



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 8.3 de l'ordre du jour provisoire

CSP28/INF/3 (Fr.)

15 août 2012

ORIGINAL : ANGLAIS/ESPAGNOL*

RAPPORTS D'AVANCEMENT SUR LES QUESTIONS TECHNIQUES

TABLE DES MATIÈRES

A.	Déterminants sociaux de la santé.....	2
B.	Plan d'action pour la mise en place d'une politique en matière d'égalité des sexes.....	8
C.	Stratégie régionale et plan d'action portant sur la nutrition dans la santé et le développement, 2006-2015 : examen de mi-parcours	14
D.	Plan stratégique régional de l'organisation panaméricaine de la santé contre le VIH/sida/IST, 2006-2015 : évaluation à mi-parcours.....	22
E.	Situation actuelle de la dengue	29
F.	Mise en œuvre du règlement sanitaire international	33
G.	Cibles régionales en matière de ressources humaines en santé 2007-2015	43
H.	Situation des Centres panaméricains.....	48

* Versions originales en anglais : sections A, B, C, D, F, et G ; originaux en espagnol : E et H

A. DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ

Introduction

1. La résolution WHA62.14 (2009) de l'Assemblée mondiale de la Santé, intitulée *Réduire les inégalités en matière de santé par une action sur les déterminants sociaux de la santé*, invite instamment les États Membres à « s'attaquer aux inégalités en matière de santé à l'intérieur des pays et entre pays en s'engageant politiquement » (1). En accord avec cette résolution, l'objectif du présent rapport d'étape est de fournir une mise à jour concernant la Conférence mondiale sur les déterminants sociaux de la santé (appelée ci-après la « Conférence mondiale ») et ses résultats. Cela suppose aussi une évaluation des réalisations actuelles dans la Région et des efforts faits en vue d'améliorer l'équité en matière de santé par une approche axée sur les déterminants sociaux de la santé.

Contexte

2. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a tenu la Conférence mondiale du 19 au 21 octobre 2011 à Rio de Janeiro, au Brésil. La conférence avait pour but de renforcer l'appui à la mise en œuvre de mesures visant à agir sur les déterminants sociaux de la santé. La Conférence mondiale a été organisée conformément à la résolution WHA62.14 (2009), et le gouvernement du Brésil en a été l'hôte. Afin d'organiser cet événement d'envergure mondiale, le ministère de la Santé brésilien, la Fondation Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) et le ministère brésilien des Affaires étrangères ont travaillé en étroite collaboration avec l'OMS et avec son Bureau régional pour les Amériques, l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS).

3. La Conférence mondiale a réuni des États Membres et des parties concernées pour leur permettre de partager leurs expériences relativement aux politiques et aux stratégies visant à réduire les inégalités en matière de santé. Plus de mille participants ont assisté à la Conférence mondiale et 19 000 personnes ont suivi l'événement par le moyen d'une diffusion sur le Web. L'objectif clé était de déterminer les leçons apprises et de catalyser la prise de mesures coordonnées à l'échelle mondiale, à savoir :

- a) gouvernance visant à s'attaquer aux causes premières des inégalités en matière de santé : mise en œuvre de mesures portant sur les déterminants sociaux de la santé ;
- b) promotion de la participation : leadership communautaire relatif aux mesures portant sur les déterminants sociaux de la santé ;
- c) rôle du secteur sanitaire, y compris les programmes de santé publique, dans la réduction des inégalités en matière de santé ;

- d) mesures à l'échelle mondiale portant sur les déterminants sociaux de la santé : harmoniser les priorités et les parties concernées ;
- e) suivi des progrès accomplis : mesure et analyse servant à une élaboration de politiques réalisée en connaissance de cause, qui renforcera la reddition de comptes quant aux déterminants sociaux de la santé.

4. En prévision de la Conférence mondiale, l'OPS a tenu trois consultations régionales :

- a) une réunion en face à face avec les États Membres, ayant pour but de formuler des recommandations régionales sur les déterminants sociaux de la santé en accord avec les cinq thèmes définis par l'OMS (2) ;
- b) une consultation virtuelle avec 300 organisations de la société civile (OSC), ainsi qu'une réunion en face à face avec 25 OSC. Cette réunion visait à synthétiser les résultats de la consultation précédente et à formuler des recommandations afin d'informer les décideurs sur ce qui allait devenir la *Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé* ;
- c) une consultation virtuelle avec les membres de la liste de diffusion Équité, santé et développement humain, en vue d'atteindre d'autres parties concernées. On a documenté les recommandations nées de ces consultations et on les a diffusées en conséquence.

5. On a documenté un nombre total de sept études de cas provenant de la Région des Amériques qui ont été publiées sur le site Web de l'OMS consacré à la Conférence en tant que documents de référence. Ces études de cas ont formé la base des données probantes qui ont servi, lors de la Conférence mondiale, à illustrer les aspects systématiques et pratiques de la mise en œuvre de l'approche axée sur les déterminants sociaux de la santé au niveau des pays.

6. La *Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé* (appelée ci-après la « Déclaration de Rio ») a été adoptée le 21 octobre 2011 durant la Conférence mondiale (3). Elle exprime un engagement politique à l'échelle mondiale pour ce qui est de mettre en œuvre une approche centrée sur les déterminants sociaux de la santé, en vue de réduire les inégalités en matière de santé. Cela permettra aux pays de poursuivre sur cette lancée pour élaborer leurs propres plans d'action nationaux et stratégies nationales visant à atteindre ce but dans les limites de leurs frontières.

7. La Déclaration de Rio recommande que l'on prenne dûment en considération l'approche axée sur les déterminants sociaux de la santé dans le cadre du processus de réforme de l'OMS, et que la Soixante-cinquième Assemblée mondiale de la Santé adopte une résolution qui incorpore le texte de cette Déclaration. On a discuté des résultats de la

Déclaration de Rio lors de la 130^e session du Conseil exécutif de l'OMS (EB130). Le Brésil, le Chili et l'Équateur ont proposé un projet de résolution en vue de sa présentation lors de la Soixante-cinquième Assemblée mondiale de la Santé, qui doit se réunir à Genève du 21 au 26 mai 2012.

Mise à jour sur la situation actuelle

8. On a inclus l'approche axée sur les déterminants sociaux de la santé dans le document final portant sur les maladies non transmissibles (résolution des Nations Unies A/RES/66/2 [2012]) (4) à la suite des efforts faits pour préconiser cette approche. De même, l'OMS, l'OPS et les ministères de la Santé de la Région ont activement promu et préconisé l'inclusion des inégalités en matière de santé et des déterminants sociaux de la santé à l'ordre du jour de Rio+20. Le document final de la Conférence des Nations Unies sur le développement durable (appelée ci-après la « Conférence Rio+20 ») (document disponible à l'adresse (http://www.uncsd2012.org/content/documents/775futurewewant_french.pdf)) a confirmé que ces démarches avaient été couronnées de succès.

9. Un autre fait relatif à la Conférence Rio+20 est que les pays de la Région ont participé à une consultation régionale sur le développement durable, après laquelle on a publié des recommandations dans le cadre d'un rapport qui a été largement diffusé. De plus, les pays de la Région ont participé et ont contribué à la série de séminaires de l'OPS Rio+20 portant sur l'équité, ont contribué au contenu de la boîte à outils Rio+20 (<http://new.paho.org/tierra/>), et ont également pris part à une rencontre réunissant 54 centres collaborateurs OPS/OMS afin de discuter de la meilleure manière de se servir des recommandations issues de la Conférence mondiale sur les déterminants sociaux de la santé en vue de se préparer pour la Conférence Rio+20 (5).

10. L'OPS a lancé et mis en place une équipe qui intervient dans l'ensemble de l'Organisation dans le domaine des déterminants de la santé et des risques pour la santé. Cette équipe fait la promotion du travail interprogrammes et intersectoriel – ce qui inclut le concept de l'« intégration de la santé dans toutes les politiques » (« HIAP » en anglais).

11. En collaboration avec l'University of New South Wales (Australie) et le Centre de Kobe (Japon), un nombre total de 23 délégations nationales de la Région ont reçu une formation portant sur deux outils :

- a) évaluation de l'impact sur la santé ;
- b) outil d'évaluation et d'intervention pour l'équité en santé en milieu urbain (Urban HEART).¹

¹ Pour plus de renseignements, visiter : http://www.who.int/kobe_centre/measuring/urbanheart/en/index.html.

12. Ces deux outils abordent expressément les inégalités qui existent dans les contextes locaux et nationaux.

13. On s'efforce de développer la collaboration intersectorielle et inter-organismes par le moyen de l'initiative *Visages, voix et lieux* de l'OPS. Le but est de renforcer la volonté politique au plus haut niveau tout en fournissant une aide technique pour ce qui est d'agir sur les déterminants sociaux et économiques de la santé au niveau local dans les collectivités les plus vulnérables. Cela se fait par le moyen de partenariats avec des maires, des organisations non gouvernementales et d'autres organismes de développement. Cette initiative a pris de l'ampleur et inclut à présent plus de 50 collectivités situées dans 23 pays et quatre territoires.

14. Les inégalités et les déterminants de la santé sont le thème global de l'édition 2012 du manuel *Health in the Americas* (Santé aux Amériques).²

15. On rédige actuellement une stratégie et un plan d'action mondial de cinq ans pour l'OMS (2012-2017) visant à mettre en œuvre la Déclaration de Rio. Ce texte sera examiné dans le cadre de plusieurs consultations.

16. L'OPS a accordé son appui à la préparation de la stratégie et du plan d'action mondial en organisant des réunions et des discussions.

17. On aborde actuellement l'approche axée sur les déterminants sociaux de la santé et on en fait la promotion en prévision de la 8^e Conférence mondiale sur la promotion de la santé, qui doit se tenir à Helsinki en 2013. Le thème central en sera l'intégration de la santé dans toutes les politiques.

Mesures visant à améliorer la situation

18. En accord avec les recommandations qui ont été formulées durant la consultation régionale sur les déterminants sociaux de la santé, l'OPS entreprendra les actions suivantes :

- a) amélioration et renforcement des actions intersectorielles par le moyen de l'initiative *Visages, voix et lieux* ;
- b) recueil de données désagrégées, en améliorant aussi bien l'analyse que la compréhension des inégalités et des gradients sociaux en santé qui existent au sein de la Région, de même qu'au sein des pays ;

² On a rédigé une version préliminaire de *Health in the Americas* avec le professeur Michael Marmot comme conseiller externe.

- c) promotion et plaidoyer actifs en faveur de l'inclusion de l'approche des déterminants sociaux de la santé lors de la formulation des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) post-2015 et des Objectifs de développement durable (ODD) ;
- d) collaboration avec les réseaux de l'OPS, et expansion de ceux-ci, avec pour but de renforcer la coopération technique quant aux déterminants sociaux de la santé ;
- e) garantie de l'intégration de l'approche axée sur les déterminants sociaux de la santé aux politiques, programmes et projets de l'OPS au sein du cycle de planification du plan stratégique 2014-2019 et du plan de travail biennal 2014-2015 de l'OPS, ainsi qu'à la méthodologie d'application des priorités transversales dans le domaine de la coopération technique au niveau national et infrarégional ;
- f) promotion de l'approche axée sur les déterminants sociaux de la santé relativement aux mesures prises pour remédier aux inégalités en matière de santé dans la Région, en renforçant la compétence des décideurs, des faiseurs d'opinion et des responsables sanitaires quant à l'application de cette approche pour l'élaboration de politiques, de stratégies et de plans judicieux en matière de santé publique au niveau national, infrarégional et régional.

Références

1. Organisation mondiale de la Santé. *Réduire les inégalités en matière de santé par une action sur les déterminants sociaux de la santé* [Internet]. Soixante-deuxième Assemblée mondiale de la Santé, 18-22 mai 2009, Genève (Suisse). Genève : OMS, 2009 (résolution WHA62.14) [consulté le 23 mars 2012]. Disponible à l'adresse http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_R14-fr.pdf.
2. Organisation panaméricaine de la Santé/Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional pour les Amériques. Consultation régionale sur les déterminants sociaux de la santé dans la Région OPS/AMRO de l'OMS, 8-9 août 2011, San José (Costa Rica) [consulté le 23 mars 2012]. Disponible à l'adresse http://new.paho.org/cor/index.php?option=com_content&task=view&id=104&Itemid=264.
3. Organisation mondiale de la Santé. *Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé* [Internet]. Conférence mondiale sur les déterminants sociaux de la santé, 10-21 octobre 2011, Rio de Janeiro (Brésil) [consulté le 20 avril 2012]. Disponible à l'adresse http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration_French.pdf.

4. Nations Unies. *Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles* [Internet]. Soixante-sixième session de l'Assemblée générale des Nations Unies, 13 sept.–28 déc. 2011, New York, NY (États-Unis). New York : ONU, 2011 (résolution A/RES/66/2) [consulté le 20 avril 2012]. Disponible à l'adresse
<http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N11/458/95/PDF/N1145895.pdf?OpenElement>.
5. Organisation panaméricaine de la Santé. *WHO/PAHO Collaborating Centers Meeting on Sustainable Development and Environmental Health. Workshop on Health and Development in the Context of Rio+20*, 24-26 oct. 2011. Research Triangle Park, Caroline du Nord. Washington, DC : PAHO, 2011 [consulté le 20 avril 2012]. Disponible à l'adresse
http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=17038&Itemid=.

B. PLAN D'ACTION POUR LA MISE EN PLACE D'UNE POLITIQUE EN MATIÈRE D'ÉGALITÉ DES SEXES

Contexte

1. Les États Membres ont approuvé la politique de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) en matière d'égalité des sexes au cours du 46^e Conseil directeur (résolution CD46.R16, [2005]). La résolution demandait à la Directrice « ... dans la mesure des moyens financiers disponibles, comme définis par les divers processus de renforcement institutionnel, de formuler un plan d'action pour la mise en œuvre de la politique d'égalité entre les sexes, comprenant un système de suivi de la performance et de la responsabilisation » (1).

2. Le plan d'action demandé a été approuvé par les États Membres en 2009 (résolution CD49.R12) (2). Il fournit une feuille de route avec des indicateurs de suivi pour que le Bureau sanitaire panaméricain (BSP) et les États Membres mettent en œuvre la politique en matière d'égalité des sexes. Le plan demande à la Directrice de faire rapport sur les progrès de sa mise en œuvre. C'est le premier de ces rapports qui est présenté ici aux Organes directeurs.

Méthodologie

3. Le Bureau du genre, de la diversité et des droits de l'homme (GDR) du BSP a élaboré un cadre de suivi (trois questionnaires) pour demander des informations sur les progrès des domaines techniques du BSP aux bureaux des représentants de l'OPS/OMS (PWR), aux États Membres et à GDR lui-même. Au cours de 2011, le cadre de suivi a été présenté lors de trois réunions infrarégionales d'administrateurs du BSP, ainsi qu'au Groupe consultatif technique sur le genre, l'égalité et la santé (GCT/GEH), au réseau de points focaux du genre et à d'autres partenaires. Les quatre domaines stratégiques examinés dans le cadre sont *a*) désagrégation, analyse et usage des données, *b*) renforcement de la capacité à intégrer le genre dans la santé, *c*) participation de la société civile aux plans d'égalité des sexes et *d*) suivi des progrès dans l'égalité des sexes.

Mise à jour

4. Les informations ont été auto-rapportées par quatre domaines techniques du BSP, GDR et 36 pays et territoires, dont la Barbade, neuf pays des Caraïbes orientales et le bureau de l'OPS/OMS à la frontière des États-Unis et du Mexique, situé à El Paso, au Texas. Les États-Unis d'Amérique, Haïti, la Jamaïque et Porto Rico n'ont pas fourni de résultats. Certaines des consultations comprenaient la participation de tous les partenaires, y compris la société civile, d'autres n'incluaient que le ministère de la santé et les collègues du BSP, et d'autres encore comprenaient d'autres ministères et des

partenaires des Nations Unies. Deux rapports seulement ont été fournis sans consultations.

Résultats de la désagrégation de l'information en santé

Bureau du genre, de la diversité et des droits de l'homme du BSP

5. GDR a mis au point des outils pour former les producteurs et les utilisateurs de l'information en santé sur la façon d'intégrer une perspective de genre et interculturelle dans l'usage de l'information en santé et dans les systèmes d'information en santé. Afin de renforcer la capacité des pays à produire, analyser et utiliser l'information en santé qui inclut des indicateurs de genre, GDR a élaboré (avec les partenaires des Nations Unies) la troisième brochure statistique biennale « Genre, santé et développement dans les Amériques : indicateurs de base 2009, » « Santé des femmes et des hommes dans les Amériques : Profil 2009, » et d'autres documents.¹

Tableau 1. Domaines techniques : Nombre et pourcentage de directives avec données désagrégées par sexe, âge et ethnicité, 2005-2010

Projet ²	Total directives	Désagrégées par :					
		Sexe		Âge		Ethnicité	
		Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
SDE	9	9	100	8	89	3	33
FCH	20	14	70	16	80	6	30
HSD	13	11	85	10	77	9	69
HSS	8	5	63	6	75	4	50
TOTAL	50	39	78	40	80	22	44

Source : Tableau compilé par GDR en fonction des résultats auto-administrés du questionnaire des unités techniques

6. Comme le montre le tableau ci-dessus, entre 63% et 100%, des directives et des publications produites par les domaines techniques ont désagrégé l'information par sexe, mais beaucoup moins l'ont fait par ethnicité. La désagrégation est une étape nécessaire pour identifier les inégalités en santé, mais elle ne suffit pas à elle seule pour comprendre pourquoi les inégalités existent. Une analyse du genre et de l'équité peut être un

¹ Toutes les publications, y compris le rapport de suivi complet sont disponibles sur : <http://www.paho.org/gdr/publications>.

² Les acronymes de cette colonne se rapportent aux domaines suivants du BSP : Développement durable et santé (SDE), Santé familiale et communautaire (FCH), Surveillance de la santé, prévention et lutte contre les maladies (HSD) et Systèmes de santé fondés sur les soins de santé primaires (HSS).

complément à l'information désagrégée en indiquant la façon d'aborder les inégalités en santé.

Pays disposant de directives/publications avec données désagrégées par sexe et âge, 2005-2010

7. Les pays ont indiqué qu'ils avaient entre une et 19 directives pour intégrer le genre dans l'information, les politiques et les programmes en santé (la Bolivie en indiquant le plus grand nombre), et entre une et 20 publications (le Pérou et l'Uruguay en indiquant le plus grand nombre). Les thèmes les plus souvent mentionnés étaient la violence contre les femmes, le VIH, la santé sexuelle et génésique, la santé mentale et les maladies non transmissibles. Les pays qui ont désagrégé l'information par sexe ont indiqué en grande majorité qu'ils avaient inclus une analyse de genre et utilisé l'information pour la prise de décisions, le plaidoyer, le suivi et la formation. Les pays qui ont publié des profils de genre et de santé étaient la Bolivie, le Costa Rica, le Honduras, le Mexique, le Panama, le Pérou et l'Uruguay. La Colombie, le Nicaragua, et Trinité-et-Tobago ont indiqué qu'une analyse de genre était comprise dans leurs rapports de situation de la santé dans leur pays.

8. La politique en matière d'égalité des sexes de l'OPS préconise la reconnaissance de l'importance des soins de santé à domicile qui sont essentiellement prodigués par les femmes et qui ne sont pas rémunérés. Avec l'appui du BSP, la Colombie, le Costa Rica, l'Équateur, le Pérou et l'Uruguay ont introduit ces soins dans les enquêtes d'utilisation du temps. Le Costa Rica publie l'analyse des soins non rémunérés. La Colombie, l'Équateur et le Mexique développent des comptes satellites de la santé qui quantifient cette contribution dans le cadre des comptes nationaux. De plus, le Chili, le Costa Rica, le Mexique et le Pérou ont indiqué qu'ils disposaient de politiques et/ou de publications sur les soins de santé non rémunérés et le genre.

Résultats dans le renforcement de la capacité concernant le genre et la santé

Formation du personnel du BSP sur le genre et la santé

9. Le Conseiller principal de GDR fait partie de l'équipe de direction du BSP qui détermine les opportunités de formation du personnel. En 2008 et 2009, GDR a formé les points focaux du genre des PWR, les ministères de la santé et les partenaires d'agences féminines nationales et des organisations de la société civile au cours d'ateliers infrarégionaux d'une durée de quatre jours. En résultat, plus de 100 personnes au niveau des pays et 30 membres du BSP au siège ont été formés. Depuis lors, GDR a élaboré un cours virtuel sur le thème « genre et santé dans une perspective de droits de l'homme et de diversité culturelle » pour former des équipes de pays intersectorielles. En 2011, 42 personnes de cinq pays prioritaires et 16 du BSP ont été formées.

Formation sur le genre et la santé dans les États Membres

10. Plus de la moitié des États Membres ont informé qu'ils avaient reçu une formation sur le genre pour mettre en œuvre leurs plans nationaux sur le genre et la santé. Il a été généralement noté que cette formation devrait être plus cohérente et axée sur des problèmes de santé spécifiques. La formation était souvent offerte par le ministère de la santé du pays, comme dans le cas exemplaire du Mexique, dont les formateurs sur le genre du Secrétariat à la Santé fournissent un appui constant au renforcement de la capacité et offrent un cours avec diplôme en genre et santé aux agents de santé.

Résultats des plans de genre et santé et participation de la société civile

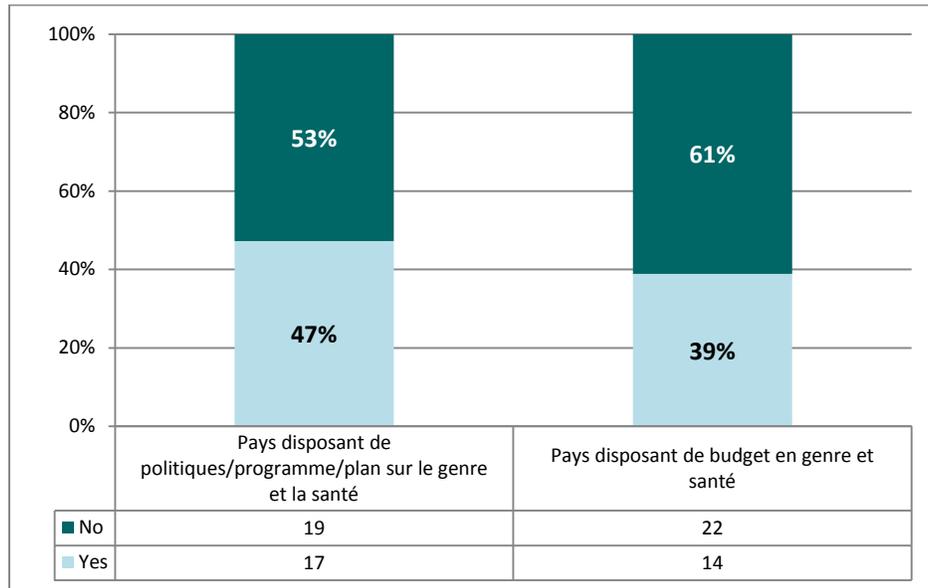
Groupe consultatif technique sur le genre et la santé (GCT/GEH)

11. Le GCT/GEH de la Directrice du BSP est composé d'experts du genre et de représentants des agences sœurs des Nations Unies, de gouvernements (dirigeants du ministère de la santé ou bureaux du genre) et d'organisations régionales de la société civile, qui encouragent l'égalité des sexes en santé. Le GCT/GEH s'est réuni trois fois de 2008 à 2011 pour assister la Directrice et le BSP à l'aide de recommandations concrètes en vue du développement, de la consultation, de l'exécution et du suivi du plan d'action pour la mise en œuvre de la politique d'égalité des sexes.

Politiques d'égalité des sexes et budgets

12. De nombreux États Membres ont promulgué des lois nationales sur l'égalité des sexes ou l'égalité des chances qui s'appliquent également au secteur de la santé. Dix-sept pays ont informé qu'ils disposaient de politiques spécifiques en matière de santé et de genre, comme l'indique le tableau 2 ci-dessous. Quatorze pays ont informé que pour ces activités, ils disposaient de budgets prévus par la loi. De nombreux pays ont noté que par pratique, leurs activités de genre étaient essentiellement financées par des donateurs.

Tableau 2. Pourcentage de pays disposant de politiques/programmes/plans et budgets (2011)



Source : Tableau compilé par GDR en fonction des résultats auto-administrés du questionnaire des pays.

Résultats sur l'égalité des sexes dans les mécanismes de suivi de la santé

13. Le BSP a élaboré et mis en œuvre des outils et des listes de contrôle en matière de genre pour examiner les plans de travail biennal, les stratégies de coopération des pays et les documents et résolutions des Organes directeurs. Ces outils, qui mesurent également l'intégration des droits de l'homme et de la diversité culturelle, ont été incorporés dans les manuels d'opération, de planification et de formation du BSP.

Participation intersectorielle dans le ministère des groupes consultatifs en santé

14. La participation de nombreuses parties prenantes différentes à l'intégration du genre dans la santé est vitale parce que les partenaires formés peuvent appuyer les efforts du ministère de la santé en ce qui concerne le genre.

Actions destinées à améliorer la situation

Conclusion

15. Les domaines techniques de l'OPS, les PWR et les États Membres conviennent généralement qu'une compréhension des causes des disparités en santé pour les femmes et les hommes requiert une perspective d'équité et de déterminants sociaux. L'exercice de

suivi fait apparaître que l'insuffisance de l'appui politique constitue le plus grand défi à l'intégration du genre dans la santé. Mais même avec des défis, les résultats montrent également des progrès dans la mise en œuvre du plan d'action pour la politique en matière d'égalité des sexes de l'OPS.

Recommandations

16. Les ministères de la santé devront clairement positionner l'intégration du genre dans leurs plans nationaux de la santé. Ceci requiert une politique et un plan d'action spécifiques au genre, qui comporte des indicateurs, un budget affecté à cette activité et un personnel formé. De nombreux pays recommandent que les ministères de la santé créent une unité de coordination à haut niveau pour mener à bien cette responsabilité.

17. La politique en matière d'égalité des sexes de l'OPS devra inclure d'autres composantes importantes relatives à l'égalité des sexes et la santé, y compris les problèmes de santé concernant les hommes, les soins de santé non rémunérés dans le ménage et une compensation égale des agents de santé, la participation des femmes aux postes de responsabilité et les politiques de harcèlement sexuel.

18. Lors de la 150^e Session du Comité exécutif de l'OPS, les États Membres ont validé le besoin d'égalité entre les sexes en matière d'efforts de la santé qui soient intégrés et intersectoriels, témoignant des synergies avec le Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017, d'une approche des déterminants sociaux de la santé et d'une attention constante aux meilleures pratiques. Le Comité exécutif a recommandé que des présentations soient faites sur la version intégrale du rapport de suivi en matière d'égalité des sexes de l'OPS dans tous les pays.

Références

1. Organisation panaméricaine de la Santé. Politique de l'OPS en matière d'égalité des sexes [Internet]. 46^e Conseil directeur de l'OPS, 57^e Session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques, 26-30 sept. 2005 ; Washington (DC), É-U. Washington (DC): OPS ; 2005 (résolution CD46.R16) [cité le 15 mars 2012]. Disponible à : <http://www.paho.org/french/gov/cd/CD46.r16-f.pdf>.
2. Organisation panaméricaine de la Santé. Plan d'action pour la mise en œuvre de la politique sur l'égalité des sexes [Internet]. 49^e Conseil directeur de l'OPS, 61^e Session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; sept. 28-2 oct. 2009 ; Washington (DC), É-U. Washington (DC): OPS ; 2009 (résolution CD49.R12) [cité le 15 mars 2012]. Disponible à : [http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49.R12%20\(Fr.\).pdf](http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49.R12%20(Fr.).pdf)

C. STRATÉGIE RÉGIONALE ET PLAN D'ACTION PORTANT SUR LA NUTRITION DANS LA SANTÉ ET LE DÉVELOPPEMENT, 2006-2015 : EXAMEN DE MI-PARCOURS

Introduction

1. Il n'y a pas de bonne santé sans une bonne nutrition. Un grand nombre des politiques et des programmes les plus efficaces pour promouvoir une bonne nutrition ne relève pas du secteur de la santé. Pourtant, le fardeau de la malnutrition, comportant une série de résultats pour la santé liés à la dénutrition et à la surcharge pondérale, a un impact direct sur le secteur de la santé. Le double fardeau de la malnutrition est en augmentation, y compris la sous-alimentation (essentiellement la malnutrition chez les jeunes enfants et les insuffisances de micronutriments parmi les enfants et autres tranches d'âge), et par contraste, la surcharge pondérale et l'obésité. Ces deux formes de malnutrition peuvent coexister dans le même pays ou la même communauté, et même dans le même foyer. L'insécurité alimentaire et nutritionnelle, l'eau et l'assainissement inadéquats, la pauvreté et les insuffisances dans l'accès aux services de santé et à l'éducation sont tous des déterminants de la malnutrition qui mettent en danger la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement et d'autres objectifs de santé mondiaux et régionaux.

2. Dans les Amériques en 2007, 77% du total des décès (3,9 millions) étaient dus aux maladies chroniques non transmissibles (MNT) (1). De ces décès, 76% (2,95 millions) étaient le résultat de quatre maladies : les maladies cardiovasculaires (1,5 million), le cancer (1 million), le diabète (232 000) et la maladie pulmonaire obstructive chronique (219 000). Trois de ces maladies (toutes sauf la maladie pulmonaire obstructive chronique) ont la mauvaise nutrition comme facteur de risque. Environ 44% des décès dus à toutes les causes se sont produits avant l'âge de 70 ans. Ces décès prématurés sont associés à des coûts importants d'ordre social, sanitaire et économique pour les familles et les pays, et pour le secteur de la santé en particulier.

3. Les MNT sont un problème dans tous les pays. Comme la sous-alimentation toutefois, le fardeau des MNT affecte bien davantage les pauvres que les riches, à la fois en termes relatifs et en termes absolus, mondialement et dans la Région des Amériques. L'étendue de la malnutrition infantile varie entre les pays de la Région, dépendant de leurs niveaux de pauvreté, des revenus relatifs et des filets de protection. Elle varie également au sein des pays en raison des inégalités. Les insuffisances de micronutriments sont largement répandues.

4. Il est essentiel d'aborder les déterminants sous-jacents et d'améliorer la qualité du régime alimentaire et de l'activité physique tout au long de la vie pour réduire tant la

sous-alimentation que les maladies chroniques liées à la nutrition. Cette action requiert des politiques spécifiques pour accroître la production agricole d'aliments de qualité et un accès plus large à ces aliments, des initiatives améliorées pour promouvoir l'information du consommateur, la nutrition scolaire, la nutrition générale et l'éducation physique, ainsi que la mise en œuvre et le suivi du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel et de directives sur la commercialisation des aliments et des boissons destinés aux enfants.

Antécédents

5. Lors du 47^e Conseil Directeur en septembre 2006, Les États Membres ont approuvé la Stratégie et le plan d'action portant sur la nutrition dans la santé et le développement, 2006–2015 (document CD47/18) par la résolution CD47.R8. Elle comporte cinq stratégies interdépendantes : élaboration et diffusion de macro politiques visant les questions de nutrition les plus critiques ; renforcement de la capacité des ressources à travers les secteurs de la santé et non afférents à la santé en fonction de normes établies ; information, gestion des connaissances et systèmes d'évaluation ; développement et diffusion de directives, instruments et modèles efficaces ; et mobilisation de partenariats, réseaux et Forum régional sur l'alimentation et la nutrition. Elle comprend également un axe et deux sous-axes d'action : l'alimentation et la nutrition dans la santé et le développement ; alimentation déficiente et carences nutritives ; et alimentation et activité physique dans les maladies chroniques liées à l'obésité et l'alimentation.

6. La Stratégie et le plan d'action contribuent au Programme d'action sanitaire pour les Amériques et au Plan stratégique de l'OPS 2008–2012. Afin de mener à bien les cinq stratégies, avec l'appui du Bureau sanitaire panaméricain, les États Membres ont fait des progrès en élaborant des stratégies multisectorielles et en intégrant des interventions tout au long du cours de la vie. Cette approche a contribué à la prévention de la malnutrition sous toutes ses formes.

Progrès et premiers résultats

7. En ce qui concerne « l'élaboration et la diffusion de macro politiques visant les questions de nutrition les plus critiques, » en 2006 peu de pays disposaient de politiques concernant la sécurité alimentaire et nutritionnelle et la réduction de la malnutrition chronique et de l'obésité. À partir de 2012, près de tous les pays ont une politique nationale abordant une ou plusieurs de ces questions. De nombreux ont également établi des comités de haut niveau intersectoriels et/ou interministériels aux niveaux national, infrarégional et municipal. Certains agissent également pour assurer une production alimentaire nationale suffisante à satisfaire les besoins de la population. Le Programme régional pour la sécurité alimentaire et nutritionnelle récemment approuvé a été une

réalisation clé en Amérique centrale. En Amérique latine, le Mercosur travaille à l'élaboration d'un programme similaire. Au 50^e Conseil directeur en septembre 2010, les États Membres ont approuvé la Stratégie et le plan d'action pour la réduction de la malnutrition chronique (document CD50/13) par la résolution CD50.R11. Cette stratégie et son plan d'action reconnaissent que des facteurs sous-jacents sont la cause de la malnutrition et proposent des interventions pour aborder ses déterminants, en utilisant une approche intersectorielle et en impliquant différents niveaux de gouvernement. Ils encouragent également des alliances nationales et le suivi et l'évaluation.

8. En ce qui concerne « le renforcement de la capacité des ressources à travers les secteurs de la santé et non afférents à la santé en fonction de normes établies, » l'OPS a organisé des formations régionales et nationales avec les partenaires sur les normes de croissance de l'enfant et l'initiative hôpitaux amis des bébés de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), ainsi que sur la conception de programmes d'enrichissement des aliments et l'assurance de qualité impliquant le secteur public et les producteurs de produits alimentaires.

9. Dans le domaine de « l'information, la gestion des connaissances et les systèmes d'évaluation, » l'OPS a encouragé l'utilisation d'indicateurs nutritionnels dans les systèmes nationaux de surveillance de la santé. Cette action s'est avérée difficile et requiert un travail supplémentaire. Plusieurs pays ont mis en œuvre des enquêtes sur la nutrition représentatives au niveau national qui offrent une information mise à jour sur les indicateurs de nutrition. Certains pays ne disposent pas encore de ces enquêtes, en particulier ceux des Caraïbes. L'OPS a utilisé ces enquêtes pour élaborer des rapports sur l'anémie, l'insuffisance en iode, la croissance de l'enfant et l'allaitement, décrivant les tendances nationales et régionales et le nombre de personnes affectées. Une équipe technique inter-organisationnelle en nutrition pour la santé et le développement a été formée à l'OPS pour promouvoir la coordination d'activités entre différents domaines techniques.

10. Pour ce qui est du « développement et de la diffusion de directives, instruments et modèles efficaces, » en coordination avec d'autres parties prenantes l'OPS a élaboré des directives régionales, traduit des directives de l'OMS et appuyé l'adaptation des directives aux contextes nationaux. Parmi les exemples, on peut citer la mise à jour de matériels et la réactivation de l'initiative hôpitaux amis des bébés, des indicateurs pour évaluer les pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, les directives pour la supplémentation en vitamine A, et des directives pour la mise en œuvre du contrôle de qualité, l'assurance de qualité et le suivi réglementaire de l'enrichissement des aliments de base. Ces actions ont eu pour résultat la mise à jour des politiques et des normes nationales dans les États Membres, la mesure d'indicateurs utilisant des normes mondiales et/ou régionales, et l'amélioration de la formation en nutrition pour les professionnels de la santé. Un défi clé consiste à assurer une large couverture et une mise en œuvre de haute qualité de ces normes et directives.

11. En ce qui concerne la « mobilisation de partenariats, réseaux et un Forum régional sur l'alimentation et la nutrition, » en juillet 2008 les Directeurs régionaux des Nations Unies (ONU) ont créé l'Alliance panaméricaine pour la nutrition et le développement (2). Cette initiative inter-institutions, composée de 15 agences de l'ONU, facilite la coordination d'une réponse intégrée de coopération internationale et de ressources pour promouvoir des interventions efficaces, multisectorielles fondées sur des données factuelles et inter-programmatiques pour répondre aux causes multiples de la malnutrition. Les directeurs des organismes ont établi une équipe technique régionale pour élaborer un cadre conceptuel et un plan d'action. Le cadre conceptuel de l'Alliance a été diffusé dans toute la Région à l'aide d'ateliers avec les équipes de pays de l'ONU en Argentine, Bolivie, El Salvador, Guatemala, Paraguay, et Pérou, ainsi qu'à l'aide de plusieurs séminaires politiques, techniques et académiques. La création d'alliances nationales suivant le même concept constitue la prochaine étape.

12. En ce qui concerne le sous-axe de l'action sur « l'alimentation déficiente et les carences nutritives, » les données montrent que parmi les enfants de la Région, la malnutrition chronique est la forme la plus répandue d'échec de la croissance. Toutefois, la surcharge pondérale et l'obésité constituent également un problème croissant : 7% à 12% des enfants de moins de cinq ans sont obèses, six fois le pourcentage des enfants ayant actuellement un poids insuffisant (3). Même si la prévalence de la malnutrition chronique est à la baisse, environ un tiers des enfants présente un retard de croissance en Bolivie et en Équateur, et la moitié environ au Guatemala. Les données nationales cachent les inégalités toujours plus grandes dans les pays en fonction du revenu, de la résidence rurale ou urbaine et de l'ethnicité. Parce que le retard de croissance commence pendant la période prénatale et est transmis entre générations, son éradication requiert des approches de service de santé et intersectorielles au sein d'un cadre s'étalant sur la durée de la vie. Dans le secteur de la santé, l'OPS encourage des politiques et des programmes destinés à appuyer l'allaitement et l'alimentation complémentaire appropriés, l'évaluation de la croissance, le traitement de la malnutrition aiguë sévère, la supplémentation en micronutriments et l'enrichissement des aliments, ainsi que des mesures pour accroître l'accès aux services de santé. L'OPS préconise également des approches parmi une série d'autres secteurs, dont le logement et l'environnement, l'eau et l'assainissement, l'éducation, la sécurité alimentaire, l'emploi et le revenu de la famille, et la protection sociale, visant des domaines dans lesquels les carences nutritionnelles sont les plus répandues. De plus, l'OPS a tiré des leçons d'expériences réussies dans la réduction de la malnutrition chronique au Brésil, au Mexique et au Pérou, et a les a partagées avec d'autres pays. D'autres exemples comprennent le programme baptisé *Crece Contigo* du Chili et les transferts d'argent conditionnel dans plusieurs pays.

13. Globalement, l'allaitement déficient constitue le troisième plus grand facteur de risque pour la morbidité et la mortalité mondiales, selon les estimations les plus récentes

du Projet mondial de fardeau de la maladie.¹ Tant l'allaitement que les pratiques d'alimentation complémentaires, qui sont essentiels à une croissance et un développement sains, sont loin d'être universels. Dans la Région, 58% seulement des nouveau-nés sont mis au sein dans la première heure de la naissance, et seulement 44% des nourrissons de moins de six mois bénéficient de l'allaitement exclusif, ce chiffre tombant à 25% seulement parmi ceux âgés de quatre à cinq mois (4). Environ 30% des enfants ne reçoivent pas de diversité alimentaire minimum, et seulement 43% reçoivent une fréquence de repas minimum. Bien que la plupart des pays aient mis en œuvre le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel, cinq pays seulement ont des réglementations en place pour son application effective (5). La certification des hôpitaux pour l'initiative hôpitaux amis des bébés a pris du retard.

14. Les carences en micronutriments ont un impact important sur le développement humain et la productivité économique. Dans la Région, la prévalence de l'anémie est de 44,5% chez les jeunes enfants (22,5 millions), de 30,9% chez les femmes enceintes (3,5 millions), et de 22,5% chez les femmes en âge de procréer (31,7 millions) (6). Sur les dix dernières années, seulement la prévalence de l'anémie chez les femmes enceintes a diminué, illustrant l'échec de la plupart des programmes de supplémentation de micronutriments ainsi que le besoin de mieux intégrer des actions contre l'anémie à la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME), aux soins de maternité, et aux autres programmes qui assurent des services de santé. La plupart des pays ont mis en œuvre la supplémentation en acide folique ou des programmes d'enrichissement pour empêcher des malformations du tube neural. L'Argentine, le Brésil, le Canada, le Chili, le Costa Rica et les États-Unis disposent d'une information représentative au niveau national montrant la réduction des malformations du tube neural comme preuve de l'efficacité de ces programmes. Des efforts sont faits dans les pays d'Amérique centrale pour mettre en œuvre un système de surveillance des malformations du tube neural. L'iodation universelle du sel pour prévenir les troubles dus à une carence en iode a été adoptée et 90% de la population dans la Région ont une prise d'iode appropriée. Les défis persistent dans les pays ayant une faible production de sel de qualité et dans les communautés n'ayant pas accès à des aliments enrichis. Selon les estimations, la carence en vitamine A est faible à modérée dans la Région, bien que pour certains pays l'information disponible date de plus de dix ans. La supplémentation en vitamine A a constitué la principale stratégie pour prévenir cette carence ; toutefois, seulement les pays disposant d'enquêtes nationales démographiques et sanitaires ont des informations sur la couverture du programme. L'enrichissement du sucre avec la vitamine A s'est avérée un succès en Amérique centrale. Des carences en zinc, en vitamine B12 et, plus récemment, en vitamine D ont été signalées par de petites enquêtes non représentatives en Amérique centrale. Bien que la plupart des pays de la Région disposent de politiques et plans

¹ Présenté à l'OPS en janvier 2012 par Christopher Murray, Institut métrique de la santé et d'évaluation, en attente de publication.

d'action nationaux pour la supplémentation en micronutriments ou l'enrichissement des aliments de base, les systèmes de surveillance pour guider ces politiques sont faibles.

15. En ce qui concerne le sous-axe d'action sur « l'alimentation et l'activité physique, » les enfants en excès de poids et les enfants obèses demeureront probablement obèses dans leur vie adulte et ont des chances de développer des MNT à un âge plus jeune que la moyenne. Pour la plupart des conditions des MNT associées à l'obésité, les risques dépendent en partie de l'âge du début et de la durée de l'obésité. Des politiques et des programmes sont requis pour offrir des environnements propices à une alimentation saine et une vie active, de sorte que le choix sain devienne le choix facile. Du fait que les enfants sont particulièrement vulnérables à l'influence de la publicité, ils doivent être protégés à l'aide d'une action de santé publique efficace. À cette fin, l'OPS a convoqué une consultation d'experts sur la commercialisation des aliments et des boissons non alcoolisées destinés aux enfants des Amériques afin de faire des recommandations en la matière (7). Des actions coordonnées et ciblées avec les États Membres sont requises pour mettre ces recommandations en œuvre et évaluer leur impact. Des progrès ont également été faits pour développer des pistes cyclables et limiter le trafic sur les routes principales pendant les fins de semaine pour faciliter les loisirs. Des réunions régionales sur l'obésité ont pris place à Aruba et au Mexique et entre les présidents d'Amérique centrale. Le Sénat chilien a également organisé une conférence à Valparaíso, appuyée par l'OPS, pour discuter de l'amélioration de l'approvisionnement des aliments.

16. Lors de la soixante-troisième Assemblée mondiale de la Santé en 2010, la résolution WHA63.23 a été approuvée. Elle charge l'OMS d'appuyer les États Membres afin d'étendre leurs interventions nutritionnelles liées au double fardeau de la malnutrition, suivre et évaluer ces interventions, renforcer ou établir des systèmes efficaces de surveillance de la nutrition et mettre en œuvre les normes de croissance de l'enfant et l'initiative hôpitaux amis des bébés de l'OMS. La résolution a également chargé l'OMS d'élaborer un plan de mise en œuvre pour ces mesures, à présenter à la WHA en 2012. Afin de recevoir l'apport des États Membres sur le projet de stratégie de mise en œuvre, l'OPS et l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture ont convoqué une réunion régionale en 2011, qui a rassemblé des équipes de 17 pays.

Conclusion

17. Au point médian de la Stratégie et du plan d'action de la nutrition, les États Membres ont accompli des progrès importants en abordant les déterminants de la malnutrition et ses effets sur la santé, avec la participation de nombreux secteurs et parties prenantes. De plus, la sensibilisation au problème s'est accentuée et il y a une intégration accrue des interventions en nutrition dans les soins de santé primaires, utilisant une démarche axée sur le devenir des personnes. Des réductions notables de la

malnutrition chronique se sont produites au Brésil, au Mexique et au Pérou et de nombreux autres pays indiquent une certaine forme de réduction.

18. Cet examen de mi-parcours met en exergue les nombreux défis dans la Région qui sont liés au double fardeau de la sous-alimentation et de la surcharge pondérale/l'obésité. Alors qu'une grande part du fardeau de la mauvaise nutrition en termes de sa myriade de conséquences pour la santé affecte le secteur de la santé, nombre des solutions à ses déterminants sous-jacents se trouvent à l'extérieur du secteur. Par conséquent, les Ministères de la Santé doivent jouer un rôle de catalyseur en promouvant une approche multisectorielle et globale, menée dans l'idéal aux plus hauts niveaux de gouvernement. Si elle est mise en œuvre, une série bien établie d'interventions efficaces, pourrait prévenir 35% de la mortalité due à la sous-alimentation maternelle et infantile (8). Les Ministères de la Santé doivent prendre la tête dans l'amélioration de la couverture et de la qualité de ces interventions.

19. Une condition clé pour la coopération technique de l'OPS consiste à identifier les actions qui auront le plus grand impact dans la réduction de la morbidité et la mortalité causées par la malnutrition. En outre, la diffusion du savoir au sein de tous les domaines techniques de l'OPS doit être renforcée de sorte que les interventions connues pour leur efficacité dans la réduction de la malnutrition soient mises en œuvre dans le contexte des soins de santé primaires.

Références

1. Pan American Health Organization. Technical reference document on non-communicable disease prevention and control. Washington (DC): PAHO; 2011.
2. Pan American Health Organization. Pan American Alliance for Nutrition and Development, Basic document, conceptual premises and strategic principles. Washington (DC): PAHO; 2009.
3. Lutter CK et al. Progress towards Millennium Development Goal 1 in Latin America and the Caribbean: the importance of the choice of indicator for undernutrition. *Bull World Health Organ*. 2011;89:22-30.
4. Lutter CK et al. Undernutrition, poor feeding practices and low coverage of key nutrition interventions. *Pediatrics*. 2011;128:e1-e10.
5. Pan American Health Organization. 30 años del Código en América Latina: Un recorrido sobre diversas experiencias de aplicación del Código Internacional de

Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna en la Región entre 1981 y 2011. Washington (DC): PAHO; 2011.

6. Pan American Health Organization. Anemia in Latin America and the Caribbean, 2009. Situation analysis, trends, and implications for public health programming. Washington (DC): PAHO; 2010.
7. Pan American Health Organization. Recommendations from a Pan American Health Organization Expert Consultation on the Marketing of Food and Non-Alcoholic Beverages to Children in the Americas. Washington (DC): PAHO; 2011.
8. Bhutta ZA. et al. What works? Interventions for maternal and child undernutrition and survival. *Lancet*. 2008 Feb 2;371:417-40.

D. PLAN STRATÉGIQUE RÉGIONAL CONTRE LE VIH/SIDA/IST, 2006-2015 : ÉVALUATION À MI-PARCOURS

Antécédents

1. Le Plan stratégique régional de l'Organisation panaméricaine de la Santé contre le VIH/SIDA/IST, 2006-2015, a été approuvé par les États Membres de l'OPS en septembre 2005 (Résolution CD46.R15).¹ C'est un document d'orientation guidant les pays des Amériques à se doter d'une riposte efficace contre l'épidémie du VIH et à prévenir et endiguer les infections sexuellement transmissibles (IST). L'objectif général du Plan est le suivant : “d'ici 2015, arrêter et commencer à inverser la propagation du VIH/sida et des IST dans la Région en assurant l'accès universel à la prévention, aux soins et au traitement.” A cette fin, le Plan vise à renforcer les plans nationaux dans tous les pays de la Région. Il encourage les planificateurs internationaux et nationaux à envisager l'impact à long terme et la durabilité des programmes et à corroborer les tendances des maladies à d'autres buts économiques et du développement humain à long terme.

2. Le Plan comprend cinq lignes d'action critiques:

- a) renforcer le leadership et le rôle directeur du secteur de la santé et susciter l'engagement de la société civile ;
- b) formuler et exécuter des programmes de lutte contre le VIH/sida/IST efficaces et durables et renforcer la capacité des ressources humaines ;
- c) renforcer, étendre et réorienter les services de santé ;
- d) améliorer l'accès aux médicaments, aux diagnostics et autres produits ; et
- e) améliorer la gestion de l'information et des connaissances, notamment la surveillance, le suivi et l'évaluation ainsi que la diffusion.

3. Chaque ligne d'action est dotée de stratégies, de cibles, de jalons et d'indicateurs spécifiques qui sont définis dans le Plan et qui établissent parallèlement le rôle du Bureau sanitaire panaméricain, notamment sous l'angle de sa supervision et gestion.

4. Le Plan stipule une évaluation à mi-parcours qui a été réalisée en mars-juillet 2012 pour informer, réorienter et mettre à jour les cibles, priorités et stratégies pour les années restantes du Plan.

¹ Le Plan régional de l'OPS contre le VIH/SIDA/IST, 2006-2015, a été publié en novembre 2005 et peut être consulté à l'adresse suivante: http://www.paho.org/english/ad/fch/ai/HIV_Regional_Plan_2006-2015_ENGLISH.pdf

Objectif de l'évaluation à mi-parcours

5. L'évaluation à mi-parcours vise :
 - a) à identifier les principaux accomplissements et les obstacles liés à la réponse régionale du secteur de la santé au VIH/IST et à la mise en œuvre du Plan ; et
 - b) à mettre à jour les priorités, les stratégies et les cibles pour la réponse du secteur de la santé ainsi que pour la stratégie de coopération technique de l'OPS pour la période 2012–2015.

Portée de l'évaluation

6. L'évaluation à mi-parcours couvre la période de mise en œuvre (2006-2011) et a une portée régionale, prêtant une attention particulière aux processus, questions et résultats sur le plan infrarégional. La mise à jour des stratégies du secteur de la santé revêtait une importance toute particulière et se fondait sur les nouvelles directives et initiatives techniques ainsi que les données probantes sur lesquelles elles reposent, notamment :
 - a) La Stratégie mondiale de l'OMS du secteur de la santé sur le VIH/sida 2011-2015 et son plan opérationnel pour 2012-2013, avalisé par l'Assemblée mondiale de la Santé en 2011 et en 2012 respectivement ;
 - b) La stratégie de l'ONUSIDA 2011-2015: Objectif Zéro qui vise à révolutionner la prévention du VIH, à poser le fondement de la prochaine étape de traitement et du soutien et à faire progresser les droits de l'homme ainsi que l'égalité entre les genres dans le cadre de la riposte au VIH ;
 - c) L'appel mondial et l'Initiative régionale pour l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis congénitale en Amérique latine et dans les Caraïbes ;
 - d) Les nouvelles données probantes concernant le traitement et la prévention du VIH ; et
 - e) Le traitement 2.0 OMS/ONUSIDA pour un traitement optimal du VIH.

Méthodologie

7. L'évaluation à mi-parcours a utilisé un ensemble d'approches régionales et infrarégionales pour atteindre le niveau le plus élevé possible de consultation et de participation des parties concernées.
8. La méthodologie comptait quatre volets :

- a) études de plans et rapports régionaux et infrarégionaux et documents techniques mondiaux et régionaux récents ;
- b) consultations face à face avec des parties concernées lors d'événements régionaux et infrarégionaux, dont deux consultations infrarégionales sur le test de dépistage du VIH (Colombie et Panama, avril 2012) et une réunion de médecins en chef des Caraïbes (Sainte-Lucie, mai 2012) ;
- c) enquêtes auprès des parties concernées par courriel et entretiens téléphoniques approfondis avec les parties concernées dont des responsables de programmes nationaux, des directeurs de laboratoire, des personnes vivant avec le VIH, des représentants d'organisations de la société civile, des responsables du plaidoyer, des partenaires des Nations Unies, des représentants d'entités sous-régionales, y compris le Partenariat Pan-Caraïbe contre le VIH/sida (PANCAP) et le Conseil des Ministres de la Santé de l'Amérique centrale et de la République dominicaine (COMISCA)—ainsi que le personnel régional, infrarégional et national de l'OPS ; et
- d) consultation avec le Comité consultatif technique de l'OPS (CCT) sur le VIH/IST. Les résultats préliminaires de l'évaluation à mi-parcours ont été présentés lors d'une réunion du CCT en juin 2012 aux fins de revue, de discussion et de validation.

Processus de mise en œuvre

9. Deux consultants ont été recrutés pour concourir à l'évaluation à mi-parcours, l'un pour les Caraïbes et l'autre pour l'Amérique latine. Les consultants ont travaillé en étroite collaboration avec l'équipe de l'OPS pour identifier et réunir les documents pertinents, mettre au point des outils de recueil de données et identifier des parties concernées pour les entretiens.

10. Aux Caraïbes, un Comité de pilotage présidé par le Ministre de la Santé de la Grenade a été mis sur pied. Ce comité de pilotage a participé à la mise au point de la méthodologie et du processus de mise en œuvre par le biais de réunions virtuelles et il a organisé une réunion face-à-face en juin 2012 pour passer en revue et discuter des données. De plus, l'University of the West Indies a apporté un soutien pour la collecte et l'analyse de données.

11. Au total, plus de 40 personnes et 12 organisations partenaires ont participé aux enquêtes et entretiens. Le taux général de réponse était de pratiquement 80 %. Les résultats des deux processus ont été présentés au CCT en juin 2012, lors de la sixième réunion du CCT à Washington, D.C. Les commentaires et recommandations du CCT ont été intégrés au rapport final de l'évaluation à mi-parcours.

Résultats clés se rapportant à l'objectif général, aux cibles et aux jalons

12. La Région a fait un grand pas en avant se rapprochant de la réalisation de l'objectif général du Plan : " arrêter et commencer à inverser la propagation du VIH/sida et des IST dans la Région en assurant l'accès universel à la prévention, aux soins et au traitement." Le taux d'incidence des infections à VIH pour l'Amérique latine et les Caraïbes a reculé, passant d'après les estimations de 21,1 cas pour 100 000 personnes en 2005 à 19,1 pour 100 000 en 2010, soit une diminution de 9,4 %.² Le taux de nouvelles infections à VIH en Amérique latine s'est stabilisé et les nouvelles infections dans les Caraïbes ont été réduites d'un tiers par rapport aux niveaux de 2005. La Région a également noté une réduction sensible dans le nombre de cas pédiatriques du VIH, enregistrant une baisse de 60 % aux Caraïbes et de 38 % en Amérique latine par rapport aux niveaux de 2001. L'accès élargi au traitement antirétroviral a contribué à une réduction de 36 % dans le nombre de décès imputables au VIH en Amérique latine et une réduction de 50 % dans les Caraïbes lors de la période 2001-2010.

13. Les résultats spécifiques se rapportant aux trois cibles générales du Plan sont les suivants:

- a) réduction dans le nombre estimé de nouvelles infections à VIH: le nombre estimé de nouvelles infections a reculé de 30 % dans les Caraïbes et de 4% dans la Région entière d'Amérique latine et des Caraïbes pendant la première période de mise en œuvre ;
- b) accès amélioré au traitement antirétroviral : la couverture du traitement antirétroviral s'est nettement étendue dans la Région, avec une couverture estimée de 70 % à la fin de 2011, la plus élevée de toutes les régions en développement dans le monde. Neuf pays ont atteint la cible d'accès universel de 80 % à la fin de 2011. Cinq pays en plus sont sur la bonne voie pour l'atteindre, disposant d'une couverture estimée de 70 %-79 % ; et
- c) avec l'adoption de l'Initiative régionale pour l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis congénitale, la troisième cible a été mise à jour passant de moins de 5 % à moins de 2 % de la transmission mère-enfant d'ici l'année 2015. Tel que l'indique le Rapport de l'analyse situationnelle,³ cinq pays (Anguilla, Antigua-et-Barbuda, Canada, Cuba et les États-Unis) ont probablement atteint les cibles d'élimination à la fin 2011. Sept pays en plus (Argentine,

² Sources: Numérateur: OMS/ONUSIDA/UNICEF, *Riposte mondiale au VIH/sida: le point de l'épidémie et les progrès du secteur de la santé vers l'accès universel* (2011). Dénominateur : Nations Unies, Département des affaires économiques et sociales, Divisions de la population, *Perspectives démographiques mondiales : La révision de 2010* (2011).

³ Organisation panaméricaine de la Santé : *Analyse situationnelle 2010 : Élimination de la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis congénitale dans les Amériques*.

Bahamas, Brésil, Chili, Guyana, Suriname et Uruguay) sont sur la bonne voie, avec des taux de transmission mère-enfant entre 2 % et 7 %.

14. L'évaluation à mi-parcours ne comprenait pas un examen détaillé et approfondie, pays par pays, des 20 cibles et 55 jalons entrant dans les cinq lignes d'action critiques mais elle n'en concluait pas moins qu'en général toutes les cibles et tous les jalons avaient été traités pendant la première période de mise en œuvre et intégrés aux priorités programmatiques actuelles et aux plans sous-régionaux aux fins d'action continue.

Résultats clés liés aux processus et aux développements dans les sous-régions

15. L'évaluation à mi-parcours a confirmé que le Plan régional avait servi de base à la formulation de plans infrarégionaux pour les sous-régions des Caraïbes, d'Amérique centrale et des Andes ainsi qu'aux plans nationaux. Tous les pays de la Région sont dotés de plans stratégiques nationaux contre le VIH comptant des interventions définies du secteur de la santé. Le Cône Sud n'a pas formulé un plan infrarégional mais le Plan régional guidait également les actions collectives et nationales de cette sous-région.

16. Les parties concernées ont confirmé que le Plan informait les plans régionaux d'autres partenaires du développement et des propositions nationales présentées au Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme (Fonds mondial) et d'autres donateurs.

17. Le Plan a aidé à inclure le VIH comme thème dans les dialogues régionaux, infrarégionaux et nationaux. Il a suscité un plus grand investissement dans la réponse du secteur de la santé au VIH, y compris les programmes et les services de prévention et soins complets pour les populations clés comme les hommes qui ont des relations sexuelles avec les hommes, les professionnels(elles) du sexe, les personnes privées de liberté, les consommateurs de drogues et les personnes transgenres.

18. La participation constante de groupes de la société civile et de personnes vivant avec le VIH a également été notée.

19. L'évaluation des Caraïbes notait par ailleurs plusieurs changements en cours, dont la création de l'Agence de santé publique des Caraïbes (CARPHA) et les rôles changeant du Secrétariat de PANCAP et de certains partenaires du développement et à cet effet, elle soulignait l'importance du rôle stable et continu de l'OPS dans cet environnement en évolution.

Résultats clés concernant la contribution de l'OPS à la réponse régionale et perceptions des parties concernées et des partenaires

20. Les partenaires et les parties concernées ont apprécié le leadership de l'OPS dans la réponse régional du secteur de la santé au VIH et la qualité élevée des documents

techniques, à l'exemple de diverses directives opérationnelles et modèles mis au point par l'OPS.

21. L'OPS a été reconnue pour son intervention dans des questions délicates et pouvant s'avérer de nature controversée comme la santé des hommes qui ont des relations sexuelles avec les hommes et des personnes transgenres ainsi que les questions relevant des droits de l'homme, de la stigmatisation et de la discrimination.

22. L'OPS a été reconnue pour le soutien apporté à d'autres programmes et partenaires comme le Fonds mondial et les programmes financés par le gouvernement américain.

23. Les parties concernées ont avalisé la transition naturelle des lignes d'action critiques aux quatre priorités programmatiques actuelles ou axes les plus importants :

- a) élimination de la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis congénitale ;
- b) prévention et soins pour les populations clés ;
- c) traitement optimal (traitement 2.0) ; et
- d) information stratégique.

Ce processus confère de la spécificité et permet de s'aligner sur les nouvelles stratégies et directives mondiales, notamment la Stratégie mondiale de l'OMS du secteur de la santé.

24. De plus, les répondants ont souligné l'importance vitale de l'approche des système de santé qui insiste sur le renforcement des systèmes de santé ainsi que sur l'intégration et la décentralisation du VIH dans les systèmes de santé. Cela revêt une importance toute particulière pour les répondants des Caraïbes et cet aspect a été approuvé comme une priorité par les ministres des Caraïbes lors de la 16^e réunion spéciale du Conseil pour le développement humain et social sur la santé, tenue en avril 2012.

25. Les parties concernées dans les Caraïbes ont également recommandé que l'OPS maintienne une solide présence à l'échelle de la sous-région et des pays et formule un cadre précis et clair de la coopération technique concernant le VIH/IST pour la période 2013-2015, une période de transition étant donnés les rôles en évolution de CARPHA et PANCAP. On a jugé d'importance critique l'alignement de cette stratégie avec la Coopération des Caraïbes en santé 2010-2015 (CCH-III) et avec le Cadre stratégique des Caraïbes sur le VIH et le sida 2012-2015.

Principaux enjeux et défis

26. L'OPS a restreint sa présence au niveau national et a limité le suivi au niveau national aux initiatives régionales et aux événements de renforcement des capacités.

27. Les répondants de la société civile ont indiqué qu'il fallait un partenariat plus solide avec les organisations et les réseaux de la société civile, surtout en ce qui concerne le plaidoyer continu pour le renforcement des programmes de traitement et de soins et la préservation des droits de l'homme.

28. Les parties concernées ont demandé un renforcement du Fonds renouvelable régional de l'OPS pour les produits stratégiques de santé publique et pour un soutien continu pour les négociations régionales des prix des médicaments et des fournitures médicales, le renforcement des systèmes d'approvisionnement et gestion des produits et pour la prévention des ruptures de stock.

29. La verticalité persistante des programmes et services de lutte contre le VIH est une question à laquelle il faut s'attaquer et un plaidoyer continu s'impose pour défendre l'approche ciblée sur des système de santé complets, des soins de santé primaires et l'intégration du VIH.

30. Les systèmes d'information restent faibles, malgré le soutien important que l'OPS apporte à ce domaine et la disponibilité et l'utilisation de l'information stratégique continuent à être problématiques

Conclusions

31. Le Plan stratégique régional de l'OPS contre le VIH/IST 2006-2015 reste le cadre d'orientation général pour la riposte régionale au VIH.

32. Dans le contexte du Plan, on a approuvé une réorientation naturelle des priorités programmatiques des lignes d'action critiques aboutissant aux quatre axes les plus importants. Ces quatre axes sont alignés sur les priorités régionales et sur les stratégies et directives mondiales les plus récentes.

33. Les partenaires et les parties concernées ainsi que les membres du CCT ont demandé à l'OPS de continuer son rôle directeur et facilitateur dans la réponse du secteur de la santé, aux niveaux régional et national, en se concentrant sur un nombre moindre d'interventions, sur une communication technique en amont et un engagement plus prononcé face à la formulation de politiques.

34. Les parties concernées ont vivement recommandé à l'OPS de soutenir les pays au niveau de l'utilisation et de la mobilisation efficaces des ressources pour garantir les services essentiels, sauvegarder les progrès accomplis et aborder le programme inachevé.

35. Le renforcement, l'intégration et la décentralisation restent des priorités transversales et le renforcement des ressources humaines reste une priorité du financement.

E. SITUATION ACTUELLE DE LA DENGUE

Introduction

1. La dengue, une maladie endémique de la Région des Amériques à cycles épidémiques, demeure un problème de santé publique considérable. Sa persistance est liée à la présence de déterminants sociaux et environnementaux comme la croissance démographique, les migrations, l'urbanisation incontrôlée ou non planifiée ainsi que les vastes ceintures de pauvreté en milieu urbain, même dans nombre de nos capitales.

2. Ce sont les déterminants environnementaux qui sont plus directement liés à la persistance de la dengue. L'absence de services de base constitue l'un des principaux problèmes, en particulier le déficit chronique dans l'approvisionnement continu en eau courante, les graves problèmes constitués par la gestion environnementale des eaux usées et la collecte adéquate des déchets, enfin les comportements inadaptés vis-à-vis de l'utilisation et du rejet des matières non biodégradables. En sus de leurs effets néfastes sur l'environnement, ces problèmes créent des conditions fort propices à la prolifération du vecteur de la dengue et d'autres vecteurs.

3. Le présent rapport constitue une actualisation sur la situation de cette maladie et sur le degré d'avancement des activités impulsées par les États Membres aux fins de prévention et de contrôle.

Antécédents

4. Lors de la 27^e Conférence sanitaire panaméricaine tenue en 2007, les pays ont reconnu le problème constitué par la multiplication des poussées de dengue et la complexité de la situation épidémiologique pour la prévention et le contrôle de cette maladie. Lors de la Conférence, la dengue a été considérée comme un problème qui dépasse le secteur de la santé et l'on a orienté la réflexion sur les politiques publiques vers le contrôle des déterminants sociaux et environnementaux qui président à sa transmission ainsi que vers le renforcement des stratégies nationales de gestion intégrée aux fins de prévention et de contrôle (EGI-dengue).

Analyse de la situation

5. Dans la Région des Amériques, la dengue demeure fort complexe au plan épidémiologique, avec la circulation des quatre sérotypes de la maladie et des conditions fort propices à sa transmission. L'année 2010 a vu le plus grand nombre de notifications, avec 1,6 million de cas, dont 50 235 cas graves et 1 185 morts. En 2011, l'on a assisté à une réduction d'environ 39 % du taux de morbidité et de quelque 40 % dans le nombre de morts, soit 1 044 279 cas et 719 morts, respectivement, une tendance qui, selon toute

apparence, se maintiendra en 2012. En 2011, l'on a assisté également à une diminution de l'ordre de 39,1 % dans la part de cas graves par rapport aux quatre dernières années, une situation éventuellement liée à l'application de nouveaux guides de gestion des cas, lesquels préconisent une gestion opportune des signaux d'alarme qui indiquent le degré de gravité et ce, dès les soins primaires.

6. Aujourd'hui, 23 pays et territoires des Amériques ont élaboré leurs plans nationaux d'EGI-dengue. En outre, quatre EGI-dengue sous-régionaux ont été élaborés (sous-région andine, cône Sud, Amérique centrale et Caraïbes anglophones).

7. Le processus d'évaluation des EGI-dengue a commencé au Mexique en 2008 et, depuis lors, 18 pays et territoires ont fait l'objet d'évaluations. Le Groupe technique international (GTI-dengue) et les groupes techniques nationaux ont largement participé à tous les processus d'évaluation. Depuis 2003, le GTI-dengue fournit un appui technique dans les situations de poussée et d'épidémie et a renforcé la capacité des techniciens dans les pays. À l'heure actuelle, le Groupe encourage l'utilisation de nouveaux instruments comme le relevé de l'indice d'infestation rapide par l'*Aedes aegypti* (connu sous le nom de LIRAA, de son sigle en portugais), les systèmes d'information géographique (SIG), les nouveaux tests de diagnostic et la nouvelle classification de la dengue.

8. Durant la période 2009-2010, des flambées importantes ont été rapportées en Argentine, au Brésil, en Bolivie, en Colombie, en Guadeloupe, au Honduras, à la Martinique, au Paraguay, à Porto Rico, en République dominicaine et au Venezuela. Comme on le sait, ce problème est traité de manière plus complète lorsque, outre le secteur santé, les municipalités, le secteur privé, les collectivités et les médias participent à cet exercice. Les flambées constatées à Santa Cruz de la Sierra (Bolivie), dans la zone du Chaco (Argentine) et au Honduras ont valeur d'exemple. Il importe de souligner les travaux réalisés de manière solidaire par les pays de la Région ainsi que l'OPS/OMS qui coordonne la collaboration de plus en plus étroite entre les pays, laquelle comprend des échanges constants et importants de ressources, de personnels et de matériels.

9. Le Réseau des laboratoires de la dengue des Amériques (RELDA) a été consolidé ; celui-ci est constitué des laboratoires nationaux d'aiguillage et des quatre centres de collaboration de l'OPS/OMS pour la dengue. Le processus de contrôle de qualité et l'utilisation de techniques de diagnostic moléculaire ont été renforcés.

10. En outre, au niveau des pays, l'on continue les activités de formation aux méthodes de communication des risques et de promotion de la santé de sorte à favoriser une modification de conduite au sein de la population, laquelle fait partie des interventions communautaires contre les déterminants sociaux et environnementaux de la dengue. En 2011, une publication a été élaborée et distribuée à tous les pays ; celle-ci présente de manière systématisée les enseignements tirés de ces travaux très complexes.

11. L'EGI-dengue influe sur la création de politiques publiques, lois et ordonnances visant l'amélioration de l'environnement et la lutte contre les déterminants sociaux et environnementaux qui provoquent la dengue. Toutefois, il demeure nécessaire de donner une forte impulsion extra-sectorielle en matière de contrôle de ces déterminants de sorte à pérenniser les efforts déployés à l'heure actuelle. Dans ce contexte, la participation des collectivités remplit une fonction prépondérante, ce dont nous devons être conscients.

12. L'année 2010 a signalé le début du processus de diffusion des nouveaux guides sur la dengue élaborés par l'OPS/OMS au moyen de la traduction, de la publication et de la distribution de ces ouvrages. La composante d'administration de soins au patient a été adaptée par des experts de la Région en 2010 et la formation y afférente a fait participer tous les pays d'Amérique du Sud, d'Amérique centrale et des Caraïbes.

13. L'introduction des nouveaux guides a pour objet de souligner en particulier la surveillance des cas dès les soins primaires, surtout en ce qui a trait à la détection des signaux d'alarme qui indiquent la gravité des symptômes. Cette démarche permet d'entreprendre une intervention opportune au moyen de l'hydratation des patients et de réduire le risque que les symptômes évoluent vers des formes plus graves, voire la mort.

14. La surveillance entomologique est l'une des composantes qui s'est heurtée aux plus grandes difficultés, en particulier sur le plan de l'infrastructure, des ressources humaines et matérielles et en raison des fortes pertes en matière de logistique et de qualité de travail nécessaires. À l'heure actuelle, les pays renforcent diversement les activités de surveillance et de contrôle technique du vecteur et, conjointement avec d'autres partenaires (Centres de contrôle et de prévention des maladies des États-Unis, différents établissements scientifiques et d'enseignement supérieur, représentants du secteur industriel et experts des pays), ils s'efforcent de tirer certains enseignements et d'élaborer de nouveaux mécanismes et de nouvelles technologies et méthodes pour augmenter les capacités nationales de surveillance entomologique et de contrôle intégré des vecteurs.

15. En ce qui concerne la lutte contre le vecteur, l'emploi inadapté des insecticides compromet la viabilité des principes actifs disponibles actuellement et met au jour la résistance accrue de *Aedes aegypti* aux insecticides. De plus, rares sont les pays de la Région qui mènent des recherches sur la susceptibilité et la résistance, d'où le fait que l'OPS/OMS travaille actuellement sur un projet régional de surveillance de la résistance aux insecticides en collaboration avec le Réseau latino-américain de contrôle des vecteurs (RELCOV) et avec le concours de quatre centres de référence.

16. À l'heure actuelle, plusieurs vaccins contre la dengue sont en phase clinique d'élaboration ; il est également envisageable de disposer, à court terme (de 5 à 10 ans) d'au moins un vaccin sûr et efficace. Le vaccin dont l'élaboration est la plus avancée, un vaccin vivant atténué contre les quatre sérotypes, est en cours d'essai clinique de phase

III, les résultats étant attendus en 2013. Les États Membres et l'OPS/OMS ont donc intérêt à se préparer à l'introduction opportune, fondée sur des preuves scientifiques, d'un vaccin contre la dengue qui, globalement, constituera un outil de plus dans la lutte contre cette maladie. En ce sens, l'on distingue l'initiative ProVac,¹ qui compte inclure le vaccin contre la dengue dans ses travaux futurs.

17. Au cours des vingt dernières années, la coopération des gouvernements espagnol et canadien a été fondamentale pour les avancées réalisées. En outre, dans les prochaines années, le projet contre la dengue en Amérique centrale constituera un appui pour les pays de cette sous-région.

18. Il demeure de grands obstacles à surmonter pour prévenir et contrôler la dengue dans la Région. Les pays continuent de connaître de graves problèmes ayant rapport avec la manière d'appréhender les déterminants sociaux et environnementaux, auxquels il faut ajouter d'autres facteurs extérieurs comme le changement climatique qui favorisent le cycle de vie du moustique transmetteur.

19. L'Organisation travaille actuellement pour tirer parti de toutes les innovations et initiatives concluantes en matière de prévention et contrôle, en particulier la communication sociale, la participation des collectivités et les changements de comportement. Ainsi, il convient de signaler au nombre des exemples récents le Panama, où l'augmentation du vecteur résulte des grands investissements en travaux publics, et qui ont donné lieu à la signature d'un accord avec le secteur industriel et les entreprises de travaux publics, aux termes duquel ont été établies de nouvelles normes de réglementation sur la responsabilité de ces entreprises de sorte à garantir que les chantiers ne créent pas d'espaces qui favorisent l'apparition de foyers propices au moustique.

20. Il importe de considérer d'autres domaines que celui de la santé et de la responsabilité citoyenne de manière à identifier tous les moyens éventuellement à notre disposition pour combattre ce vecteur, qui s'adapte de plus en plus à la vie domestique.

Proposition

21. Le présent rapport d'avancement décrit les progrès et les travaux réalisés par le Bureau sanitaire panaméricain en matière de prévention et de contrôle de la dengue dans la Région. Nous proposons de continuer d'appuyer les interventions de gestion intégrée, de renforcer les capacités nationales et d'intensifier les efforts consentis par les États Membres pour exécuter des politiques d'intérêt public porteuses d'effets sur les déterminants sociaux et environnementaux liés à cette maladie.

¹ L'initiative ProVac a été créée par le Projet d'immunisation de l'OPS/OMS pour renforcer la capacité nationale de prise de décisions fondées sur des données probantes concernant l'introduction de nouveaux vaccins; elle compte dans ses rangs des institutions et des organisations de haut niveau scientifique.

F. MISE EN ŒUVRE DU RÈGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL

Introduction

1. Le présent rapport a pour objet de faire le point des progrès réalisés par les États Membres de la Région des Amériques et par l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) en vue d'honorer leurs obligations et engagements afférents à la mise en œuvre du Règlement sanitaire international (RSI, dénommé ci-après le "Règlement"). Il s'agit d'une mise à jour du dernier rapport présenté en 2011 au 51^e Conseil directeur (1).

2. En outre, le présent rapport vise à encourager les États parties à utiliser plus amplement le RSI et non seulement comme un cadre cherchant à assurer la sécurité sanitaire mondiale. En effet, le RSI est également l'occasion et l'outil permettant d'institutionnaliser des fonctions essentielles de santé publique ¹ par le biais de la mobilisation de ressources durables à l'appui de mécanismes efficaces venant soutenir la collaboration intersectorielle et les préparatifs, en santé publique, de riposte aux multiples risques spécifiques.

3. Le présent rapport est structuré selon les domaines stratégiques de travail, tel qu'ils sont définis dans le document de l'OMS intitulé Règlement sanitaire international (2005) : Domaines de travail pour la mise en œuvre du RSI (2). Il se concentre sur la situation concernant les capacités nationales essentielles dont il est question dans l'annexe 1 du Règlement, devant être mises en place en date du 15 juin 2012.

Promouvoir des partenariats régionaux et mondiaux

4. L'OPS continue de collaborer avec des initiatives et mécanismes d'intégration sous-régionaux.² L'objectif le plus important à cet égard consiste à encourager l'appropriation et le leadership des États parties dans leurs activités de mise en œuvre du RSI. D'autres objectifs se rapportent à l'utilisation optimale des ressources techniques et

¹ Document *La Salud Pública en las Américas – Instrumento para la Medición del Desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública* (PAHO 2001) est disponible à l'adresse suivante : http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/FESP_Instrumento_Medicion_Desempeno.pdf.

² Ces initiatives et mécanismes d'intégration sous-régionale sont notamment le Marché commun du sud (MERCOSUR), par le truchement de son Groupe de travail sur la santé (SGT-11) en charge de la Commission intergouvernementale du Règlement sanitaire international (CIRSI); de la Communauté des Andes (CAN), par le truchement du Réseau des Andes pour la surveillance épidémiologique (RAVE) coordonné par l'Accord Agence régionale de santé des Andes-Accord Hipólito Unanue (ORAS-CONHU); de l'Union des pays de l'Amérique du Sud (UNASUR), par le truchement de son groupe de travail technique pour la surveillance et la réponse (GTVR); du système de l'intégration de l'Amérique centrale (SICA), par le truchement du Secrétariat exécutif du Conseil des Ministres de la santé de l'Amérique centrale (SE-COMISCA); et de la Communauté des Caraïbes (CARICOM), par le truchement du Centre d'épidémiologie des Caraïbes (CAREC).

financières et à une plus grande sensibilisation au respect des droits et des obligations stipulés par le Règlement parmi les partenaires et les États parties.

5. Si la mise en œuvre du RSI est traitée dans les documents programmatiques et stratégiques des initiatives sous-régionales et soutenue par l'OPS/OMS dans le cadre de plans de travail sous-régionaux dédiés à cette cause,³ par contre les divers mécanismes de gouvernance, structures organisationnelles et l'expertise technique entrant dans les initiatives sous-régionales continuent à être caractérisés par une imprécision de leurs rôles et responsabilités face au RSI. S'agissant notamment de la perception selon laquelle les initiatives infrarégionales entreraient dans des responsabilités déléguées qui sont des prérogatives des États parties (à savoir la gestion d'événements de santé publique d'éventuelle préoccupation internationale); du fait qu'elles sont dictées par les programmes et objectifs des donateurs associé au danger que l'attention s'écarte donc de la mise en œuvre des plans d'action nationaux du RSI ; du potentiel insuffisamment exploité pour s'assurer de l'engagement politique et de la coordination intersectorielle nécessaires pour mettre en œuvre les plans d'actions nationaux du RSI.

6. L'Organisation devrait explorer et élaborer davantage les divers mécanismes renforçant au maximum la contribution des réseaux existants de coopération technique. Les résultats d'une telle évaluation pourront être utilisés par les autorités nationales pour renforcer les efforts existants.⁴

7. L'OPS/OMS et l'Organisation de l'aviation civile internationale (OACI) ont réalisé des évaluations conjointes des aéroports internationaux dans 15 pays de la

³ Marché commun du Sud (MERCOSUR), Accord Agence régionale de santé des Andes-Accord Hipólito Unanue (ORAS-CONHU), Secrétariat exécutif du Conseil des Ministres de la Santé de l'Amérique centrale (SE-COMISCA), Centre d'épidémiologie des Caraïbes (CAREC).

⁴ L'information est disponible auprès des sources suivantes:

- International Food Safety Authorities Network (INFOSAN) :
http://www.who.int/foodsafety/fs_management/infosan/en/index.html.
- Global Foodborne Infections Network (GFN):
http://thor.dfvf.dk/portal/page?_pageid=53,1&_dad=portal&_schema=PORTAL
- PulseNet: <http://www.pulsenetinternational.org/networks/Pages/latinamerica.aspx>
- Poison Centres Network:
http://www.who.int/gho/phe/chemical_safety/phe_poison_centres_20110701.xls
- Strategic Approach to International Chemicals Management (SAICM) of the United Nations Environment Programme:
<http://www.saicm.org/documents/List%20of%20SAICM%20National%20Focal%20Points%20web.doc>
- Red de Emergencias Químicas de Latinoamérica y el Caribe (REQUILAC):
<http://www.bvsde.paho.org/requilac/e/miembros.html>
- Red de Toxicología de Latinoamérica y el Caribe (RETOXLAC):
<http://www.bvsde.paho.org/bvstox/e/retoxlac/review.html>
- Radiation Emergency Medical Preparedness and Assistance Network (REMPAN):
http://www.who.int/ionizing_radiation/a_e/rempan/REMPAN_directory_2007.pdf

Région, aux termes de l'Accord de coopération pour la prévention des maladies transmissibles par le transport aérien (CAPSCA).⁵

8. L'OPS a collaboré avec l'Agence internationale de l'Énergie atomique (AIEA) pour réaliser un atelier visant au renforcement de l'infrastructure nationale pour la sécurité contre la radiation et les sources radioactives dans des pays membres de la Communauté des Caraïbes (CARICOM). L'atelier s'est tenu en Jamaïque du 11 au 15 juin 2012.

9. Lors de la session sur la surveillance intégrée de la 16^e Réunion interaméricaine, au niveau ministériel, sur la santé et l'agriculture (RIMSA)—organisée par l'OPS au Chili en juillet 2012—l'Organisation a utilisé le cadre du RSI pour renforcer la collaboration intersectorielle avec des agences et organisations internationales. La réunion ciblait l'interface animal-humain et mettait en exergue les obligations nationales face au RSI dans les secteurs autres que celui de la santé.⁶

10. L'OPS continue à renforcer les partenariats avec le Centre collaborateur de l'OMS (CC OMS) pour la mise en œuvre de la capacité nationale de surveillance et réponse du RSI, aux Centres pour le contrôle et la prévention des maladies (CDC) des États-Unis. L'OPS dans sa quête à conférer un accès au niveau le plus élevé d'expertise technique a notamment fait participer le CC de l'OMS tant à la gestion d'événements spécifiques qu'au processus décisionnel concernant la prorogation de la date butoir de 2012.

11. En juin 2011, l'OPS dans son rôle de facilitateur contribuait à la mise en place du volet régional du Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie/OMS (GOARN).

12. Cherchant à promouvoir l'échange d'expériences et de meilleures pratiques parmi les États parties dans la Région—ainsi que pour relever les défis communs et les solutions communes—l'OPS a organisé la Seconde Réunion régionale sur la mise en œuvre du Règlement sanitaire international (RSI) dans les Amériques, tenue à Cancún au Mexique, les 1^{er} et 2 septembre 2011.

13. La Coupe du monde de football de la FIFA et les jeux olympiques d'été dont le Brésil sera l'hôte en 2014 et en 2016 respectivement représenteront encore une occasion en plus de forger des partenariats et d'accélérer les préparatifs en santé publique dans la Région. A cette fin, le 12 et le 13 décembre 2011, l'OPS et le Ministère de la Santé du Brésil ont organisé la première réunion en Amérique latine sur les actions du secteur de la santé pour les rencontre collectives/cinquième réunion de l'Equipe spéciale de la coupe du monde/FIFA 2014 de Brasilia, Brésil

⁵ Pour de plus amples information sur les visites dans les pays de CAPSCA, voir <http://www.capsca.org/AmericasEventsRefs.html>.

⁶ Par exemple, l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO), l'Institut inter-américain pour la coopération agricole (IICA), l'Organisation internationale régionale pour la protection des plantes et la santé animale (OIRSA), et l'Organisation mondiale de la santé animale (OIE).

Renforcer les systèmes nationaux de prévention, surveillance, contrôle et riposte aux maladies et la sécurité en santé publique dans les déplacements et transports

14. Dans le Règlement, conformément aux dispositions des Articles 5 et 13 ainsi que de l'annexe 1, les États parties auraient dû avoir évalué leurs capacités essentielles sur le plan surveillance et riposte, y compris à des points d'entrée désignés, en date du 15 juin 2009. Ils auraient également dû avoir formulé un plan d'action national relatif au RSI pour l'obtention des capacités essentielles en date du 15 juin 2012 et institutionnalisé les mécanismes en vue de maintenir ces capacités après ladite date.

15. Les dates butoirs stipulés dans le Règlement devraient être vues davantage comme des jalons dans un processus continu de préparatifs de santé publique. Par ailleurs, il relève souvent du défi que d'atteindre ces dates. Aussi, conformément aux dispositions susmentionnées qui permettent à la date butoir d'être prorogée au 15 juin 2014 dans un premier cas, aussi bien l'OMS que l'OPS ont informé en septembre 2011 les États parties sur les procédures à suivre pour demander une prorogation.

16. A cet effet, l'OPS dès février 2012 a organisé des réunions avec des autorités nationales, virtuelles et face à face. Dans un souci de transparence et de responsabilisation lors de ces sessions, on a invité tous les États parties à communiquer à l'OPS/OMS leur position respective quant à une prorogation possible avant la 65^e Assemblée mondiale de la Santé – cependant avant le 15 juin 2012. Auparavant et, dans un premier essai fait pour compiler la liste des points d'entrée désignés devant être dotés d'une fonction de riposte, on avait invité les États parties à communiquer explicitement la liste des points d'entrée désignés qui soit n'avaient pas atteint les capacités essentielles ou qui demandaient une prorogation.

17. Tel que prévu dans le Rapport du Comité d'examen sur le fonctionnement du Règlement sanitaire international (2005) en relation avec la pandémie du H1N1 en 2009, présenté à la 64^e Assemblée, “un grand nombre des États parties manque des capacités essentielles pour dépister, évaluer et notifier d'éventuelles menaces de santé et ne sont pas en voie de pouvoir honorer leurs obligations concernant les plans et l'infrastructure d'ici la date de 2012 spécifiée dans le RSI” (3). Le 15 juin 2012 était la date limite à laquelle les États parties devaient présenter leur demande de prorogation de 2012. En date du 11 juillet 2012⁷, à échelle mondiale, 90 (46%) des 194 États parties avaient demandé et obtenu une prorogation de la date butoir de 2012. Dans la Région des Amériques, en date du 11 juillet 2012, 28 des 35 États parties avaient demandé et obtenu la prorogation, cinq avaient déterminé que les capacités essentielles étaient présentes et deux n'avaient pas communiqué officiellement leur décision.

⁷ Parmi les États parties de la Région des Amériques, les États Unis d'Amérique ont une date butoir fixée au 18 juillet 2012 car le Règlement est entré en vigueur le 18 juillet 2007.

18. Le statut des capacités essentielles dans la Région est plutôt hétérogène entre les sous-régions, tel qu'il en ressort dans le tableau brossé sur la base des interactions directes avec les autorités nationales et du Rapport annuel des États parties présenté à la 65^e Assemblée mondiale de la Santé par 31 des 35 États parties (89%) en date du 18 mai 2012.⁸ Le tableau en annexe du présent document présente le classement en pourcentage des capacités essentielles moyennes – tel que défini dans le Cadre de suivi aux fins de la mise en œuvre du RSI : Liste de contrôle et indicateurs pour les suivi des progrès réalisés dans la mise en place des principales capacités dans les États parties (4), qui constitue la base du format proposé par l'OMS pour la notification à l'Assemblée. La situation actuelle au niveau mondial et dans d'autres Régions a été présentée à la 65^e Assemblée (2012) dans la Mise en œuvre du Règlement sanitaire international (2005): Rapport du Directeur général (5).

19. Les faiblesses les plus critiques qui ont été retenues se situent dans les domaines suivants: urgences de radiation, événements chimiques, points d'entrée, ressources humaines et état des préparatifs. Ces domaines, tant soit peu variables, ont été traités dans les Plans d'action nationaux (PAN) liés au RSI qui ont été présentés par les États parties, de pair avec leurs demandes de prorogation de la date butoir de 2012. Pendant que l'OPS achève l'analyse des plans présentés, il est important de démarrer des efforts d'envergure pour la mobilisation des ressources afin de soutenir les États parties pour qu'ils puissent combler les lacunes identifiées.

20. Il convient de tenir compte des points suivants: la grande variance dans la capacité et la qualité observées entre les États parties quant à leur approche adoptée dans le processus de planification du point de vue de l'engagement intersectoriel ; la gamme des capacités mentionnées dans les plans ; l'établissement des priorités dans les composantes visant à pérenniser les capacités obtenues; le statut et l'intégration des plans dans le contexte de la stratégie nationale de la santé; les processus de planification, les cycles financiers et les mécanismes de suivi et d'évaluation ; les stratégies prévues sur l'usage des plans en tant qu'outil de mobilisation des ressources et le rôle du suivi et de l'évaluation de la mise en œuvre desdits plans.

21. Une rotation élevée dans le secteur de la santé, qui n'épargne pas les institutions des Points focaux nationaux (PFN) freine le secteur dans ses efforts de mise en place

⁸ Le statut de présentation par pays du Rapport annuel des États parties (appelé par la suite "le Rapport") à la 65^e Assemblée mondiale de la Santé, en date du 15 avril 2012, est le suivant :

- Le Pérou, la République dominicaine, l'Uruguay et le Venezuela n'ont pas encore présenté le Rapport.
- L'Argentine, la Bolivie, le Brésil, le Chili, la Colombie et le Paraguay ont présenté le Rapport utilisant l'outil du MERCOSUR, transférant les données des sections pertinentes au format proposé par l'OMS, conformément à l'accord avec le Groupe technique de l'UNASUR pour la surveillance et la réponse.
- Saint-Kitts-et-Nevis, Saint-Vincent-et-les-Grenadines, et Trinité-et-Tobago ont présenté le Rapport en utilisant des versions modifiées du format proposé par l'OMS.

d'une capacité durable en ressources humaines. Dans certains pays comptant une petite population et une capacité gouvernementale limitée, il est courant de trouver une seule personne responsable de tout un éventail de tâches. Ce sont des situations difficiles qui entravent les efforts et les investissements faits tant par l'Organisation que par d'autres partenaires depuis l'entrée en vigueur du Règlement. Le Plan régional de l'OPS pour la formation en épidémiologie dans les Amériques, 2010, devrait être revigoré dans le dessein de mettre en place et de maintenir les compétences épidémiologiques nécessaires en fonction de modèles en harmonie avec le contexte national.

22. Conformément aux recommandations formulées par le Rapport du Comité d'examen sur le fonctionnement du Règlement sanitaire international (2005) en relation avec la pandémie du H1N1 2009, et suivant la demande faite par divers États Membres de l'OMS lors de la 130^e Session du Conseil exécutif, le siège de l'OMS et ses bureaux régionaux ont réalisé une analyse des facteurs limitant les progrès des pays dans la mise en place de leurs capacités essentielles ainsi que des actions possibles que l'OPS/OMS pouvait prendre pour surmonter ces obstacles. L'analyse intégrale a été présentée à la 65^e Assemblée (2012) dans le rapport intitulé Mise en place des capacités essentielles nationales requises par le Règlement (6). Ce rapport a servi de base à l'élaboration et à l'approbation de la Résolution WHA65.23 sur la mise en œuvre du Règlement sanitaire international (2005) (7). La Résolution WHA65.23 précise les actions à prendre par les États parties et par le Secrétariat de l'OMS pour vérifier l'application des Plans d'action nationaux liés au RSI et pour définir les procédures de suivi connexes. En anticipation de demandes supplémentaires de prorogation de la date butoir de mise en place des capacités essentielles rapportée à 2016, un Comité d'examen du RSI sera mis sur pied conformément à l'Article 50 du Règlement.

Renforcer les systèmes régionaux et mondiaux d'alerte et de réponse de l'OPS/OMS

23. L'OPS fait fonction de point de contact de l'OMS du RSI pour la Région des Amériques et facilite le processus de gestion des événements de santé publique, notamment pour la détection des risques, l'évaluation des risques et la communication des risques. Du 1^{er} janvier au 31 décembre 2011, un total de 196 événements de portée internationale ont été dépistés et évalués. Les autorités sanitaires nationales – par le biais des PFN – étaient la source initiale d'information pour 94 des 196 envisagés. Pour les 102 événements restants, une vérification a été demandée et obtenue du PFN pour tous à l'exception de deux. Parmi les événements envisagés, 82 (42%) représentaient effectivement des risques de santé publique de portée internationale, affectant 22 États parties dans la Région. La plus grande proportion de ces événements était attribuée à des risques d'infection (52 événements, 63%): les étiologies notifiées le plus souvent étaient les importations de rougeole (10), de virus de la grippe (9) et de dengue (6). Venaient ensuite les événements liés à l'innocuité alimentaire (11), les événements liés aux zoonoses (8), les événements d'origine non déterminée (5), les événements liés aux

produits (3), les événements se présentant dans un contexte de catastrophe (2) et un seul événement se rapportant à un danger radionucléaire.

24. L'OPS continue à apporter un soutien aux autorités en Haïti et en République dominicaine pour enrayer la propagation de la flambée de choléra. Le 11 janvier 2012, les Présidents d'Haïti et de la République dominicaine – de pair avec l'OPS/OMS, l'UNICEF et les CDC – ont lancé un appel à de vastes investissements internationaux dans une infrastructure d'approvisionnement en eau et assainissement pour éliminer le choléra de l'île d'Hispaniola.⁹ Une réunion binationale s'en est suivie, à laquelle assistait le Directeur adjoint de l'OPS. Tenue en Haïti en mars 2012, elle visait à harmoniser les plans d'action nationaux de lutte contre le choléra d'Haïti et de la République dominicaine.

25. Pendant la période envisagée, l'OPS a soutenu les autorités nationales dans leurs efforts d'endiguement de plusieurs flambées de cas dans la Région, mobilisant des experts d'institutions qui sont membres du réseau régional de GOARN.

26. Dans le cadre de la régionalisation du réseau GOARN, une réunion visant à tirer les enseignements des réponses conjointes CDC-OPS s'est tenue à Atlanta, en Géorgie, aux États-Unis, en mai 2012.

Maintenir les droits, les obligations et les procédures ; réaliser des études et suivre les progrès

27. Plusieurs pays ont revu les dispositions du Règlement et ont harmonisé les dispositions nationales au cadre juridique et normatif. Il leur reste cependant la tâche de faire approuver et appliquer les normes et les lois revues. A cette fin, l'OPS a organisé un atelier sur la législation du RSI à l'intention des pays des Caraïbes orientales à Bridgetown, à la Barbade, les 22 et 23 novembre 2011.

28. En 2011, tous les 35 États parties de la Région avaient soit présenté leur confirmation annuelle des PFN ou mis à jour les détails de contact des PFN. Au 31 mars 2012, la liste des experts du RSI comprend 309 experts dont 71 proviennent de la Région des Amériques. En 2011, les procédures pour le renouvellement ou l'interruption de l'adhésion à la liste – la durée de la qualité de membre est valide pour quatre ans – ont été activées et sont applicables actuellement.

29. Le 31 mars 2012, 412 ports dans 19 États parties de la Région des Amériques ont été autorisés pour la délivrance des Certificats sanitaires des navires. La liste des ports autorisés est mise à jour et affichée en ligne régulièrement.¹⁰

⁹ *Appel à l'action: Une île d'Hispaniola exempte de choléra* ; voir <http://new.paho.org/colera/?lang=fr>.

¹⁰ La liste des ports autorisés est disponible à l'adresse suivante:

30. En 2011, 15 États parties de la Région ont informé l'OMS de leurs dispositions concernant les vaccinations pour les voyageurs. Cette information a été incluse à l'édition 2012 de l'OMS Voyages internationaux et Santé (8). L'OPS a pris les mesures nécessaires pour rendre davantage transparentes les procédures et la participation se rapportant à la définition des régions à risque de transmission de la fièvre jaune. Une approche en deux étapes pour la mise à jour des dispositions concernant la vaccination contre la fièvre jaune devrait être introduite au niveau mondial et être incluse à l'édition de 2013 du RSI.

Références

1. Organisation panaméricaine de la Santé. Mise en oeuvre du Règlement sanitaire international [Internet]. 51^e Conseil directeur de l'OPS, 63^e Session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques; 26-30 septembre 2011 ; Washington (DC), US. Washington (DC): OPS; 2011 (Document CD51/INF/1) [cité le 25 mars 2012]. Disponible à l'adresse suivante:
http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=5723&Itemid=4139&lan=fr.
2. Organisation mondiale de la Santé. Règlement sanitaire international (2005) - Domaines de travail pour la mise en oeuvre. Genève: OMS, 2007 [cité le 25 mars 2012]. Disponible à l'adresse suivante:
http://www.who.int/entity/ihr/area_of_work/fr/
3. Organisation mondiale de la Santé. Mise en oeuvre du Règlement sanitaire international (2005) – Rapport du Comité d'examen sur le fonctionnement du Règlement sanitaire international (2005) en relation avec la pandémie du H1N1 2009 [Internet]. 64^e Assemblée mondiale de la Santé; 16-24 mai 2011; Genève (Suisse). Genève : OMS; 2011 (Document A64/10) [cité le 25 mars 2012]. Disponible à l'adresse suivante:
http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_10-fr.pdf
4. Organisation mondiale de la Santé. Cadre de suivi aux fins de la mise en oeuvre du RSI: Liste de contrôle et indicateurs pour le suivi des progrès réalisés dans la mise en place des principales capacités dans les États parties [Internet]. Genève : OMS; 2011 [cité 25 mars 2012]. Disponible à l'adresse suivante:
www.who.int/entity/ihr/IHR_Monitoring_Framework_Checklist_and_Indicators_fr.pdf.
5. Organisation mondiale de la Santé. Mise en oeuvre du Règlement sanitaire international (2005) – Rapport du Directeur général [Internet]. 65^e Assemblée

mondiale de la Santé; 21-26 mai 2012; Genève (Suisse). Genève: OMS; 2012 (Document A65/17) [cité le 5 avril 2012]. Disponible à l'adresse suivante:

http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA65/A65_17-fr.pdf.

6. Organisation mondiale de la Santé. Mise en œuvre du Règlement sanitaire international (2005) – Rapport sur la mise en place des capacités principales requises par le Règlement sanitaire international – Rapport du Secrétariat [Internet]. 65^e Assemblée mondiale de la Santé; 21-26 mai 2012 ; Genève (Suisse). Genève: OMS; 2012 (Document A65/17 Add.1) [cité le 6 juillet 2012]. Disponible à l'adresse suivante:
http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA65/A65_17Add1-fr.pdf.
7. Organisation mondiale de la Santé. Mise en oeuvre du Règlement sanitaire international (2005). 65^e Assemblée mondiale de la Santé; 21-26 mai 2012 ; Genève (Suisse). Genève: OMS; 2012 (Résolution WHA65.23) [cité le 6 juillet 2012]. Disponible à l'adresse suivante :
http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA65/A65_R23-fr.pdf
8. Organisation mondiale de la Santé. Voyages internationaux et Santé [Internet]. Genève: OMS; 2012 [cité le 18 mai 2012]. Disponible à l'adresse suivante:
<http://www.who.int/ith/fr/index.html>

Annexe

SCORE MOYEN DES CAPACITÉS ESSENTIELLES (%) PAR SOUS-RÉGION

Capacité	Sous-région				Amériques ⁵
	Amérique du Nord ¹	Caraïbes ²	Amérique centrale ³	Amérique du Sud ⁴	
Législation, politiques et financement (plan national)	92%	42%	71%	81%	64%
Coordination et communication avec les points focaux nationaux	82%	68%	87%	70%	74%
Surveillance	90%	79%	78%	71%	78%
Réponse	88%	79%	75%	75%	78%
Préparatifs	68%	51%	57%	62%	57%
Communication des risques	76%	76%	69%	67%	72%
Ressources humaines	100%	47%	42%	58%	55%
Laboratoire	80%	66%	78%	78%	73%
Points d'entrée	71%	56%	56%	41%	46%
Événements zoonoses	82%	77%	78%	78%	78%
Salubrité alimentaire	92%	71%	59%	68%	70%
Événements chimiques	75%	32%	35%	54%	43%
Urgences radiation	86%	19%	50%	43%	39%

¹ La sous-région de l'Amérique du Nord comprend le Canada, les États-Unis et le Mexique. Le taux de réponse était de 3 sur 3 États parties (100%). Le tableau présente l'information donnée par les 3 États parties.

² La sous-région des Caraïbes comprend Antigua-et-Barbuda, les Bahamas, la Barbade, Belize, Cuba, Dominique, Grenade, Haïti, Jamaïque, Sainte-Lucie, Saint-Kitts-et-Nevis, Saint-Vincent-et-les-Grenadines et Trinité-et-Tobago; le taux de réponse était de 13 sur 13 États parties (100%). Le tableau présente l'information donnée par 12 États parties.

³ La sous-région de l'Amérique centrale comprend le Costa Rica, El Salvador, le Guatemala, le Honduras, le Nicaragua, le Panama et la République dominicaine; le taux de réponse était de 6 sur 7 États parties (86%). Le tableau présente l'information donnée par 6 États parties.

⁴ La sous-région de l'Amérique du Sud comprend l'Argentine, la Bolivie, le Brésil, le Chili, la Colombie, l'Équateur, la Guyane, le Paraguay, le Pérou, le Suriname, l'Uruguay et le Venezuela; le taux de réponse était de 9 sur 12 États parties (75%). Le tableau présente l'information donnée par 9 États parties. L'information se rapportant aux capacités de surveillance et de réponse de l'Argentine, de la Bolivie, du Brésil, du Chili, de la Colombie et du Paraguay a été présentée en utilisant le format mis au point par MERCOSUR et a été converti dans le format de l'OMS. L'information se rapportant aux points d'entrée de l'Argentine, de la Bolivie, du Brésil, de la Colombie et du Paraguay a été présentée dans un format ne permettant pas la conversion dans le format de l'OMS.

⁵ Pour la Région des Amériques, le taux de réponse était de 32 sur 35 États parties (91%). Le tableau représente l'information donnée par 30 États parties.

G. CIBLES RÉGIONALES EN MATIÈRE DE RESSOURCES HUMAINES EN SANTÉ 2007-2015

Introduction

1. En septembre 2007, la 27^e Conférence sanitaire panaméricaine (CSP) a ratifié la Résolution CSP27.R7, Cibles régionales en matière de ressources humaines en santé 2007–2015 (1). Elle a pour objet de soutenir la formulation de plans d'action nationaux pour les ressources humaines en santé (RHS) visant au renforcement des soins de santé primaires (SSP). Une série de 20 Cibles régionales pour les ressources humaines en santé 2007 a été organisée dans le cadre de cinq grands défis retenus dans l'*Appel à l'action 2006–2015 : Pour une décennie des ressources humaines en santé pour les Amériques* (2) et plus tard par l'*Agenda pour les Amériques 2008–2017*.

2. Le présent rapport d'avancement dégage des informations sur les résultats clés des mesures initiales prises dans 23 pays pour les 20 Cibles régionales.¹ Il cerne des domaines réclamant une attention renouvelée et présente des recommandations pour s'assurer que ces cibles soient atteintes en 2015.

Mise à jour de la situation actuelle

3. Suivant l'adoption de la Résolution susmentionnée CSP27.R7 (2007), un ensemble d'indicateurs et une méthodologie ont été mis au point pour établir l'évaluation initiale et permettre un suivi supplémentaire. Une formation et un soutien technique ont été apportés aux ministères de la Santé dans les pays se montrant intéressés. Le processus a été achevé en premier dans des pays choisis de la Région des Andes, suivi par le Cône Sud, les Caraïbes et plus récemment l'Amérique centrale et les Caraïbes hispanophones.

4. Les résultats les plus pertinents, tel que présentés dans le cadre des cinq défis,² sont les suivants :

Défi 1 : Définir des politiques et des plans à long terme pour les ressources humaines

5. Pour le Défi 1, trois cibles (numéros 1, 2, et 5)³ se sont heurtées à des problèmes de taille pour arriver à la densité minimale d'agents de santé et à la bonne composition du

¹ Une information détaillée sur la base initiale servant à la mesure des 20 Cibles régionales pour les ressources humaines en santé 2007-2015 est donnée sur le site web suivant : <http://www.paho.org/baseline20goalsshr>

² Un rapport sur l'évaluation initiale des 20 Cibles régionales sera publié en 2012.

³ Cible 1 : Tous les pays de la Région auront atteint un ratio de densité des ressources humaines de 25 pour 10 000.

Cible 2 : Les proportions régionales et sous-régionales des médecins de soins de santé primaires dépasseront 40% du personnel médical total.

personnel médical. La capacité nationale limitée en matière de gestion des ressources humaines en santé (RHS) reste de l'ordre d'un problème.

6. En ce qui concerne la Cible 1, seuls 12 des 23 pays où des mesures initiales ont été prises ont atteint la densité recommandée par l'OMS, de 25 professionnels de la santé (médecins/infirmiers/sages-femmes) pour 10 000 habitants. Concernant la Cible 2, seuls 6 pays ont indiqué que plus de 40% du personnel médical total entré dans la catégorie des médecins de soins de santé primaires. Pour la Cible 5, seuls 3 pays ont obtenu 100%, signifiant qu'ils se sont donnés une cellule de RHS disposant de l'éventail de capacités nécessaires pour la planification stratégique, la gestion, le suivi et l'évaluation.

Défi 2 : Placer les bonnes personnes dans les bons endroits

7. Les quatre cibles attachées au Défi 2 visent à l'élargissement de l'accès national aux soins de santé primaires. Un grand nombre des pays ne disposent pas de données suffisantes pour évaluer adéquatement ces cibles. Et quand l'information était disponible sur ces points spécifiques, la Cible 7⁴ indique que l'accès aux soins primaires n'a pas été élargi adéquatement et qu'une attention immédiate est requise pour assurer l'accès universel.

8. *Cible 7* : Elle préconise qu'au moins 70% des agents de soins de santé primaires seront équipés de compétences interculturelles et en santé publique. Neuf pays ont obtenu moins de 50% pour cet indicateur et deux pays ne disposaient pas de données. La Barbade, Dominique, la Jamaïque et Sainte Lucie ont atteint 100%—ayant donc complètement atteint la Cible 7.

Défi 3 : Vérifier un niveau adéquat de composition du personnel de santé, en fonction des besoins des pays

9. Les pays de la Région n'ont pas atteint l'auto-suffisance pour combler les lacunes dans leur RHS et répondre à leurs besoins nationaux. La plupart des pays ont fait des progrès dans la gestion de la migration par le biais d'accords bilatéraux et multilatéraux visant à reconnaître les licences et de notifications collaboratives. Cependant, la Cible 10⁵ montre que peu de pays ont pris l'engagement d'adhérer à un code éthique de pratique sur la migration internationale des agents de santé et la protection des pays sources contre les pratiques agressives de recrutement par d'autres pays.

Cible 5 : Tous les pays de la Région se seront donnés une cellule stratégique des ressources humaines en santé responsable de la formulation des politiques et plans des ressources humaines et de la définition des directions stratégiques et négociations avec d'autres secteurs, les sphères gouvernementales et parties concernées.

⁴ Cible 7 : Au moins 70% des agents de soins de santé primaires seront équipés de compétences interculturelles et en santé publique.

⁵ Cible 10 : Tous les pays de la Région auront adopté un code mondial ou se seront donnés des normes éthiques sur le recrutement international des agents de soins de santé.

10. *Cible 10* : Concernant le recrutement international d'agents de soins de santé, seuls 2 des 23 pays (moins de 10%) ont indiqué qu'ils avaient adopté un code de pratique international ou qu'ils avaient formulé des normes éthiques liées à un tel recrutement. Ces pays sont la Barbade et la Jamaïque.

Défi 4 : Encourager un contexte de travail favorable et un engagement face à la mission institutionnelle pour garantir des services de santé de qualité pour toute la population

11. Les études ont montré que des lieux de travail favorables favorisent une productivité plus élevée, une meilleure qualité des soins et réduisent l'émigration. Dans le cadre du Défi 4, les cibles 13⁶ et 16⁷ sont les plus saillantes, révélant qu'un grand nombre de pays sont effectivement dotés de mécanismes pour gérer les conflits de la main-d'œuvre. Par contre, ils n'ont pas régularisé la pratique des contrats écrits et ils n'ont pas non plus créé des directeurs pour normaliser les postes et pourtant de telles pratiques diminuent les causes de litiges de la main-d'œuvre.

12. *Cible 13* : La plupart des pays comptent une proportion élevée de contrats d'emplois précaires et sans protection pour les agents de santé. Cinq pays ont obtenu 0% ou 'non applicable,' ne comptant aucune stratégie pour normaliser des contrats offrant une protection sociale aux employés. Sept autres pays ont obtenu moins de 50%. Seuls quatre pays ont obtenu 100%, signifiant qu'ils disposaient de stratégies définies pour protéger les agents contractuels et normalise les postes précaires.

13. *Cible 16* : Seize pays ont obtenu 100%, signifiant que plus des deux tiers des pays avaient mis en place des mécanismes pour résoudre les conflits et assurer la continuité des soins lors de conflits de la main-d'œuvre et quatre des sept pays restants étaient à mi-chemin d'atteindre cette cible.

Défi 5 : Mettre en place des mécanismes de collaboration entre des établissements d'enseignement et des institutions de services de santé

14. Vu que la plupart des ministères de la santé dans les pays participant n'ont pas de pouvoir sur les établissements d'enseignement spécialisés dans les sciences sanitaires, des problèmes se sont présentés lorsqu'on a cherché à évaluer les buts connexes, faisant ressortir ainsi un manque de coordination.

⁶ Cible 13 : La proportion d'emplois précaires et sans protection pour les prestataires de soins de santé sera diminuée de moitié dans tous les pays.

⁷ Cible 16 : 100% des pays de la Région seront dotés de mécanismes de négociation et lois permettant de prévenir, de gérer ou de résoudre les conflits de main-d'œuvre et, si tant est qu'ils surviennent, de garantir la prestation de services essentiels.

15. *Cible 17* : Seul un pays (la Jamaïque) a atteint la Cible 17,⁸ demandant que l'éducation soit centrée sur les soins de santé primaires dans 80% des écoles de sciences de la santé du pays et que soient également adoptées des stratégies de formation interdisciplinaire. La plupart des pays n'ont eu qu'une faible appréciation sur cet indicateur, avec 15 pays –la moitié de ceux qui ont été mesurés– obtenant 50% ou moins.

16. Les approches visant à répondre aux priorités nationales spécifiques divergeaient d'un pays à l'autre bien que se dégage le consensus sur le besoin a) d'améliorer la capacité de suivi et d'évaluation au sein des ministères; et b) de préciser et d'ajuster les Cibles régionales en fonction des besoins spécifiques des différents pays.

17. Les États Membres sont priés d'envisager les lignes d'action suivantes qui s'inspirent des résultats clés de l'évaluation initiale des 20 Cibles régionales :

- a) Intensifier tant leurs efforts que les investissements dans la planification et l'accroissement des RHS en tant que fondement essentiel pour arriver à l'accès universel à des services de soins de santé de qualité et mettre en œuvre la stratégie des soins de santé primaires.
- b) Accroître les efforts visant à une distribution équitable du personnel de santé, surtout du point de vue de son recrutement et rétention dans des zones rurales peu desservies et où habitent des groupes autochtones.
- c) Mettre en place des systèmes pour dispenser une formation continue et un formation en cours d'emploi pour les responsables des RHS et les agents de santé et travailler en partenariat avec les établissements d'enseignement.
- d) Renforcer leur Observatoire des ressources humaines en santé comme stratégie qui engage les secteurs pertinents et parties sociales concernées et aussi pour vérifier qu'on dispose d'une information de qualité sur les RHS tant pour le processus décisionnel que pour la prise de décisions.
- e) Prendre l'engagement de réaliser une seconde évaluation des 20 Cibles régionales pour les RHS en 2013.

18. L'Organisation renouvelle son engagement à collaborer avec les ministères de la santé et les entités régionales et à appuyer leurs efforts en vue d'atteindre les Cibles régionales concernant le renforcement de la capacité en RHS dans la Région.

⁸ Cible 17 : 80% des écoles sanitaires cliniques auront réorienté leur éducation vers les soins de santé primaires et les besoins en santé communautaire et auront adopté des stratégies de formation interprofessionnelle.

Références

1. Organisation panaméricaine de la Santé. Cibles régionales en matière de ressources humaines en santé 2007-2015 [Internet]. 27^e Conférence sanitaire panaméricaine de l'OPS, 59^e Session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques; 1^{er}-5 octobre 2007; Washington (DC), US. Washington (DC) : OPS; 2009 (résolution CSP27.R7) [cité le 20 mars 2012]. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.paho.org/french/gov/csp/csp27.r7-f.pdf>.
2. Organisation panaméricaine de la Santé/Organisation mondiale de la Santé, Health Canada, Ontario, Ministère de la Santé et des Soins à long terme [Internet]. Septième réunion régionale des Observatoires des Ressources humaines en santé ; 4-7 octobre 2005; Toronto (Ontario), Canada. Toronto; 2005 [cité le 20 mars 2012]. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.observarh.org/fulltext/torontocalltoaction.pdf>.

H. SITUATION DES CENTRES PANAMÉRICAINS

Introduction

1. Le présent document a été élaboré en réponse au mandat, établi par les Organes directeurs de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS), d'effectuer des évaluations et des examens périodiques des Centres panaméricains.

Antécédents

2. Pendant près de 60 ans, les Centres panaméricains ont constitué une modalité importante de coopération technique. Durant cette période, l'OPS a créé ou administré 13 centres, supprimé six d'entre eux et transféré l'administration de l'un d'eux à l'un de ses propres organes directeurs. Le présent document contient des informations actualisées sur le Centre panaméricain de la fièvre aphteuse (PANAFTOSA), le Centre d'Information sur les Sciences de la Santé pour l'Amérique latine et les Caraïbes (BIREME), le Centre latino-américain de périnatalogie et de développement humain/Santé de la femme et santé reproductive (CLAP/SMR), les Centres sous-régionaux, le Centre d'épidémiologie des Caraïbes (CAREC) et l'Institut des Caraïbes pour l'alimentation et la nutrition (CFNI).

Centre panaméricain de la fièvre aphteuse (PANAFTOSA)

3. En raison de la convergence de la santé humaine et de la santé animale, il devient de plus en plus nécessaire pour l'OPS d'assumer la direction dans le domaine des zoonoses, de l'innocuité des aliments et de la sécurité alimentaire.

Avancées récentes

4. Dans le contexte du projet de développement institutionnel réalisé pour le PANAFTOSA, un fonds fiduciaire a été créé pour faciliter les contributions financières des entités du secteur public et du secteur privé concernées par la question d'élimination de la fièvre aphteuse. Le fonds a reçu son premier financement de l'Association nationale de coordination pour la santé animale (ACONASA) du Paraguay, tandis que d'autres bailleurs envisagent actuellement la viabilité d'utiliser cet établissement. En outre, les contributions financières d'autres mécanismes institutionnels continuent. C'est ainsi qu'une part importante des ressources financières ordinaires du Centre a été canalisée vers la coopération technique dans les domaines des zoonoses et de l'innocuité des aliments. Les ressources financières mobilisées pour la fièvre aphteuse soutiennent la coopération technique liée à la coordination régionale du Plan d'action 2011-2012 du Programme continental d'élimination de la Fièvre aphteuse (PHEFA) qui a été approuvé lors d'une réunion extraordinaire du Comité continental pour l'élimination de la fièvre 010 (1).

5. La première étape de transfert du laboratoire d'aiguillage du PANAFTOSA aux installations du Laboratoire national d'agriculture, du ministère de l'Agriculture, de l'élevage et de l'approvisionnement du Brésil, situé à Pedro Leopoldo dans l'État de Minas Gerais, s'est terminée au mois de décembre 2011. Le laboratoire est actuellement en phase finale de rénovation et, conformément aux normes de l'Organisation mondiale de la santé animale (OIE), il sera de niveau de biosécurité 4.

6. Toujours en décembre 2011, l'OPS, par l'intermédiaire du PANAFTOSA, a souscrit un accord de coopération technique avec le Secrétariat à la surveillance sanitaire du ministère de la Santé du Brésil, dont l'objet est de contribuer au renforcement du Système national de surveillance sanitaire et de la capacité de gestion du Système unique de santé du Brésil, de sorte à réduire la charge des zoonoses, des maladies vectorielles et des maladies d'origine hydrique et alimentaire sur la population humaine. L'accord prévoit également des mesures de gestion des informations et de coopération Sud-Sud ; il s'ajoute à la longue et importante collaboration entretenue depuis 60 ans avec le ministère de l'Agriculture, de l'élevage et de l'approvisionnement du Brésil et met en exergue la fonction importante que remplit le PANAFTOSA en tant que centre de coopération technique intersectorielle entre la santé animale et la santé publique.

7. Il importe de souligner que l'interrelation entre la santé, l'agriculture et l'environnement a constitué le thème central de la 16^e Réunion interaméricaine de niveau ministériel en matière de santé et d'agriculture (RIMSA 16) : « *Agriculture-Santé-Environnement : conjuguer les efforts pour le bien-être des peuples des Amériques* » ; cette réunion s'est déroulée à Santiago (Chili) les 26 et 27 juillet 2012 sous la coordination du PANAFTOSA. La RIMSA 16 a été précédée de trois activités de nature technique, à savoir, la 12^e réunion du Comité continental pour l'élimination de la fièvre aphteuse dans les Amériques (COHEFA 12), la 6^e réunion de la Commission panaméricaine sur l'innocuité des aliments (COPAIA 6) et le Forum interinstitutions « Vers une surveillance épidémiologique intégrée ». La RIMSA 16 et les trois activités techniques précitées ont bénéficié de la contribution technique et financière du gouvernement du Chili par l'intermédiaire des ministères de la Santé et de l'Agriculture. La RIMSA 16 a donné lieu au Consensus de Santiago et le rapport final de la réunion sera présenté aux Organes directeurs en 2013. Le texte des rapports finals des activités techniques précédant la RIMSA 16 et du Consensus de Santiago sont disponibles à l'adresse électronique de PANAFTOSA.¹

¹ <http://ww2.panaftosa.org.br/rimsa16/>

Centre d'Information sur les Sciences de la Santé pour l'Amérique latine et les Caraïbes (BIREME)

8. Le BIREME est un centre spécialisé de l'OPS fondé en 1967 dans le but de tirer parti de la coopération technique que l'Organisation fournit à la Région dans le domaine de l'information scientifique et technique au service de la santé. Le 1^{er} janvier 2010, le nouveau statut du BIREME est entré en vigueur et, le 31 août de la même année, le Comité consultatif du BIREME a été établi.

9. Le 51^e Conseil directeur a élu deux nouveaux membres, la Bolivie et le Suriname, qui se joindront ainsi au Comité consultatif du BIREME à l'issue du mandat biennal de la Jamaïque et du Mexique. La 28^e Conférence sanitaire panaméricaine élira trois nouveaux États Membres au Comité consultatif du BIREME, dont le mandat durera trois ans ; ces membres remplaceront l'Argentine, le Chili et la République dominicaine dont les mandats prendront fin en 2012.

Avancées récentes

10. La deuxième réunion du Comité consultatif du BIREME a eu lieu le 25 octobre 2011 dans les locaux du BIREME à São Paulo (Brésil). Les membres ont réaffirmé leur appui au développement institutionnel du Centre, notamment l'exécution du nouveau cadre institutionnel, l'établissement et la signature de l'Accord de siège et le financement de ses plans de travail en sus de la constitution du Comité scientifique en 2012 et l'organisation du 9^e Congrès régional d'information en sciences de la santé (CRICS), lequel se tiendra à Washington, D.C. du 22 au 24 octobre 2012.

11. Dans le cadre des orientations présidant à la mise en œuvre du nouveau cadre institutionnel du BIREME, il incombe de souligner les éléments ci-après :

- a) Accord de siège pour le BIREME : l'OPS/OMS et le ministère de la Santé du Brésil ont élaboré une convention de siège, dont l'acheminement aux fins d'approbation a été effectué dès le 6 août 2010. Après le changement de gouvernement survenu au Brésil, les relations ont été entretenues avec le Secrétariat exécutif du ministère de la Santé, lequel a convoqué le directeur du BIREME à une réunion fin février 2012 pour examiner la situation concernant l'adoption du nouveau cadre institutionnel du BIREME ; les discussions ont été ensuite approfondies lors d'une réunion tenue le 21 mars 2012, à laquelle ont participé le Secrétariat exécutif, deux autres secrétaires du ministère de la Santé, des représentants de la fondation Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), l'Université fédérale de São Paulo (UNIFESP), l'Association brésilienne de santé collective (ABRASCO), le Secrétariat à la Santé de l'État de São Paulo (SES SP) et la

- Représentation de l'OPS au Brésil, le responsable du secteur Gestion de l'information et des communications de l'OPS, enfin, le directeur du BIREME.
- b) Accord sur les installations et le fonctionnement du BIREME sur le campus de São Paulo de l'UNIFESP : les modalités de cet accord sont en cours de négociation avec l'UNIFESP et la signature aura lieu une fois intervenu l'Accord de siège avec le gouvernement du Brésil, comme décrit au paragraphe antérieur.
 - c) Définition du mécanisme de financement du BIREME à partir des contributions apportées par l'OPS et le gouvernement du Brésil, comme établi à l'article 6 du statut : les contributions ordinaires seront arrêtées d'un commun accord et serviront à épauler les plans de travail biennaux approuvés, conformément au statut. Au cours de la première réunion du Comité consultatif national du BIREME pour l'année 2012, tenue le 1^{er} juin, le ministère de la Santé du Brésil a fait don de 3,8 millions de reaux (env. 1,8 million de dollars) pour financer le plan de travail 2012 du BIREME. Cette somme sera transférée à l'OPS par le biais du Terme additionnel 20 de l'Accord d'entretien et de développement du BIREME, lequel est en cours de souscription au moment de la publication du présent document.
 - d) Établissement du Comité scientifique en coordination avec le Comité consultatif du BIREME. Le processus de présentation des candidatures au Comité scientifique s'est déroulé durant le premier semestre 2012. Ont été reçus les dossiers déposés par treize États Membres, lesquels seront présentés au Comité consultatif du BIREME au cours du second semestre de cette année aux fins de désignation de ses membres et ce, conformément aux Termes de référence approuvés pour le Comité.

12. Le plan de travail biennal 2012-2013 de BIREME sous forme de sous-entité de la section Gestion de l'information et des communications de l'OPS s'inscrit intégralement dans cette section, avec laquelle se poursuit la coordination de son perfectionnement et de son articulation.

Centre latino-américain de périnatalogie et de développement humain/Santé de la femme et santé reproductive (CLAP/SMR)

13. Le Centre latino-américain de périnatalogie (CLAP) a été créé en 1970 au moyen d'un accord intervenu entre le gouvernement de la République orientale de l'Uruguay, l'Université de la République de l'Uruguay et l'OPS ; cet accord est reconduit périodiquement et la dernière reconduction prendra fin le 28 février 2016. Le CLAP a pour objectif général de promouvoir, renforcer et perfectionner les capacités des pays de la Région des Amériques en matière de soins de santé féminine, maternelle et néonatale.

Avancées récentes

14. La recherche d'un local pour installer les bureaux du CLAP et la Représentation de l'OPS/OMS en Uruguay se poursuit. À la fin 2011, cinq locaux avaient été visités mais n'ont pas rempli les conditions requises. Au premier semestre 2012, la recherche a repris avec la visite de cinq propriétés privées ainsi que des locaux du gouvernement appartenant à la Faculté des sciences vétérinaires. Ce dernier local a été écarté car il ne sera pas disponible avant deux ans ; les autres propriétés ne remplissent pas les conditions matérielles et économiques requises.

Centres sous-régionaux (CAREC et CFNI)

Centre d'épidémiologie des Caraïbes (CAREC)

15. Il est prévu que le CAREC devienne l'Organisme de santé publique des Caraïbes (CARPHA) vers la fin 2012. Le CAREC a axé ses activités sur le maintien de ses services actuels, l'élargissement de ces derniers, au besoin, et les préparatifs de sa transition. Dans le contexte du renforcement de sa capacité actuel, en septembre 2011, le poste de directeur de laboratoire a été pourvu et, au dernier trimestre de la même année, une analyse sur ses ressources humaines a été achevée, et celles-ci ont subi une restructuration.

16. Le CAREC a reçu un appui notable du Siège pour toutes les activités ayant trait à la transition. En prévision de celle-ci, un groupe de travail a été constitué ; ce dernier est chargé de mettre en œuvre un plan relatif aux produits et services techniques, administratifs et de laboratoire qui seront transférés au CARPHA. De même, des sous-comités ont été constitués pour épauler la transition selon la perspective de l'information, des finances et des ressources humaines.

17. Le CAREC a collaboré activement avec le Comité exécutif du CARPHA pour approuver son organigramme et ses politiques générales, procédures et processus, dont le Règlement du personnel. En outre, un appui a été fourni dans le cadre du processus de recrutement des fonctionnaires qui occuperont les postes essentiels comme le premier directeur du CARPHA, le directeur des services institutionnels et le directeur du service de surveillance et de recherche.

18. Le 37^e Conseil du CAREC s'est réuni les 23 et 24 juillet 2012. Ses membres ont pris note de l'établissement du CARPHA, dont la création du Compte d'avances, les négociations avec le ministère de la Santé de Trinité-et-Tobago visant l'attribution au CARPHA de bâtiments et d'un laboratoire, ainsi que la mise à jour de la liste des pays souscripteurs de l'Accord CARPHA. De même, le Conseil a souligné la nécessité de normaliser et d'intégrer les données de pays recueillies et d'adopter une législation qui épaula la surveillance de la santé publique.

19. Par ailleurs, d'autres missions ont été prévues pour le CAREC, lesquelles seront effectuées courant 2012. Conformément à la planification y afférente, la transition sera réalisée dans l'ordre et avec efficacité, de sorte à éviter toute interruption dans les services que fournit le CAREC à ses États Membres.

Institut des Caraïbes pour l'alimentation et la nutrition (CFNI)

20. Le CFNI continue de fournir un appui technique aux États Membres tout en maintenant sa collaboration avec la CARICOM sur les divers dossiers et processus nécessaires à une transition efficace et ordonnée vers le CARPHA.

21. Le passage du CFNI au CARPHA est prévu pour se dérouler à la fin 2012. En prévision de cela, le personnel du bureau local de l'Institut à Trinité-et-Tobago a été muté au siège du CAREC et des accords sont intervenus pour licencier une partie du personnel.

22. En outre, les attributions de surveillance du CFNI et du CAREC sont en cours d'évaluation aux fins de fusionnement, dans la mesure du possible, dans un souci d'efficacité accrue. En ce sens, les mandats et engagements régionaux et sous-régionaux ainsi que ceux du CFNI ont été revus et l'on a déterminé certaines attributions de coopération susceptibles d'être transférées à d'autres acteurs de la sous-région réputés pour leur excellence technique ; ont également été identifiées celles qui continueront de relever des bureaux de pays, des centres collaborateurs et du Bureau régional.

23. En attendant, les plans de réinstallation du bureau de la Représentation de l'OPS/OMS à la Jamaïque dans le bâtiment du CFNI ont progressé et l'on prévoit que cette activité sera achevée au second semestre 2012.

Bibliographie

1. Organisation panaméricaine de la Santé/Centre panaméricain de la Fièvre aphteuse. Programme continental pour l'élimination de la fièvre aphteuse (PHEFA) : Plan d'action 2011-2020. PANAFTOSA ; Rio de Janeiro (Brésil): OPS; 2011 [consulté le 9 mars 2012]. Disponible sur : <https://work.paho.org/pbr/ID%20Shared%20Documents/PHEFA-PlanAccion-2011-2020esp.pdf>.