux indexeurs, aux navigateurs du web, aux portails et aux autres services du web, ainsi que directement aux utilisateurs en général.

172. Un développement connexe de la TIC qui a appuyé la stratégie du savoir et des communications a été illustré par le projet de consolidation de domaine de l'OPS, qui a fusionné 35 domaines Internet des bureaux dans les pays et des centres de l'OPS en un domaine unique « paho.org » afin de présenter une identité organisationnelle cohérente dans l'ensemble des Amériques. Le projet a grandement réduit la complexité de l'infrastructure, a simplifié l'administration et permis des approches futures d'instance unique et des initiatives d'informatique dématérialisée.

173. L'Organisation a également profité de nouvelles plateformes disponibles pour les conférences et la collaboration virtuelles, qui ont permis une augmentation spectaculaire de l'interaction collaborative tout en offrant des économies de coût très importantes. Entre 2006 (première année de mise en œuvre d'outils de collaboration virtuelle) et 2011, le nombre annuel de réunions et d'événements virtuels organisés par l'Organisation est

passé de 687 à plus de 30 000. À la mi-2012, l'OPS disposait de près de 1000 espaces de collaboration virtuelle dédiés pour son personnel, ses collaborateurs extérieurs et d'autres parties prenantes.

174. En 2011, l'OPS a lancé la première phase d'un nouvel Intranet de l'OPS conçu pour donner accès à l'information institutionnelle clé tout en offrant une plateforme globale pour la gestion du savoir et la communication. La seconde phase, actuellement en cours de développement, comporte la mise en œuvre d'une nouvelle architecture de l'information destinée à rendre le stockage et la consultation de l'information plus rapides, plus intuitifs et plus fiables.

175. Depuis le début, le nouvel Intranet de l'OPS a publié un grand nombre d'articles et de thèmes d'intérêt pour les employés, couvrant des sujets tels que les pratiques de gestion et les ressources humaines, y compris un nombre de profils des personnels.

Système d'information pour la gestion du BSP

176. En 2010, le BSP a lancé un projet pluriannuel pour moderniser son système d'information pour la gestion, connu auparavant sous le nom de système de gestion interne (CMS) et plus récemment renommé le système d'information pour la gestion du BSP (PMIS). Le PMIS offre un appui critique aux programmes de coopération technique de l'OPS en automatisant l'information requise pour la planification, la gestion des programmes, la budgétisation, les finances, la gestion des ressources humaines, les états de paie, les achats et l'évaluation, entre autres.

177. Un comité spécial du PMIS a analysé les processus administratifs, élaboré une série de principes directeurs et identifié diverses options pour la modernisation, ainsi que leurs avantages, inconvénients et coûts estimés. Le rapport du comité, approuvé par le 50^e Conseil directeur de l'OPS (CD50/7 et CD50/7, Corr.1) en 2010, préconisait que la modernisation du PMIS soit alignée sur le système mondial de gestion de l'OMS tout en tenant compte du statut juridique séparé de l'OPS et garantissant que l'autorité des Organes directeurs de l'OPS et des niveaux de service aux États Membres de l'OPS ne soit pas compromise.

178. En conformité aux recommandations du comité du PMIS, l'effort de modernisation du PMIS cherche à intensifier la responsabilisation et la transparence, la collaboration, la gestion des ressources humaines, l'appui aux opérations d'urgence et l'efficacité opérationnelle. Il cherche également à rationaliser les processus administratifs, à faciliter les opérations multilingues aux niveaux national, infrarégional et régional, et à assurer que la gestion de l'information aide à renforcer la gestion à tous les niveaux du BSP.

Achats, recrutement et performance

179. L'OPS a spectaculairement augmenté ses activités d'achat au cours des dernières années, en raison en grande partie de l'usage accru du Fonds renouvelable et du Fonds stratégique de l'OPS par les États Membres. De 2000 à 2011, le total des activités d'achat a pratiquement quintuplé, en passant d'US\$ 105 millions à US\$ 505 millions. Pour mieux répondre à cette demande croissante, l'OPS a entrepris un projet majeur de transformation des activités d'achat, étayé par des évaluations externes et internes, visant à rationaliser les processus pour les efficacités et l'alignement des structures organisationnelles en vue de la rentabilité stratégique.

180. Parmi les changements les plus significatifs dans les pratiques en matière d'achat au cours des 10 dernières années, on peut citer une augmentation de la délégation de pouvoir au siège comme au niveau de pays. Cette tendance était conforme à d'autres efforts pour rationaliser et décentraliser les fonctions dans l'Organisation et elle s'inscrit dans un effort à plus long terme pour instituer un nouveau modèle d'achat fondé sur le « contrôle centralisé avec une exécution décentralisée. »

181. Afin d'améliorer la performance des activités d'achat par les parties prenantes internes et externes, l'OPS a institué l'usage de tableaux de bord numériques, ou interfaces numériques qui *a)* présentent l'information sur la performance sous une forme graphique qui permet aux usagers d'identifier rapidement les problèmes de performance et aider à les corriger, *b)* fournissent une information plus ponctuelle en s'éloignant des méthodes manuellement intensives d'intégration et de diffusion de l'information et *c)* facilitent l'analyse et la gestion des processus en matière d'achat en ce qui concerne les buts et objectifs principaux. Les tableaux de bord utilisent des indicateurs clés de performance pour mesurer l'efficacité et la rentabilité des activités d'achat et faciliter les actions de correction pour mieux répondre aux cibles et aux buts organisationnels.

182. Le domaine de la gestion des ressources humaines (HRM) de l'OPS a également mis en œuvre des changements pour rationaliser et clarifier ses modalités de recrutement, essentiellement pour réduire les temps du recrutement et faciliter un déploiement rapide. Ces changements ont compris :

- a) L'harmonisation des modalités de recrutement de l'OPS avec celles du système commun des Nations Unies pour garantir la cohérence et la mobilité interinstitutions.
- b) Le développement de systèmes automatisés pour répondre aux besoins urgents et aux défis de financement, tels que le financement à court terme.
- c) La délégation de pouvoir pour permettre aux administrateurs de prendre des décisions de recrutement sans intervention majeure d'HRM dans certaines

- situations (par ex., recrutement de personnel extérieur aux Nations Unies comme conseillers et consultants temporaires).
- d) Le développement de listes de services généraux pour faciliter le recrutement rapide de personnel en appui à des projets ou des programmes.
183. HRM a également mis en œuvre des mesures pour raccourcir la durée du processus de recrutement pour des postes à plein temps (FTP). Ces mesures incluaient :
- a) Un système de suivi des ressources humaines (HRT) pour mieux faciliter le suivi des demandes de recrutement.
- b) Un outil *E-Select* qui automatise la plupart des démarches pour documenter le processus de recrutement et qui donne aux administrateurs un plus grand contrôle sur le calendrier de chaque phase.
- c) La reconfiguration du panel consultatif de sélection (ASP) pour permettre une meilleure programmation du processus de sélection.
184. Ces mesures ont raccourci la durée du processus de recrutement de trois mois en moyenne.
185. HRM a également amélioré le système de planification et d'évaluation de la performance (PPES) au moyen d'un nouvel outil électronique qui permet aux personnels du siège et dans les bureaux dans les pays de compléter leurs plans de travail et leurs évaluations en ligne. Mis en œuvre au début de 2010, le nouveau e-PPES est disponible dans les quatre langues officielles de l'Organisation, avec un cours en ligne sur son utilisation. Le système dispose également de capacités de préparation de rapports qui permettent aux administrateurs de respecter la conformité, encourageant ainsi une plus grande responsabilisation.

CHAPITRE IV

LES PROGRES FUTURS EN SANTE PUBLIQUE

Consolider les réalisations

186. Les pays des Amériques ont de quoi se réjouir en ce qui concerne les progrès de la santé au cours de la première décennie des années 2000. La Région a obtenu des acquis significatifs au niveau de l'espérance de vie, de la protection sociale en santé, de la réorganisation des systèmes de santé, ainsi que du traitement contre de nombreuses maladies infectieuses et de la lutte contre celles-ci et de leur élimination (voir Chapitre I).⁷ En contribution à ces progrès, il s'est produit une réalisation moins tangible mais tout aussi importante : la consolidation de la santé en tant que droit de l'homme fondamental figurant au programme politique de presque tous les pays, y compris l'incorporation de ce droit dans de nombreux cadres juridiques nationaux. Même en ce qui concerne le problème le plus historiquement difficile à résoudre de la Région – l'inégalité –, des progrès se sont produits au cours de la décennie, même si ce domaine est celui où demeurent les défis les plus grands. Le présent chapitre discute de ce qui est nécessaire pour consolider et maintenir ces réalisations, examine les objectifs clés de la santé qui n'ont pas été atteints et désigne certains des défis majeurs émergents auxquels la Région devra prochainement faire face.

187. Comme noté dans le Chapitre I, les dépenses en santé publique dans les Amériques ont augmenté pendant une grande partie de la première décennie des années 2000, même si elles n'ont pas atteint les niveaux généralement considérés nécessaires pour atteindre la couverture en santé universelle. Un défi majeur consistera à garantir la durabilité de la protection sociale étendue en santé en augmentant les budgets sanitaires et sociaux de manière suffisante ou en développant de nouveaux mécanismes novateurs de financement, ou les deux. Lors du processus de définition des nouveaux mécanismes de financement, il faudra reconnaître que la couverture universelle ne peut être réalisée si l'ensemble de la couverture est lié à l'emploi formel et que, pour un segment de la population, la couverture devra être subventionnée. Il est tout aussi important que de nouveaux mécanismes contribuent à réduire la segmentation (et les inégalités qui en découlent) des systèmes de santé, par exemple en incorporant des groupes supplémentaires dans les systèmes existants de soins de santé plutôt qu'en les reléguant vers des soins de santé séparés et souvent de moindre qualité ou des régimes de couverture réduits. Les pays qui ont réussi à instaurer des systèmes nationaux de santé unifiés peuvent offrir des leçons précieuses à cet égard.

⁷ Voir également l'édition 2012 de *Health in the Americas*, publiée simultanément avec le présent rapport, pour de plus amples détails et une analyse concernant les récentes tendances en matière de santé et de développement dans les pays des Amériques.

188. La coopération technique continue de l'OPS/OMS pour appuyer une couverture élargie de la santé repose sur des politiques et des mécanismes pour le financement de la protection sociale et des systèmes de santé, ainsi que des études sur l'évolution des inégalités des systèmes de santé, y compris des analyses de la progressivité du financement de la santé et de l'appauvrissement dû à des dépenses catastrophiques non remboursées.

189. Des progrès permanents dans la réforme et la réorganisation des systèmes de santé fondés sur les soins de santé primaires (SSP) sont également essentiels à la durabilité de la protection élargie en santé. Les efforts dans ce domaine ont progressé dans certains pays davantage que dans d'autres, mais les stratégies de SSP ont prouvé leur valeur en rendant les systèmes plus efficaces tout en améliorant la prestation des soins.

190. Une composante clé de la stratégie de SSP, essentielle à la durabilité et à la qualité des systèmes de santé, est la mise en œuvre, le renforcement et l'expansion des réseaux intégrés de prestation de services de santé (IHSDN). Pour les pays qui ont commencé à mettre l'IHSDN en œuvre, des progrès supplémentaires nécessiteront l'intégration progressive de différents prestataires, ainsi que la participation collaborative des autorités de la santé aux niveaux national, provincial et local. En mettant en œuvre l'IHSDN, il est également important de maîtriser les relations qui sont souvent excessivement hiérarchiques entre différentes catégories de professionnels de la santé, en favorisant plutôt le travail d'équipe collaboratif et le respect mutuel.

191. L'accès aux médicaments abordables demeure une condition clé pour maintenir et étendre la protection de la santé. Au cours de la décennie écoulée, les pays ont eu à ajuster leurs politiques pharmaceutiques en réponse aux changements importants dans ce secteur. Malgré l'accroissement de la recherche et du développement dans le monde entier, le taux de l'innovation pharmaceutique a baissé au cours de la période, et les avantages relatifs de nouveaux médicaments ont été plus limités. Dans le même temps, la poursuite de la mondialisation a mené à une harmonisation *de facto* des mesures de protection de la propriété intellectuelle, se traduisant par des brevets de plus longue durée (15 à 20 ans). Les résultats ont été des prix plus élevés pour les médicaments nouveaux, tant pour le secteur public que pour le secteur privé.

192. Les politiques et les outils pharmaceutiques traditionnels qui ont aidé les pays d'Amérique latine et des Caraïbes à accroître l'accès aux médicaments demeurent utiles. Ils comprennent l'élaboration et la mise à jour de listes de médicaments et de technologies de la santé essentiels, l'usage de médicaments génériques, la réglementation de la qualité et de la sécurité, et la promotion de l'usage rationnel. Toutefois, avec l'augmentation de la demande de couverture universelle et d'accès aux services de soins de santé, la volonté politique d'un nombre croissant de gouvernements visant à promouvoir l'innovation biomédicale et pharmaceutique, une tendance que l'OPS/OMS

appuie, a augmenté également. Des améliorations constantes dans les systèmes de réglementation et de prestation sont également requises afin de garantir un accès équitable aux produits pharmaceutiques et biomédicaux et leur qualité.

193. Un autre élément critique de consolidation des réformes des systèmes de santé est représenté par l'amélioration de modèles de gestion, y compris des modèles pour gérer les établissements de santé au sein des réseaux de santé publique ainsi que l'amélioration des stratégies pour la gestion et le développement des ressources humaines en santé.

194. De nombreux pays connaissent encore des pénuries d'agents de santé, et plusieurs pays des Caraïbes, en particulier, continuent à subir une émigration importante de leur personnel infirmier. De plus, dans de nombreux autres pays, la distribution du personnel de santé maîtrisant des compétences et des niveaux de spécialisation différents n'est pas équilibrée. Dans toute la Région, les zones urbaines continuent à avoir des taux plus élevés de personnel de santé par population que les zones rurales et éloignées. Les systèmes de santé fondés sur les SSP requièrent un nombre et une distribution appropriés de médecins, de dentistes, de psychologues, de personnel infirmier et autres. Une formation appropriée et des opportunités pédagogiques, une distribution plus rationnelle, des structures efficaces d'incitation et des conditions de travail favorables – dont des mesures pour protéger les agents de santé des risques professionnels – sont requises pour le personnel de santé à tous les niveaux pour garantir que les systèmes de santé réorganisés répondent aux besoins hétérogènes de différents groupes économiques, sociaux, culturels et géographiques. Ceci implique également une collaboration et une coordination accrues entre les secteurs de la santé, de l'éducation et du travail.

195. Le maintien des acquis dans les systèmes de santé requiert également une capacité professionnelle et une rétention appropriées dans la gestion et les positions dirigeantes de la santé publique. Pour cette raison, garantir la disponibilité, l'attrait et la stabilité d'une carrière en santé publique devrait constituer un objectif clé des stratégies des ressources humaines. Cette situation implique également d'offrir des possibilités aux professionnels d'acquérir des compétences dans des domaines spécifiquement liés aux fonctions essentielles de santé publique recommandées par l'OPS/OMS⁸ des autorités sanitaires nationales. Récemment, la coopération entre pays et le réseautage – par exemple à travers le réseau panaméricain pour l'harmonisation de la réglementation pharmaceutique

⁸ 1) suivi, évaluation, et analyse du statut de la santé, 2) surveillance, recherche et contrôle des risques et menaces pour la santé publique, 3) promotion de la santé, 4) participation sociale à la santé, 5) élaboration des politiques et capacité institutionnelle pour la planification et la gestion de la santé publique, 6) renforcement de la réglementation en santé publique et capacité d'application, 7) évaluation et promotion de l'accès équitable aux services de santé nécessaires, 8) développement et formation des ressources humaines en santé publique, 9) assurance de qualité dans les services de santé individuels et fondés sur la population, 10) recherche en santé publique, 11) réduction de l'impact des urgences et des catastrophes sur la santé.

(PANDRH) – ont constitué des moyens efficaces pour compléter les programmes de formation et d'éducation qui sont disponibles dans les pays. Il est également essentiel de disposer de professionnels de la santé publique qui peuvent plaider pour le secteur de la santé et collaborer au développement de la législation, par exemple, pour créer des cadres juridiques permettant de consolider les systèmes nationaux de santé et de renforcer les autorités nationales en santé.

196. D'autres domaines des systèmes de santé qui requièrent un renforcement continu comprennent la sécurité du sang et la sécurité radiologique, la sécurité des patients et les relations patients prestataires de soins, l'évaluation et la mise en œuvre d'infrastructure et de technologies médicales, le contrôle et le renforcement de la qualité, les services de santé buccale et oculaire, les systèmes d'information en santé, les systèmes d'accréditation des services de santé et les hôpitaux sûrs dans les cas de catastrophes.

197. Comme noté au Chapitre I, la Région des Amériques a été un chef de file dans le contrôle et l'élimination des maladies évitables par la vaccination. Elle a été la première Région de l'OMS à éradiquer la variole et la polio, elle a depuis éliminé la transmission endémique de la rougeole et de la rubéole et a réduit le tétanos néonatal de telle façon qu'il ne constitue plus un problème de santé publique dans aucun pays à l'exception d'Haïti.

198. Le maintien de ces réalisations impressionnantes nécessitera le maintien de niveaux élevés de la couverture vaccinale dans la Région, ainsi qu'une surveillance permanente des maladies évitables par la vaccination et le suivi des taux de couverture. Les pays doivent rester vigilants étant donné le risque permanent de cas importés de rougeole et doivent combler les écarts de couverture qui continuent à exister dans les communautés difficiles d'accès et vulnérables. La Semaine de la vaccination aux Amériques est une initiative importante qui aborde ce dernier problème. Au niveau national, les pays doivent continuer à garantir un financement durable pour leurs Programmes élargis de vaccination.

199. Même si la Région prise dans son ensemble a été un chef de file parmi les régions en développement en ce qui concerne l'adoption de nouveaux vaccins, il reste des pays qui n'ont pas encore introduit de nouveaux vaccins essentiels tels que le vaccin pneumococcique et le vaccin contre le virus du papillome humain. Tirer parti de la coopération technique et des services conjoints d'achat du Fonds renouvelable de l'OPS/OMS et de l'initiative ProVac peut aider les pays à prendre des décisions avisées, et fondées sur des données scientifiques sur les nouveaux vaccins ainsi que sur l'usage plus répandu des vaccins sous-utilisés, en particulier le vaccin antigrippal. Il est également important que les pays dotés de la capacité de produire des vaccins s'engagent à transférer la technologie à ceux qui ont un potentiel non réalisé dans ce domaine.

200. D'autres défis concernant la consolidation des réalisations de la vaccination comportent, pour certains pays, le renforcement de la chaîne du froid, la mise en œuvre complète des registres nominaux de vaccination et la certification de l'élimination de la rougeole et de la rubéole. La surveillance d'événements supposément attribuables à la vaccination ou à l'immunisation (ESAVI) doit également être renforcée.

201. L'élargissement de l'accès au traitement antirétroviral (TAR) pour les personnes atteintes par le VIH représente un autre domaine dans lequel l'Amérique latine et les Caraïbes ont été le chef de file du monde en développement. À compter de 2010, 63% des personnes nécessitant un TAR – 521 000 personnes – le recevaient dans les deux sous-régions combinées. Conjointement à une diminution des nouvelles infections, l'élargissement de la couverture du TAR a contribué à une réduction du nombre de décès par VIH en Amérique latine et dans les Caraïbes entre 2000 et 2010. Néanmoins, plus d'une personne sur trois ayant besoin d'un TAR ne l'a pas reçu, et dans certains pays, la lacune de traitement demeure beaucoup plus vaste, et ceci en dépit des politiques dans tous les pays qui appuient l'accès libre au TAR comme un droit de l'homme fondamental.

202. Pour surmonter ces lacunes de traitement, il faudra des améliorations dans les diagnostics précoces, le dépistage et le suivi des patients infectés par le VIH, ainsi qu'une plus grande efficacité dans l'achat et l'utilisation du TAR. Le rapport de l'OPS de 2012 *Antiretroviral treatment in the spotlight: a public health analysis in Latin America and the Caribbean* (Traitement antirétroviral sous les projecteurs : une analyse de santé publique en Amérique latine et dans les Caraïbes) recommande que les pays réduisent le nombre de régimes de TAR et n'utilisent que ceux qui sont les plus efficaces, éliminent les médicaments obsolètes et particulièrement toxiques, augmentent l'usage de mécanismes d'achat international tels que le Fonds stratégique de l'OPS, adoptent de nouveaux modèles de prestation des services fondés sur l'information stratégique et les soins axés sur le patient, étendent et garantissent le diagnostic précoce de l'infection par le VIH et renforcent le suivi de la charge virale et des cellules CD4 des patients, entre autres mesures.

203. D'autres défis relatifs à la réponse au VIH englobent la mobilisation de ressources nationales pour réduire la dépendance au financement extérieur pour le TAR, l'accélération des programmes de transfert de l'innovation, la garantie de l'usage approprié de tests rapides et d'algorithmes de diagnostic simplifiés, la mise en œuvre de mesures concernant le soutien à l'adhérence et l'usage de plateformes de suivi basées sur le web pour les produits et les médicaments stratégiques.

204. Un défi plus important que plusieurs pays continuent à affronter est celui de l'intégration totale de la prévention du VIH dans les stratégies de santé sexuelle et génésique et les soins de santé primaires, avec une attention particulière accordée aux

groupes les plus vulnérables. Ceci comprend le test du VIH chez les femmes enceintes, la fourniture du TAR aux mères et aux nourrissons et le diagnostic précoce de nourrissons exposés au virus, dans l'esprit de l'initiative régionale pour l'élimination de la transmission de la mère à l'enfant du VIH et de la syphilis congénitale. L'intégration du VIH dans les soins de santé primaires et d'autres domaines programmatiques peut avoir l'avantage supplémentaire de réduire la stigmatisation et la discrimination, ainsi que la dépendance du financement extérieur pour les activités liées au VIH. Une meilleure coordination des soins contre la tuberculose et le VIH est également requise pour aborder le problème des coinfections VIH/TB.

Réaliser le programme inachevé

205. Comme le note le Chapitre I, les acquis impressionnants en santé de la Région au cours de la dernière décennie n'ont pas été favorables de manière égale à tous les pays ou à tous les groupes de population. Des inégalités considérables existent entre les pays et au sein des pays sur des indicateurs aussi fondamentaux que l'espérance de vie, la mortalité maternelle et infantile, la malnutrition, l'accès à l'eau propre et à l'assainissement, et l'accès aux services de santé.⁹ La réduction de ces inégalités a été et reste le plus grand défis de santé publique des Amériques.

206. Nulle part ces disparités sont plus apparentes qu'en matière de mortalité maternelle, l'un des OMD que la Région n'est pas en bonne voie de réaliser. Les disparités dans l'accès à des services de santé sexuelle et génésique complets et de qualité – dont les soins professionnels à la naissance et la contraception – sont des raisons majeures concernant l'échec de la Région à faire des progrès suffisants sur la voie de l'OMD 5.¹⁰

207. Au niveau régional, des efforts sont en cours pour accélérer les progrès dans la réduction de la mortalité maternelle et infantile. Ces efforts comprennent le groupe de travail régional pour la réduction de la mortalité maternelle (GTR), l'Alliance de la santé du nouveau-né pour l'Amérique latine et les Caraïbes, l'initiative maternité sans risque et les stratégies régionales de l'OPS sur la mortalité et la morbidité maternelles (CSP26.R13 [2002]) et la santé néonatale (CD48.R4 [2008]). Ces initiatives et la coopération technique de l'OPS/OMS dans ce domaine mettent en relief les interventions fondées sur les données scientifiques dans un continuum des soins de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, et avec une attention particulière accordée aux femmes vulnérables telles que les femmes autochtones, les adolescentes et les femmes dans les communautés défavorisées.

⁹ Voir l'édition 2012 de *Health in the Americas* pour de plus amples détails et une analyse concernant les inégalités en santé dans la Région.

¹⁰ Améliorer la santé maternelle.

208. Au niveau de pays, parmi les domaines importants qui ont besoin d'être renforcés, on peut citer les soins obstétricaux de base et les services de dépistage pour les femmes dans les zones éloignées, la détection précoce et la prise en charge des complications obstétriques dans les hôpitaux, les systèmes d'information périnatale et la surveillance de la mortalité maternelle, fondée sur la détection de cas en matière de décès parmi les femmes en âge de procréer.

209. Les services complets de santé sexuelle et génésique doivent comprendre la prévention, le traitement, les soins et les services de soutien pour le VIH et d'autres infections transmises sexuellement, ainsi que l'accès à la contraception et à l'éducation sexuelle – y compris les services de conseils à la famille et les programmes d'éducation des parents – pour empêcher les grossesses chez les adolescentes et les grossesses non souhaitées qui contribuent aux taux élevés de fertilité et qui soumettent les femmes à des risques inutiles. Dans de nombreux pays, certains éléments de la société s'opposent bruyamment à la contraception et à l'éducation sexuelle qui pourraient aider à protéger la santé et la vie des adolescents des deux sexes. Venir à bout des barrières pour exercer pleinement les droits sexuels et reproductifs des femmes (y compris les droits des femmes enceintes et des femmes qui allaitent sur les lieux de travail) est un point majeur du programme inachevé qui requiert des protections juridiques ainsi que l'autonomisation individuelle et l'éducation, de même que la sensibilisation des familles, des communautés et du secteur de la santé lui-même.

210. L'incorporation plus large du genre, de l'ethnicité et des approches de droits de l'homme dans le secteur de la santé constitue un défi apparenté. Une perspective de genre est essentielle non seulement pour l'égalité en santé des femmes mais aussi pour la santé et le bien-être des hommes. Les hommes et les femmes ont des besoins et des profils de santé différents qui doivent être pris en compte pour que les politiques et les interventions de santé soient efficaces. Un domaine clé de l'incorporation du genre et de l'ethnicité est celui de la collecte de données désagrégées pour faciliter la préparation des rapports et l'analyse des résultats et des tendances de la santé qui sont différents selon les hommes, les femmes et les membres de groupes ethniques.

211. En général, pour aborder ces déterminants et d'autres déterminants sociaux, il faut renforcer les systèmes d'information en santé au niveau national et infranational afin de produire des données de qualité, ponctuelles et désagrégées qui peuvent être analysées, rapportées et utilisées pour formuler des politiques, des stratégies et des plans qui contribuent à réduire les inégalités en santé. L'OPS/OMS appuie le renforcement de la capacité dans ces domaines tout en s'efforçant de garantir que ces principes sont pleinement incorporés dans son propre travail.

212. Comme pour l'incorporation du genre et de l'ethnicité, il reste beaucoup à faire dans la Région dans le domaine de la santé et des droits de l'homme. Bien que le principe

de la santé en tant que droit fondamental ait été accepté dans la grande majorité des pays de la Région et qu'il ait été entériné dans les constitutions de plusieurs pays, en général la législation, les politiques et les plans relatifs à la santé n'incorporent pas les principes fondamentaux des droits de l'homme, tels que le droit à l'absence de discrimination ou le droit à la vie privée et le consentement éclairé. Il est également urgent de faire œuvre de sensibilisation aux droits de l'homme de groupes en situations de vulnérabilité, y compris les femmes, les enfants, les adolescents, les personnes d'orientation sexuelle ou de genre divergente (personnes LGTBI), les personnes atteintes du VIH, les personnes âgées et les personnes handicapées, entre autres. La discrimination contre les membres de groupes vulnérables est élevée dans la Région, elle est étroitement liée à la violence et a de graves répercussions sur la santé physique et mentale. Il faut de meilleurs mécanismes pour surveiller, identifier, faire des enquêtes, poursuivre et pénaliser les violations des droits de l'homme dans les groupes vulnérables, en particulier dans les services de santé. Il existe également un grand besoin de renforcer la capacité des magistrats, du personnel de santé publique, du personnel pénitencier, des délégués au Congrès, des officiers de police et des membres des syndicats pour aborder efficacement les problèmes des droits de l'homme parmi ces groupes. De plus, une formation est requise sur la Convention américaine sur les droits de l'homme, la Convention sur les droits de l'enfant et la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDAW). Enfin, il faut des mécanismes pour vérifier la conformité à ces instruments et d'autres droits de l'homme dans les services de santé, les prisons et les établissements de soins à long terme, parmi autres institutions, pour les personnes âgées.

213. La violence contre les femmes et les enfants continue à être un problème majeur de santé publique dans la Région, avec des conséquences graves pour la santé, le bien-être et le comportement tout au long du cycle de la vie. Des progrès ont été accomplis pour améliorer la réponse à cette violence, par exemple, à l'aide de réformes juridiques et de services améliorés pour les survivants. Toutefois, il y a eu moins de progrès dans le domaine de la prévention, malgré un faisceau de preuves émergent sur des approches efficaces. La coopération technique de l'OPS/OMS dans ce domaine comprend une formation en ligne et des séminaires de renforcement de la capacité sur la prévention primaire de la violence contre les femmes et les enfants, ainsi que le développement d'une politique et de directives cliniques pour la riposte du secteur de la santé.

214. La santé mentale demeure également une question pressante dans le programme inachevé de la Région. Les troubles mentaux et neurologiques représentent quelque 21% du fardeau total de la maladie en Amérique latine et dans les Caraïbes, et pourtant les ressources disponibles pour aborder ce fardeau sont insuffisantes, inégalement distribuées et parfois utilisées de façon inefficace. La proportion estimée de personnes souffrant de troubles mentaux qui ont besoin de soins et ne reçoivent pas de traitement (les lacunes du traitement) est d'environ 65%. La stigmatisation, l'exclusion sociale et les violations des droits de l'homme continuent d'aggraver considérablement la souffrance humaine due aux

troubles mentaux. Les domaines d'action prioritaires sont l'élimination de l'institutionnalisation involontaire et la réorientation des services de santé mentale vers des soins communautaires, à savoir, intégrés dans les soins de santé primaires.

215. En dépit de réductions majeures dans le fardeau des maladies infectieuses dans les Amériques, ces maladies continuent à affecter de façon disproportionnée les pays et les groupes de population plus pauvres. Cette inégalité est la plus évidente dans ce que l'on appelle les « maladies négligées » ou les « maladies de la pauvreté, » qui représentent une part plus grande du fardeau total de la maladie dans la Région que le paludisme ou la tuberculose. Pour aborder ces maladies, il faut améliorer la prévention, le diagnostic et le traitement dans les services de soins de santé primaires dans les zones à risque et il faut une meilleure surveillance épidémiologique et un approvisionnement approprié de médicaments nécessaires au niveau local. L'OPS/OMS s'est jointe au réseau mondial des maladies tropicales négligées et à la BID dans une initiative destinée à éliminer 10 maladies négligées d'ici 2015 en appuyant et encourageant ces mesures dans les pays affectés.

216. La malnutrition demeure également un problème dans les groupes défavorisés, en particulier les communautés autochtones et les communautés rurales éloignées où les niveaux d'éducation sont faibles. La malnutrition chronique affecte neuf millions d'enfants en Amérique latine selon les estimations, avec un impact important sur le développement physique et cognitif. Pour aborder ce problème, il faut une meilleure surveillance et un meilleur suivi de la malnutrition chez les enfants de moins de cinq ans, ainsi qu'un accès garanti aux micronutriments pour les femmes enceintes et, plus généralement, pour toutes les femmes en âge de procréer. Il faut également des stratégies d'information et d'éducation en santé pour sensibiliser aux risques de la malnutrition. La promotion de l'allaitement demeure également une intervention clé pour prévenir la malnutrition.

217. Outre la malnutrition, les conditions de santé environnementale dans les zones rurales et périurbaines continuent à représenter un défi important qui n'a pas été relevé. La pollution de l'air à l'intérieur des habitations provoquée par des fourneaux de cuisine ouverts contribue de manière importante aux maladies respiratoires parmi les pauvres du monde rural. Comme il est noté au Chapitre I, la Région dans son ensemble est sur la bonne voie pour réaliser la cible des OMD concernant l'eau potable, mais 38 millions de personnes n'ont toujours pas accès à des sources d'eau améliorées, alors que 117 millions n'ont pas accès à l'assainissement de base. La croissance démographique constante et une urbanisation non planifiée compliquent les efforts pour réduire ces chiffres. Les interventions requises incluent des programmes pour suivre la qualité de l'eau, afin de renforcer la capacité au niveau local en matière d'eau potable et de gestion des déchets solides, de la promotion de l'eau salubre en tant que droit de l'homme fondamental et de la diffusion de technologies appropriées et acceptables pour l'évacuation des déchets.

Défis émergents

218. Il est essentiel d'aborder « le programme inachevé » en santé pour venir à bout des inégalités qui ont empêché des millions de personnes dans les Amériques de contribuer pleinement au développement de leur pays ou de partager pleinement ses acquis. Pourtant, de nouveaux défis sur le plan de la santé et du développement sont également en train d'émerger qui doivent être abordés pour garantir un avenir sûr et en bonne santé pour les générations actuelles et futures.

219. La montée des maladies chroniques non transmissibles, qui il y a une génération seulement étaient considérées comme des maladies de riches, constitue le plus urgent de ces défis émergents. Les MNT sont maintenant reconnues comme une menace majeure pour la santé et le développement tant dans les pays en développement que dans les pays développés. La Réunion de haut niveau des Nations Unies de 2011 sur les maladies non transmissibles a mis le problème en lumière, mais il reste beaucoup de travail à faire pour assurer que les gouvernements donnent suite à leurs engagements dans ce domaine.

220. Les MNT offrent des défis énormes pour les systèmes de santé, en raison de leur nature chronique et du groupe de population le plus à risque qui se développe rapidement : les personnes âgées. Les MNT sont particulièrement importantes en raison de la complexité et de la multiplicité de leurs facteurs de risque et par conséquent de la latitude des actions requises pour les affronter. Le bon côté des MNT est que ces maladies sont largement évitables à l'aide de la modification d'une poignée de facteurs de risque, les principaux étant le tabac, l'alcool, la mauvaise alimentation et l'inactivité physique. Toutefois, cette prévention exige un changement de comportement, qui présente lui aussi ses propres défis.

221. L'OPS/OMS et un nombre croissant de partenaires s'attaquent aux MNT à l'aide d'une approche qui couvre le cours de la vie, avec des interventions commençant avant la conception, se poursuivant de la petite enfance à l'adolescence, continuant au cours de l'âge adulte et jusqu'à l'âge mûr et la vieillesse. Des stratégies multisectorielles et une approche de santé dans toutes les politiques sont également essentielles pour aborder les MNT.

222. Pour que les systèmes de santé puissent affronter les MNT, il faudra un renforcement continu des modèles de soins de santé primaires, y compris des réseaux intégrés de prestation des services de santé et un fort accent mis sur la promotion de la santé et la prévention pour éliminer ou réduire les facteurs de risque. Cet effort inclut la promotion de l'allaitement ainsi que l'éducation et les conseils en nutrition. L'expansion constante des systèmes de protection de la santé est tout aussi essentielle, en particulier pour couvrir les nombres croissants de personnes âgées, mais aussi pour réduire les coûts

des MNT en favorisant la détection précoce par le biais des soins de santé systématiques et du dépistage.

223. Les interventions au niveau de l'ensemble de la population sont connues pour être les plus efficaces par rapport au coût pour le MNT. Elles comprennent des mesures préconisées par la Convention-cadre pour la lutte antitabac (FCTC), qui a été signée par tous les pays de la Région sauf un, et que la plupart d'entre eux ont ratifiée. Les pays ont accompli des progrès notables dans des domaines tels que les augmentations des taxes et des prix des produits du tabac, les interdictions de fumer dans des espaces publics couverts et les emballages et les étiquettes de mise en garde. Un nombre moindre de pays ont mis en œuvre les recommandations du traité sur la publicité et le parrainage. La mise en œuvre continue des dispositions de la FCTC devra revêtir une priorité absolue et elle exigera de riposter aux efforts (et lorsque possible, de les dénoncer) entrepris par l'industrie du tabac pour saper la lutte antitabac.

224. Le plan d'action régional de l'OPS pour réduire l'usage nocif de l'alcool préconise des mesures similaires à celles de la FCTC ainsi que d'autres pour réduire la consommation d'alcool, qui est un facteur de risque de premier plan non seulement pour les MNT mais aussi pour les troubles mentaux, les blessures, la violence domestique et interpersonnelle, la mortalité des jeunes, le VIH et les IST. Des interventions au niveau de la population sont également requises pour réduire la consommation de sel (pour prévenir l'hypertension), réduire la consommation de boissons sucrées, et encourager une consommation accrue des fruits et des légumes.

225. Des causes extérieures contribuent également de façon importante à la mortalité et au handicap dans les Amériques. Plus d'un million de personnes dans la Région ont été victimes d'homicide au cours de la dernière décennie, les hommes étant huit fois plus à risque que les femmes, et les jeunes de 15 à 24 ans étant plus à risque que les autres tranches d'âge. Un autre million de personnes sont mortes d'accidents de la circulation, en partie à cause de l'urbanisation rapide qui se poursuit sans les infrastructures et les politiques nécessaires pour la prévention. Les taux de suicide sont également élevés dans les Amériques, représentant quelque 12% de tous les décès imputables à des causes extérieures. Une approche de santé publique est essentielle pour réduire les décès et les blessures dus à toutes ces causes.

226. Alors que le fardeau des maladies chroniques non transmissibles a augmenté précipitamment, les maladies infectieuses n'ont pas du tout disparu du paysage épidémiologique des Amériques. La pandémie de grippe H1N1 de 2009, même si elle a été beaucoup moins grave qu'on n'aurait pu le craindre, a laissé voir combien il serait difficile pour la plupart des systèmes de santé de s'attaquer à une souche nouvelle de grippe plus virulente, encore moins à une nouvelle maladie aussi virulente et contagieuse

que ne l'était le SARS. Des investissements dans les systèmes de santé publique des pays sont une composante essentielle de la préparation sociétale.

227. La mondialisation continue et l'expansion des voyages internationaux ne fera qu'augmenter la probabilité d'une future flambée dans un pays, devenant une menace pour d'autres. Il sera essentiel que les pays continuent à renforcer leurs capacités essentielles pour l'alerte épidémique et la riposte, comme ils l'ont fait au titre des efforts appuyés par l'OPS pour se conformer au Règlement sanitaire international (RSI).

228. Alors que le nombre des personnes âgées augmente rapidement, le nombre de jeunes vivant actuellement dans la Région est le plus élevé de l'histoire. La protection et la promotion de la santé des enfants et des jeunes doit être la priorité absolue pour assurer qu'ils se développent au maximum de leurs capacités, qu'ils deviennent et restent des citoyens productifs, qu'ils jouissent d'une qualité de vie égale ou supérieure à celle de leurs parents et qu'ils évitent ou retardent la maladie et le besoin de soins médicaux sur le long terme.

229. Les OMD témoignent du consensus international croissant sur l'importance de la santé pour le développement et le bien-être humain. La santé jouera probablement un rôle central dans la prochaine génération d'objectifs internationaux de développement, les objectifs proposés de développement durable (SDG), également. Comme cela a été le cas pour les OMD, il sera essentiel que les défenseurs de la santé publique encouragent les nouveaux objectifs dans les programmes nationaux des pays, pour aider à identifier les politiques et les interventions les plus efficaces et les plus rentables, et mobiliser les bénéficiaires nouveaux et existants pour qu'ils tiennent les gouvernements responsables de la réalisation des objectifs.

230. Il est également impératif que les décideurs, les législateurs, les planificateurs et autres personnes occupant des positions de responsabilité reconnaissent que les décisions qu'ils prennent et les investissements qu'ils font aujourd'hui affecteront la santé et le bien-être des générations futures, tout comme les décisions et les investissements au cours du siècle dernier ont rendu possible les réalisations en santé publique remarquables que nous célébrons aujourd'hui.

- - -